



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

FERNANDA VITÓRIA ARAÚJO SILVA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

IMPERATRIZ
2018

FERNANDA VITÓRIA ARAÚJO SILVA

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA
UNIDADE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal do
Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina

Orientador: Prof. Esp. Gustavo Senra Avancini.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Araújo Silva, Fernanda Vitória.

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS
EM UMA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL
DE REFERÊNCIA / Fernanda Vitória Araújo Silva. - 2018.
27 f.

Orientador(a): Gustavo Senra Avancini.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2018.

1. Epidemiologia. 2. Mortalidade infantil. 3. Perfil
de Saúde. 4. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. I.
Senra Avancini, Gustavo. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Fernanda Vitória Araújo Silva

Título do TCC: Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em uma Unidade
Terapia Intensiva Pediátrica em um hospital de referência

Orientador: Gustavo Senra Avancini

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública
realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO PACIENTE PEDIÁTRICO TRAUMATIZADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS NO MARANHÃO

Pesquisador: GUSTAVO SENRA AVANCINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95812718.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.892.347

Apresentação do Projeto:

Os processos traumáticos são considerados uma das principais causas de óbito e de sequelas em crianças e adolescentes mundialmente. No Brasil, as entidades traumáticas constituem a principal causa de morte em crianças acima de cinco anos e representam mais de 50% dos óbitos na adolescência. A faixa etária pediátrica é particularmente mais vulnerável a eventos por causas externas, pois são espontaneamente curiosos e assim, mais predispostos a explorar o meio ambiente em que vivem, desconhecendo o risco das situações ao seu redor, devido à inexperiência para agir com segurança. O conhecimento detalhado sobre a morbidade e a mortalidade por traumas no Brasil, podem fornecer um panorama integral sobre esse tema no país, entretanto esse tipo de informação é bem escassa, salvo as áreas mais desenvolvidas economicamente. Para corroborar com a temática, o objetivo do presente estudo é determinar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes pediátricos vítimas de trauma na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Municipal Infantil de Imperatriz no ano de 2017. Para isso, será realizado um estudo descritivo, transversal e retrospectivo com base no formulário padrão de coleta de dados onde consta informações sobre o sexo do paciente, a idade, a procedência, diagnóstico, especificações sobre o trauma, tempo de internação e a evolução do caso. A pesquisa permitirá o conhecimento sobre a população acometida com mais propriedade e a partir dessas informações espera-se gerar medidas de prevenção e controle a serem tomadas pelos gestores, a fim de que se possa realizar condutas para redução da incidência de novos casos, colaborando para redução de

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.892.347

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1174403.pdf	02/08/2018 14:57:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento1.doc	02/08/2018 14:49:16	Fernanda Vitória Araújo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis1.doc	02/08/2018 14:49:00	Fernanda Vitória Araújo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_PlatBR1.pdf	02/08/2018 14:45:42	Fernanda Vitória Araújo Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_PlatBR1.doc	02/08/2018 14:45:30	Fernanda Vitória Araújo Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	10/07/2018 23:21:22	GUSTAVO SENRA AVANCINI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	10/07/2018 23:19:14	GUSTAVO SENRA AVANCINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 13 de Setembro de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor da minha vida, meu guia, socorro presente na hora da angústia e donos das minhas alegrias. Que sempre me dá força, fé e esperança para seguir em frente e que nunca desiste de mim até quando eu mesma teimo em não acreditar. A Ele devo tudo em minha vida, muito obrigada!

Agradeço também a minha família, em especial, meu pai Francivaldo, minha mãe Irenita, minha tia Francilene e minha avó Cleonoura e aos meus irmãos e toda a minha família que sempre torcem e acreditam em mim.

Ao meu professor orientador Gustavo Senra Avancini, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões deste presente trabalho. É um prazer tê-lo na banca examinadora. E também aos demais professores que tive ao longo da vida e, de modo particular, nesta universidade, vocês contribuíram para cada passo até aqui.

À minha Igreja e ao meu grupo de oração, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e, para além da faculdade, foi onde aprendi a refletir e duvidar e nunca encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida de um jeito diferente.

Aos meus amigos e namorado, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida. Obrigada pela paciência que vocês têm comigo.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde

HII – Hospital Municipal Infantil de Imperatriz

MA – Maranhão

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences IBM

TGI – Trato Gastrointestinal

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em uma unidade terapia intensiva pediátrica em um hospital de referência

Fernanda Vitória Araújo Silva*
Gustavo Senra Avancini*

Resumo: A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no Brasil representa um importante setor da assistência à saúde, por concentrar a mão de obra mais especializada e os meios mais avançados que se tem disponíveis dentro de cada realidade. Contudo, apesar dos avanços da ciência, a taxa de mortalidade nesse setor ainda se apresenta elevada, em decorrência da gravidade dos pacientes assistidos. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde traz que as principais causas de óbitos infantis em menores de cinco anos nos países em desenvolvimento são evitáveis e curáveis. Para colaborar com a realidade em que se situa, o objetivo deste trabalho foi traçar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica pública. Um estudo transversal foi realizado através da análise de 139 prontuários do Departamento do Arquivo Médico Hospitalar de Imperatriz, Maranhão, entre janeiro e dezembro de 2017. Os resultados são apresentados por meio da estatística descritiva e inferencial com o uso do teste do U de Mann-Whitney e teste de Kruskal Wallis ($p = 0,05$). Os pacientes foram na maioria do sexo masculino (65,5%) com a média de idade 3,39 anos. As causas de internações mais prevalentes foram pneumonia, leishmaniose, insuficiência cardíaca. O tempo médio de internação foi de $13,59 \pm 14,94$ dias; 100 (71,9%) receberam alta hospitalar, 4 (2,9%) foram transferidos para outras unidades e 35 (25,2%) evoluíram para o óbito. A taxa de mortalidade foi de 25,17%, em que a faixa etária de 29 dias a 6 meses foi mais acometida.

