

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

NATÁLIA ARAÚJO NASCIMENTO VIANA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DEMOGRÁFICOS E OS
MOTIVOS DE ADMISSÃO COM A MORTALIDADE E O TEMPO DE
PERMANÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

IMPERATRIZ
2018

NATÁLIA ARAÚJO NASCIMENTO VIANA

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DEMOGRÁFICOS
E OS MOTIVOS DE ADMISSÃO COM A MORTALIDADE E O
TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

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^a Danielly Nunes De
Matos

Co-orientador: Prof Saymo Carneiro
Marinho

IMPERATRIZ
2018

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

ARAÚJO NASCIMENTO VIANA, NATÁLIA.

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS FATORES DEMOGRÁFICOS E OS MOTIVOS DE ADMISSÃO COM A MORTALIDADE E O TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA / NATÁLIA ARAÚJO NASCIMENTO VIANA, Ruan Alencar Lourenço, Felipe Rodrigues de Carvalho. - 2018.

21 p.

Coorientador(a): Saymo Carneiro Marinho.

Orientador(a): Danielly Nunes De Matos Leite.

Monografia (Graduação) - Curso de Medicina,
Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2018.

1. Admissão do Paciente. 2. Mortalidade. 3. Tempo de internação. 4. Unidades de terapia intensiva. I. Alencar Lourenço, Ruan. II. Carneiro Marinho, Saymo. III. Nunes De Matos Leite, Danielly. IV. Rodrigues de Carvalho, Felipe. V. Título.

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

Candidato: Natália Araújo Nascimento Viana

Título do TCC: Análise da relação entre os fatores demográficos e os motivos de admissão com a mortalidade e o tempo de permanência em uma unidade de terapia intensiva Severa

Orientador: Danielly Nunes De Matos,
Co-orientador: Saymo Carneiro Marinho

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a20../...06...../2018., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Croline Braga Barroso
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Examinador (a): Assinatura:
Nome: Edem Moura de Marcos Junior
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

Presidente: Assinatura:
Nome: Danielly Nunes De Matos
Instituição: Universidade Federal do Maranhão

COMITÊ DE ÉTICA

PROTOCOLO PARA PESQUISA

USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO
PROTOCOLO Nº 004-1 / 2018

1. Título do Projeto de Pesquisa

Estudo epidemiológico do tempo de permanência de pacientes em uma unidade de terapia intensiva.

2. Pesquisador Responsável

Nome completo Natália Araújo Nascimento Viana

3. Colaboradores

Nome completo

4. Orientador

Nome completo Danielly Nunes de Matos Leite

5. Especificação da finalidade acadêmica da pesquisa

Monografia

Iniciação Científica

Outras (especificar)

Artigo Científico

6. Unidades e Instituições envolvidas (especificar)

UFMA-Imperatriz

Curso: Medicina

Outras

7. Investigação

Retrospectiva

Prospectiva

8. Materiais e Métodos (preencher mais de um se necessário)

Seres Humanos

Animais

Laboratorial

Consulta de Prontuários de pacientes

Entrevistas e questionários

Tecidos, órgãos, fluídos orgânicos.

Empresas

Outros (especificar)

9. Cronograma de execução da pesquisa

Início _12_/_03_/2018__

término 11/_13_/2019__

10. Observações

Sem observações.

11. Parecer da Comissão de Ética e Bioética

A Comissão de Ética e Bioética, da Faculdade de Imperatriz (COEB), na sua reunião de _12_/_03_/2018, APROVOU os procedimentos constantes deste Protocolo.


.....
Presidente da Comissão

AGRADECIMENTOS

À equipe do Hospital Municipal de Imperatriz por auxiliar na coleta dos dados. A Universidade Federal Do Maranhão, pela oportunidade de fazer o curso. À professora Danielly Nunes De Matos Leite, pela orientação, apoio e confiança e ao suporte do professor Saymo Carneiro Marinho. Aos meus pais, irmãos e demais familiares pelo amor, incentivo e apoio incondicional. A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

UTI: A Unidade de Terapia Intensiva

HMI: Hospital Municipal de Imperatriz

AMIB: Associação de Medicina Brasileira

SUS: O Sistema Único de Saúde

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

FACIMP: Faculdade de Imperatriz

RESUMO

Objetivo: Fazer uma análise descritiva da população internada na Unidade de Terapia Intensiva adulta do Hospital Municipal de Imperatriz e relacionar os possíveis fatores de risco para taxa de mortalidade e tempo de permanência aumentado. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, desenvolvido a partir da coleta de dados do registro UTI adulta do HMI de dos anos de 2016 e 2017. **Resultados:** Foram incluídos 789 pacientes, sendo 518 (65,65%) do sexo masculino e 271 (34,35%) feminino. A média da idade foi de 49 ± 22 anos. O tempo médio de permanência foi de 9 ± 11 dias e a maioria permaneceu por 5 dias ou mais (51,46%). Entre as causas clínicas da admissão, as doenças cardiovasculares foram as mais frequentes (17,11%), e das causas cirúrgicas, a maioria foi por pós-operatório de neurocirurgia (21,29%). Há significância entre o tempo de internação prolongado, óbito e admissões por causa clínica ($p < 0,001$). Mortalidade foi associada à sepse ($p=0,0335$) e mistas ($p < 0,001$). **Conclusão:** Conclui-se que a UTI do hospital em estudo apresentou-se com perfil marcado por predominância de sexo masculino e idade menor que 40 anos, prevalentemente com o tempo de permanência acima do valor de corte proposto. Quanto as causas de internação mais frequentes têm-se a neurocirurgia. Salienta-se também que, pacientes internados com causas clínicas tendem a apresentar o tempo de permanência aumentado, além do fato dos óbitos nessa categoria serem mais recorrentes.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Admissão do Paciente; Mortalidade; Tempo de internação; Fatores de risco; demográfico.

Keywords: Intensive care units; Patient admission; Mortality; Length of stay; Risk factors; Demography.

SUMARIO

1. PÁGINA DE TÍTULO.....	10
2. INTRODUÇÃO.....	11
3. MÉTODOS.....	11
4. RESULTADOS.....	13
5. DISCUSSÃO.....	15
6. CONCLUSÃO.....	18
7. REFERÊNCIAS.....	19
8. TABELAS.....	25
9. NORMAS DA REVISTA.....	31

Análise da relação entre os fatores demográficos e os motivos de admissão com a mortalidade e o tempo de permanência em uma unidade de terapia intensiva

Natália Araújo Nascimento Viana¹, Danielly Nunes De Matos², Saymo Carneiro Marinho³, Ruan Alencar Lourenço¹, Felipe Rodrigues de Carvalho¹, Teófilo Dorneles Claro dos Santos Silva¹

¹Estudante de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Imperatriz (MA), Brasil.

