

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ANDRESSA MARIA FLAUSINO CHAVES

**AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO PACIENTE ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

MOSSORÓ
2019

ANDRESSA MARIA FLAUSINO CHAVES

**AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO PACIENTE ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Monografia apresentada à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN - como requisito obrigatório para obtenção do título de Licenciado e Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): Dr. Alcivan Nunes Vieira

MOSSORÓ

2019

Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

F587a Flausino Chaves, Andressa Maria
AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO PACIENTE
ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. /
Andressa Maria Flausino Chaves. - Mossoró\RN, 2019.
36p.

Orientador(a): Prof. Dr. Alcivan Nunes Vieira.
Monografia (Graduação em Enfermagem).
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

1. Avaliação. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.
Pacientes. I. Nunes Vieira, Alcivan. II. Universidade do
Estado do Rio Grande do Norte. III. Título.

ANDRESSA MARIA FLAUSINO CHAVES

**AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DO PACIENTE ADMITIDO EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Monografia apresentada à Universidade do
Estado do Rio Grande do Norte –UERN -
como requisito obrigatório para obtenção do
título de Licenciado e Bacharel em
Enfermagem

Aprovado em ___/___/___.

Banca Examinadora

Alcivan Nunes Vieira
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Jéssica Patrícia Saraiva de Medeiros Lima Moreira
Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE)

Maysa Mayran Chaves Moreira
Faculdade de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE)

Aos meus Pais, ao meu esposo, meu filho e demais familiares, gratidão pelo apoio.

RESUMO

A pesquisa em questão tem por objetivo avaliar a gravidade do paciente admitido em UTI por meio do MEWS. Dessa forma, é cabido entender que a admissão de um paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requer da equipe multiprofissional uma avaliação da sua gravidade clínica. Esta admissão significa que o mesmo apresenta comprometimento das suas funções vitais e, conseqüentemente, necessita de suporte terapêutico, procedimentos invasivos e de monitorização contínua. Assim compreende-se a importância em responder a sua problemática que se dá em avaliar: como se caracteriza a gravidade dos pacientes admitidos em UTI mediante avaliação realizada pelo MEWS? Para que o objetivo e a problemática sejam atendidas a metodologia utilizada foi uma abordagem descritiva, analítico e quantitativa. O local de pesquisa escolhido trata-se do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM) sediado em Mossoró-RN. É interessante destacar que a avaliação da gravidade dos pacientes no ato da admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) através do escore de alerta modificado (MEWS) favorece uma imediata intervenção de assistência que será prestada ao paciente crítico, por isso a importância de sua pesquisa. Ainda é cabido discorrer que dentre os resultados alcançados compreendeu-se que 58% dos investigados eram homens, sendo que o sexo feminino tem 42% dos casos avaliados. No que cabe a idade destes, ficou claro que a mesma varia entre 14 e 99 anos, entretanto sua maior prevalência está relacionada a indivíduos com 73 anos de idade. Já a faixa etária mais frequente foi 47 anos, 65 e 73.

Palavras-chave: Avaliação. Unidade de Terapia Intensiva. Paciente.

ABSTRACT

The research in question aims to evaluate the severity of patients admitted to the ICU through the MEWS. Thus, it is appropriate to understand that the admission of a sick person to the Intensive Care Unit (ICU) requires the assessment of its clinical severity from the multidisciplinary team. This admission means that it has compromised its vital functions and, consequently, needs therapeutic support, invasive procedures and continuous monitoring. Thus, it is understood the importance of answering the problem of assessing: how is the severity of patients admitted to the ICU characterized by the evaluation performed by MEWS? For the objective and the problem to be met the methodology used was a descriptive, analytical and quantitative approach. The research site chosen is the Tarcísio de Vasconcelos Maia Regional Hospital (HRTVM) based in Mossoró-RN. Interestingly, the assessment of the severity of patients upon admission to the Intensive Care Unit (ICU) through the modified alert score (MEWS) favors an immediate assistance intervention that will be provided to the critically ill patient. search. It is still fitting to mention that among the results achieved it was understood that 58% of the investigated were men, and female has 42% of the evaluated cases. Regarding their age, it was clear that it varies between 14 and 99 years, however its higher prevalence is related to individuals with 73 years of age. The most frequent age group was 47 years old, 65 and 73.

Keywords: Evaluation. Intensive Care Unit. Sick Person.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 HIPÓTESE	11
4 OBJETIVO	12
4.1 OBJETIVO GERAL	12
5 METODOLOGIA	13
6 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6.1 MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS)	15
6.2 APLICAÇÕES DO MEWS	16
6.3 A IMPORTÂNCIA DA MEWS PARA OS CUIDADOS JUNTO AO PACIENTE CRÍTICO.....	17
6.4 EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	19
7 RESULTADOS	21
8 DISCUSSÃO	25
9 CONCLUSÕES	28
REFÊRENCIAS	29
APÊNDICES	33

1 INTRODUÇÃO

A admissão de um paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requer da equipe multiprofissional uma avaliação da sua gravidade clínica. Esta admissão significa que o mesmo apresenta comprometimento das suas funções vitais e, conseqüentemente, necessita de suporte terapêutico, procedimentos invasivos e de monitorização contínua (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

O perfil destes pacientes requer cuidados intensivos realizados por profissionais treinados, além de tecnologias apropriadas para sua condição. Os equipamentos usados em UTI estão cada vez mais sofisticados com os avanços tecnológicos, o que permite intervenções oportunas capazes de reverter condições graves e deletérias. Estes avanços, portanto, possibilitam uma maior dedicação por parte dos profissionais na avaliação do paciente (NASSIFF *et al.*, 2018).