Palavras-chave: Perfil de Saúde. Epidemiologia. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Mortalidade infantil.

Clinical-epidemiological profile of patients admitted to a pediatric intensive care unit at a referral hospital

Abstract: The Pediatric Intensive Care Unit in Brazil represents an important health care sector, concentrating the most specialized manpower and the most advanced means available within each reality. However, despite advances in science, the mortality rate in this sector is still high, due to the severity of the patients assisted. However, the World Health Organization has found that the main causes of child deaths in children under five in developing countries are preventable and curable. To collaborate with the reality in which it is located, the objective of this study was to draw the clinical-epidemiological profile of patients hospitalized in a Public Pediatric Intensive Care Unit. A cross-sectional study was performed through the analysis of 139 medical records of the Department of the Hospital Medical Archive of Imperatriz, Maranhão, between January and December 2017. The results are presented through descriptive and inferential statistics using the Mann-Whitney test and Kruskal Wallis test ($p = 0.05$). The patients were mostly males (65.5%) with mean age 3.39 years. The most prevalent causes of hospitalization were pneumonia, leishmaniasis, heart failure. The mean time of hospitalization was 13.59 ± 14.94 days; 100 (71.9%) were discharged, 4 (2.9%) were transferred to other units and 35 (25.2%) died. The mortality rate was 25.17%, in which the age group from 29 days to 6 months was more affected.

Keywords: Health Profile. Epidemiology. Pediatric Intensive Care Unit. Child mortality.

*Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz-MA, Brasil.
Departamento de Medicina
Email: fer_nandavitoria@hmail.com

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MATERIAIS E MÉTODOS	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO 1 - NORMAS DA REVISTA “REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (RBTI)”	23

INTRODUÇÃO

A Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) no Brasil consiste em uma especialidade relativamente recente. As primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para a população pediátrica foram fundadas nos anos de 1970, com o objetivo de promover a atenção ideal às crianças em estado de saúde grave, de modo a possibilitar a recuperação das patologias, auxiliar no crescimento em direção a uma vida útil, com o pleno desenvolvimento de suas potencialidades humanas (1).

Contudo, apesar dos avanços da ciência, a taxa de mortalidade nesse setor ainda se apresenta bastante elevada, em decorrência da gravidade dos pacientes assistidos (2). De acordo, com a Organização Mundial da Saúde, as principais causas de óbitos infantis em menores de cinco anos nos países em desenvolvimento são evitáveis e curáveis. A melhoria do resultado está associada às UTIs bem equipadas e com uma boa equipe profissional, uma vez que foram documentadas por tais medidas, diminuições significativas de mortalidade e morbidade. A Terapia Intensiva pode diminuir as taxas de mortalidade em 15% a 60%, e muitos estudos demonstraram seu benefício (3).

No entanto, alguns fatores também devem ser levados em consideração em relação a morbimortalidade do paciente, a evolução e o prognóstico de uma criança em um quadro clínico grave na UTIP são influenciados por alguns fatores próprios como a existência prévia de comorbidades, a gravidade clínica na admissão e a idade. Ademais, há idem a influência dos fatores relacionados à assistência à saúde como a experiência da equipe assistente, a disponibilidade de recursos materiais, o emprego de protocolos clínicos assistenciais previamente estabelecidos, treinamento da equipe, entre outros. Complementarmente, o conhecimento do perfil clínico e epidemiológico do paciente pediátrico crítico é de extrema importância para o planejamento de ações de saúde capazes de diminuir os diversos fatores relacionados na evolução da criança grave atendida nesse setor (4).

As doenças respiratórias constituem atualmente as causas mais prevalentes de internação na UTIP em diferentes regiões do Brasil. Outras causas de internação nessa unidade são os estados convulsivos, intoxicações, traumas, processos infecciosos e parasitários (2).

No âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, o estudo epidemiológico pode ser utilizado no levantamento de informações dos pacientes sendo usado para estudos de comparações científicas, além de permitir o aprimoramento do manejo dos pacientes. Os dados coletados permitem comparações com outras unidades semelhantes, regionais ou internacionais e, até mesmo, com a própria unidade de modo prospectivo, na busca contínua da qualidade na atenção à saúde (5). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica pública da cidade em Imperatriz-MA, Brasil com o intuito de colaborar para o desenvolvimento da região visto a escassez de informações sobre esse tema localmente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com caráter transversal de abordagem quantitativa realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Municipal Infantil (HII) de Imperatriz-Maranhão. Essa unidade contém dez leitos de internação, sendo dois exclusivamente para isolamento. São internadas crianças a partir de 29º dia de vida até 12 anos de idade incompletos. A assistência hospitalar é prestada por uma equipe multidisciplinar formada por médicos intensivistas pediátricos, cirurgiões pediátricos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e outras especialidades da saúde na área da pediatria.

O período da coleta ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2018, com a análise dos dados realizada posteriormente à coleta. A amostra de estudo foi constituída por todos pacientes admitidos na UTIP do HII, no período de janeiro a dezembro de 2017, contabilizando-se assim 139 pacientes. Os pacientes que obtiveram mais de uma internação no setor, foram inclusos na pesquisa, considerando cada uma das admissões como independentes. Foram inclusos todos os pacientes que tivessem os prontuários completos e aqueles pacientes que apresentassem prontuários com dados incompletos ou incorretos foram considerados como perda.

O instrumento de coleta de dados consistia em um formulário com as seguintes informações requeridas: sexo, data de nascimento, procedência, diagnóstico, tempo de internação na UTI e evolução (alta, óbito ou transferência). A coleta de dados foi realizada no Departamento do Arquivo Médico Hospitalar, onde foram selecionados os prontuários dos pacientes internados nessa UTIP no ano de 2017. Neste documento foram coletados os dados acima referidos que constavam no formulário da pesquisa. Esses dados foram registrados e organizados em uma planilha Microsoft Office Excel 2013 e analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences IBM (SPSS), versão 22.0.