² Médica pediatra pelo Hospital Santo Antonio Maria Zaccaria - Bragança (PA). Docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

³Médico cardiologista pelo Hospital de Messejana Dr.Carlos Alberto Studart Gomes – Fortaleza (CE). Docente do curso de Medicina na Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

Autor para correspondência: Natália Araújo Nascimento Viana, Rua Elis Regina, lote 4, quadra 18, CEP: 65913-513 – Imperatriz (MA), Brasil, E-mail: natalia.anv@hotmail.com

Instituição responsável: Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz/MA

Financiamento Próprio

Mortalidade e tempo de permanência

Relação dos fatores demográficos e motivo de admissão com mortalidade e tempo de permanência

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área hospitalar provida de um conjunto de elementos funcionais cuja finalidade é atender pacientes graves, ou de risco, com potencial para recuperação, mas que exige assistência médica contínua, em conjunto da equipe multiprofissional e demais recursos especializados. (1)

De acordo com o censo realizado pela Associação de Medicina Brasileira (AMIB) no ano de 2016, haviam somente 41.741 leitos hospitalares com UTI no Brasil (8% do total de leitos). O Nordeste representava 20,2% do total de estabelecimentos com leitos de UTI e o Maranhão representava 10,4% na região. (2)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o desafio de atender a demanda crescente de leitos de UTI, necessitando não só de um adequado dimensionamento destes como também de um gerenciamento de qualidade de ocupação. (3) A importância de se fazer um levantamento epidemiológico de uma UTI se concretiza nas comparações científicas possíveis entre as realidades desses setores resultando num possível aperfeiçoamento de condutas hospitalares e de atenção à saúde. (4)

A mortalidade e o tempo de permanência de pacientes em UTI estão ligados a características clínicas e gravidade. (5)(6)(7) Conhecer os possíveis fatores relacionados a um pior prognóstico são indispensáveis para se obter estratégias que buscam melhores desfechos para o paciente. (5)

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi fazer uma análise descritiva da população internada na da UTI adulta do Hospital Municipal de Imperatriz (HMI) e relacionar os possíveis fatores de risco para taxa de mortalidade e tempo de permanência aumentado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo-analítico, transversal e retrospectivo, desenvolvido a partir da coleta de dados do registro UTI adulta do HMI de admissões, óbitos e transferências dos anos de 2016 e 2017.

O estudo contemplou 789 pacientes que estiveram internados nesse período, que foram selecionados mediante os critérios de inclusão e exclusão, sendo a amostra estatisticamente representativa da população em estudo. No período de dois anos, oitocentos e oitenta e sete pacientes estiveram internados na UTI adulta do HMI e uma amostra de 269 indivíduos permitiu inferir dados com intervalo de confiança de 95,0% e um nível de significância em todos de 5,0% ($p < 0,05$).

Os critérios de inclusão selecionaram pacientes que estiveram internados na UTI adulta do HMI de ambos os sexos e maiores de 15 anos, cujo registro de admissão tenha sido realizado nos anos de 2016 e 2017. Os critérios de exclusão definiram que pacientes internados na UTI do hospital cujos dados relatados no registro hospitalar de admissões, óbitos e transferências durante o período escolhido para estudo eram insuficientes não participariam da pesquisa.

Os dados presentes no registro que foram utilizados para a pesquisa foram: idade, sexo, procedência, diagnóstico na admissão, tempo de permanência na internação, óbito, transferência/alta. A idade foi estratificada em quatro faixas: <40 anos; 40-60 anos; 60-80 anos; >80 anos, seguindo a distribuição de idade utilizada pela AMIB no registro das UTIs brasileiras. O tempo de permanência foi delimitado em ≥ 5 dias e <5 dias.

Em relação ao diagnóstico na admissão, foi possível pelos dados do registro dividir em diagnóstico clínico e cirúrgico. O diagnóstico clínico foi subdividido nas seguintes categorias principais: cardiovascular; trauma não-cirúrgico; sepse/infecção; neuro/psiquiátrico; renal; respiratório; endócrino/metabólico; fígado, vias biliares e pâncreas; gastrointestinal; misto (mais de um diagnóstico) e outras.

Já as causas cirúrgicas foram subdivididas em: neurocirurgias; ortopédicas; cirurgias abdominais (exceto laparotomia exploradora e fígado, vias biliares e pâncreas); laparotomia exploradora; fígado, vias biliares e pâncreas; trauma cirúrgico; vasculares e outras, abrangendo motivos por internação devido cirurgias eletivas e de emergência.

A análise descritiva para as variáveis qualitativas foi feita por meio da distribuição das frequências absoluta e relativa. A análise para as variáveis quantitativas foi feita por meio de média e desvio-padrão.

As variáveis qualitativas foram analisadas através do teste não-paramétrico de Qui-Quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Ao encontrar um valor esperado menor que cinco na célula da tabela de contingências, usou-se o teste exato de Fisher. E foram feitas medidas de associação (Razão de Odds – OR - com intervalo de confiança – IC – de 95%).

Os dados foram tabulados no Excel e todas as análises estatísticas referidas foram efetuadas com os programas EpiInfo™ (versão 7) e SPSS para Windows (versão 25.0.0.0; SPSS Inc.), sendo adotado o intervalo de confiança de 95,0% e um nível de significância em todos de 5,0% ($p < 0,05$) em todos os testes.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Imperatriz (FACIMP), sob o protocolo 004-1/2018 de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinki e no Código de Nuremberg.

RESULTADOS

Em um período de dois anos, oitocentos e oitenta e sete pacientes estiveram internados na UTI adulta do HMI. Noventa e oito pacientes foram excluídos por dados incompletos no registro hospitalar. Foram incluídos no estudo 789 pacientes, sendo 518 (65,65%) do sexo masculino e 271 (34,35%) feminino. Mais da metade (59,90%) dos pacientes admitidos são de fora do município de Imperatriz. Quando a idade, a média foi

de 49 ± 22 anos e a faixa etária que admitida em maior frequência na UTI foram menores de 40 anos (31,56%). O tempo médio de permanência foi de 9 ± 11 dias e a maioria permaneceu por 5 dias ou mais (51,46%). Os pacientes que foram admitidos por uma causa clínica prevaleceram, com pequena diferença (50,82%) e os que evoluíram para óbito foram 47,28% (Tabela 1).