A equipe multiprofissional que atua em UTI desenvolve condutas para reverter situações clínicas que comprometam funções vitais. A demora na identificação das condições graves pode implicar no atraso das intervenções; isto pode implicar no agravamento clínico e até na morte do paciente. Uma avaliação clínica desenvolvida de maneira apropriada fornece parâmetros para o estabelecimento de prioridades desde a admissão na UTI (SILVA *et al.*, 2017).

Na visão de Nassiff *et al.* (2018), as avaliações realizadas através de parâmetros clínicos são mais assertivas quanto à gravidade, e favorecem otimização dos recursos financeiros que são destinados nas UTI's.

Conforme Galvão e Silva (2017), durante uma pesquisa realizada considerando 1.000 prontuários de pacientes internados no ano de 2009, foi identificado que se tivessem sido utilizadas medidas de identificação precoce da gravidade clínica dos pacientes, mais de 5,2% dos óbitos registrados nesse período teriam sido evitados.

O Escore de Alerta Precoce Modificado conhecido por Modified Early Warning Score (MEWS) consiste em uma avaliação rápida e precisa à beira do leito (MORALES, 2016).

A utilização do MEWS pode acarretar em um bom desempenho tanto no lado profissional, onde há a interação entre os profissionais, como para o desfecho evolutivo

do paciente, podendo diminuir os desfechos nas admissões em UTI (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

Considerando está problemática, como se caracteriza a gravidade dos pacientes admitidos em UTI mediante avaliação realizada pelo MEWS? Como o Escore de Alerta Precoce Modificado (MEWS) pode ser aplicado na avaliação de pacientes antes da admissão na UTI? Em que esta avaliação favorece o prognóstico do paciente?

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela necessidade de utilizar um protocolo de avaliação rápida e efetiva do paciente crítico, com o propósito de agilizar as intervenções necessárias à estabilização das suas funções vitais. Pois se sabe que a terapia intensiva é uma unidade de um custo elevado, devido aos equipamentos de alta tecnologia e equipe multidisciplinar qualificada.

Inclusive Rocha; Neves; Viegas (2016) discorrem que o MEWS auxilia, sobretudo, no auxílio de identificação sobre os parâmetros fisiológicos do paciente, tornando possível que precocemente seja diagnosticada sua situação com seus níveis de deterioração. Gomes (2017) ainda afirma que o uso do MEWS também ajuda a dar maior velocidade ao cuidado com o paciente, sendo que este se identificado em situação de risco, pode ser direcionamento a emergência, o que lhe garante qualidade de vida.

Diante deste cenário, o interesse baseado nesse assunto foi pelo fato do MEWS ser um instrumento simples aplicado através de parâmetros fisiológicos de fácil acesso, no qual pode ser realizado à beira do leito. Seus resultados podem otimizar as intervenções frente às condições de gravidade, podem favorecer o uso racional dos leitos de UTI, onde em apresentações de escores alterados e em constante aumento haja a necessidade de uma atenção maior ao paciente, diminuindo então, o atraso nas intervenções e em suas transferências.

3 HIPÓTESE

A Avaliação da gravidade dos pacientes no ato da admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) através do escore de alerta modificado (MEWS) favorece uma imediata intervenção de assistência que será prestada ao paciente crítico.

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a gravidade do paciente admitido em UTI por meio do MEWS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Aplicar e avaliar a importância da aplicação do MEWS;
- ❖ Identificar qual a máxima de dias na UTI pode levar o paciente a óbito e;
- ❖ Apresentar o índice das doenças que levam o paciente a UTI.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM) sediado em Mossoró-RN; este serviço atende toda a população da região do Alto Oeste do Estado do Rio Grande do Norte (RN), além dos municípios localizados nas divisas interestaduais com os Estados da Paraíba e Ceará. São admitidos pacientes graves oriundos de várias cidades, inclusive daquelas que não dispõem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) ou até mesmo de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); tanto o SAMU quanto a UPA componentes da rede de atenção às urgências que são responsáveis pela estabilização do paciente grave e pela sua adequada transferência (BRASIL, 2014).

Este estudo é considerado descritivo, analítico, com abordagem quantitativa. No que se refere ao ser descritivo, é por causa da investigação sobre o fenômeno do objeto que se é estudado (SILVA; MENEZES, 2005).

Afirma que o que vale é a interpretação do processo. Já com relação a ser analítico, se refere ao fato de utilizar documentos para provar a teoria destacada. Por isso é de abordagem quantitativa, pois estuda um grupo de pessoas que tiveram a mesma experiência (GIL, 2008).

O fluxo destes pacientes pode se iniciar diretamente do Pronto Socorro (PS) para a UTI ou ainda ter uma passagem pelas unidades de Clínica Médica (CM) ou Centro Cirúrgico (CC), conforme a necessidade de intervenções.

A escolha por este serviço deve-se ao fato de que se trata do único hospital público de referência para o atendimento de urgências e emergências, na cidade de Mossoró e da Região Oeste do Estado. E ainda, porque no ano de 2016, a partir de um relatório produzido pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) - Seção Regional de Mossoró-RN, constatou-se uma mortalidade dos pacientes internados na UTI em torno de 58%. Este fato tem gerado discussões em torno desta problemática que não é exclusiva do contexto onde ele se insere, mas que suscita a necessidade de uma investigação no sentido de explorar esta realidade (ALVES, 2016).

A coleta de dados foi produzida a partir dos prontuários dos pacientes internados na UTI. Já na população e amostra foram considerados os anos de 2014 e 2015 dos

pacientes admitidos, que respectivamente foram 443 e 406 pacientes no referido setor; a amostra será composta por 265 prontuários. A mesma foi definida considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio 11 prontuários por mês do respectivo período; para integralizar a amostra será acrescentado 01 prontuário ao último mês do período total da pesquisa documental.