A análise dos dados envolveu estatística descritiva e inferencial. Para a análise descritiva, as variáveis categóricas foram expressas como frequências absolutas e percentuais. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio-padrão. Para as comparações, quando indicadas foi usado Teste U de Mann-Whitney e Teste de Kruskal Wallis, sendo considerados estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa seguiu as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão, número do parecer: 2.892.347.

RESULTADOS

No ano de 2017, foram admitidos 139 pacientes na UTI Pediátrica do HII, caracterizando estes, 91 (65,5%) do sexo masculino e 48 (34,5%) do sexo feminino. O tempo médio mensal de internação na UTIP foi de $13,59 \pm 14,94$ dias, onde o mínimo tempo de permanência foi de 1 dia e o máximo de 81 dias. A média de admissões foi de $11,58 \pm 2,36$ pessoas por mês, em que o mês que mais teve admissões foi janeiro com 15 e o menor foi junho e agosto com 8 admissões.

A idade média foi de $3,19 \pm 3,43$ anos, variando de 1 mês a 12 anos. Observou-se que a média idade do sexo feminino foi de 2,8 anos e a média do sexo masculino foi 3,39 anos (Tabela 1). Não houve diferença estatisticamente significativa para as médias de idade entre os dois gêneros ($p=0,265$). O tempo médio de internação para o sexo masculino foi de $15,97 \pm 16,7$ dias e para o sexo feminino foi de $9,08 \pm 9,45$ dias. Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos tempos de internação para os gêneros ($p=0,012$). Entretanto não houve diferença estatisticamente significativa para o tempo de UTI entre os grupos etários ($p=0,658$).

Tabela 1. Distribuição do N° e % de crianças internadas na UTIP do HII, segundo idade e sexo. Imperatriz, MA, 2017.

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1 a 6 meses	25	27,5%	20	41,7%	45	32,4%
7 a 12 meses	19	20,9%	6	12,5%	25	18,0%
2 a 5 anos	22	24,2%	9	18,8%	31	22,3%
6 a 9 anos	18	19,8%	11	22,9%	29	20,9%
10 a 12 anos	7	7,7%	2	4,2%	9	6,5%
TOTAL	91	100,0%	48	100,0%	139	100,0%

Com relação a procedência dos pacientes, a UTIP atendeu 118 (84,9%) casos do Maranhão, 10 (7,2%) do Tocantins, 6 (4,3%) do Pará e 5 (3,6%) do Goiás. Com relação a cidade, 26 (18,7%) pacientes eram de Imperatriz/MA, 92 (66,2%) eram das demais cidades do Maranhão e 21 (15,1%) eram de outros estados (Figura 1).

A maioria dos pacientes, 97 (69,78%), teve por motivos de internação, diagnósticos de tratamento exclusivamente clínicos, enquanto os diagnósticos cirúrgicos, à internação representaram 42 pacientes (30,22%). Houveram 52 tipos de diagnósticos diferentes ao longo do ano de 2017. Em que os mais prevalentes foram: pneumonia 19,42% (27), leishmaniose 7,91% (11), insuficiência cardíaca 7,19% (10), sepse 5,76% (8), seguidos de obstrução intestinal 5,04% (7) e insuficiência respiratória aguda 4,32% (6).



Figura 1. Mapa das cidades atendidas na

UTIP no HII em 2017. Imperatriz, MA, 2017.

Para melhor visualização dos dados, os diagnósticos foram agrupados em categorias que representam o sistema orgânico mais afetado pela patologia, na qual consistem em categoria cardiovascular (insuficiência cardíaca, outras cardiomiopatias, cardiopatia cianogênica), categoria endócrina (diabetes mellitus), categoria genital (hérnia inguinal encarcerada), categoria hematopoética (anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, trombocitopenia, defeitos qualitativos de plaquetas), categoria infecciosa (sepse, leishmaniose visceral e leishmaniose não específica, coqueluche, infecção bacteriana), categoria neoplasia (neoplasia maligna do encéfalo, neoplasia dos nervos cranianos), categoria nervosa (hidrocefalia, polineuropatia em deficiências nutricionais, meningite, traumatismo cranioencefálico, encefalite viral, outros traumatismos intracranianos, convulsão febril, epilepsia), categoria pele (outras infecções virais específicas caracterizadas por lesões de pele e membranas mucosas, celulite, eritema multiforme bolhoso), categoria renal (insuficiência renal aguda e insuficiência renal crônica), categoria respiratória (pneumonia, insuficiência respiratória aguda, piotórax com fistula, hemotórax traumático, bronquiolite aguda, pneumotórax de tensão espontâneo, asma, derrame pleural, pneumonia com derrame pleural) e trato gastrointestinal (TGI) (obstrução intestinal, abscesso peritoneal, diarreia e gastroenterite, outras doenças específicas do estômago e duodeno, fistula intestinal, abdome agudo, insuficiência hepática, hérnia abdominal, fistula de estômago e duodeno, aderências intestinais com obstrução, estenose de estômago, síndrome do intestino curto, gastroenterite infecciosa, estenose hipertrófica congênita de piloro) (Tabela 2).

Em relação a evolução clínica, 100 (71,9%) pacientes tiveram alta hospitalar, 4 (2,9%) foram transferidos para outras unidades e 35 (25,2%) evoluíram para o óbito. Não houve diferença estatisticamente significativa para o tempo de UTI entre as categorias de evolução ($p=0,087$). Da

quantidade total de óbitos, com relação ao sexo, 22 (62,86%) pacientes eram do sexo masculino e 13 (37,14%) do sexo feminino. Quanto a idade geral dos pacientes em óbito, a média foi de $1,85 \pm 2,56$ anos. Média de idade ao óbito em pacientes do sexo masculino $2,26 \pm 3$ anos e do sexo feminino $1,15 \pm 1,42$ ano. Não houve diferença estatisticamente significativa para o tempo de internação na UTIP e o gênero para os pacientes que evoluíram ao óbito, mas o valor de significância foi bem próximo ($p=0,057$). Em relação a faixa etária, observou-se que maior parte dos óbitos ocorreram na idade 1 a 6 meses, no total de 17 (48,6%) casos.