Entre as causas clínicas da admissão, as doenças cardiovasculares foram as mais frequentes (17,11%), seguidos por causas mistas (6,97%) e trauma não-cirúrgico (6,46%). Já em relação às causas cirúrgicas, a maioria dos pacientes foi internada por pós-operatório de neurocirurgia (21,29%), seguido de ortopedia (8,37%) e cirurgias abdominais (5,07%) (Tabela 2).

Em relação tempo de permanência na UTI, não houve diferença entre sexo e idade. Contudo, foi observado que há significância entre o tempo de internação prolongado e as admissões por causa clínica (OR 1,68; 95% IC 1,27-2,23; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Analisando-se os fatores de risco de evoluir a óbito nessa população, o sexo foi significativo (OR 1,43; 95% IC 1,06-1,92; $p=0,017$), destacando que o sexo feminino apresenta fator de risco para aumento de taxa de mortalidade. Assim como o sexo feminino, a faixa etária de 61 a 80 anos demonstrou-se como fator de risco (OR 2,01; 95% IC 1,46-2,77; $p < 0,001$). Não obstante, ter a idade menor que 40 anos inclui-se como fator protetor quanto a possibilidade de evoluir para óbito (OR 0,48; 95% IC 0,35-0,66; $p < 0,001$). O diagnóstico na admissão também se mostrou um fator de risco: pacientes com internação por causas clínicas apresentam maiores chances de ir a óbito (OR 1,75; 95% IC 1,46-2,77; $p < 0,001$) (tabela 4).

Quanto às categorias diagnósticas, entre os motivos clínicos, foram fatores de risco para taxa de mortalidade as internações por causas mistas (OR 2,66; 95% IC 1,47-4,80 $p < 0,001$) e sepse/infecção (OR 2,00; 95% IC 1,04-3,84 $p=0,033$). Não há relação

do óbito com as demais categorias (tabela 5). Já nas causas cirúrgicas, observou-se relação entre internações pela neurocirurgia (OR 0,46; 95% IC 0,32-0,66 $p < 0,001$) e ortopedia (OR 0,57 95% IC 0,33- 0,96 $p = 0,0346$), as quais são propícias a evoluir de forma mais favorável, apresentando menor probabilidade de óbito (tabela 6).

DISCUSSÃO

Os dados expostos demonstram que os pacientes da UTI em estudo são predominantemente do sexo masculino, o que é consistente com outros artigos. (8)(9)(10)(11)(12) Possivelmente, devido a esse grupo buscar e utilizar menos os serviços de atenção primária e secundária à saúde. (13)(14) . Observando-se a possibilidade de evolução a óbito dessa população, o sexo feminino apresentou-se como fator de risco, diferindo de alguns estudos que não encontraram distinção significativa entre os sexo (6)(12)(20)

Quanto a faixa etária, foram encontradas mais internações no grupo que apresentava idade menor que 40 anos, diferente de outros estudos que apresentaram mais pacientes idosos. (9)(11) Verificou-se maior probabilidade de óbito em pacientes de 61 a 80 anos, em concordância com alguns estudos, que apontam a relevância da idade avançada associada com a alta taxa de mortalidade. (8)(12)(15)

Não houveram diferenças entre tempo de permanência e idade. Este fato está em concordância com estudos de Queiroz e colaboradores (10) que apontam a rapidez de recuperação equivalente em jovens e idosos, caso bem assistidos, pois a letalidade está vinculada a outros fatores como comorbidades, condição clínica e qualidade da assistência prestada. Sobre a definição de tempo de internação prolongado em UTI, ainda não há consenso em literatura e, muitas vezes, depende do valor adotado por diversos autores em seus respectivos estudos. (16)(17)(6) A Agência Nacional de Saúde, por meio do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde, estabelece como

meta o tempo de 4.5 a 5.3 dias. Em vista disso, o valor de corte do tempo de internação utilizado no trabalho foi de menor que cinco dias e maior ou igual a cinco dias. (18)

O estudo verificou que o tempo médio de internação da UTI analisada foi de 9 (± 11) dias e que a maioria dos pacientes estava no grupo que possui o tempo maior que o valor estabelecido. Em uma variedade de pesquisas também é possível realçar tal fenômeno, onde as médias do tempo de internação são de 7,6 dias, (4) de 8,2, (6) 8.09, (8) e 13,7. (19)

O fluxo de pacientes nos leitos da UTI é determinado pelo tempo médio de permanência e o aumento desse tempo pode levar à não admissão de pacientes graves. (18)(7) Quando se há a impossibilidade de tratamento na UTI e o cuidado do paciente é feito em cuidados menos intensivos, há um aumento da mortalidade intra-hospitalar, (20) além do aumento dos custos com assistência médica. (7)(21)(22)(24)

Há estudos que mostram, entretanto, que o tempo de alta está associado à mortalidade hospitalar de forma independente, portanto, outros fatores como estrutura e processo de cuidado afetam o resultado. (5)

Verificou-se que os pacientes internados por causas clínicas tentem a apresentar maior tempo de permanência e maior ocorrência de óbitos. Esse achado é compatível com o estudo conduzido por Toufen et al (23), em que, tanto o período de internação quanto mortalidade foram maiores na de clínica médica.

Em relação ao diagnóstico na admissão, as causas clínicas mais frequente foram as doenças cardiovasculares, que incluem, principalmente, os acidentes vasculares encefálicos e doenças coronarianas, ratificando o que já fora observado em outros estudos que também apontam essa causa como a principal na admissão. (9)(24)(25)(26) Essas doenças portanto, apresentam destaque na necessidade de investimentos de prevenção e tratamento. (8)(27)

Notou-se uma associação entre sepse e diagnóstico misto na admissão com a mortalidade e tal fato pode estar relacionado a gravidade que geralmente é presente nessa subcategoria. Por exemplo, é documentado em vários estudos a associação de sepse e mortalidade na UTI. (28)(29)(30)(31) Entretanto, Moreira et al identificou prognóstico do paciente está relacionado a fatores adicionais como estrutura e processo de cuidado. (5)