Foram incluídos os prontuários de pacientes que foram internados na UTI do HRTVM nos anos de 2014 e 2015 e foram excluídos os prontuários que estejam sendo objeto de alguma sindicância interna ou de algum tipo de investigação solicitada por conselhos de classe ou por órgãos da justiça.

Foi aplicado um instrumento anexo 01 para registro dos dados relativos à procedência do paciente, às suas condições clínicas antes da admissão na UTI, condições de transferência até a emergência do HRTVM e o desfecho da internação no referido setor.

Na etapa quantitativa inicialmente será realizada análise dos dados destacando a variância, distribuição, normalidade, frequência, média, moda, mediana; em seguida será realizada uma análise bivariada onde fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 8% (erro amostral absoluto = 4%). Antes de serem realizados os testes estatísticos, será verificada a normalidade das variáveis (teste de Kolmogorov-Smirnov), bem como a igualdade de variâncias (teste de Levene); os dados serão processados no SPSS versão 20.0.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UERN, com parecer 2.216.125 e CAAE 67117417.5.0000.5294.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS)

Em 1997, Morgan, Williams e Wright (Morgan *et al.*, 1997) foram os primeiros a desenvolver e publicar um escore de alerta precoce (EWS). Desde então, os sistemas de EWS foram modificados (sendo denominados MEWS, Escore de Alerta Precoce Modificado).

O *MEWS* se trata de um escore de alerta que detecta a deterioração clínica de um paciente. Ele é importante porque é efetivo junto a pacientes que detêm de escore alterado, ou seja, são pacientes que precisam de uma maior atenção por parte dos profissionais, visando uma intervenção ampla e precoce. Avalia-se os sinais vitais como frequência respiratória; frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, nível de consciência, e temperatura. São estabelecidos valores numéricos que serão somados, estimando a gravidade do paciente (MORALES, 2016).

De acordo com os autores Rocha, Neves e Viegas (2016), a ferramenta MEWS fortalece a comunicação entre os profissionais de enfermagem e também médicos. Os autores ainda esclarecem que a ferramenta é cabida porque pode evitar o óbito de um paciente, em situações de transferência, por exemplo, onde são inevitáveis viabilizam a realização de forma breve, e quando for evitável garante que não seja removido de onde se encontra.

Rios *et al.* (2018) discorrem que o MEWS realiza sua função através de atribuição de pontos, chamados então de *escores*. Dessa maneira, a ferramenta identifica as dificuldades do paciente através da contagem destes pontos, sendo que se a soma se apresentada em grande escala, significa dizer que está longe de sua normalidade.

Vale ressaltar para que o MEWS seja efetivo em sua aplicação, é necessário o conhecimento a respeito da realidade do setor em que se aplica a ferramenta, assim como a avaliação de suas fragilidades e ainda é importante a proposta de melhorias (MORALES, 2016).

A pontuação do MEWS varia entre 0 e 06, sendo que a pontuação 0 significa dizer que existe um baixo risco clínico na condição do paciente, ou seja, está dentro do

padrão de normalidade. Dessa forma, o monitoramento apenas precisa ocorrer após 1 hora e manter a monitoração mínima a cada 3 horas. Nos casos em que o paciente tem a pontuação entre 01 e 02 o mesmo encontra-se em risco clínico de origem mediana, ou seja, precisa de avaliação do enfermeiro, necessitando ser revisado o plano de cuidados e sua monitoração a cada 3 horas também. Caso a pontuação seja entre 04 e 05 a avaliação médica tem que ser urgente, com no máximo 30 minutos e os médicos assistentes precisam ser notificados, sendo que o paciente precisa ser reavaliado de hora em hora. Mas se o este indivíduo tiver pontuação igual ou maior que 06, é preciso que seja acionado o fluxo de emergência, assim como é necessário transferir o paciente para uma unidade de terapia intensiva (UTI). Vale ainda ressaltar que o paciente está com risco clínico alto e precisa de monitoração contínua (CÉSAR, 2015).

6.2 APLICAÇÕES DO MEWS

A segurança do paciente tem sido alvo de grandes discussões nos últimos anos e isto tem acontecido porque são inúmeras as dificuldades encontradas para o devido atendimento ao indivíduo, sobretudo, no que cabe a avaliação de como se encontra sua zona de gravidade com relação a seu estado, a fim de que a medida assertiva seja tomada.

Mazotti *et al.* (2018), discorrem que as instituições de saúde estão constantemente em busca de ferramentas que sejam capazes de garantir qualidade na assistência a seus pacientes, minimizando dessa maneira os impactos negativos tanto para os pacientes quanto para os profissionais atuantes; estando estas situações ligadas a questões financeiras, sofrimentos ou mesmo situações adversas. Os autores afirmam que reconhecer a situação precoce do paciente é uma maneira de evitar pioras nos quadros clínicos, o que conseqüentemente faz com que menos pacientes venham a óbito.

Dessa maneira, o MEWS tem sido notificado pelos profissionais de saúde, como uma ferramenta de extrema eficiência para que ocorra devido acionamento do Time de Resposta Rápida (TRR). Boniatti (2016) afirma que estes profissionais atuam visando à prevenção da morte dos pacientes assim como contra parada cardiorrespiratória. Ainda

discorre que estes profissionais são responsáveis por avaliar o paciente a cada 5 minutos e realizar atividades como administração de fluidos, aplicação de antibióticos, dando suporte ventilatório e fazendo a transferência para unidades de terapia intensiva (UTI).

A TRR chega as UTI's para aumentar as possibilidades do paciente que esteja em situação de risco. Estes profissionais auxiliam em questões de via aérea, respiração, circulação e estado de consciência; e vale salientar que cada situação desta, compreende um conjunto de procedimento, conforme apresenta a tabela 01.

Tabela 01: Ações do TRR

Via aérea	Respiração (Se o paciente não respira chamar Código vermelho)	Circulação (Se o paciente não tem pulso chamar código vermelho)	Estado de consciência
Obstrução	Dificuldade Respiratória	Frequência Cardíaca < 40 por minuto	Alteração Aguda do Estado de Consciência
Estridor ou Respiração Ruidosa	Frequência Respiratória < 8 por minuto	Frequência Cardíaca > 120 por minuto	Paciente não despertável
Problemas com o Traqueóstomo	Frequência Respiratória > 25 por minuto	Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg	x
x	Saturação de O ₂ < 90% apesar de oxigênio suplementar	Débito Urinário < 50 ml em 4 h	x

Fonte: HGF (2014)

Como é possível observar, a escala de MEWS tem extrema utilidade para os profissionais do TRR, pois permite o cálculo dos parâmetros tanto vitais como fisiológicos.

6.3 A IMPORTÂNCIA DA MEWS PARA OS CUIDADOS JUNTO AO PACIENTE CRÍTICO

Cada dia mais os profissionais precisam de auxílio para tomar as decisões cabidas à qualidade no atendimento ao paciente, desta maneira, são necessárias competências como racionalidade e ainda conhecimento sobre o caso. Conforme Morales (2016) é preciso que exista uma análise complexa sobre as causas da problemática, assim como as consequências de cada ação.

A ferramenta MEWS surge para minimizar impactos aos pacientes e fortalecer as decisões tomadas pelos profissionais, sendo assim, compreendem através da mesma, qualidades específicas, conforme aponta a tabela 02.

Tabela 02: Competências dos profissionais do TRR

Segurança	Efetividade	Cuidado centrado no paciente	Oportunidade	Eficiência	Equidade
Evitar lesões e danos decorrentes do cuidado.	Cuidado baseado em conhecimento científico; evitar subutilização e sobre utilização.	Cuidado respeitoso e responsável às preferencias, necessidades e valores individuais.	Redução de tempo de espera e atrasos danosos	Não desperdício (no uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia) ao realizar os cuidados.	Cuidado de qualidade sem variação em decorrência de características pessoais.

Fonte: Brasil (2014b)

Notadamente o MEWS é uma ferramenta capaz de ajudar em situações consideradas complexas e fatais para os pacientes e auxilia em atribuições importantes aos sinais vitais que estão com algum tipo de alteração. Dessa maneira, auxilia a verificação de como se encontram, através de soma de pontuações e permitem que equipes de saúde consigam se planejar e tomar decisões precocemente, minimizando as possibilidades de maiores complicações ou mesmo óbito dos indivíduos (OLINO *et al.*, 2019).

Vale discorrer que a ferramenta MEWS não auxilia os profissionais apenas em situações de UTI, mas também de Eletromiografia (EMG). Belo *et al.* (2016) enfatizam que o MEWS ajuda com que os profissionais consigam aferir um diagnóstico mais assertivo a respeito de doenças que envolvem os músculos e seus traumas, conhecidos como doenças neuromusculares. Uma problemática nestes músculos faz com que as atividades motoras dos indivíduos sejam danificadas.

Olino *et al.* (2019) afirmam que a ferramenta MEWS tem grande importância, sobretudo, para os profissionais de enfermagem, sendo que são estes que estão rotineiramente com os pacientes e conseguem perceber mudanças, das pequenas a maiores, com relação a seu quadro clínico. Os autores afirmam que em seu estudo foi possível identificar que a ferramenta é mais usada pelos profissionais em situação de avaliação de sinais vitais quando realizado os cuidados paliativos.

6.4 EVENTOS ADVERSOS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Uma das situações que mais dificulta o trabalho dos profissionais está relacionada à falta de registros da condição clínica do paciente, o que faz com que o enfermeiro, por exemplo, tenha dificuldades em reconhecer os sinais de gravidade. Dessa maneira, é que se compreende a viabilidade da ferramenta MEWS, que permite que o profissional consiga identificar o agravo clínico do paciente.

Olino *et al.* (2019, p. 07) discorrem que em seu estudo foi possível identificar que as maiores pontuações apontadas pela ferramenta MEWS estão relacionadas a “morte intra-hospitalar, de Parada Cardiorrespiratória (PCR), de deterioração fisiológica, que também se correlaciona com a crescente necessidade de internação em unidade de cuidados intensivos e de estadias mais prolongadas no hospital”.

Rocha, Neves e Viegas (2016) dizem que o uso da ferramenta MEWS ajuda o paciente que esteja em situação crítica a ser aceito com maior facilidade na UTI e\ou mesmo nos centros cirúrgicos. A admissão do paciente nestes setores por vezes é postergada por falta de leitos ou até mesmo de uma avaliação criteriosa e objetiva.

Vale salientar também que na mesma medida em que é possível levar um paciente com alta criticidade a UTI também minimiza que as transferências para ela,

sendo que as medidas precoces ajudam na redução da gravidade dos casos dos pacientes, tornando possível medidas capazes de ajudar profissionais, pacientes e instituições hospitalares (PEREIRA, 2017).

7 RESULTADOS

Quanto ao sexo dos indivíduos considerados na pesquisa foi identificado que 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino; quanto à idade houve predomínio da faixa etária de 14 a 99 anos de idade, sendo que a idade mais frequente foi 73 anos de idade. No que cabe a idade média foi identificado que considera os 58 anos.

Se considerarmos a menor faixa etária avaliada, que no caso compreende a faixa etária de 15 a 20 anos, esta reflete em 6% dos pesquisados, sendo que a média encontrada foi de 18,75, a moda de 20 e a mediana de 19.

A faixa etária com porcentagem de 13% compreende a faixa etária de 41 a 50 anos de idade, sendo que a média dá-se em 45,61, a moda em 47 e a mediana em 46.

Já a porcentagem com maior incidência está na faixa etária de 71 a 80 anos, sendo representada por 18% dos pesquisados. A média da mesma é de 74,6, a moda de 74 e a mediana de 74.

Conforme apresentado no quadro 01, os motivos de internações no Hospital foram diversos, sendo que foi por causa da pneumonia que a incidência foi maior, com uma porcentagem de 12%, seguida do AVC (11%) e AVEH com 10%. As demais doenças tiveram quantidades inferiores, concentrando 1, 2, 3 e 4%.

Quadro 01: Principais motivos de internação no Hospital no período de 2014 a 2015

Doenças	Total	%
Sepse	4	2%
Hemorragia Subdural Aguda \TCE\ Traumatismo Cerebral Focal	13	6%
IAM SSST ¹	2	1%
Pneumotórax traumático	4	2%
AVC ²	23	11%
DPOC ³	4	2%
IAM	9	4%
Politraumatismo	8	4%
AVEH ⁴	21	10%

¹Infarto agudo do miocárdio

²Acidente Vascular Cerebral

³Doença pulmonar obstrutiva crônica

⁴Acidente Vascular Encefálico

Pneumonia	26	12%
ICC Descompensada ⁵	6	3%
Insuficiência Respiratória Aguda	8	4%
DM Descompensado	6	3%
Hemorragia digestiva alta	1	0%
TVP ⁶	2	1%
Hematoma Subdural Crônico – HSD	1	0%
Coma	1	0%
Apendicite Aguda	2	1%
Insuficiência Renal	5	2%
Colangite Aguda	2	1%
AVE Isquêmico	7	3%
Abdome Agudo	2	1%
Hemorragia Intracraniana	1	0%
Obstrução Intestinal	4	2%
Atropelamento	1	0%
Fratura Mandibular	2	1%
Trauma Abdominal	2	1%
Hematêmese	1	0%
Afecções de pele e do tecido subcutâneo	2	1%
Dor Abdominal	7	3%
Apendicite aguda	2	1%
Fibrose Cística	1	0%
Abscesso Granuloma Intracraniano	3	1%
PAF ⁷	5	2%
Síndrome de Guillain Barré	1	0%
Derrame Pleural	1	0%
Endocardite Aguda	1	0%
Dispneia Intensa	3	1%
Edema Agudo de Pulmão	3	1%
Crise Convulsiva	1	0%
Cirrose Hepática	3	1%
Rebaixamento de nível de consciência	8	4%
Choque Hipovolêmico	1	0%
Hepatite Viral Aguda	1	0%
Hidrocefalia	2	1%
Escara glútea sacral	1	0%

⁵Insuficiência Cardíaca Descompensada

⁶Trombose venosa profunda

⁷Polineuropatia Amiloidótica Familiar

Cefaléia Intensa	1	0%
------------------	---	----

Fonte: Dados pesquisados pelos autores (2019)

Já no que cabe a distribuição de admissões na UTI, vem sendo apresentado no quadro 02. É viável destacar que estas internações consideram 09 situações específicas, sendo que a maior porcentagem concentra-se no Agravo neurológico com 63% dos casos, seguido por infecção respiratória, com 10% da totalidade dos casos.

Quadro 02: Principais motivos de internação na UTI no período de 2014 a 2015

Motivos Internação UTI	Total	%
Instabilidade hemodinâmica	1	3%
Sepse grave	1	3%
Falência renal	2	7%
Hemorragia maciça	1	3%
Agravo neurológico	19	63%
Gastrointestinal	1	3%
Obstrução Intestinal	1	3%
PAF	1	3%
Infecção Respiratória	3	10%

Fonte: Dados pesquisados pelos autores (2019)

Com relação às comorbidades apresentadas pelos pacientes, maiores porcentagens foram Diabetes e Hipertensão Arterial (HAS), respectivamente com 45% e 25%, conforme é apresentado no quadro 03. Vale discorrer que a insuficiência renal e também respiratória aparece, com 5% de sua totalidade.

Quadro 03: Comorbidades de internação na UTI no período de 2014 a 2015

Comorbidades	Total	%
Cirrose Hepática	3	2%
DPOC ⁸	5	4%
Diabetes	58	45%
HAS	32	25%
Neoplasia Pulmonar	1	1%
Insuficiência Respiratória	6	5%
Cardiopata	4	3%
Má formação cerebral congênita	1	1%

⁸Doença pulmonar obstrutiva crônica

Obesidade Mórbida	2	2%
Tumor cerebral	2	2%
Insuficiência Renal	6	5%
Alcoolismo	3	2%
Epilepsia	1	1%
Fibrose pulmonar	1	1%
Cardiopatía congênita Cianótica	1	1%
Asma	2	2%

Fonte: Dados pesquisados pelos autores (2019)

88% dos pacientes foram submetidos à ventilação mecânica invasiva (VMI) sendo que em 26% destes foi realizada a Traqueostomia (TQT). Estes pacientes permaneceram na UTI por volta de 0 a 66 dias. Com duração média de 7,7. Já o MEWS foi com a mínima de 1 a 12, com uma média de 5,2.

Vale salientar que 41 óbitos ocorreram em pacientes com MEWS de 5, sequenciando com 40 óbitos com MEWS de 4 e 36 óbitos com MEWS de 6. Quando observado o MEWS dos pacientes que fizeram uso de VMI, é possível observar que 49 destes foi de 5, sendo sequenciado por 45 pacientes com 4 de MEWS e 40 pacientes com 6 de MEWS, sendo que os demais pacientes tiveram o MEWS menor.

Dessa maneira, vale apresentar o MEWS dos pacientes que passaram maior tempo em período de internação na UTI, sendo que houve 4 períodos mais longos. Os pacientes que ficaram 66 dias internados tinham MEWS de 9, os que ficaram internados 57, 49 e 40 dias respectivamente, tiveram MEWS de 1, 2 e 4.

No que concerne ao desfecho de internação identificou-se que dos 265 casos investigados foram notificados 222 óbitos (84%).

8 DISCUSSÃO

Diante dos resultados alcançados e das pesquisas realizadas sobre a internação dos indivíduos em leitos de UTI, foi possível observar, em se tratando do sexo dos pacientes, que o masculino é evidência nos dados coletados. Na pesquisa realizada compreendeu-se que 58% dos investigados eram homens, sendo que o sexo feminino tem 42% dos casos avaliados. No que cabe a idade destes, ficou claro que a mesma varia entre 14 e 99 anos, entretanto sua maior prevalência está relacionada a indivíduos com 73 anos de idade. Já a faixa etária mais frequente foi 47 anos, 65 e 73.

Na pesquisa de Silva *et al.*, (2016), observam que 52,6% dos casos notados eram voltados também ao sexo masculino e que sua grande maioria tinha mais de 60 anos de idade. Com isso é possível compreender que as admissões dos homens com idades avançadas são mais frequentes em leitos de UTI's.

No que concerne aos motivos pelos quais estes vão a internação, variam. Nos dados alcançados nos resultados da pesquisa em questão é possível notar que o Agravo Neurológico está em evidência, seguido por Insuficiência Respiratória e também Instabilidade hemodinâmica.

O sexo masculino também surge com frequência em outras pesquisas, sendo que o maior motivo de sua internação na UTI está relacionado a condições neurológicas. Constantin *et al.*, (2018) discorrem que estes despontam nos índices com 32,8% dos casos nos estudos realizados pelos mesmos.

Outro dado importante de ser evidenciado está relacionado às comorbidades de internação na UTI. Foi possível identificar ao longo da avaliação dos dados coletados que o Diabetes é o maior incidente, sendo que garante 45% dos casos investigados.

Entre as comorbidades compreendidas na pesquisa de Barros, Maia e Monteiro (2016), a Diabetes também aponta com maior incidência, sendo que aparece em 33 dos casos analisados, compreendendo, portanto, uma porcentagem de 19.9%.

Vale salientar que esta doença acarreta complicações microvasculares e geralmente ocorre também pelo uso do cigarro, uso em excesso de sal na alimentação e falta de prática com relação a atividades físicas (CECILIO *et al.*,2015).

A permanência na UTI é outra questão que precisa ser investigada, sendo que pode ter relação com o óbito de um paciente. Na pesquisa em questão realizada foi possível observar que 28% dos casos investigados estão relacionados a situações neurológicas, seguida por questões respiratórias com 25% dos casos.

Vale ressaltar que a permanência maior na UTI é equivalente as complicações com relação ao quadro do paciente. Foi possível avaliar que na pesquisa realizada, 234 pacientes, correspondente a 88% precisaram de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), sendo que apenas 62, correspondente a 12% destes pacientes não precisaram.

É importante entender que existe grande chances de mortalidades para aqueles indivíduos que precisam fazer uso da VMI. Enfatizam Barreto *et al.*, (2015) que a mortalidade tem ocorrido mesmo diante de vários avanços numa porcentagem de 50 e 70% no total dos pacientes.

Ainda vale discorrer sobre algumas intervenções que foram realizadas nos indivíduos pesquisados, em se tratando de IOT e ainda TQT. Mas é importante entender que são procedimentos que precisam ser realizados sem muito prolongamento, sendo que podem causar lesões nos indivíduos (CARDOSO *et al.*, 2014).

É sabido que os indivíduos que foram submetidos a estes procedimentos, estiveram na UTI com o espaço de duração entre 0 dias a 66, o que fez necessário os mesmos procedimentos.

Dessa forma, infelizmente, como supracitado, ocorrem alguns óbitos quando os pacientes permaneceram maior tempo na UTI e precisaram ser submetido a determinados procedimentos, tais como já citados. Sendo assim, na pesquisa realizada ocorreram 222 óbitos, uma porcentagem considerada alta de 84%. Na pesquisa de Araújo *et al.*, (2013) também ocorreu elevada taxa de mortalidade, com 69,7%.

Compreende-se assim que a questão de mortalidade é variável, sendo que no estudo de Barreto *et al.*, (2015) o índice de mortalidade também foi elevado, sendo que na UTI foi de 73,2% e ainda no hospital, ocorreu numa porcentagem de 47,8%.

Pode-se compreender, desta forma que a utilização do MEWS foi significativa para os profissionais que acompanhavam os pacientes, pois tornou possível a verificação da situação de cada um. Notou-se que a incidência de pacientes com MEWS de 05 foi o mais identificado, em 21% pacientes, sendo que a grande maior

destes veiram a óbito, estando internados de 0 a 25 dias. Sendo sequenciado pelo de 04 (0 a 40 dias internados), e 06 (0 a 37 dias internados) com quantidade de pacientes respectivos de 18% e 17%.

Sendo os MEW's mais notificados estando entre 4 e 5, sabe-se que os pacientes tiveram atendimento médico de urgência, pois precisaram ser reavaliados de hora em hora para garantir a sua sobrevivência.

9 CONCLUSÕES

Portanto, compreende-se que o MEWS tem extrema importância para o cuidado com o paciente que precisa ser internado na UTI, pois é capaz de identificar o seu nível de gravidade com relação a sua doença. Esta identificação auxilia na minimização de óbito dos pacientes, pois dá insumos aos profissionais de saúde com relação a sua atuação.

Vale ressaltar que ainda existem poucos estudos sobre o assunto, sendo necessário o aprofundamento a respeito, em busca de melhor qualidade da assistência e conseqüente sobrevida para o paciente que se encontra na UTI.

Para os próximos estudos é interessante que seja realizado um comparativo entre os dados de unidades diferentes que atuam com o MEWS, a fim de identificar suas formas de atuação e qual delas tem mais resultados positivos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. G *et al.* Readmissões e óbitos após a alta da UTI - um desafio da terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**; v. 25, n. 1, p. 32-38, 2013.

ALVES, C. **Relatório da OAB Mossoró mostra descaso grave de três décadas no HRTM.** 2019. Disponível em:<<https://mossorohoje.com.br/noticias/8464-relatorio-da-oab-mossoro-mostra-descaso-grave-de-tres-decadas-no-hrtm>>. Acesso em 10 Set. 2019.

BARROS, LEA LIMA DOS SANTOS; MAIA, CRISTIANE DO SOCORRO FERRAZ MAIA; MONTEIRO, MARTA CHAGAS MONTEIRO. **Fatores de risco associados ao agravamento de SEPSE em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 388-396, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-388.pdf>>. Acesso em 12 Ago. 2019.

BARRETO, LÍDIA MIRANDA; TORGA, JÚLIA PEREIRA; COELHO, SAMUEL VIANA; NOBRE, VANDACK. Principais características observadas em pacientes com doenças hematológicas admitidos em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/2015nahead/0103-507X-rbti-20150034.pdf>>. Acesso em 10 Ago. 2019.

BELO, L. R *et al.* Contribuições da eletromiografia de agulha para o estudo da deglutição em seres humanos. **Rev. CEFAC**; v. 18, n. 5, p. 1238-1250, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n5/1982-0216-rcefac-18-05-01238.pdf>>. Acesso em 09 Jul. 2019.

BONIATTI, M. M. Avanços na atuação, mais benefícios... as perspectivas dos times de resposta rápida. **Rev Bras Ter Intensiva**; v. 28, n. 3, p. 217-219, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0217.pdf>>. Acesso em 08 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/** Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

CARDOSO, LENON; SIMONETI, FERNANDA SOARES; CAMACHO, EDUADO CABRAL; LUCENA, RAFAEL VICENTE; GUERRAM ARTUR FRACASSI; RODRIGUES, JOSÉ MAURO DA SILVA. Intubação orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. **Revista. Fac, Cienc. Méd. Socoraba**, v. 16, n. 4, p. 17-173, 2014.

CASTRO, M. C. N *et al.* **Gravidade e carga de trabalho de enfermagem em pacientes candidatos à vaga na UTI.** Escola Anna Nery, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0167.pdf>. Acesso em 09 Mar. 2019.

CECILIO, HELLEN POLLYANNA MANTELO; TESTON, GUILHERME OLIVEIRA DE ARRUDA1 ELEN FERRAZ; SANTOS, ALINY LIMA; MARCON, SONIA SILVA MARCON. **Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes.** Acta Paul Enferm; v. 28, n. 2, p. 113-9, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf>>. Acesso em 10 Ags. 2019.

CÉSAR, F. **Ações simples salvam vidas:** Protocolo dá ênfase à ferramenta de identificação precoce de deteriorização clínica. 2015. Disponível em:<https://revistamelhorespraticas.com.br/novo2015/admin/uploads/indice_b2f8bc8e584bbe5595a1990d8bd3f8eb.pdf>. Acesso em 09 Jul. 2019.

COSTA, D. V. S *et al.* Contribuições da enfermagem na segurança do paciente da unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 10, n. 6, p. 2177-88, 2016.

CONSTANTIN. A. G; MOREIRA, A. P. P; OLIVEIRA, J. L. C; HOFSTÄTTER, L. M; FERNANDES, L. M. **Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos.** ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., São Paulo, v. 16, 2018.

GALVÃO, J; SILVA, J. C. Sistemas de avaliação precoce na identificação de morbidades maternas: revisão sistemática. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 587, 2017. Disponível em:<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880357/20_5856-jarbasgalvao_norm_port_ingl.pdf>. Acesso em 08 Mar. 2019.

GOMES, D. F. C. **Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pós-operatório imediato.** 2017. Disponível em:<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/23814/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio_daniela%20gomes.pdf>. Acesso em 04 Out. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008. Disponível em:<<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em 10 Set. 2019.

HGF. **TRR chega ao HGF para dar ainda mais segurança ao paciente grave.** 2014. Disponível em:<<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/44810-trr>>. Acesso em 09 Jul. 2019.

Institute Healthcare Improvement - IHI. **Rapid Response Teams.** 2015. Disponível em:<<http://www.ihl.org/topics/RapidResponseTeams/Pages/default.aspx>>. Acesso em 09 Mar. 2019.

MAZOTTI, T. G *et al.* **Análise da utilização do score MEWS(modified early warning score) associado ao time de resposta rápida:** revisão integrativa. 2018. Disponível em:<<http://www.eaic.uem.br/eaic2018/anais/artigos/3002.pdf>>. Acesso em 09 Jul. 2019.

MORALES, C. L. P. **Avaliação de pacientes graves em emergência e terapia intensiva a partir da escala MEWS: revisão sistemática sem metanálise.** Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/168170/341387.pdf?sequen ce=1&isAI>>. Acesso em 09 Marc. 2019.

MONTENEGRO, S. M. S. L. **Avaliação do desempenho do escore de alerta precoce modificado em hospital público brasileiro.** 2017. Disponível em:<<http://mpgos.fmrp.usp.br/wpcontent/uploads/sites/163/2018/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Sayane-Marlla-Silva-Leite-Montenegro.pdf>>. Acesso em 08 Mar. 2019.

Ministério da Saúde - **MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b>. Acesso em 10 Junh. 2019.

MORGAN R. J. M, WILLIAMS F., WRIGHT M. **“An early warning scoring system for detecting developing critical illness”.** Clinical Intensive Care. v. 8, n. 100, 1997.

MORALES, C. L. P. **Avaliação de pacientes graves em emergência e terapia intensiva a partir da escala MEWS: revisão sistemática sem metanálise.** 2016. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/168170/341387.pdf?sequen ce=1&isAllowed=y>>. Acesso em 10 Jul. 2019.

NASSIFF, A *et al.* **Carga de trabalho de enfermagem e a mortalidade dos pacientes em unidade de terapia intensiva.** Texto Contexto Enferm, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e0390017.pdf>>. Acesso em 09 Mar. 2019.

OLINO, L *et al.* **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score.** Rev. Gaúcha Enferm; v.40, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200422&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 09 Jul. 2019.

PEREIRA, K. R. **Perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva.** 2017. Disponível em:<<http://www.sistemasfacenern.com.br/repositorio/admin/acervo/e38129ae5dfaf44945275cb365883ed2.pdf>>. Acesso em 09 Jul. 2019.

RIOS, S.; SILENE, K. S. B. S. M.; ROCHA, F. M. **Análise do protocolo de deterioração clínica baseado no MEWS(Modified early warning scoring).** v.1, 2016. Disponível em:<<https://proceedings.science/enfhesp/trabalhos/analise-do-protocolo-de-deterioracao-clinica-baseado-no-mews-modified-early-warning-scoring>>. Acesso em 01 Jul. 2019.

ROCHA, T. F; NEVES, J. G; VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. **Rev. Bras. Enferm.** v.69, n.5, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500906>. Acesso em 09 Jul. 2019.

ROQUE, K. E; TONINI, T; MELO, E. C. P. **Eventos adversos na unidade de terapia intensiva:** impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cad. Saúde Pública* v.32 n. 10, 2016. Disponível em:<[311X2016001005001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016001005001)>. Acesso em 17 Ago. 2019.

ROCHA, T. F; NEVES, J. G; VIEGAS, K. Escore de alerta precoce modificado: avaliação de pacientes traumáticos. **Rev Bras Enferm** [Internet]; v. 69, n. 5, p. 906, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0906.pdf>>. Acesso em 08 Mar. 2019

SILVA, D. L. M *et al.* **Critérios de admissão na unidade de terapia intensiva..** In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017. Anais. Fortaleza (CE) DeVry Brasil - Damásio - Ibmec, 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/47680-CRITERIOS-DE-ADMISSAO-NA-UNIDADE-DE-TERAPIA-INTENSIVA>>.

SANTOS, L. S; MONT'ALVERNE, D. G. B; MEDEIROS, A. I. C; SILVA, A. G. C. B; CARVALHO, E. M. Características dos pacientes sob assistência fisioterapêutica na UTI de um hospital universitário: estudo epidemiológico transversal. **Rev Fisioter S Fun.** Fortaleza; v; 5, n. 1, p. 50-58, 2015.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis, 2005.

APÊNDICES

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO: CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário nº _____

Data da internação no HRTVM: _____

Motivo da internação no HRTVM⁹:

Procedência de outro serviço () Registrar o nome do serviço e a sua localização (município/Estado)

Qual:

Meio de transporte até à emergência do HRTVM:

Tempo aproximado de transporte em horas:

Idade: ____ anos

Sexo: ____

Comorbidades¹⁰:

9

⁹ Será considerado o diagnóstico registrado na admissão feita pelo profissional médico do respectivo setor. Em caso de agravo externo registrar o tipo (acidente automobilístico, Ferimento por Arma Branca, Ferimento por Arma de Fogo, espancamento, etc.).

10

¹⁰ Doença(s) pré-existentes, além da doença em estudo, que pode(m) alterar o efeito de interesse no estudo.

- () Metabólica
 () Gastrintestinal
 () Neurológica
 () Renal
 () Reumatológica
 () Geniturinário

Outras:

Processo infeccioso? ()

Sítio da infecção:

Em uso de:

- () VMI
 () IOT
 () TQT
 () ACESSO VENOSO CENTRAL
 () HEMODIÁLISE
 () Cirurgia de urgência

Qual: _____

Duração da internação na UTI em dias: _____

Desfecho da internação em UTI:

Óbito ()

Transferência para outro setor () Qual:

Transferência para outro serviço () Qual: _____

Descrever localização (município/Estado)

DADOS DO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO
Escore de Alerta Precoce Modificado (*Modified Early Warning Score - MEWS*)

ESCORES							
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (bpm)		<40	41-50	51-100	101-110	111-120	>120
Frequência respiratória (ipm)				0-14	15-20	21-29	>30
Pressão arterial sistólica (mmHg)	>70	71-80	81-100	101-199			
Nível de consciência				Alerta	Confuso	Resposta à dor	Inconsciente
Temperatura (o C)		<35	35,1-37,8		>37,8		

Fonte: TAVARES; UCHOA; PEIXOTO JÚNIOR; MENESES (2008c).