Tabela 2. Distribuição de diagnóstico agrupados e sexo dos pacientes internados na UTIP do HII durante o ano de 2017. Imperatriz, MA, 2017.

Categoria	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cardiovascular	9	6,47%	6	4,32%	15	10,79%
Endócrina	2	1,44%	-	0,00%	2	1,44%
Genital	-	0,00%	1	0,72%	1	0,72%
Hematopoética	4	2,88%	4	2,88%	8	5,76%
Infecçiosa	11	7,91%	12	8,63%	23	16,55%
Neoplasia	2	1,44%	2	1,44%	4	2,88%
Sist. Nervoso	6	4,32%	10	7,19%	16	11,51%
Pele	1	0,72%	2	1,44%	3	2,16%
Renal	1	0,72%	4	2,88%	5	3,60%
Respiratória	7	5,04%	36	25,90%	43	30,94%
TGI	5	3,60%	14	10,07%	19	13,67%
Total geral	48	34,53%	91	65,47%	139	100,00%

Dentre os diagnósticos que evoluíram ao óbito, foi observado que 15 deles levaram a esse desfecho, sendo respectivamente: sepse 7 (20%) casos; pneumonia e leishmaniose 4 (11,43%) casos cada; infecção bacteriana, insuficiência cardíaca e obstrução intestinal 3 (8,57%) casos cada; derrame pleural e neoplasia maligna do encéfalo 2 (5,71%) casos cada; os demais 7 tipos de diagnóstico somaram 1 (2,86%) caso cada (Tabela 3).

Em relação aos óbitos e tempo internação na UTIP, a média de tempo de internação dos pacientes foi de $11,14 \pm 13,28$ dias, variando de 1 dia (em casos de trombocitopenia, insuficiência cardíaca, infecção bacteriana, sepse e meningite) a 57 dias (para um caso de neoplasia maligna do encéfalo). Não houve diferença estatisticamente significativa para o tempo de UTIP e os diagnósticos que levaram ao óbito ($p=0,607$).

Ao se realizar o cálculo de mortalidade por setor, observa-se que a mortalidade da UTIP no ano de 2017 foi de 25,17%.

Tabela 3. Crianças internadas na UTIP do HII, segundo diagnóstico de admissão que foram a óbito e sua faixa etária. Imperatriz, MA, 2017.

DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO	FAIXA ETÁRIA								Total N	Total %
	1 a 6 meses	7 a 12 meses	2 a 5 anos	6 a 9 anos	1 a 6 meses	7 a 12 meses	2 a 5 anos	6 a 9 anos		
	N	N	N	N	%	%	%	%		
Defeitos qualitativos de plaquetas	-	-	-	1	0,00%	0,00%	0,00%	2,86%	1	2,86%
Derrame pleural	-	-	2	-	0,00%	0,00%	5,71%	0,00%	2	5,71%
Hidrocefalia	1	-	-	-	2,86%	0,00%	0,00%	0,00%	1	2,86%
Infecção bacteriana	1	2	-	-	2,86%	5,71%	0,00%	0,00%	3	8,57%
Insuficiência cardíaca	3	-	-	-	8,57%	0,00%	0,00%	0,00%	3	8,57%
Insuficiência renal aguda	-	-	1	-	0,00%	0,00%	2,86%	0,00%	1	2,86%
Meningite	1	-	-	-	2,86%	0,00%	0,00%	0,00%	1	2,86%
Obstrução intestinal	2	1	-	-	5,71%	2,86%	0,00%	0,00%	3	8,57%
Pneumonia	2	1	-	1	5,71%	2,86%	0,00%	2,86%	4	11,43%
Pneumotórax de tensão espontâneo	-	1	-	-	0,00%	2,86%	0,00%	0,00%	1	2,86%
Sepse	5	-	1	1	14,29%	0,00%	2,86%	2,86%	7	20,00%
Síndrome do intestino curto	1	-	-	-	2,86%	0,00%	0,00%	0,00%	1	2,86%
Trombocitopenia	-	-	1	-	0,00%	0,00%	2,86%	0,00%	1	2,86%
Neoplasia maligna do encéfalo	-	-	1	1	0,00%	0,00%	2,86%	2,86%	2	5,71%

Leishmaniose	1	2	1		2,86%	5,71%	2,86%	0,00%	4	11,43%
Total Geral	17	7	7	4	48,57%	20,00%	20,00%	11,43%	35	100,00%

DISCUSSÃO

A unidade de terapia intensiva possui papel primordial na rede de atenção aos cuidados com a saúde atualmente, se caracterizando como o setor de maior grau de complexidade nesse âmbito. Identificar as especificidades dos indivíduos atendidos, suas características clínicas e as circunstâncias em que os óbitos evoluem, possibilita antever recursos necessários, sistematizar processos e preparar a equipe profissional ali atuante para aperfeiçoar os cuidados àqueles que são encaminhados a essas unidades. Aprimorar a performance desse setor perpassa pela mudança do paradigma que se concentrava no desempenho individual, para um outro que destaca a necessidade de melhorar os sistemas e os processos (6). No processo de procura constante da qualidade do atendimento, a quantificação é fundamental. Indicadores de mortalidade, tempo de permanência, evolução aliados às características demográficas e clínicas dos pacientes demonstram grande eficácia nesse método (7).