A internação por neurocirurgia foi a mais frequente entre todos os diagnósticos e dentro da subcategoria de diagnósticos cirúrgicos, além disso, juntamente com as cirurgias ortopédicas, demonstraram associação com menor probabilidade de evolução para óbito na UTI nessa pesquisa. Tal achado é interessante pois essas subcategorias estão frequentemente relacionadas a traumas (pós-operatório de hematoma subdural, fraturas de fêmur ou bacia etc). (32)(33)(34)

Tal achado pode justificar-se pelo atendimento inicial desses pacientes e pela complexidade. Além disso o tempo de cirurgia menor das cirurgias de emergência dessa população – assim como a presença de algumas cirurgias eletivas – costumam render melhores prognósticos. Contudo em muitos casos as complicações pós-operatórias nesses pacientes somente se manifestam durante interação hospitalar, após alta de UTI, que poderia levar a subestimação de sua doença. (35)(36) Entretanto, é válido lembrar que diversos fatores interferem na mortalidade, como o histórico patológico do paciente, antecedente patológico e existência de doença. (35)(37)(38)

É preciso destacar, diante disso, que o estudo em questão apresenta como limitações a falta de fatores importantes para a análise de tempo de permanência e mortalidade, que seriam a presença de comorbidades, medicações em uso e uso ou não de ventilação mecânica. Além do fato de que no hospital de estudo, muitas doenças podem não seguir protocolos diagnósticos, como no caso de sepse.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a UTI do hospital em estudo apresentou-se com perfil marcado por predominância de sexo masculino e idade menor que 40 anos, prevalentemente com o tempo de permanência acima do valor de corte proposto. Quanto as causas de internação mais frequentes têm-se a neurocirurgia tanto no panorama geral quanto no panorama cirúrgico e as doenças cardiovasculares como maior motivo clínico. A probabilidade de evoluir a óbito mostrou-se aumentada quando relacionada com as seguintes variáveis: sexo feminino, pacientes com idade entre 61 e 80 anos e pacientes com admissão por causas mistas, assim como sepse. Em contraponto, internado com motivos neurocirúrgicos e ortopédicos possuem associação com menor probabilidade de evolução para óbito na UTI – no presente estudo. Salienta-se também que, pacientes internados com causas clínicas tendem a apresentar o tempo de permanência aumentado, além do fato dos óbitos nessa categoria serem mais recorrentes.

REFERÊNCIAS

1. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução CREMESP nº 170, de 6 de novembro de 2007. Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo. 2007;Seção 1:152.
2. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). CENSO AMIB. 2016.
3. Goldwasser RS, Lobo MS de C, Arruda EF de, Angelo SA, Silva JRL e, Salles AA de, et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. Rev Saude Publica. 2016;50:1–10.
4. França CDM, Albuquerque PR De, Santos ACB da CS. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. InterScientia. 2013;1(2):72–82.
5. Moreira HE, Verga F, Barbato M, Burghi G. Prognostic impact of the time of admission and discharge from the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva. 2017;29(1):63–9.
6. Oliveira ABF De, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A, et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(3):250–6.
7. Tiruvoipati R, Botha J, Fletcher J, Gangopadhyay H, Majumdar M, Vij S, et al. Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: A multicentre prospective observational study. PLoS One. 2017;12(7).

8. El-Fakhouri S, Carrasco HVCG, Araújo GC, Frini ICM. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2016;62(3):248–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000300248&lng=en&tlng=en
9. Oliveira PC, Tufanin AT. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital de reabilitação. 2013;72–82.
10. Queiroz F, Rego D, Nobre G. Morbimortalidade na unidade de terapia intensiva de um hospital público TT - Morbimortality in an intensive care unit of a public hospital. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2013;27(2):164–71. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8370/7160>
11. De Araujo TG, De Mello Rieder M, Kutchak FM, Filho JWF. Readmissions and deaths following ICU discharge - A challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(1):32–8.
12. Sardinha DS, de Sousa RMC, Nogueira L de S, Damiani LP. Risk factors for the mortality of trauma victims in the intensive care unit. *Intensive Crit care Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015;31(2):76–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.10.008>
13. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, de Moura EC, Carvalho S de A, da Silva SFC. Política de saúde do homem. *Rev Saude Publica*. 2012;46(SUPPL.1):108–16.
14. Oliveira MM de, Daher DV, Silva JLL da, Andrade SSC de A. Men's health in question: seeking assistance in primary health care. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(1):273–8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100273&lng=en&tlng=en

15. Soares M, Bozza FA, Angus DC, Japiass?? AM, Viana WN, Costa R, et al. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med.* 2015;41(12):2149–60.
16. Williams TA, Ho KM, Dobb GJ, Finn JC, Knuiman M, Webb SAR. Effect of length of stay in intensive care unit on hospital and long-term mortality of critically ill adult patients. *Br J Anaesth.* 2010;104(4):459–64.
17. Zampieri FG, Ladeira JP, Park M, Haib D, Pastore CL, Santoro CM, et al. Admission factors associated with prolonged (>14 days) intensive care unit stay. *J Crit Care* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014;29(1):60–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.09.030>
18. Ministério da Saúde, ANS. Média de Permanência UTI Adulto. *Agência Nac Saude Supl.* 2013;1–5.
19. De Jesus FS, De Macedo Paim D, De Oliveira Brito J, De Araujo Barros I, Nogueira TB, Martinez BP, et al. Mobility decline in patients hospitalized in an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016;28(2):114–9.
20. Caldeira VMH, Júnior JMS, Oliveira AMRR, Rezende S, Araújo LAG, Santana MR de O, et al. Critérios Para Admissão De Pacientes Na Unidade De Terapia Intensiva E Mortalidade. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(5):528–34.
21. Ramos JGR, Da Hora Passos R, Baptista PBP, Forte DN. Factors potentially associated with the decision of admission to the intensive care unit in a middle-

- income country: A survey of Brazilian physicians. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):154–62.
22. Kramer AA, Dasta JF, Kane-Gill SL. The Impact of Mortality on Total Costs Within the ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(9):1457–63.
 23. Toufen C, Franca SA, Okamoto VN, Salge JM, Carvalho CRR. Infection as an independent risk factor for mortality in the surgical intensive care unit. *Clin (São Paulo, Brazil)* [Internet]. 2013;68(8):1103–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3752640%7B&%7Dttool=pmcentrez%7B&%7Drendertype=abstract>
 24. Rodriguez AH, Camargo BMB, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez M de J. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. 2016;69(2):229–34.
 25. Nogueira L de S, de Sousa RMC, Padilha KG, Koike KM. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIS públicas e privadas. *Texto e Contexto Enferm*. 2012;21(1):59–67.
 26. Dias MAE, Martins M, Navarro N. Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2012;46(4):719–29.
 27. Puchades R, González B, Contreras M, Gullón A, De Miguel R, Martín D, et al. Cardiovascular profile in critically ill elderly medical patients: Prevalence, mortality and length of stay. *Eur J Intern Med* [Internet]. European Federation of Internal Medicine.; 2015;26(1):49–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2014.12.010>
 28. Ruiz C, Díaz MÁ, Zapata JM, Bravo S, Panay S, Escobar C, et al. Características

- y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público Characteristics and evolution of patients admitted to a public hospital intensive care unit. artículo *Investig rev Med chile*. 2016;144:1297–304.
29. Mayr FB, Yende S, Angus DC. Epidemiology of severe sepsis. *Virulence*. 2014;5(1):1–11.
 30. Goncalves-Pereira J, Pereira JM, Ribeiro O, Baptista JP, Froes F, Paiva JA. Impact of infection on admission and of the process of care on mortality of patients admitted to the Intensive Care Unit: the INFAUCI study. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20:1308–15.
 31. Schultz MJ, Dunser MW, Dondorp AM, Adhikari NKJ, Iyer S, Kwizera A, et al. Current challenges in the management of sepsis in ICUs in resource-poor settings and suggestions for the future. *Intensive Care Med* [Internet]. Springer Berlin Heidelberg; 2017;43(5):612–24. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-017-4750-z>
 32. Siegemund M, Steiner LA. Postoperative care of the neurosurgical patient. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(5):487–93.
 33. Reponen E, Korja M, Niemi T, Silvasti-Lundell M, Hernesniemi J, Tuominen H. Preoperative identification of neurosurgery patients with a high risk of in-hospital complications: a prospective cohort of 418 consecutive elective craniotomy patients. *J Neurosurg* [Internet]. 2015;123(3):594–604. Available from: <http://thejns.org/doi/10.3171/2014.11.JNS141970>
 34. AbdelSalam H, Restrepo C, Tarity TD, Sangster W, Parvizi J. Predictors of Intensive Care Unit Admission After Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*

[Internet]. 2012 May [cited 2018 Apr 26];27(5):720–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22088781>

35. Gil Bona J, Pascual Bellosta A, Ojeda Cabrera J, Ortega Lucea S, Muñoz Rodríguez L, Martínez Ubieto J, et al. Análisis de los factores que condicionan el ingreso de los pacientes quirúrgicos en una unidad de críticos. Un estudio prospectivo sobre 764 pacientes intervenidos durante 1 año en un hospital universitario y de referencia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015;62(2):72–80.
36. Zhou JC, Pan KH, Huang X, Yu WQ, Zhao HC. Delayed admission to ICU does not increase the mortality of patients post neurosurgery. *Int J Neurosci.* 2015;125(6):402–8.
37. Boehm O, Pfeiffer MKA, Baumgarten G, Hoeft A. Perioperatives Risiko und Letalität nach großen chirurgischen Eingriffen. *Anaesthesist.* 2015;64(11):814–27.
38. Boehm O, Baumgarten G, Hoeft A. Epidemiology of the high-risk population: Perioperative risk and mortality after surgery. *Curr Opin Crit Care.* 2015;21(4):322–7.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da população estudada

Características	N= 789	%
Sexo		
Feminino	271	34,35
Masculino	518	65,65
Cidade		
Imperatriz	316	40,10
Outros	473	59,90
Idade		
	Md: 49 (\pm 22)	
<40	249	31,56
40-60	224	28,39
61-80	219	27,76
>80	97	12,29
Tempo de permanência		
	Md: 9 (\pm 11)	
\geq 5 dias	406	51,46
< 5 dias	383	48,54
Diagnóstico na admissão		
Cirúrgico	388	49,18
Clínico	401	50,82
Evoluiu a óbito na internação		
Não	416	52,72
Sim	373	47,28

Md: média

Tabela 2- Frequência dos motivos para admissão na UTI

Variáveis	N= 789	%
Causas Clínicas		
Cardiovascular	135	17,11%
Misto	55	6,97%
Trauma não-cirúrgico	51	6,46%
Sepse/Infecção	41	5,20%
Neuro/Psiquiátrico	34	4,31%
Renal	29	3,68%
Outras	28	3,55%
Respiratório	16	2,03%
Endócrino/Metabólico	7	0,89%
Fígado, vias biliares e pâncreas	3	0,38%
Gastrointestinal	2	0,25%
Causas Cirúrgicas		
Neurocirurgias	168	21,29%
Ortopédicas	66	8,37%
Cirurgias abdominais (exceto LE e Fig/Vias/Panc)	40	5,07%
LE	39	4,94%
Trauma cirúrgico	38	4,82%
Outras	20	2,53%
Fig/Vias/Panc	11	1,39%
Vasculares	6	0,76%

Laparotomia exploradora =LE; Fígado, vias biliares e pâncreas= Fig/Vias/Panc

Tabela 3- Relação entre sexo, idade e motivo de internação com tempo de permanência

Variáveis	< 5 dias	≥ 5 dias	Crude OR OR (IC 95%)	Valor de p
	N = 383 N (%)	N= 406 N (%)		
Sexo				0,1169
Feminino	142 (52,40)	129 (47,60)	0,79 (0,58-1,06)	
Masculino	241 (46,53)	277 (53,47)	1	
Idade				
<40	112 (44,98)	137 (55,02)	1,23 (0,91-1,66)	0,1739
40-60	113 (50,45)	111 (49,55)	0,89 (0,65-1,22)	0,5004
61-80	106 (48,40)	113 (51,60)	1,00 (0,73-1,37)	0,9609
>80	52 (53,61)	45 (46,39)	0,79 (0,51-1,21)	0,2864
Diagnóstico na admissão				< 0,001
Cirúrgico	214 (55,87)	174 (42,86)	1	
Clínico	169 (42,86)	232 (57,14)	1,68 (1,27-2,23)	

Tabela 4- Relação entre sexo, idade e motivo de internação e Óbito

Variáveis	Teve Alta	Óbito	Crude OR	
	N = 416	N= 373	OR (IC 95%)	Valor de p
	N	N		
Sexo				0,0170
Feminino	127 (46,86)	144 (53,14)	1,43 (1,06-1,92)	
Masculino	289 (55,79)	229 (44,21)	1	
Idade				
<40	161 (64,66)	88 (35,34)	0,48 (0,35-0,66)	< 0,001
40-60	121 (54,02)	103 (45,98)	0,93 (0,68-1,26)	0,6469
61-80	88 (40,18)	131 (59,82)	2,01 (1,46-2,77)	< 0,001
>80	46 (47,42)	51 (52,58)	1,27 (0,83-1,94)	0,2640
Diagnóstico na admissão				< 0,001
Cirúrgico	232 (59,79%)	156 (40,21)	1	
Clínico	184 (45,89)	232 (54,11)	1,75 (1,46-2,7	

Tabela 5- Relação entre Motivo de internação clínica e Óbito

Variáveis	Teve Alta	Óbito	Crude OR OR (IC 95%)	Valor de p
	N = 416 N (%)	N= 373 N (%)		
Causas Clínicas				
Cardiovascular	62 (45,93)	73 (19,57)	1,38 (0,95-2,01)	0,0822
Misto	17 (4,09)	38 (10,19)	2,66 (1,47-4,80)	< 0,001
Trauma não-cirúrgico	33 (64,71)	18 (35,29)	0,58 (0,32-1,06)	0,0763
Sepse/Infecção	15 (36,59)	26 (63,41)	2,00; (1,04-3,84)	0,0335
Neuro/Psiquiátrico	18 (52,94)	16 (47,06)	1,00 (0,50-2,00)	0,9859
Renal	19 (65,52)	10 (34,48)	0,57 (0,26-1,25)	0,1597
Outras	12 (42,86)	16 (57,14)	1,50 (0,70-3,23)	0,2869
Respiratório	5 (31,25)	11 (68,75)	2,49 (0,85-7,25)	0,0821
Endócrino/Metabólico	2 (28,57)	5 (71,43)	2,81 (0,54-14,58)	0,2647*
Fig/Vias/Panc	0 (0)	3(100)	2,52 (0,64-1,53)	0,105*
Gastrointestinal	1 (50)	1 (50)	1,11 (0,06-17,89)	0,722*

* Teste exato de Fisher

Tabela 6- Relação entre Motivo de internação cirúrgica e Óbito

Variáveis	Teve Alta	Óbito	Crude OR OR (IC 95%)	Valor de p
	N = 416 N (%)	N= 373 N (%)		
Causas Cirúrgicas				
Neurocirurgias	113 (67,26)	55 (32,74)	0,46; (0,32-0,66)	< 0,001
Ortopédicas	43 (65,15)	23 (34,85)	0,57 (0,33- 0,96)	0,0346
Cirurgias abdominais (exceto LE e Fig/Vias/Panc)	16 (40)	24 (60)	1,71 (0,89-3,28)	0,0980
LE	19 (48,72)	20 (51,28)	1,18 (0,62-2,25)	0,6071
Trauma cirúrgico	22 (57,89)	16 (42,11)	0,80 (0,41-1,55)	0,5129
Outras	12 (60)	8 (40)	0,73 (0,29-1,82)	0,5091
Fig/Vias/Panc	4 36,36	7 63,64	1,96 (0,57-6,78)	0,2148*
Vasculares	3 (50)	3 (50)	1,11 (0,22-5,56)	0,6043*

* Teste exato de Fisher; Laparotomia exploradora =LE; Fígado, vias biliares e

pâncreas= Fig/Vias/Panc

NORMA DA REVISTA

Revista Brasileira de Terapia Intensiva / Revista Brasileira de Cuidados Intensivos (RBTI / BJIC), ISSN 0103-507X, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Revista Brasileira de Cuidados Intensivos da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Pretende publicar pesquisa relevante envolvendo melhora em cuidados de saúde com pacientes agudos, fornecendo discussão, distribuição e promoção de informações baseadas em evidências para profissionais de terapia intensiva. Publica pesquisa, revisão, comentários, artigos de relatórios de casos e cartas ao Editor, envolvendo todas as áreas de conhecimento relacionadas ao atendimento intensivo do paciente criticamente enfermo.

RBTI aprova as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Requisitos Uniformes para Manuscritos submetidos a Revistas Biomédicas, atualizado em abril de 2010, disponível em http://www.icmje.org/urm_main.html.

Todo o conteúdo da Revista Brasileira de Terapia Intensiva / Revista Brasileira de Cuidados Intensivos está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons (CCBY) Attribution 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>).

O jornal on-line tem acesso aberto e gratuito.

Processo de submissão

Os manuscritos podem ser enviados em inglês, português ou espanhol. A RBTI é publicada em versão impressa em português e em versão eletrônica em português e inglês. Nenhuma taxa para avaliação ou publicação dos manuscritos será cobrada aos autores. O jornal traduz os artigos apresentados em português (ou espanhol) e os custos de tradução serão cobertos pelo jornal. Os artigos apresentados em inglês serão traduzidos pela revista para o português, sem despesas para os autores. Todos os artigos devem ser enviados eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

Processo de revisão intermediária

Todos os manuscritos submetidos à RBTI estão sujeitos a uma revisão rigorosa. Os envios iniciais são revisados pela equipe interna para garantir a adesão às políticas da RBTI , incluindo requisitos éticos para experimentação humana e animal. Após esta avaliação inicial, o artigo pode ser enviado de volta aos autores quanto à adequação.

Posteriormente, os manuscritos enviados serão avaliados pelo Editor. Os manuscritos sem mérito, com importantes erros de metodologia ou a não conformidade com a política editorial dos jornais serão rejeitados, sem um processo formal de revisão pelos pares. Nosso tempo médio de rodar para essa rejeição imediata é de uma semana.

Após a aprovação do Editor-in-chiefs (ou um editor designado), os artigos serão encaminhados para dois ou mais revisores. Eles sempre serão de instituições diferentes das que o manuscrito é, sendo a condição anônima mantida durante todo o processo editorial. Nosso tempo médio de rodapé para a primeira resposta aos autores é de 30 dias,

embora um tempo maior possa ser necessário. Após a avaliação, os editores escolherão entre as seguintes decisões: aceitar, revisão menor, revisão principal, rejeitar e reenviar ou rejeitar. A taxa de aceitação da RBTI é de aproximadamente 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio de submissão à primeira decisão para todos os artigos foi de 28 dias.

Depois de receber a opinião dos revisores, os autores devem enviar a versão revisada dentro de 60 dias, incluindo as mudanças sugeridas, juntamente com uma resposta ponto-a-ponto para cada revisor. Os autores podem entrar em contato com RBTI (rbi.artigos@amib.org.br) se eles exigirem uma extensão. Se não for enviado dentro de 6 meses, o manuscrito será removido da base de dados e uma eventual nova submissão seguirá a faixa de envio inicial. Após a reenvio, os editores podem optar por enviar o manuscrito de volta aos revisores externos, ou podem tomar uma decisão com base em conhecimentos pessoais.

As opiniões expressas nos artigos, incluindo as mudanças solicitadas pelo revisor, serão a única responsabilidade dos autores.

Ética

Ao relatar experimentos em assuntos humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do comitê responsável de experimentação humana (institucional e nacional, se aplicável) e com a Declaração de Helsinque de 1975, conforme revisada em 2000. Quando relatando experiências em animais, os autores devem ser convidados a indicar se o guia institucional e nacional para o cuidado e uso de animais de laboratório foi seguido. Em qualquer estudo clínico ou experimental, humano ou animal, essas informações devem ser colocadas na seção Métodos.

As declarações éticas da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontradas em nosso site

Política anti-plágio

Qualquer contribuição enviada à RBTI deve ser original e o manuscrito, ou partes dela, não devem ser considerados por qualquer outro jornal. Além disso, os autores não devem enviar o mesmo manuscrito em diferentes idiomas para diferentes revistas. Os autores devem declarar as publicações potencialmente sobrepostas na submissão para a avaliação e avaliação do editor. Nós enviamos manuscritos para ferramentas de detecção de plágio para detectar qualquer duplicação, sobreposição de publicação ou má conduta, e sempre que qualquer uma dessas situações for detectada, o Editor deve entrar em contato com os autores e sua instituição. Se o editor detectar essa situação, os autores devem esperar a rejeição imediata do manuscrito enviado. Se o editor não estivesse ciente da situação anterior à aceitação do manuscrito, então será retraído em uma nova edição da Revista.

Critérios de autoria

Apenas a pessoa que contribuiu diretamente para o conteúdo intelectual dos artigos deve ser considerada como autor, de acordo com os critérios abaixo:

1. Criou a idéia inicial e planejou o estudo ou interpretou os resultados finais OU
2. Escreveu o manuscrito ou revisou suas sucessivas versões AND
3. Aprovou a versão final.

As posições administrativas e a coleta de dados não são considerados critérios para a autoria e, quando apropriado, devem ser incluídos na sessão de Reconhecimentos.

Preparação de manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

Página de título:

Título completo do artigo

Todos os nomes completos dos autores

Cada afiliação institucional do autor (apenas a principal afiliação, ou seja, a afiliação à instituição onde o trabalho foi desenvolvido).

Autor para endereço completo de correspondências (incluindo números de telefone e fax e e-mail).

A Instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.

A fonte de financiamento dos projetos.

Título de corrida - Um título alternativo para o artigo, contendo até 60 caracteres com espaços. Este título deve ser exibido em todos os títulos das folhas de artigos.

Título da capa - Quando o título dos artigos tem mais de 100 caracteres com espaços, um título alternativo deve ser fornecido, incluindo até 100 caracteres (com espaços) a serem exibidos na capa dos periódicos.

Resumos

Resumo em português: o resumo português deve ter até 250 palavras. As abreviaturas devem ser evitadas na medida do possível. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos que o texto principal (objetivo, métodos, resultados e conclusão) e refletir com precisão o conteúdo do texto principal. Nas revisões e relatórios de casos, o resumo não deve ser estruturado. Os comentários devem ter resumos com menos de 100 palavras. O resumo português só deve ser fornecido para manuscritos apresentados nesta língua.

Resumo em Inglês: O resumo inglês só deve ser fornecido para manuscritos apresentados neste idioma. Os manuscritos apresentados em português terão seu Resumo traduzido para o inglês pela revista.

Palavras-chave

Seis termos em português e em inglês devem ser fornecidos definindo o assunto dos artigos. Estes devem ser baseados na Biblioteca Nacional de Medicamentos MeSH (Medical Subject Headings), disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Texto

Os artigos devem ser enviados no arquivo MS Word® com fonte Times New Roman 12, espaço duplo, incluindo tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as referências devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

Artigos originais

Estes são artigos que apresentam resultados de investigação. O texto deve ter até 3.500 palavras, excluindo a folha de título, resumo, tabelas e referências. Artigos maiores do que isso devem ser aprovados pelo Editor. O número máximo recomendado de autores é oito. Se mais autores devem ser incluídos, isso deve ser justificado, explicando a participação de cada um dos autores. Os artigos originais devem ter:

Introdução - Esta seção deve ser escrita como um ponto de referência não especializado e fornecer claramente - e, se possível, ilustrar - o racional para a pesquisa e seus objetivos. Os relatórios de ensaios clínicos devem, quando apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura, indicando por que o estudo foi necessário e a contribuição do estudo apontado. Esta seção deve terminar com uma breve declaração sobre o assunto relatado pelo artigo.

Exemplo: As avaliações do desempenho do PIM e do PIM2 nas UTI pediátricas de países com níveis baixo e médio de renda relataram excelente discriminação, porém uma baixa calibração dos escores.⁽⁹⁾ Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de falência de múltiplos órgãos primária e o papel da sepse como agente causal em pacientes pediátricos críticos; e calcular e avaliar a precisão do PRISM III e do PELOD para prever os desfechos de crianças em estado crítico.

Métodos - Isso deve incluir o design do estudo, o cenário, tipo de participantes ou materiais, uma descrição clara das intervenções e comparações, tipo de análise utilizada e seu poder estatístico, se apropriado.

Resultados - Os resultados devem ser apresentados em seqüência clara e lógica. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, os riscos relativos e absolutos ou as reduções de risco e os intervalos de confiança.

Discussão - Todos os resultados devem ser discutidos e comparados com a literatura relevante.

Conclusão - Esta seção deve discutir claramente as principais conclusões da pesquisa e fornecer explicações claras sobre sua relevância.

Referências- As referências devem ser sequenciais, de acordo com a ordem da citação em texto e limitadas a 40 referências. Veja abaixo as regras de referência.

Artigos de revisão

Um artigo de revisão é uma descrição abrangente de certos aspectos de cuidados de saúde relevantes para o escopo da revista. Não deve ter mais de 4000 palavras (excluindo a folha de título, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Eles devem ser escritos por autores experientes reconhecidos e o número dos autores não deve exceder três, exceto a justificativa a ser submetida à revista. Os comentários podem ser sistemáticos ou narrativos. Nas revisões, também é recomendável ter uma seção "Métodos", informando as fontes de evidência e as palavras-chave utilizadas para a pesquisa da literatura. As

revisões de literatura sistemática contendo estratégias e resultados de pesquisa apropriados são considerados artigos originais.

Relatórios de casos

Esta seção é dedicada a publicar relatórios médicos raros, descrevendo seus aspectos, histórico e gerenciamento. Eles devem incluir um resumo não estruturado, uma breve introdução e revisão da literatura, a descrição do caso e uma breve discussão. Relatórios de casos devem ter até 2000 palavras, com cinco autores e 10 referências.

Comentários

Estes são artigos de opinião por escrito de especialistas, a serem lidos pela comunidade médica geral. Normalmente, os autores são convidados por um dos editores, no entanto, os artigos não solicitados também são bem-vindos e rotineiramente avaliados para publicação. O objetivo do comentário deve ser realçar um problema, expandir o assunto destacado e sugerir a seqüência. Qualquer declaração deve ser referenciada, no entanto, é preferível que a lista de referência seja limitada a 15. Para legibilidade, as frases devem ser curtas e objetivas. Use legendas para dividir a seção de comentários. Isso deve ser curto, até 800 a 1000 palavras, exceto o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, a menos que seja justificado.

Cartas para o editor

RBTI publica comentários para qualquer artigo publicado na revista e uma resposta de autores ou editores é geralmente pertinente. Não é permitida a substituição. Estes devem ter até 500 palavras e até 5 referências. O assunto RBTIs artigo deve ser mencionado no texto e nas referências. Os autores também devem enviar sua identificação e endereço completo (incluindo o número de telefone e o email). Todas as letras são editadas e enviadas de volta aos autores antes da publicação.

Diretrizes

A revista publica regularmente diretrizes e recomendações elaboradas pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

Reconhecimentos

Os autores devem usar esta seção para reconhecer o financiamento final da pesquisa e apoio de organismos acadêmicos; agências de fomento; colegas e outros colaboradores. Os autores devem conceder permissão de todos os mencionados na seção de reconhecimento. Isso deve ser conciso, não superior a 4 linhas.

Referências

As referências devem ser atualizadas, de preferência contendo os artigos mais relevantes publicados sobre o assunto nos últimos cinco anos. Eles não devem conter artigos não citados em texto ou trabalhos não publicados. As referências devem ser numeradas consecutivamente na seqüência de citação de texto e identificadas com algarismos

arábicos. A exibição deve obedecer ao formato Vancouver Style, como nos modelos abaixo. Os títulos do periódico devem ser abreviados de acordo com a Biblioteca Nacional de Medicina, disponível na Lista de Revista indexada no Index Medicus, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para todas as referências, mencione até seis autores. No caso de mais de seis autores, mencione os seis primeiros autores seguidos pela expressão et al.

Artigos impressos

Dellinger RP, Vincent JL, Silva E, Townsend S, Bion J, Levy MM. Sobreviver à sepse em países em desenvolvimento. *Crit Care Med*. 2008; 36 (8): 2487-8.

Levy MM, Vincent JL, Jaeschke R, Parker MM, Rivers E, Beale R, et al. Campanha de Sepsis Sobrevivente: Esclarecimento de Diretrizes. *Crit Care Med*. 2008; 36 (8): 2490-1.

Artigos eletrônicos

Buerke M, Prondzinsky R. Levosimendan em choque cardiogênico: melhor do que enoximone! *Crit Care Med* [Internet]. 2008 [cited 2008 Aug 23]; 36 (8): 2450-1. Disponível em: <http://www.ccmjournal.com/pt/re/ccm/abstract.00003246-200808000-00038.htm>

Hecksher CA, Lacerda HR, Maciel MA. Características e evolução dos pacientes tratados com drotrecogina alfa e outras intervenções da campanha "Sobrevivendo à Sepse" na prática clínica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 2008 Ago 23]; 20 (2): 135-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/04.pdf>

Suplementos

Walker LK. Uso de oxigenação de membrana extracorpórea para estabilização pré-operatória de hérnia de diafragma congênita. *Crit Care Med*. 1993; 21 (Suplemento 1): S379-S380.

Livros

Doyle AC. Mistérios biológicos resolvidos. 2ª ed. Londres: Science Press; 1991.

Capítulos do livro

Lachmann B, van Daal GJ. Síndrome de dificuldade respiratória do adulto: modelos animais. Em: Robertson B, van Golde LM. Tensioactivo pulmonar. 2ª ed. Amesterdão: Elsevier; 1992. p. 635-66.

Resúmenes publicados Varvinski AM, Findlay GP. Complicações imediatas da canulação venosa central na UTI [resumo]. *Crit Care*. 2000; 4 (Suplemento 1): P6.

Em artigos de imprensa

Giannini A. Políticas de visita e presença familiar na UTI: uma questão de legislação? Cuidados intensivos Med. Na imprensa 2012.

Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas de acordo com a ordem mencionada no texto. Tabelas e figuras devem ser inseridas abaixo do texto, seguindo as referências, apenas uma em cada página, o mais tarde, de preferência, preparado como MS Excel®, TIF ou JPG com arquivos de 300 DPI. Os números que precisam de uma resolução aumentada devem ser enviados em arquivos separados. Os números contendo textos devem ser fornecidos em arquivos abertos, para tradução. Se não for possível, o autor deve fornecer a tradução.

As quantidades, unidades e símbolos utilizados devem respeitar as regras nacionais. Os números devem ter lendas explicando os resultados, permitindo a compreensão sem consultar o texto. As legendas das tabelas e das figuras devem ser concisas, mas auto-explicativas, permitindo entender sem consultar o texto. As unidades devem estar dentro da tabela e testes estatísticos indicados na legenda.

As imagens de cirurgia e biópsia com técnicas especiais de coloração serão consideradas para impressão em cores, sendo os custos adicionais a responsabilidade dos autores. Os números já publicados devem ser acompanhados pela autorização do autor / editor.

Figuras reproduzidas, gráficos, gráficos ou tabelas, que não pertencem originalmente ao artigo, devem referenciar a fonte original.

Abreviações e iniciais

O uso de abreviaturas deve ser evitado nos títulos dos artigos, resumo e tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Eles devem ser precedidos pelo nome completo quando mencionado pela primeira vez no texto. Os significados abreviados, símbolos e outros signos devem ser fornecidos nas figuras e tabelas de notas de pé.