

FACULDADE PATOS DE MINAS - FPM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BENON ROGÉRIO DE OLIVEIRA

**PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Patos de Minas

2016

BENON ROGÉRIO DE OLIVEIRA

**PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem, pela Faculdade de Patos de Minas.

Orientadora: Professora Mestre Aline Maria dos Santos Caixeta.

PATOS DE MINAS

2016

PERFIL DO PACIENTE CIRÚRGICO NA UTI

*Benon Rogério de Oliveira**

*Aline Maria dos Santos Caixeta**¹*

Resumo

Trata-se de um estudo documental, quantitativa, de natureza descritiva, realizado no ano de 2015 nos prontuários dos pacientes que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva no pós-operatório imediato, de janeiro a junho de 2014. Com o objetivo de descrever o perfil do paciente cirúrgico nessa unidade de terapia intensiva, de um Hospital Estadual na cidade de Patos de Minas-MG. Os resultados demonstraram que o paciente pós-cirúrgico na UTI são em sua maioria: homens, da cidade de Patos de Minas, com dor abdominal, sendo avaliados e realizada a intervenção cirúrgica pela equipe da cirurgia geral, sob efeito da anestesia geral; ASA III predominante, com tempo de cirurgia entre 2 a 4 horas, encaminhados a UTI intubado, porém com sinais vitais estáveis, verificou que 23,88% necessitaram de hemotransfusão e 38,10% necessitaram de drogas vasoativas.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Paciente Cirúrgico.

PROFILE OF SURGICAL PATIENTS IN THE ICU

ABSTRACT

This is a documentary study, quantitative, descriptive, held in year of the 2015 in the records of patients who were admitted to the Intensive Care Unit in the immediate postoperative period, from January to June 2014, with the aim of describing the surgical patient profile in this intensive care unit in a public hospital in the city of Patos de Minas – MG. The results showed that post-surgical patients in the ICU are mostly: men, from the city of Patos de Minas, with abdominal pain being evaluated and performed the surgery by the general surgery team under general anesthesia; ASA predominant III, with surgery time between 2 to 4 hours, sent to the ICU intubated, but with stable vital signs, only 23,88% required blood transfusion and 38,10% required vasoactive drugs.

Keywords: Intensive Care Unit; Nursing, Surgical Patient.

1INTRODUÇÃO

¹ * Graduando em enfermagem pela Faculdade Patos de Minas no ano de 2016, e-mail: benonrogerio@gmail.com

**Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Possui MBA em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Instituto Castelo Branco, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca e-mail: amscaixeta@gmail.com

As cirurgias são classificadas em emergenciais, de urgência e eletivas. É considerada de emergência, quando há risco de morte e/ou perda de membro quando o paciente não for operado num curto intervalo de tempo, geralmente menor que seis horas. Classificada como urgente, quando há risco de morte e/ou perda de membro se não houver intervenção cirúrgica num período de seis e vinte e quatro horas. E é considerada cirurgia eletiva quando puder ser postergada por até um ano sem causar grandes problemas ao paciente (LAPA 2014).

De acordo com YU, Pai Ching (2010) as especialidades mais realizadas são por ordem: ginecologia, cirurgia geral, ortopedia, gastrocirurgia, urologia, cirurgia plástica, vascular, oftalmologia, neurocirurgia, otorrino, cabeça e pescoço e torácica. As cirurgias mais praticadas foram realizadas pela cirurgia geral, neurocirurgia e ortopedia, sendo a laparotomia e craniectomia os procedimentos amplamente difundidos, de acordo com o perfil hospitalar; referência regional de trauma.

Segundo a Fiocruz 52% dos partos no Brasil são cesarianas enquanto a OMS recomenda apenas 15% de todos os partos (FIOCRUZ, 2014). Houve poucas complicações em pacientes da ginecologia e obstetrícia durante o período que compreende a coleta de dados dessa pesquisa; apesar de ser hospital de referência para uma grande população.

Antes mesmo do ato cirúrgico é possível a previsão da gravidade pelo risco cirúrgico.

A consulta pré-anestésica e cardiológica de risco cirúrgico que inclui dentre outros o score ASA (American Society of Anesthesiologists). Baseia-se nos critérios clínicos para avaliar o estado físico do paciente, e classifica de ASA I como saudável até ASA VI quando se mantém os órgãos para doação. Os hábitos de vida, existência de alergia, patologias existentes, idade, exames laboratoriais, eletrocardiograma e outras condições. (SCHWARTZMAN et al., 2011).

Quando classificados como ASA Emergência esse grau de risco é o multiplicado por dois. Risco ASA III, por exemplo, tem de 1,8 a 4,3% de mortalidade perioperatória; se determinado com ASA III Emergência essa taxa de mortalidade chegará a 8,6%. (NOVAES 2005).

O pós-operatório é definido período após o procedimento cirúrgico. Dividido em imediato e tardio. O imediato, no qual o paciente está se recuperando dos efeitos anestésicos. O pós-operatório tardio é o tempo de cicatrização e prevenção de complicações (BURNS, 2011). São várias as complicações que podem ocorrer após as cirurgias. A dor, cefaléia,

pirose, soluço, dispnéia, febre, tosse, vômito e oligúria podem representar início de uma síndrome clínica pós-operatória (STRACIERE 2008).

Dor no sítio cirúrgico e local da anestesia requer atenção, pois pode indicar uma intercorrência. Cefaléia pode estar relacionada ao jejum prolongado, à tensão, estresse. Soluço relacionado ao uso de sondas gástrica ou mesmo intubação (MONTEIRO, 2006). Tosse prejudica a recuperação, pois aumenta a contratatura da musculatura abdominal e diafragmática. Vômito e náusea pode ocorrer por associação do tipo de anestesia, desrespeito ao jejum o que pode provocar aspiração pulmonar. (ROSSI et al. 2000). Oligúria que é a diminuição do débito urinário relacionado à hidratação ineficaz, perda de líquidos e até mesmo por uma hemorragia em curso (ANDRADE, 1998) A equipe de enfermagem deve ficar atenta pois pode ocorrer retenção urinária devido à perda do controle de esfíncter urinário, solucionado com uso de sondagem vesical, anotar as características e comunicar ao médico.

Cerca de 36% dos pacientes submetidos à cirurgia abdominal alta necessitam de UTI no pós-operatório. Isso se deve às complicações desde o pré-operatório tais como obesidade, desnutrição, idade, tabagismo, tipo de anestesia e tempo de cirurgia. (FILARDO; FARESin; FERNANDES, 2001).

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade hospitalar para pacientes que necessitam de cuidados intensivos oferecidos por uma equipe especializada composta por profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2009).