Neste estudo demonstrou-se que a média de idade dos pacientes admitidos da UTIP é de 3,19 anos e a mediana de idade 1 ano enquanto a média de idade na cidade de São Paulo é de 4,9 anos, mediana de 2,7 anos porém cabe ressaltar que a UTIP comparada atende indivíduos de até 18 anos. Em relação às internações, crianças internadas na unidade paulista permaneceram 9,7 dias em média, em Imperatriz a relação foi maior com 13,59 dias (5). Diferindo idem de outros achados da literatura em que a média de permanência em UTIP encontrada na literatura variou de 4 a 11 dias de internação (8,9).

Verificou-se um predomínio em relação à faixa etária de 0 a 1 ano, que correspondeu a 50,4% das internações, em conformidade com outros estudos da literatura (2,8). Essa preponderância de faixa etária pode acontecer em decorrência à imaturidade do sistema imunológico durante os primeiros 12 meses da criança, que provoca uma susceptibilidade maior às infecções agudas. Outro detalhe especial desta faixa etária é a característica anatômica da via aérea, em que o diâmetro é reduzido, aliado à vulnerabilidade imunológica, explica o motivo das doenças do sistema respiratório serem tão prevalentes e severas nos estudos (10).

Do total das internações analisadas, constatou-se um predomínio do sexo masculino (65,5%), sendo esta informação observada também em vários estudos (2–4,8,10).

Em consonância com os trabalhos de Lanetzki et al., Namachivayam et al e Batista et al, constatou-se o predomínio dos diagnósticos clínicos nos estudos de UTIP (4,5,11). Nas

hospitalizações, as doenças respiratórias (30,94%) foram mais prevalentes em conformidade com outros estudos da literatura (4,8,12,13).

Outros estudos apresentaram resultados diferentes e descreveram as cardiopatias e neoplasias, respectivamente como as maiores causas de internação na UTIP (14,15).

As doenças infecciosas a citar sepse, leishmaniose visceral e leishmaniose não específica, coqueluche, infecção bacteriana representaram (16,55%), sendo a segunda causa mais expressiva de internações, fato não observado nos estudos anteriormente citados.

Namachivayam et al relatou o perfil pediátrico de uma UTI de referência na Austrália, nos últimos trinta anos, e demonstrou uma redução de 13% dos acidentes no trânsito em 1982, para 7% nos anos 2005 e 2006, em decorrência de leis mais rigorosas no país de estudo e prática de medidas educacionais (11). E neste presente estudo os casos de trauma representaram apenas 4,31% dos casos, em oposição ao panorama geral das regiões brasileiras como aponta Collet et al. que realizaram um estudo sobre as causas pediátricas de hospitalização no SUS entre 1 a 4 anos, de 1998 a 2007, por meio de dados diretos da plataforma do DATASUS, e elencaram as causas externas como uma das principais causas de morbidade nessa população, em todo o Brasil (16). Cavalcanti et al também corrobora para esse dado em seu estudo realizado na Paraíba de 2008 a 2011 no Instituto de Medicina Legal de Campina Grande que aponta as causas externas como a principal causa de mortalidade entre crianças e adolescentes (17).

Uma das explicações desse estudo apresentar um resultado diferente da literatura é a questão socioeconômica e o baixo Índice de Desenvolvimento Humano na região em que a UTIP analisada está situada. A região se localiza em um dos estados mais pobres do Brasil onde é copiosa a presença de doenças de cunho infeccioso em detrimento de doenças por causa externas ou doenças crônicas. Nota-se com o fato acima que essa sociedade encontra-se ainda em um estágio de subdesenvolvimento com condições sociais precárias, infraestrutura inadequada, baixo nível educacional, aporte de promoção e prevenção à saúde ineficazes entre outros fatores (18).

Quanto ao tipo de saída das crianças da unidade, foi verificado o predomínio de altas para a enfermaria de pediatria (2).

A mortalidade geral observada na UTIP, no período em estudo, foi de 25,17% um número bem mais expressivo que o comparado com outras literaturas como o estudo realizado em Maringá em que a mortalidade na UTIP foi de 6,94%. Em outros trabalhos, as taxas de mortalidade em UTIP diversificaram: em Porto Alegre a taxa variou de 6,4% a 14,3%, em Santa Catarina a taxa foi de 17,1%, na Grécia a taxa de mortalidade foi de 12,1% , na Califórnia foi identificada taxa de 22%, na Etiópia a taxa foi de 40% (2,3,8,19). O Projeto UTIs Brasileiras reúne 28 cidades e procura caracterizar o perfil epidemiológico das UTIs brasileiras e disponibilizando informações úteis para direcionar políticas de saúde e estratégias para melhoria do cuidado com pacientes críticos, tem

como taxa de mortalidade 10,47% mais um comparativo demonstrando a elevada taxa encontrada nesse estudo (20).

A idade média dos óbitos foi de 1,85 anos menor que a relatada por Lanetzki et al que encontrou 8,9 anos, menor também que a do estudo britânico de Sands et al. onde o relatado foi de 3,1 anos. As neoplasias foram as principais causas de óbito, como os diagnósticos principais na maior parte das crianças, achados dos dois estudos citados anteriormente, enquanto na seguinte pesquisa os principais causas foram sepse, leishmaniose e pneumonia (5,21).

Ao examinar o desfecho de pacientes de uma unidade específica deve-se ter bastante cuidado e atenção, pois são muitos aspectos implicados nessa questão, entre os quais, aqueles intrínsecos ao pacientes, como diagnóstico de entrada e patologias prévias, atitudes socioculturais. E os específicos da UTIP com as rotinas da unidade, tratamentos e equipamentos disponíveis, conduta no tocante a cuidados prolongados do hospital e a própria maquinaria organizacional do sistema público no geral (22).

A mortalidade infantil por doenças do trato respiratório na faixa etária de menores de um ano está estreitamente relacionada ao estado social familiar, ao baixo peso ao nascer, ao desmame precoce ou ausência completa do mesmo, a crianças que residem em condições de aglomeração e ausência de cuidados básicos. Todos esses aspectos parecem fazer relação entre si e retratam uma estrutura social e econômica em vigência no Brasil (8). Essas fatores causais também se relacionam com as doenças infecciosas que foram bastantes prevalentes neste estudo, acrescido ao fato de que a área em que o trabalho foi realizado é uma região endêmica das doenças infecciosas citadas anteriormente (23)

No âmbito da Saúde Pública, mortalidade infantil em menores de cinco anos é uma prioridade mundial. No ano de 2012, 6,6 milhões nessa faixa etária faleceram a nível global, contudo mais de 50% das causas de óbitos eram evitáveis e tratáveis com intervenções acessíveis e simples. Todavia há dois obstáculos a serem superados: a discrepância do risco de morte entre os países e o emergente papel da morte neonatal. Para que seja atingido a redução de mortalidade infantil, os esforços vigentes devem continuar e novas estratégias devem ser instaladas (24).

Esta pesquisa reuniu dados clínicos e epidemiológicos dos indivíduos internados na UTIP e relacionou seus dados com a literatura. Para que as informações entre serviços distintos possam ser correlacionados é necessário ter ciência da individualidade dos serviços, dos pacientes do setor, do grau de gravidade dos mesmos, suas características epidemiológicas e demográficas. Trabalhos como este devem ter prosseguimento para que séries históricas ajudem a melhorar os contextos locais, melhorias ou danos provocados por tratamentos ou cuidados, além de comparar com outras realidades para agregar mais qualidade ao serviço prestado e assim promover um desempenho cada vez melhor da unidade (5).

CONCLUSÃO

Em suma, a maioria dos pacientes internados eram do sexo masculino (65,5%) com a média de idade 3,39 anos. Os diagnósticos clínicos (69,78%) foram os mais prevalentes, sendo as principais causas pneumonia, leishmaniose, insuficiência cardíaca. O tempo médio de internação foi de 13,59 \pm 14,94 dias, em que média de tempo de permanência do sexo masculino foi maior que a do sexo feminino. Quanto a evolução, 100 (71,9%) pacientes receberam alta hospitalar, 4 (2,9%) foram transferidos para outras unidades e 35 (25,2%) evoluíram para o óbito, desses as maiores de causas de óbito foram sepse, leishmaniose e pneumonia. A taxa de mortalidade foi de 25,17%, em que a faixa etária de 29 dias a 6 meses foi mais acometida.

O perfil dos pacientes admitidos na UTIP permite esclarecer as particularidades individuais, familiares, sociais e assistenciais e desse modo, entender o cenário das internações, se são evitáveis ou não e se poderiam ser resolvidas na atenção primária. Se torna indispensável fortalecer a atenção básica para a assistência à criança ajudando a evitar internações e promover educação em saúde para os pais e responsáveis sobre o cuidado com as mesmas. E constantemente realizar e incentivar educação continuada e treinamento para os profissionais de saúde que atuam nessa unidade, proporcionando condições para realizar assistência com qualidade.

Observa-se nesse estudo que as doenças infecciosas tiveram bastante prevalência e que muitas vezes levaram a óbito, fatos esses deixados para trás pelo desenvolvimento alcançado em muitas cidades, o que não foi identificado nesse trabalho. Mas é sabido que essas doenças infecciosas são facilmente prevenidas com ações de prevenção, com uma atenção básica mais forte e estruturada e ações governamentais que custariam muito menos que os gastos dispensados para o funcionamento de uma UTI Pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Lima GM De, Souza FJ da S, Boulhosa JAR de, Nicolau KL de P, Gonçalves LRN da, Costa MV, et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital referência em trauma na Amazônia. *Rev da Univ Val do Rio Verde*. 2016;14(2):13–23.
2. Alves MVMFF, Bissiguini P de O, Nitsche MJT, Olbrich SRLR, Luppi CHB, Toso LAR. Perfil dos pacientes atendidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público do Brasil. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014;13(2):294–301. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21912/pdf_178
3. Abebe T, Girmay M, G/Michael G, Tesfaye M. The epidemiological profile of pediatric patients admitted to the general intensive care unit in an ethiopian university hospital. *Int J Gen Med* [Internet]. 2015;8:63–7. Available from: <http://shibboleth.ovid.com/secure/?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed12&AN=2015719553%5Cnhttp://sfx.kcl.ac.uk/kings?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.2147%2FIJGM.S76378&genre=article&atitle=The+epidemiological+profile+of+pediatric+patients+admitted+t>
4. Batista NOW, Coelho MC de R, Trugilho SM, Pinasco GC, Santos EF de S, Ramos-Silva V. Clinical-epidemiological profile of hospitalised patients in paediatric intensive care unit. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(2):187–93.
5. Lanetzki CS, Oliveira CAC de, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. The epidemiological profile of Pediatric Intensive Care Center at Hospital Israelita Albert Einstein. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2012;10(1):16–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100005&lng=en&tlng=en
6. National Center for Health Statistics Health. *Health, United States, 2010: With Special Feature on Death and Dying*. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2011. 547 p.
7. McMillan T, Hyzy R. Bringing quality improvement into the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35(2):59–65.
8. Molina RCM, Marcon SS, Uchimura TT, Lopes EP. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2008;7(0):112–20. Available from: <file:///C:/Users/Juliana12/Downloads/6581-20658-1-PB.pdf>
9. Araujo T, Vieira S, Carvalho P. Stress ulcer prophylaxis in pediatric intensive care units. *J pediatr*. 2010;86(6):525–30.
10. Macedo S, Menezes A, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev saúde pública*. 2007;41(3):351–8.
11. Namachivayam P, Shann F, Shekerdemian L, Taylor A, Sloten I Van, Delzoppo C, et al. Three decades of pediatric intensive care: Who was admitted, what happened in intensive care, and what happened afterward*. *Pediatr Crit Care Med*. 2010;11(5):7.
12. Oliveira BRG de, Viera CS, Furtado MC de C, Mello DF de, Lima RAG de. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012;65(4):586–93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400006&lng=pt&tlng=pt
13. Oliveira B, Viera C, Collet N, Lima R. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):268–77.
14. Martha V, Garcia P, Piva J, Einloft P, Bruno F, Rampon V. Comparação entre dois escores de prognóstico (PRISM e PIM) em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pediatr*. 2005;81(3):259–64.
15. Briassoulis G, Filippou O, Natsi L, Mavrikiou M, Hatzis T. Acute and chronic paediatric