Nesse estudo foi verificado, de acordo com os dados colhidos, que a cirurgia geral é a maior responsável pela internação dos pacientes com complicação que os leva à recuperação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E a técnica cirúrgica mais usada foi a laparotomia.

Os pacientes que normalmente vão para UTI, são os que por qualquer descompensação clínica, ou por terem realizado cirurgias complexas e de longa duração necessitem de observação cuidadosa 24 horas por dia. (BRASIL, 2009).

A intenção da cirurgia é a cura, porém podem ocorrer alguns eventos que se não diagnosticados e/ou tratados de imediato podem levar às complicações; Aparelho circulatório devido ao aumento de secreções e diminuição da atividade ciliar pode ocorrer a Atelectasia, Pneumonia e Embolia Pulmonar. Aparelho cardiovascular, destaque à hipovolemia (STRACIERE 2008).

O porte pode ser interpretado tanto com o tamanho da cirurgia como o tempo transcorrido da cirurgia nesse caso análise foi feita pelo tempo transcorrido o que pode estar diretamente relacionado ao tamanho da cirurgia e/ou por complicações durante o ato

cirúrgico. Apontado no prontuário como porte I até duas horas, II de duas a quatro horas, porte III de quatro a seis horas e porte IV acima de seis horas. Predomínio do estudo foi a cirurgia de porte II.

Dentre outros, são admitidos no CTI os pacientes no pós-operatório que necessitam de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório (CALDEIRA et al 2010).

Nesse momento o paciente poderá necessitar de uma vigilância maior numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nessa unidade hospitalar ficam os pacientes que necessitam de cuidados intensivos oferecidos por uma equipe especializada composta por profissionais de diferentes áreas (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, a pergunta norteadora do trabalho é: Qual o perfil do paciente cirúrgico na UTI? Objetivando descrever o perfil do paciente pós-cirúrgico imediato que necessita de cuidados intensivos com qualidade e agilidade, para diminuir os riscos diagnosticar alterações de forma rápida. A compreensão do perfil desse paciente considerado grave na UTI leva a um entendimento primordial para o serviço de saúde e para os profissionais de saúde.

2-METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental, descritivo de quantitativa. A abordagem foi definida em função da natureza da pesquisa e dos objetivos propostos do estudo. A pesquisa foi realizada no setor de arquivo do Hospital Regional Antônio Dias - FHEMIG, no município de Patos de Minas, MG.

A coleta dos dados ocorreu de abril a julho do ano de 2015, junto aos livros de registro do Centro Cirúrgico, onde foram levantados os pacientes encaminhados para a UTI no pós-operatório. Após esse levantamento, foi realizada a leitura dos prontuários de todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto nos meses de janeiro a junho de 2014.

Foi criada uma tabulação para análise dos dados utilizando o programa Excel. Efetuado a tabulação através de cálculos de porcentagem, média e desvio padrão, que foram expressos em forma de tabelas e gráficos.

Importante salientar que o trabalho foi cadastrado na Plataforma Brasil e autorizado pelo comitê de ética sob numero CAAE: 44684615.6.0000.5119 e parecer: 1.052.988 em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

3 RESULTADOS

Os pacientes foram caracterizados quanto ao sexo, idade, residência, motivo da internação, equipe de cirurgia, tipo de anestesia, ASA, intercorrência no intraoperatório, hemotransfusão, classificação do porte, via aérea, nível de consciência, utilização de drogas vasoativas e desfecho do caso.

De janeiro a junho de 2014, no Bloco Cirúrgico foram realizados 1352 procedimentos das diversas clínicas, média mensal de 225 cirurgias. Somente 68 (5,02%) desses pacientes foram encaminhados a UTI.

Do total de pesquisados, 65,67% eram do sexo masculino e 34,33% do sexo feminino (fig.1)

Figura 1 – Classificação dos pacientes quanto ao gênero

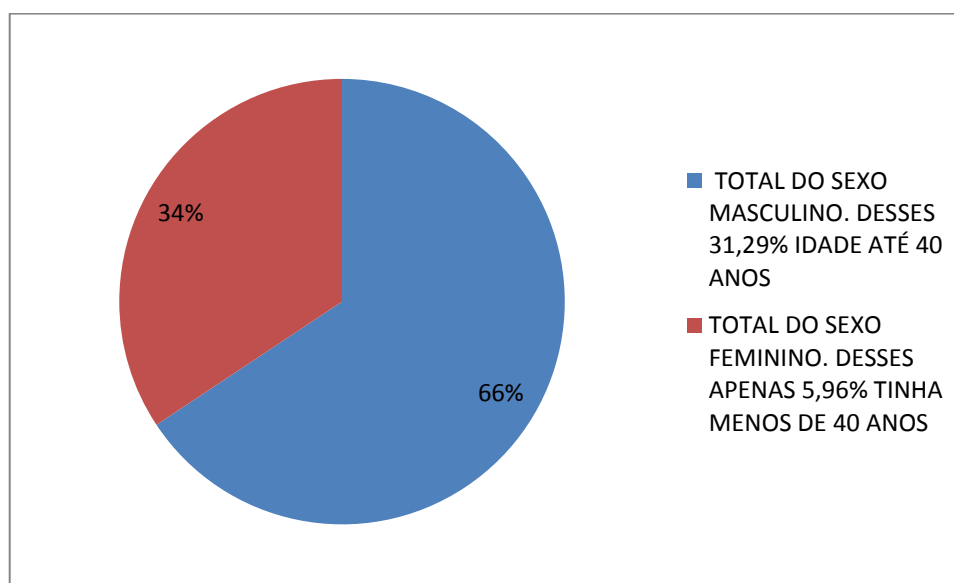


Figura 1 – Homens são a maioria, na faixa etária até 40 anos essa diferença é ainda maior. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); tem como objetivo um tempo-resposta que minimize a morbi/mortalidade e transporte adequado a vítimas de traumas e outras complicações clínicas. (COSTA et al. 2016). A cidade sede do Hospital Regional Antonio Dias conta com esse serviço o que constatou na pesquisa é que teve maiores números de vítimas que tiveram o suporte, transporte, foram operados e tiveram recuperação na Unidade de Terapia Intensiva.

Em relação à cidade de residência: 43,28% Patos de Minas; 5,97% Guimaranã; 4,48% João Pinheiro; a mesma porcentagem de Vazante e Carmo do Paranaíba os outros 37,31% das demais cidades ou zona rural da macro região pertencentes ao Hospital Regional Antônio Dias. (fig. 2).

Figura 2 – Distribuição dos pacientes em relação ao local de onde moram ou de onde foram transferidos.

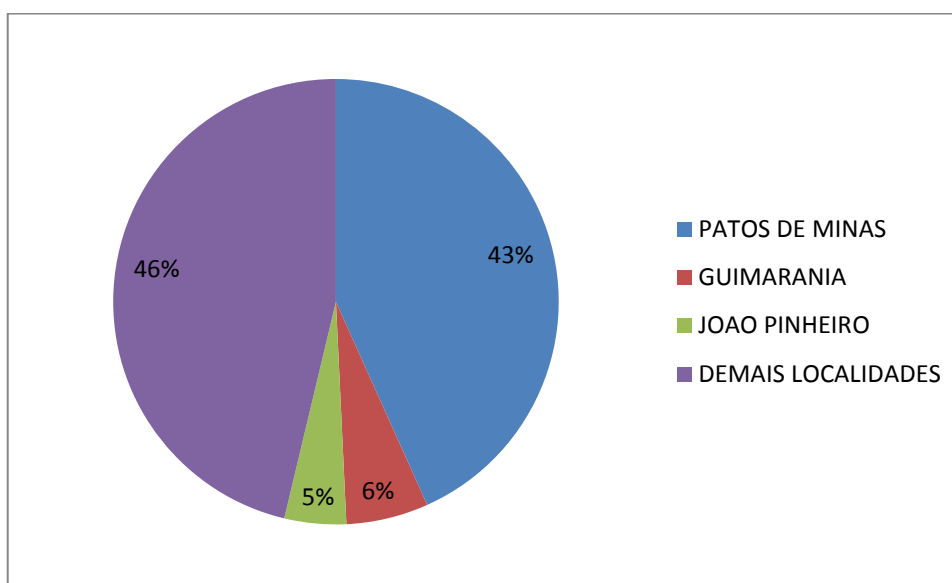


Figura 2 – O Hospital Regional Antônio Dias atende a 33 municípios vizinhos, a maior parte dos pesquisados eram residentes na cidade sede. Patos de Minas 2016.

Fonte:Dados da pesquisa.

A principal causa das internações foi a dor abdominal (25,3%) dos casos seguido de acidente de trânsito (17,9%), queda da própria altura (17,9%), Essa causa pode ser evitável e esta relacionada a vários fatores, o uso doméstico ou em instituições de pisos antiderrapantes, banheiros adaptados, corrimão, o uso adequado de medicamentos dentre outros fatores podem diminuir as quedas da própria altura, fator de grande impacto nos gastos em saúde pública. neoplasias diversas (10,4%), trauma crânio encefálico (5,9%). Acidente de trabalho, complicação na gestação e tentativa de autoextermínio somam juntos 16,70%. (fig. 3).

Figura 3 – Motivo das internações que precederam os atos cirúrgicos.

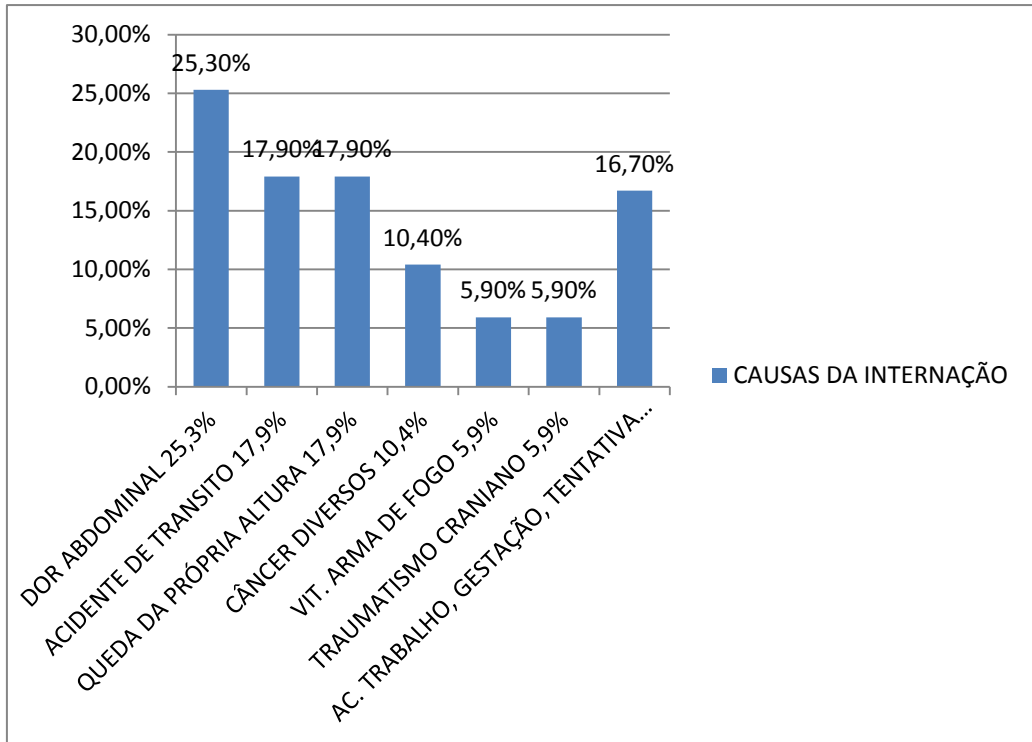


Figura 3 – Queixas ou acontecimentos que antecederam a internação dos pacientes pesquisados. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

A cirurgia geral foi responsável por 40,30% dos procedimentos. A neurocirurgia 31,34%, ortopedia 10,45%, em conjunto a cirurgia geral e ortopedia 4,48%. (fig. 4)

Figura 4 – Clínica cirúrgica responsável pelo tratamento da maioria dos pacientes

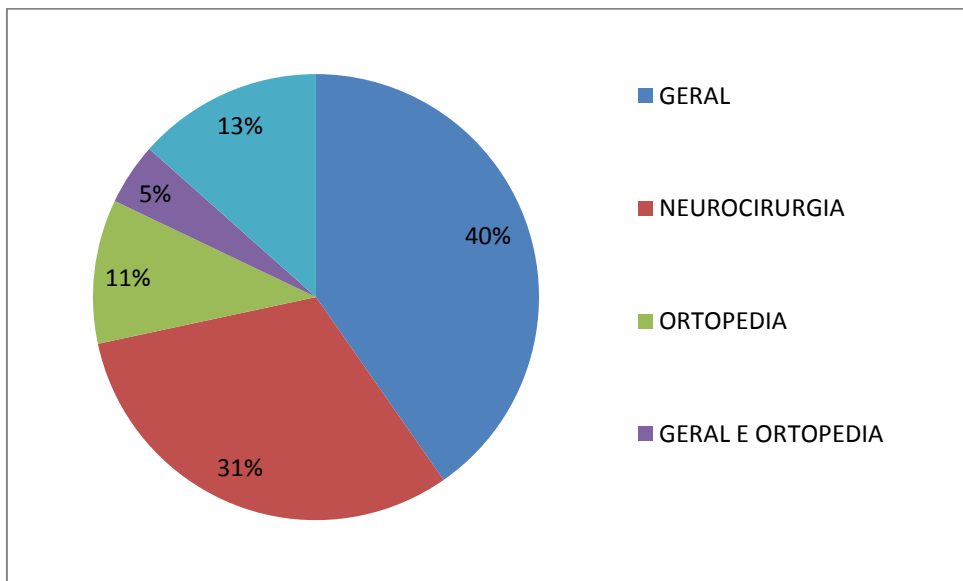


Figura 4 – Distribuição dos pacientes pesquisados de acordo com o tipo de patologia e a necessidade da cirurgia a ser realizada. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

O procedimento cirúrgico mais realizado foi a Laparotomia exploradora 28,36% em segundo a craniectomia 11,94% houve ainda procedimentos da cirurgia vascular, urologia, equipe de coluna e buco-maxilo-facial. (fig. 5)

Figura 5 – Principais abordagens cirúrgicas.

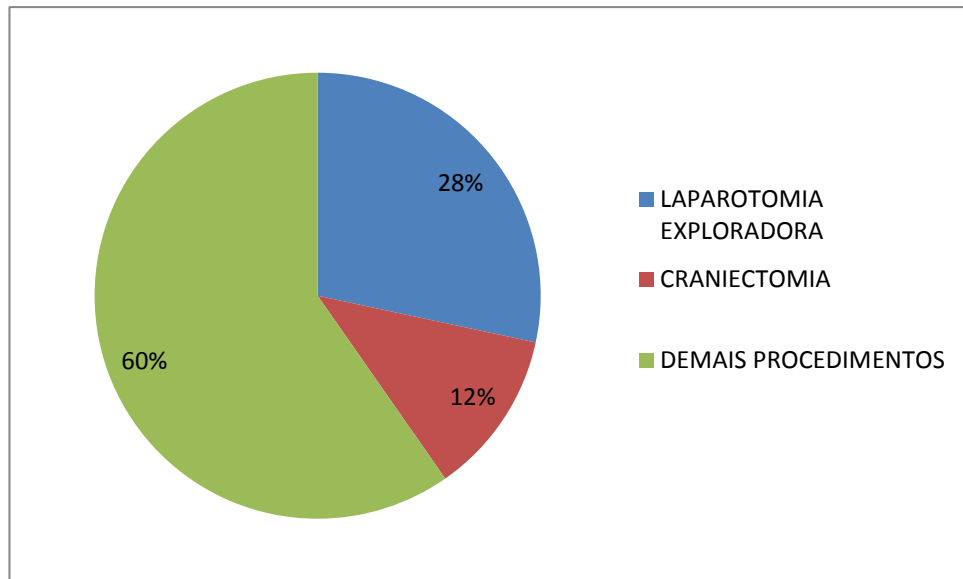


Figura 5 – Distribuição dos pacientes de acordo com as cirurgias que foram submetidos. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Maior parte (82,09%) dos procedimentos foi sob a anestesia geral; anestesia raque 7,46%; peridural 5,97%; geral e peridural 2,99% e sedação 1,49%. (fig.6)

Figura 6 – Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de anestesia a que foram submetidos.

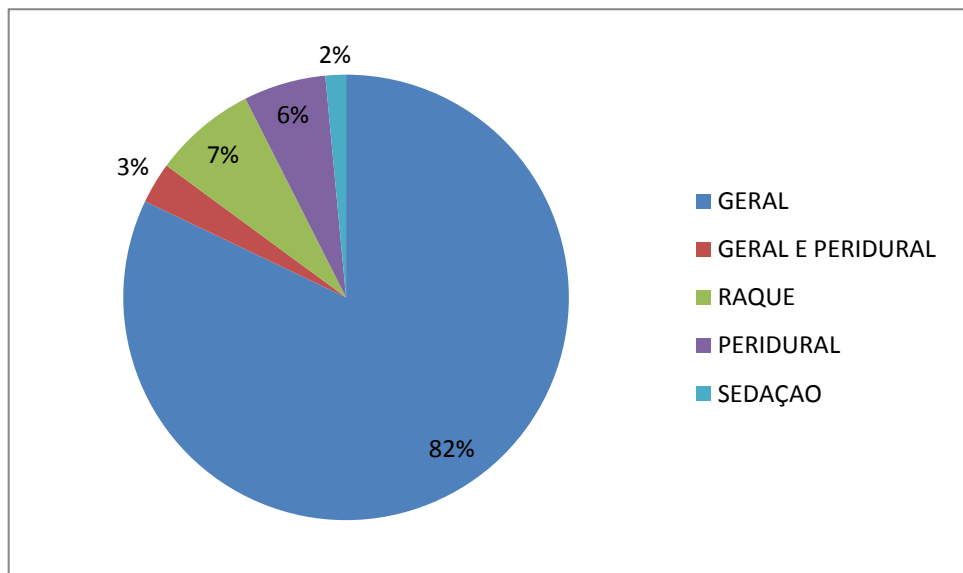


Figura 5 – A maioria foi submetida a anestesia geral. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os anesthesiologistas classificaram os pacientes por risco. 29,85% em ASA III, seguidos de 25,37% em ASA II; 13,43% receberam a classificação de ASA I. Outras classificações foram realizadas da seguinte forma: 16,43% ASA emergência sendo: 2,99% ASA I emergência; 2,99% ASA III emergência. 10,45% não receberam classificação.

Figura 7 – Classificação dos anesthesiologistas do risco cirúrgico de acordo com a Sociedade Americana de Anesthesiologia (ASA).

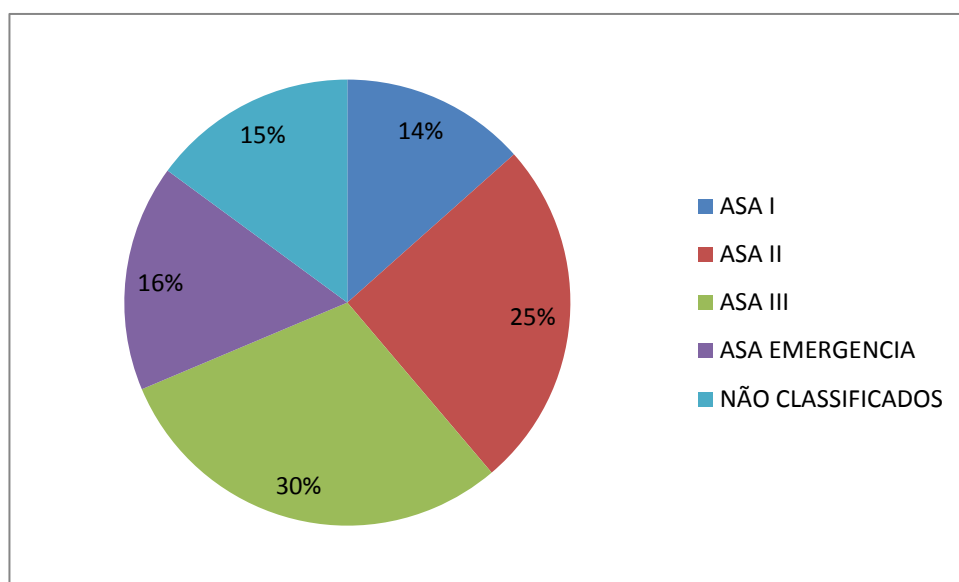


Figura 7 – Distribuição dos pacientes da pesquisa de acordo com o risco cirúrgico. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos procedimentos realizados, durante o intra-operatório houve 8,94% de intercorrência. Sendo elas: 2,98% parada cardiorrespiratória; 2,98% devido à demora de material (hemoderivados) solicitado ao Hemocentro; 1,49% devido ao material cirúrgico; 1,49% devido a distúrbio de coagulação do paciente. Esses dados foram coletados na descrição do ato cirúrgico realizado pelo cirurgião. (fig. 8).

Figura 8 – Intercorrências evidenciadas no intraoperatório e relatadas no ato cirúrgico pelo profissional médico.

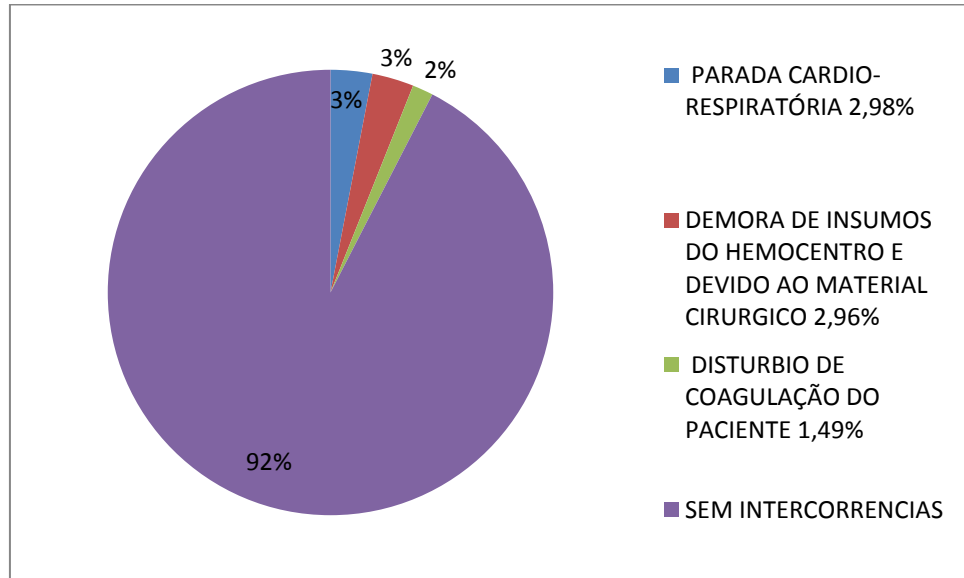


Figura 8 – Houve poucas ocorrências pois 92% das cirurgias não teve intercorrências. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao porte. Classificado de I ao IV determinado pelo tempo de cirurgia. O porte II foi o mais encontrado com 47,76% das cirurgias; porte I 35,82%; porte III 14,93% porte IV 1,49%.

Em relação ao nível de consciência do paciente na UTI 71,44% dos pacientes conscientes, 17,91% inconscientes, 5,97% confuso e 4,68% torporoso. (fig.9)

Figura 9– Classificação quanto ao nível de consciência.

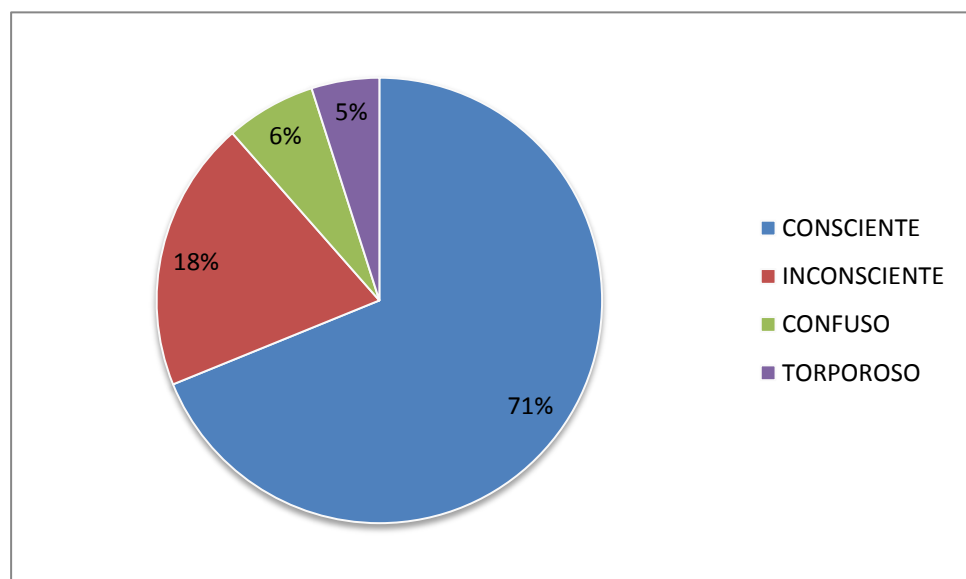


Figura 9 – Distribuição dos pacientes pesquisados de acordo com o nível de consciência ao chegarem no bloco cirúrgico. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram avaliados os sinais vitais na admissão. Sinais vitais estáveis 49,25%; hipotensão arterial 34,32%; instáveis 7,47%; hipoglicemia, taquicardia e/ou outras instabilidades somam 8,96%. (*fig.10*).

Figura 10 – Classificação quanto aos sinais vitais.

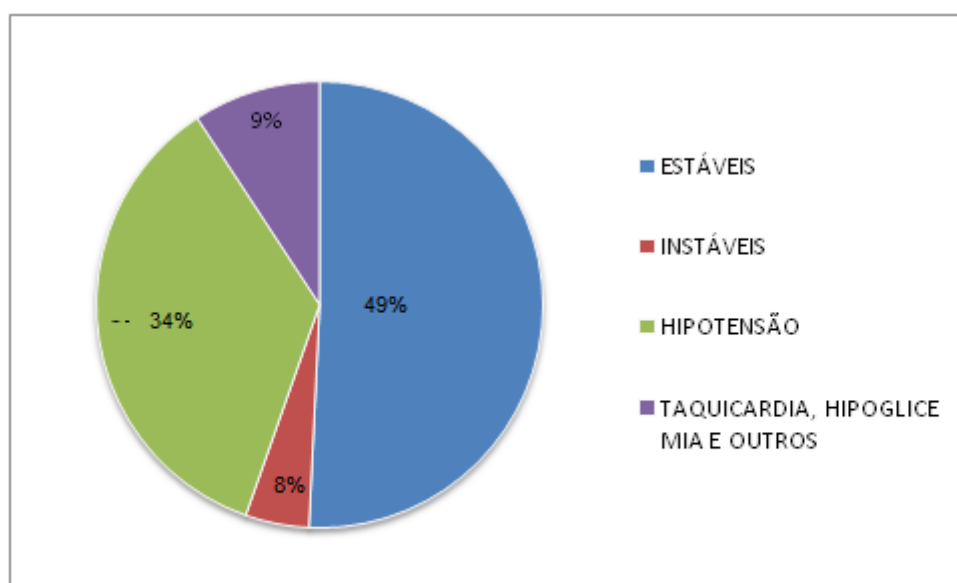


Figura 10 – Os sinais vitais foram verificados nos pacientes pesquisados, momentos antes do ato cirúrgico. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

A intubação consiste em realizar uma respiração artificial enquanto o paciente está sem condições de ter uma respiração espontânea. É um modo de garantir a vida e é comumente usada durante procedimentos cirúrgicos e até mesmo após para a recuperação da anestesia e mesmo por outras complicações clínicas; entretanto há várias complicações decorrentes dessa prática. (MARTINS et al.,2004)

Via aérea: Intubados 55,13%; espontâneos 35,76%; máscara de ventura 4,47%; cateter nasal 2,98%. (*fig. 11*).

Figura 11- Distribuição dos pacientes quanto ao modo de respiração.

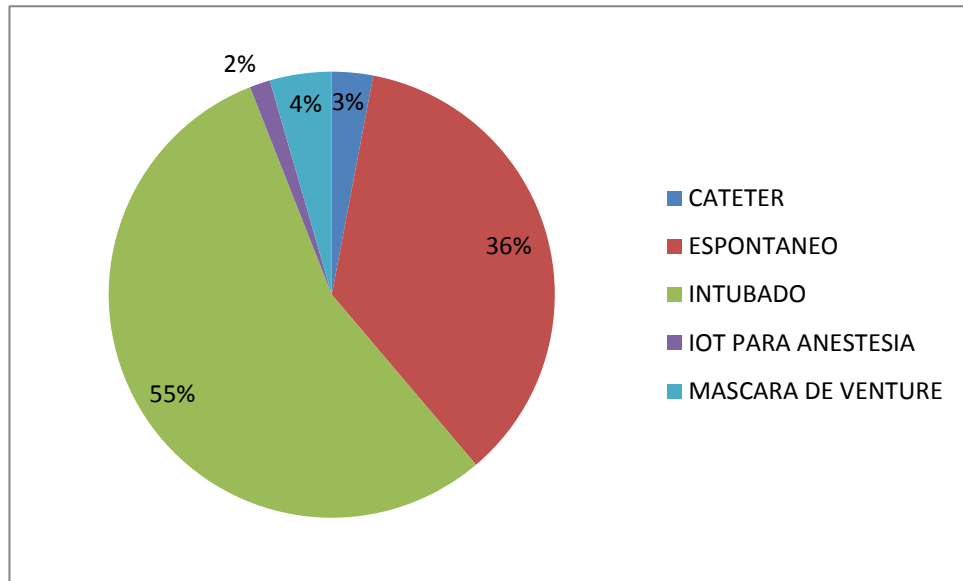


Figura 11 – A grande maioria foi submetido à ventilação mecânica. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Somente 38,10% dos pacientes necessitaram de drogas vasoativas. A mais utilizada foi a Noradrenalina (28,36%); Dobutamina 1,49% e Noradrenalina juntamente com Dobutamina 8,96%%. (fig. 12).

Figura 12 – Classificação dos pacientes quanto à necessidade de uso de drogas vasoativas

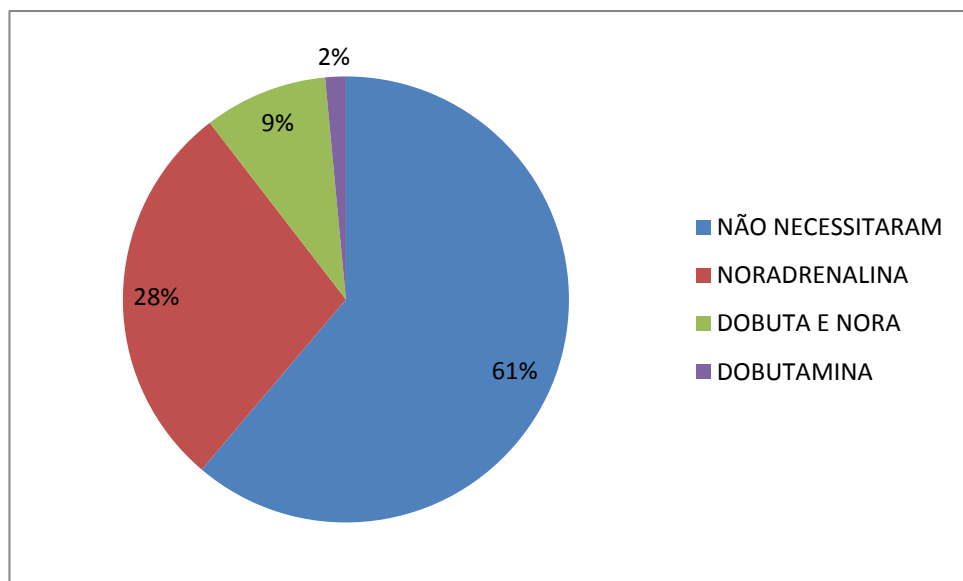


Figura 12 – As aminas ou drogas vasoativas foram usadas na minoria dos pacientes pesquisados. Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à hemotransusão: 61,19% dos pacientes não necessitaram de hemoderivados. O Concentrado de hemácias exclusivamente foi administrado em 23,88%. Concentrado de hemácias com Plasma e/ou Plaquetas 14,93%. (fig. 13).

Figura 13- Classificação quanto à necessidade de uso de hemoderivados.

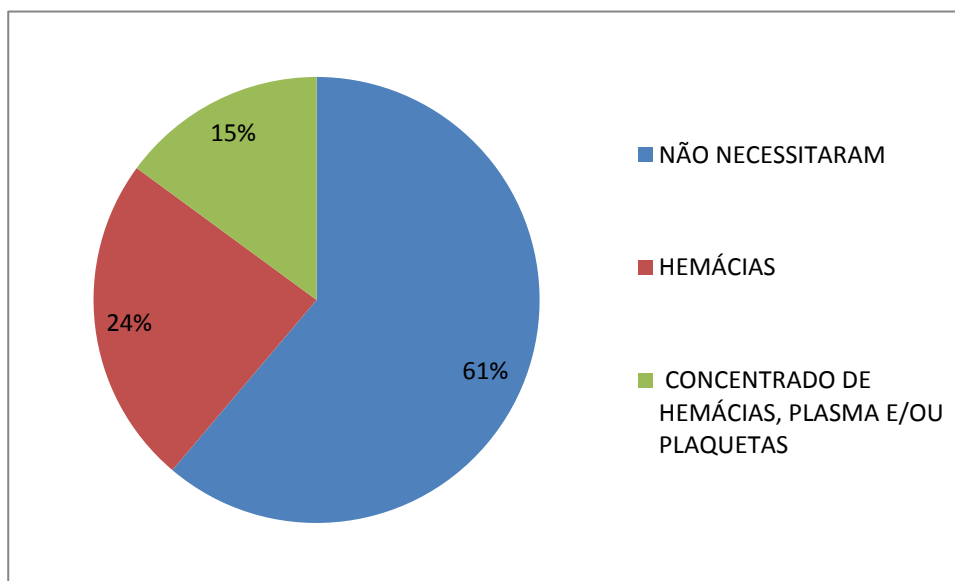


Figura 13 – Os pacientes pesquisados que foram submetidos ao uso de hemoderivados foram a minoria.

Patos de Minas 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere à resolução final do caso, 61,19% tiveram alta hospitalar. Número de óbitos é de 37,32%; 1,49% foram transferidos para outro hospital para outro procedimento de alta complexidade. Considera-se que por ser em uma cidade pólo e o Hospital Regional Antonio Dias ser de referência de trauma, ginecologia e obstetrícia, ter poucas vagas na Unidade de Terapia Intensiva, ter que gerir outros 33 municípios circunvizinhos esse número apesar de alto ser aceitável. (fig.14).

Figura 14 – Classificação dos pacientes em relação ao número de altas hospitalares, transferência e óbitos.

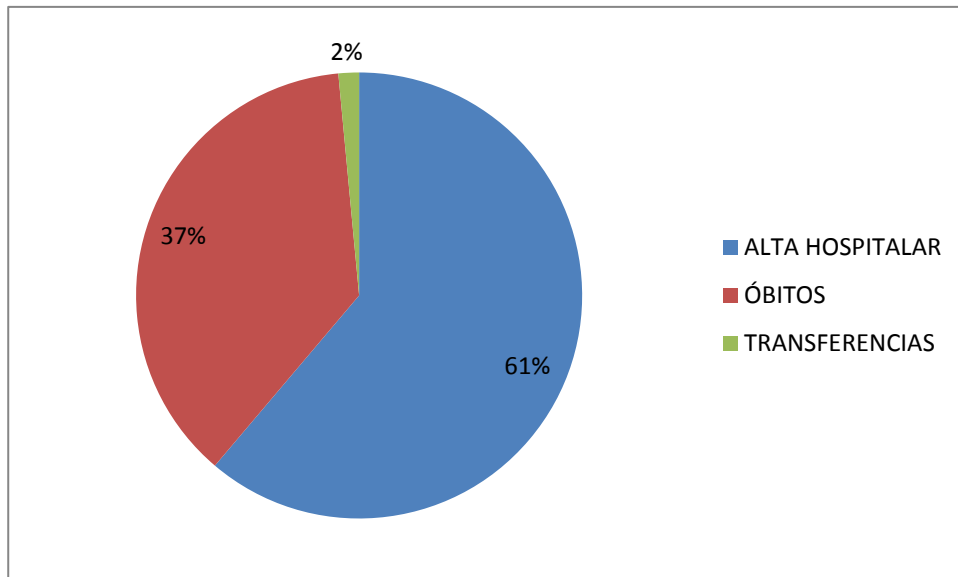


Figura 14 – Distribuição dos pacientes pesquisados de acordo com a maneira que saíram do hospital (alta, óbito ou tranferidos para outros hospitais).

Fonte: Dados da pesquisa.

4-DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que o paciente pós-cirúrgico na UTI são em sua maioria: homens, da cidade de Patos de Minas, com dor abdominal, sendo avaliados e realizada a intervenção cirúrgica pela equipe da cirurgia geral, sob efeito da anestesia geral; ASA III predominante, com tempo de cirurgia entre 2 a 4 horas, encaminhados a UTI intocado, porém com sinais vitais estáveis, somente 23,88% necessitaram de hemotransfusão e 38,10% necessitaram de drogas vasoativas. 61,19% tiveram alta hospitalar.

Foi encontrado no estudo de Filardo, et. al (2001) que cerca de 36% dos pacientes submetidos a cirurgias abdominais, necessitam de UTI no pós-operatório. Isso se deve às complicações desde o pré-operatório tais como obesidade, desnutrição, idade, tabagismo, tipo de anestesia e tempo de cirurgia. Nem sempre foi descrito o uso de drogas, álcool ou tabagismo devido a gravidade do paciente ou sua não recuperação do ato cirúrgico devido ao óbito.

E para Caldeira et. al (2010) os pacientes são admitidos na UTI no pós-operatório, pois necessitam de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório, como também foi observado nesse estudo. Um item a ser alocado no estudo é que nem todos os pacientes que necessitaram de vaga na UTI obtiveram vaga. Permaneceram durante a recuperação na sala de emergência do pronto atendimento, até serem transferidos, o que é pratica comum nos grandes hospitais.

A laparotomia exploradora foi o procedimento cirúrgico mais registrado, sendo uma cirurgia de grande porte, complicações no pós-operatório, maior risco de óbito por choque hipovolêmico, conforme constatou Kruehl (2007); ainda assim foi a mais escolhida.

A segunda maior causa de internação encontrada na pesquisa e conseqüentemente cirurgia que resultou em necessidade de vaga na UTI foi a Queda da Própria Altura ocorrida em paciente idoso. Essa causa pode ser evitada segundo a literatura há diversos fatores como perda do equilíbrio, uso de medicações, perda da força motora entre outros. Atividade física, cuidados com o ambiente como piso, iluminação, saúde em geral e uso de adaptações na arquitetura em casa já evitaria as possíveis quedas e suas conseqüências (SIQUEIRA 2007).

A outra causa encontrada em segundo lugar foi o acidente de trânsito e segundo DNIT em conjunto com a DPRF que têm como objetivo a redução e severidade dos acidentes nas rodovias federais, publicado em 2010, o anuário traz números assustadores como: o número de pessoas envolvidas em acidentes de transito 721.298; número de vitimas fatal: 8.616; número de vitimas com lesões graves 27.852 (pag. 43) e número de acidentes 182,900 (pag. 65). Sabe-se que esses dados não totalizam o número de acidentes nacional urbano, rural e o número de acidentes de moto, por exemplo, na sua maioria no perímetro urbano o que elevaria muito estes dados; sabe-se ainda que existem leis rígidas, porém essa causa pode ser reduzidas com medidas de educação no transito, maior fiscalização e consciência por parte de motoristas e pedestres. (JUSTIÇA, 2010).

Dentre as causas preveníveis a enfermagem pode e deve oferecer suporte tanto de fiscalização, educação como no planejamento para campanhas e/ou mesmo individualmente contra a queda de idosos em especial o enfermeiro que atua nas Unidades de Saúde da Família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da pesquisa foi possível caracterizar o perfil do paciente cirúrgico na UTI geral do Hospital, conforme o objetivo proposto. Observando a necessidade da continuidade

do cuidado no pós-operatório de forma mais intensiva e assim garantindo a sobrevivência desse paciente.

São necessárias outras pesquisas para auxiliar no manejo e na importância dos cuidados e observação no pós-operatório imediato.

A laparotomia é usualmente realizada no trauma e/ou em casos sem diagnóstico definido, no primeiro caso a escolha é devido ao pouco tempo para diagnosticar já no segundo talvez pelo atraso demasiado do diagnóstico e agravamento do paciente, sabendo que é uma cirurgia maior, mais dispendiosa, com maiores riscos, talvez essa segunda alternativa pudesse ser evitada por um diagnóstico preciso e precoce. Há de salientar que a protelação não se deve ao comportamento médico, mas ao fato de ser um hospital de referência para vários municípios e há a questão de haver a vaga para aceitar o paciente, há questões burocráticas do SUS, ainda a inexistência de ser um médico especialista a pedir a transferência do paciente em questão.

No caso da queda da própria altura e dos acidentes de trânsito, sabe-se que são causas que podem ser evitadas de diversas formas e os gastos em campanhas e orientação para prevenção seria menores além da qualidade de vida para as pessoas vítimas de queda e/ou acidentadas no trânsito.

O índice de mortalidade na UTI, de 37,32% é alto, mas aceitável se comparado a outros estudos onde a mortalidade foi de 49% a 60,6% conforme o tempo de internação. (MORAES 2005).

Percebe-se que por ser hospital de referência para uma grande região as chances do morador local ser socorrido, operado e ter a recuperação na UTI é bem ampla. Ainda que pacientes que foram socorridos em localidades mais distantes as vezes chegam muito graves no hospital de referência o que eleva o número de óbitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANDRADE, José Ivan de. A síndrome de compartimento do abdome. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto Sp**, Riberão Preto Sp, v. 31, n. , p.563-567, out. 1998. Trimestral.

BRASIL. **Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. O que é centro de terapia intensiva.**2009. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/189_centro_terapia_intensiva.html>.

BURNS, L.S., Assistência de Enfermagem no Período pós-operatório In SMELTZER,S.C.;BARE,B.G., Brunner/ Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Guanabara Koogan 10a ed., v.1, pag. 464-472, 2011.

CALDEIRA, Vanessa Maria Horta et al. **Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2010, vol.56, n.5, pp. 528-534.

COSTA, Donato Farias da et al. Atividades do Enfermeiro no atendimento pre-hospitalar, com ênfase na unidade de suporte básico (USB) do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Macapá. **Revista Madre Ciência Saúde**, Macapa, v. 1, n. 1, p.66-80, abr. 2016.

FILARDO, Flávia de Almeida; FARESIN, Sônia Maria; FERNANDES, Ana Luiza Godoy. **Validade de um índice prognóstico para ocorrência de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia abdominal alta**. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.3, pp. 209-216.

FIOCRUZ, **Agencia. Nascer no Brasil**: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 30 maio 2014.

JUSTIÇA, Ministerio do Transporte - Ministerioda. **ANUARIO ESTATISTICO DAS RODOVIAS FEDERAIS: ACIDENTES DE TRANSITO E AÇoes DE ENFRENTAMENTO AO CRIME**. Republica Federativa do Brasil: Dnit, Dprf, 2010. 687 p.

KRUEL, Nicolau Fernandes et al. **Perfil epidemiológico de trauma abdominal submetido à laparotomia exploradora**. 2007.

LAPA, Eduardo. **Diferença entre cirurgia eletiva e de urgência**. Publicado em 16/08/2014. Disponível em: <<http://cardiopapers.com.br/2014/08/qual-diferenca-entre-cirurgia-de-emergencia-de-urgencia-e-eletiva/>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

MARTINS, Regina H. G. et al. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**, Sao Paulo, v. 5, n. 70, p.671-677, out. 2004.

MONTEIRO, José M. Pereira. Cefaleias primárias: causas e consequências. **Revista Port Clin Geral**, Riberao Preto Sp, v. 22, n. 22, p.455-459, jun. 2006.

MORAES, Renan S.; FONSECA, João Marcelo L.; LEONI, Carla B. R. di. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. **Rbti - Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p.80-84, 20 maio 2005. Trimestral.

NOVAES, Marcus Vinicius (Org.). **Avaliação e Preparo pré-operatório: Classificação do estado físico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

YU, P.C. **Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROSSI, Lídia Aparecida et al. Diagnóstico de Enfermagem do Paciente no Período Pós-Operatório Imediato **Rev. Esc. Enf. Usp**, Ribeirão Preto Sp, v. 34, n. 2, p.154-164, jun. 2000.

SIQUEIRA, Fernando V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 5, n. 41, p.749-756, out. 2007.

STRACIERI, Luís Donizeti da Silva. Cuidados e complicações pós-operatórias. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p.465-468, 23 out. 2008.

SCHWARTZMAN, Ulises Prieto y et al. **A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações**. Comunidade Ciência e Saúde, Brasília, v. 22, n. 2, p.121-130, 06 dez. 2011.