- intensive care patients: current trends and perspectives on resource utilization. *Q J Med.* 2004;97:507–18.
16. Collet N, Aparecida R, Lima G De. Causes of hospitalization in the children aged zero to four in Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):268–77.
 17. Cavalcanti AL, Oliveira T, Sant'Anna Araújo Rodrigues IBS de, Cavalcanti CL, Oliveira TSB de, Cavalcanti AFC. Unnatural Deaths in Brazilian Children and Adolescents. *O Mundo da Saúde* [Internet]. 2018;42(2):499–515. Available from: <http://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20170183.PDF>
 18. Pereira RA, Alves-Souza RA, Vale J de S. O PROCESSO DE TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Rev Científica da Fac Educ e Meio Ambient.* 2015;6(1):99–108.
 19. Cunha F, Teixeira-pinto A, Neves F, Barata D, Costa-pereira A. Health-related quality of life of pediatric intensive care survivors. *J Pediatr (Rio J).* 2012;88(1):25–32.
 20. AMIB. Principais Desfechos: Taxas de mortalidade nas UTIs e no Hospitais [Internet]. Registro Nacional de Terapia Intensiva. 2018 [cited 2018 Nov 6]. Available from: <http://www.utisbrasileiras.com.br/perfis-das-utis/principais-desfechos/#!/taxas-de-mortalidade-na-uti-e-no-hospital>
 21. Sands R, Manning J, Vyas H, Rashid A. Characteristics of deaths in paediatric intensive care: a 10 – year study. *Nurs Crit Care.* 2009;14(5):235–40.
 22. Butt W. Butt W. Desfecho após a alta da unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pediatr.* 2012;88(1):1–3.
 23. Lima Júnior FEF de. Cenários da leishmaniose visceral no Brasil. *Simpósio Internacional: Leishmaniose visceral - Desafios para o controle no contexto da diversidade de cenários.* São Paulo/SP; 2018. p. 37.
 24. HK Atrash. Childhood mortality: still a global priority. *J Hum Growth Dev.* 2013;23(3):257–60.

ANEXO 1

NORMAS DA REVISTA “REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (RBTI)”

QUALIS B3 – MEDICINA II

Processo de submissão

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. A RBTI é publicada na versão impressa em português e em formato eletrônico em português e inglês.

Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

Os artigos submetidos em português (ou espanhol) serão traduzidos para o inglês e os submetidos em inglês serão traduzidos para o português gratuitamente pela revista. Todos os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

Os autores deverão encaminhar à revista:

Carta ao editor - A carta deve conter uma declaração de que o artigo é inédito, não foi ou não está sendo submetido à publicação em outro periódico. Os autores também devem declarar que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde o mesmo foi realizado (ou o CEP de referência) fornecendo o número de aprovação do mesmo e, caso apropriado, uma declaração de que o consentimento informado foi obtido ou sua não obtenção foi aprovada pelo CEP. Se necessário, durante o processo de revisão, os autores podem ser solicitados e enviar uma cópia da carta de aprovação do CEP.

Declaração de Conflitos de Interesse - Os autores devem obter o formulário apropriado (disponível em: http://rbti.org.br/imagebank/pdf/Disclosure_of_Potential_Conflits.pdf) e, depois da assinatura pelos autores, anexá-lo durante o processo de submissão. A Declaração de Conflito de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

Financiamento - Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa serão requisitadas durante o processo de submissão bem como na página de rosto do artigo.

Transferência de direitos autorais e autorização para publicação - Após aceitação do artigo, uma autorização assinada por todos os autores para publicação e transferência dos direitos autorais à revista deve ser enviada a Revista (disponível em http://rbti.org.br/imagebank/pdf/authors_responsability_and_copyright_transfer.pdf).

Informação de pacientes - Para todos os manuscritos que incluem informação ou fotografias clínicas onde os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado termo de consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar.

Processo de revisão

Todos os artigos submetidos são objeto de cuidadosa revisão. A submissão inicial será inicialmente revisada pela equipe técnica da revista para garantir que a mesma está em acordo com os padrões exigidos pela revista e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais, incluindo os requisitos éticos para experimentos em humanos e animais. Após essa conferência inicial, o artigo poderá ser devolvido aos autores para readequação.

Posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares. O tempo médio para essa resposta é de uma semana.

Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do manuscrito, sendo o anonimato garantido em todo processo editorial. O prazo para a primeira resposta aos autores é de 30 dias apesar de um tempo mais longo ser por vezes necessário. Os editores podem emitir uma das seguintes opiniões: aceito, revisões mínimas, revisões significativas, rejeição com possibilidade de resubmissão ou rejeição. A taxa de aceitação de artigos é atualmente de 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio entre submissão a primeira decisão foi de 28 dias.

Após o recebimento dos pareceres dos revisores, os autores terão o prazo de 60 dias para submeter a versão com as modificações sugeridas bem como a resposta ponto a ponto para cada um dos revisores. Os autores podem contatar a revista (rkti.artigos@amib.org.br) solicitando extensão desse prazo. Caso essa submissão não ocorra num período de 6 meses o artigo será retirado do banco de dados e uma eventual re-submissão seguirá os trâmites de uma submissão inicial. Após a resubmissão, os editores podem escolher entre enviar o manuscrito novamente para revisão externa ou decidir com base em sua expertise.

As opiniões expressas nos artigos, inclusive as alterações solicitadas pelos revisores, serão de responsabilidade única dos autores.

Ética

Quando relatando estudos em humanos, os autores devem indicar se os procedimentos do estudo estão de acordo com os padrões éticos definidos pelo Comitê responsável por estudos em humanos (institucional ou nacional, se aplicável) e de acordo com a Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2000. Quando se tratar de estudos em animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e/ou nacionais para cuidados e uso de animais de laboratório foram seguidas. Em qualquer pesquisa, clínica ou experimental, em humanos ou animais, essas informações devem constar da sessão Métodos.

Os preceitos éticos da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontrados em nosso site (<http://www.rkti.org.br/eticas.asp>).

Critérios para autoria

Somente pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do artigo devem ser consideradas autoras, de acordo com os critérios:

1. elaborou a ideia inicial e planejou o trabalho ou interpretou os resultados finais OU
2. escreveu o artigo ou revisou sucessivas versões E
3. aprovou a versão final do artigo.

Posições administrativas, coleta de dados e estímulo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

Preparo dos manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

Página título:

Título completo do artigo

Nomes completos, por extenso, de todos os autores

Afiliação institucional de cada autor (apenas a principal, ou seja, aquela relacionada a instituição onde o trabalho foi produzido).

O endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor para correspondência.

O nome da instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.

Fonte financiadora do projeto.

Running title - Deve ser fornecido um título alternativo para o artigo, com no máximo 60 caracteres (com espaços). Esse nome deverá constar no cabeçalho de todas as folhas do artigo.

Título de capa - Nos casos em que o título do artigo tenha mais de 100 caracteres (com espaços), deve ser fornecido um título alternativo, com no máximo 100 caracteres (com espaços) para constar da capa da revista.

Resumo e Abstract

Resumo: O resumo deve conter no máximo que 250 palavras, evitando-se ao máximo o uso de abreviaturas. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos usados no texto principal (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) refletindo acuradamente o conteúdo do texto principal. Quando se tratar de artigos de revisão e relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Para Comentários o resumo não deve exceder 100 palavras.

Abstract: O resumo em inglês deverá ser feito apenas para aqueles artigos submetidos nessa língua. Artigos submetidos em português terão seu resumo traduzido para o inglês pela revista.

Descritores

Devem ser fornecidos seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados no MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine, disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Texto

Os artigos devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as citações no texto devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

Artigos originais

Os artigos originais são aqueles que trazem resultados de pesquisas. Devem ter no máximo 3.500 palavras no texto, descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências. Artigos com maior número de palavras necessitam ser aprovados pelo editor. O número máximo de autores recomendado é de oito. Caso haja necessidade de incluir mais autores, deve vir acompanhado de justificativa, com explicitação da participação de cada um na produção do mesmo. Artigos originais deverão conter:

Introdução - esta sessão deve ser escrita de forma a se dirigir a pesquisadores sem conhecimento específico na área e deve claramente oferecer - e, se possível, ilustrar - a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta sessão deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

Métodos - Deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usada, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.

Resultados - Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica e clara. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.

Discussão - Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.

Conclusão - Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.

Referências - devem ser ordenadas por sequência de citação no texto e limitar-se a um máximo 40 referências. Ver abaixo normas para elaboração das referências.

Cartas ao editor

Comentários em qualquer artigo publicado na revista, cabendo geralmente uma resposta do autor ou do editor. Não é permitida tréplica. Devem ter no máximo 500 palavras e até cinco referências. O artigo da RBTI ao qual a carta se refere deve ser citado no texto e nas referências. Os autores devem também enviar seus dados de identificação e endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

Diretrizes

A Revista publica regularmente as diretrizes e recomendações produzidas tanto pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) quanto pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

Agradecimentos

Os autores devem usar esta sessão para agradecer financiamentos da pesquisa, ajuda de organismos acadêmicos; de instituições de fomento; de colegas ou outros colaboradores. Os autores devem obter permissão de todos os mencionados nos agradecimentos. Devem ser concisos não excedendo a 4 linhas.

Referências

Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos cinco anos, sobre o tema. Não devem conter trabalhos não referidos no texto ou não publicados. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá seguir o formato denominado "Vancouver Style". Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela National Library of Medicine, disponível em "List of Journal Indexed in Index Medicus" no endereço eletrônico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>. Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem que são citadas. Tabelas e figuras devem ser colocadas ao final do texto, após as referências, uma em cada página, sendo as últimas idealmente feitas em Microsoft Excel®, Tif ou JPG com 300 DPI. Figuras que necessitem melhor resolução podem ser submetidas em arquivos separados. Figuras que contenham textos devem vir em arquivos abertos para que possam ser traduzidas. Caso isso não seja possível, o autor se responsabilizará pela tradução.

As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. As figuras devem vir acompanhadas de legenda explicativa dos resultados, permitindo a compreensão sem a consulta do texto.

A legenda das tabelas e figuras deve ser concisa, porém autoexplicativa, permitindo a compreensão sem a consulta do texto. As unidades de medida devem vir no corpo da tabela e os testes estatísticos indicados na legenda.

Fotografias de cirurgia e de biópsias, onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais, serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor.

A reprodução de figuras, quadros, gráficos e ou tabelas que não de origem do trabalho, devem mencionar a fonte de onde foram extraídas.

Abreviaturas e siglas

O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo e no título das tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas devem ser discriminados o significado das abreviaturas, símbolos e outros sinais.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão ser submetidos eletronicamente no endereço:
<http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

© 2020 Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos