



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

RAFAELA DE LEMOS LEPRE

**RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES
ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO
BRASIL**

Londrina
2022

RAFAELA DE LEMOS LEPRE

**RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES
ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cintia Magalhães Carvalho Grion

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

L599r Lepre, Rafaela de Lemos.
Recusa de leitos e triagem de pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva do Brasil / Rafaela de Lemos Lepre. - Londrina, 2022.
79 f. : il.

Orientador: Cintia Magalhães Carvalho Grion.
Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Triagem de leitos de terapia intensiva no Brasil - Tese. 2. Recusa de leitos de terapia intensiva no Brasil - Tese. 3. Responsabilidade de triagem de leitos intensivos - Tese. 4. Lotação de leitos intensivos no Brasil - Tese. I. Grion, Cintia Magalhães Carvalho . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU 61

RAFAELA DE LEMOS LEPRE

**RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES
ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para o título de Mestre em Ciências da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dra. Cintia Magalhães
Carvalho Grion
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Silvio Henrique Maia de Almeida
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a. Dra. Lucienne Tibery Queiroz Cardoso
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 22 de junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Aos especialistas que me auxiliaram na elaboração do questionário e aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa meu sincero agradecimento.

Aos meus pais, Arlete e Orbile, pela dedicação e construção do meu caráter.

Ao meu marido, Alexandre, pelo amor constante, paciência incondicional, ajuda cotidiana, companheirismo e acalento nas horas difíceis. Sem ele, eu não seria um terço da pessoa que sou hoje.

Às minhas três filhas, Angelina, Alice e Amália, por me estimularem diariamente a ser cada vez melhor através dos beijos, olhares carinhosos e diversão.

À minha orientadora, Dra. Cíntia, pelo auxílio imprescindível, sapiência incomensurável e estímulo constantes.

Ao meu mestre e ídolo, Dr. Antonio Cesar Marson, por ser minha fonte de inspiração profissional e me levar sempre além das minhas próprias expectativas.

LEPRE, R. L. **Recusa de leitos e triagem de pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva do Brasil**. 2022. 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2022.

RESUMO

Introdução: Com o avanço da ciência médica e o envelhecimento da população adveio a necessidade de maior disponibilidade de leitos de terapia intensiva. No Brasil, nem sempre o aumento da demanda é acompanhado por aumento proporcional no número de leitos. Como resultado, torna-se comum o racionamento na unidade de terapia intensiva (UTI) havendo, então, recusa e triagem desses leitos. É consenso que a recusa de leito de cuidado intensivo a paciente crítico aumenta consideravelmente a mortalidade e piora os desfechos para esses pacientes. Várias sociedades médicas especializadas desenvolveram diretrizes que auxiliam o momento de triagem, porém, não se sabe se essas orientações são sequer conhecidas nas unidades intensivas do país, menos ainda se há protocolos instituídos de triagem. Na literatura os dados a respeito de triagem e recusa de leitos de UTI no Brasil são escassos.

Objetivo: Conhecer dados a respeito da recusa de leitos nas unidades de terapia intensiva no Brasil, assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

Métodos: Estudo transversal do tipo *Survey*. Foi criado um questionário com 58 perguntas que abrangem os questionamentos do estudo pela metodologia Delphi e com auxílio de cinco especialistas em medicina intensiva, Foram convidados a responder o questionário médicos e enfermeiros inscritos na plataforma *online* da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIBnet). Uma plataforma da *Web* (*SurveyMonkey*®) foi a forma de aplicação. Todas as variáveis desse trabalho foram mensuradas em categorias e, portanto, expressas como proporção. Foram usados os testes de Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher para verificar associação entre as variáveis. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Resultados: No total, 231 profissionais responderam completamente o questionário. As unidades intensivas nacionais estão com mais de 90% de lotação sempre ou frequentemente para 90,8% dos participantes. Dentre os entrevistados, 84,4% relataram já ter deixado de admitir pacientes em leito intensivo devido exclusivamente à lotação da unidade. Em torno de metade das instituições brasileiras participantes dessa pesquisa (49,7%) não possui protocolos de triagem de leitos intensivos instituídos. Dentre as unidades que tem protocolos, a maioria é baseada no Conselho Federal de Medicina (39,0%). A responsabilidade pela recusa ou triagem dos pacientes é, em 40,6% das vezes, do médico diarista ou coordenador da unidade.

Conclusões: Recusa de leito devido exclusivamente à lotação da unidade é frequente nas unidades intensivas do Brasil. Mesmo sendo essa recusa tão frequente, metade dos serviços do Brasil não tem sistemas de triagem de leitos instituídos.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva; ocupação de leitos; cuidado intensivo; triagem

LEPRE, R. L. **Refusal of beds and screening of patients admitted to intensive care units in Brazil.** 2022. 77 p. Dissertation (Master's degree in Health Sciences) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2022.

ABSTRACT

Introduction: With the advance of medical science and the aging of the population, the need for greater availability of intensive care beds has arisen. In Brazil, the increase in demand is not always accompanied by a proportional increase in the number of beds. As a result, rationing in the intensive care unit (ICU) becomes common, and these beds are then refused and sorted. It is a consensus that the refusal of an intensive care bed to a critical patient considerably increases mortality and worsens the outcomes for these patients. Several specialized medical societies have developed guidelines that help the moment of triage; however, it is not known if these guidelines are even known in the intensive units of the country, even less if there are established screening protocols. In the literature, data on triage and refusal of ICU beds in Brazil are scarce.

Objective: To know data regarding the refusal of beds in intensive care units in Brazil, as well as to evaluate the use of screening systems for these beds by professionals working in these establishments.

Methods: Cross-sectional Survey-type study. A questionnaire was created with 58 questions that covered the questions of the study using the Delphi methodology and with the help of five specialists in intensive care. Physicians and nurses registered on the online platform of the Brazilian Association of Intensive Care (AMIBNet) were invited to answer the questionnaire. A web platform (SurveyMonkey®) was the application form. All the variables in this work were measured in categories and, therefore, expressed as a proportion. Chi-Square tests or Fisher's exact tests were used to verify the association between the variables. The significance level used was 5%.

Results: In total, 231 professionals completely answered the questionnaire. The national intensive units are always or frequently over 90% full for 90.8% of the participants. Among those interviewed, 84.4% reported that they had already stopped admitting patients to an intensive bed due exclusively to the capacity of the unit. Around half of the Brazilian institutions participating in this research (49.7%) do not have protocols for screening intensive beds in place. Among the units that have protocols, most are based on the Federal Medical Council (39.0%). In 40.6% of the cases, the responsibility for refusing or screening patients lies with the daily physician or unit coordinator.

Conclusions: Refusal of bed due exclusively to the capacity of the unit is frequent in intensive units in Brazil. Even though this refusal is so frequent, half of the services in Brazil do not have bed triage systems in place.

Key words: intensive care units; bed occupancy; critical care; triage.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Porcentagem das UTIs com taxa de ocupação de leitos maior que 90%43
- Gráfico 2** - Porcentagem da existência de protocolos de triagem de leitos instituídos na unidade de terapia intensiva44
- Gráfico 3** - Distribuição da porcentagem de responsáveis pela triagem de leitos nas unidades de terapia intensiva.....45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas, de formação e de atuação profissional dos participantes	36
Tabela 2 - Perfil das instituições participantes da pesquisa	37
Tabela 3 - Conhecimento dos respondedores sobre orientações de triagem	39
Tabela 4 - Conhecimento dos respondedores sobre orientações de sociedades especializadas.....	40
Tabela 5 - Comparação das características das unidades de terapia intensiva com diferentes tipos de administração, referente à admissão, busca e triagem por vagas.....	41
Tabela 6 - Comparação das características das unidades de terapia intensiva com taxa de ocupação acima de 90% em relação a admissão, busca e triagem por vagas.....	42

LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AMIBnet	Rede virtual da Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ACCM	American College of Critical Care Medicine
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCCM	Society of Critical Care Medicine
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
WFSICCM	World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Unidades de Terapia Intensiva (UTIs): Panorama Geral e a Recusa de Leitos	12
1.2	Triagem para Admissão em UTI: Diretrizes e Consensos	13
1.3	Recusa e Triagem na Literatura	16
1.4	Justificativa	18
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo Geral.....	20
2.2	Objetivos Específicos	20
3	MÉTODOS	21
3.1	Delineamento	21
3.2	Questionário e Variáveis.....	21
3.3	Aplicação do Questionário.....	22
3.4	População e Amostra	22
3.5	Análise Estatística	22
3.6	Aspectos Éticos	23
4	ARTIGO CIENTÍFICO	24
4.1	Resumo	24
4.2	Introdução.....	25
4.3	Métodos.....	26
4.4	Resultados.....	27
4.5	Discussão	29
4.6	Conclusão.....	32
4.7	Referências Bibliográficas	33
4.8	Tabelas e Gráficos.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

APÊNDICES	52
Termo de consentimento livre e esclarecido – juízes	52
Fluxograma de desenvolvimento do questionário segundo a metodologia Delphi	54
Questionário	55
Termo de consentimento livre e esclarecido – participantes	63
Orientações quanto ao preenchimento do questionário	65
ANEXOS	66
Distribuição de leitos de UTI – geral no Brasil	66
Distribuição de leitos de UTI – SUS no Brasil	67
Distribuição de leitos de UTI – não SUS no Brasil.....	68
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	69
Guia para autores da Revista Brasileira de Terapia Intensiva.....	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIs): PANORAMA GERAL E A RECUSA DE LEITOS

Cuidado intensivo é definido como o tratamento realizado para o paciente criticamente doente. Uma injúria ou doença crítica causa falência aguda de um ou mais órgãos vitais de forma que haja uma alta probabilidade de deterioração iminente da condição do paciente ¹.

Com o avanço da ciência médica e o envelhecimento da população adveio a necessidade de maior disponibilidade de leitos de tratamento intensivo. O custo é impactante em particular após o advento da pandemia da COVID-19 que, durante seu período mais crítico, demandou ampliação considerável dos recursos intensivos uma vez que a evolução grave de uma parcela dos casos exigia tratamento com suporte ventilatório, drogas vasoativas e hemodiálise por exemplo. Na Europa as unidades de terapia intensiva consomem cerca de 20% do orçamento hospitalar geral e no Reino Unido, por exemplo, estima-se custo de € 858,00 a € 1.185,00 por paciente/dia ^{3,4}. No Brasil estima-se que um paciente em leito de terapia intensiva gaste, aproximadamente, dois mil reais (aproximadamente quatrocentos dólares americanos) por dia sendo que o gasto das UTIs exclusivamente públicas gira em torno de três mil e quinhentos reais diários ².

Em países de média e baixa renda, como o Brasil, nem sempre o aumento da demanda é acompanhado por aumento proporcional no número de leitos e insumos para o tratamento adequado aos doentes críticos. A Organização Mundial de Saúde recomenda que seja adequada disponibilidade de 1 a 3 leitos de tratamento intensivo para cada 10 mil habitantes e que o número de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) em um hospital seja proporcional ao número total de leitos da instituição e ao seu perfil de atendimento, variando em torno de 10 a 25% no Brasil ⁵. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que, em janeiro de 2021, o Brasil dispunha de 66.497 leitos de terapia intensiva sendo que, desses, 31.333 eram leitos públicos (do Sistema Único de Saúde – SUS). No levantamento da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) do mesmo período aparece distribuição adequada do número de leitos em todos os estados brasileiros ao se considerar o número absoluto, porém é observada nítida insuficiência do sistema público ao analisar separadamente o SUS e a saúde suplementar (Anexos 8.1, 8.2, 8.3).

Dessa maneira não é incomum que a realidade de vários hospitais tanto do Brasil quanto de vários outros países seja a seguinte: muitos pacientes com indicação de tratamento em leito de UTI para poucos leitos disponíveis. Dessa realidade advém a necessidade de recusa de leitos.

A taxa de admissão de pacientes cai com a UTI lotada e os desfechos são piores⁶. É sabido que a recusa de admissão em UTI está associada a maiores taxas de mortalidade^{7,8}.⁹ Para pacientes críticos há um aumento de 1,5% no risco de morte para cada hora passada fora da UTI¹⁰. Pacientes graves tratados fora do leito intensivo têm pior prognóstico, maiores taxas de disfunção de órgãos e necessidade de maior número de intervenções terapêuticas (drogas vasoativas e ventilação mecânica)¹¹. Os custos diretos desse tratamento fora de leito adequado são consideravelmente maiores¹¹. Em concordância com esses dados observa-se que pacientes adequadamente admitidos tem entre 21% e 43% menores chances de morte comparada aos não admitidos¹².

Um estudo europeu fez uma análise de custos e concluiu que a admissão em UTI é financeiramente compensatória já que, mesmo com o alto custo do tratamento nesse setor de alta complexidade, há uma mortalidade menor e, com isso, muitos anos de vida são salvos em indivíduos produtivos¹³.

1.2 TRIAGEM PARA ADMISSÃO EM UTI: DIRETRIZES E CONSENSOS

A recusa por falta de leitos acontece no cotidiano das UTIs e o paciente entra em uma fila de espera. Por conseguinte, aparece a necessidade de triagem.

A problemática da triagem de UTI vai, inclusive, além da escassez de leitos uma vez que o tratamento em leito intensivo pode ser prejudicial ao fornecer tratamento excessivamente agressivo a pacientes com poucos benefícios, por exemplo, em idosos que enfrentam o fim da vida, ao prolongar o processo de morte natural. Outro exemplo dentro desse espectro seria a exposição de pacientes menos graves a terapias invasivas, patógenos mais resistentes e infecções^{14,9}.

Sendo assim, inclusive locais que não enfrentam problemas com número reduzido de leitos de UTI deveriam realizar triagem dos pacientes rotineiramente¹⁴. Vários questionamentos despontam: quem deve ser admitido antes e quem deve aguardar, que critérios devem ser utilizados para definir essas prioridades, quem é responsável pela decisão final. É, invariavelmente, uma decisão complexa que deve levar em consideração diversos fatores, desde clínicos, passando por dificuldades estruturais de cada serviço, aspectos éticos e até a vontade do paciente e de seus familiares.

Visando abrandar essa difícil tomada de decisão várias sociedades médicas especializadas em tratamento intensivo desenvolveram diretrizes e consensos que auxiliam o momento de triagem^{1,5,9}.

É comum, na maioria das diretrizes, a recomendação de que os serviços de terapia intensiva de cada instituição desenvolvam protocolos próprios, baseados tanto nas recomendações especializadas quanto na individualidade de cada serviço. São diferentes as

limitações de cada hospital, os recursos disponíveis, o tamanho da UTI, a capacidade de intervenções terapêuticas, a disponibilidade de serviços complementares (exames de imagem, fisioterapia, nutrição) e especialidades médicas e, como efeito, os protocolos individualizados serão mais eficazes.

A *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) definiu suas primeiras orientações em 1999. Em agosto de 2016 publicou a mais recente atualização ¹. O Colégio Americano de Cuidados Críticos (ACCM – *American College of Critical Care Medicine*) é o corpo multidisciplinar consultivo responsável pela elaboração dessas orientações nos Estados Unidos da América. A diretriz faz uma ressalva quanto à possibilidade das orientações serem inadequadas fora dos Estados Unidos da América e fornece múltiplas recomendações com respectivos níveis de evidência para que cada instituição desenvolva protocolo próprio de admissão e triagem.

A SCCM sugere que os critérios de admissão em UTI sejam baseados em uma combinação de fatores: cuidados específicos que só podem ser fornecidos em ambiente de UTI, disponibilidade de especialistas, priorização de acordo com as condições do paciente, diagnóstico, disponibilidade de leitos, parâmetros objetivos no momento da solicitação de leito (como frequência respiratória), potencial de benefício ao paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

As prioridades de triagem pela SCCM são assim definidas:

Prioridade 1	Pacientes criticamente enfermos que requerem terapias ou monitorizações que só podem ser disponibilizadas em ambiente de UTI.
Prioridade 2	Pacientes, como os descritos acima (Prioridade 1), porém com chance significativamente menor de recuperação.
Prioridade 3	Pacientes com disfunção orgânica que necessitam de terapias ou monitorizações que poderiam ser disponibilizadas em ambientes outros que não a UTI.
Prioridade 4	Pacientes, como os descritos acima (Prioridade 3), porém com chance significativamente menor de recuperação.
Prioridade 5	Pacientes terminais ou moribundos com pouca ou nenhuma probabilidade de recuperação. Esses pacientes, em geral, não são apropriados para admissão em UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

A recomendação segue enfatizando a importância dos diferentes níveis de atenção crítica desde implementação de sistemas de resposta rápida até leitos de cuidados intermediários. Promove também uma série de orientações de triagem para casos específicos

como pacientes advindos de centro cirúrgico, de outros serviços médicos, patologias malignas, idosos, situações de epidemia, desastres naturais e segue para sugestões quanto à alta da UTI.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina publicou uma Resolução em outubro de 2016 que estabelece critérios de admissão e alta em unidades de terapia intensiva ⁵. Em seu Artigo 1º define que as admissões em UTI devem ser baseadas em diagnóstico e necessidade do paciente, serviços médicos disponíveis na instituição, priorização de acordo com a condição do paciente, disponibilidade de leitos e potencial de benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico. O artigo 2º estabelece que a admissão e alta sejam de competência do médico intensivista. A priorização de admissão é determinada no artigo 6º da seguinte maneira;

Prioridade 1	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
Prioridade 2	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
Prioridade 3	Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
Prioridade 4	Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
Prioridade 5	Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

Em seguida a resolução discorre que os pacientes Prioridade 2 ou 4 devem ser prioritariamente admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas) e que os pacientes Prioridade 5 devem ser prioritariamente admitidos em unidades de cuidados paliativos.

Também em 2016, no mês de dezembro, a *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* (WFSICCM) publicou seu guia para triagem e admissão em UTI ⁹. Essa sociedade é composta por 85 sociedades científicas nacionais reunindo mais de 90 mil intensivistas de todo o mundo. A WFSICCM não desenvolveu regras práticas ou classificou

prioridades como o CFM ou a SCCM, mas sim organizou uma série de orientações que devem nortear a triagem.

Os pontos chave do relatório são:

1	A triagem em UTI deve garantir o melhor uso possível e equânime dos recursos disponíveis para cuidado crítico. Triagem necessariamente envolve pesar os benefícios da admissão na UTI contra os riscos envolvidos.
2	Médicos intensivistas devem tomar a decisão final sobre triagem e admissão considerando as informações dos demais profissionais da equipe (enfermeiros, médicos emergencistas, hospitalistas, cirurgiões e outros).
3	Algoritmos e protocolos de triagem podem ser úteis, mas eles nunca devem suplantam o papel de um intensivista habilidoso que baseiam suas decisões em informações da equipe multidisciplinar.
4	Infraestrutura deve ser organizada de forma eficiente, tanto no nível de hospitais individuais quanto regionais.

Orienta também que são candidatos para admissão em UTI pacientes cuja terapia falhe nos setores gerais do hospital, pacientes com riscos de complicações que requerem intervenção imediata e ocasionalmente aqueles em fase terminal que necessitam controle de sintomas específicos ou suporte específico para determinados órgãos.

A WFSICCM alerta que protocolos de triagem desenvolvidos com base apenas em sinais vitais provavelmente serão ineficazes, mas que em situações extremas, como pandemias, esses escores podem ser necessários. Assim como o CFM e a SCCM, enfatiza a importância de unidades de cuidados intermediários para aperfeiçoar ao máximo o cuidado ao paciente crítico.

1.3 RECUSA E TRIAGEM NA LITERATURA

Vários trabalhos comprovam que a disponibilidade de leitos de UTI afeta a decisão de admissão e a triagem dos pacientes. Nos Estados Unidos, um estudo de 2014 em Nova Iorque e outro de 2018 em Nova Orleans são concordantes nesse aspecto ^{15,16}. Estudo canadense multicêntrico de 2013 também corroborou que não são apenas as condições clínicas do paciente que influenciam as decisões, mas também a disponibilidade de leitos naquele momento ¹⁷ e publicações da Europa também ^{12, 18, 19}.

Estudo francês em quatro unidades intensivas concluiu que a falta de leitos leva à recusa de pacientes que se beneficiariam com a vaga em UTI e isso gera casos de mortes potencialmente evitáveis ²⁰. Em contrapartida, trabalho brasileiro recente aplicou questionário

eletrônico obtendo 125 respostas relativas ao impacto de fatores não clínicos nas decisões relacionadas à triagem em UTIs e concluiu que a alta disponibilidade de leitos de UTI se associou a aumento das admissões consideradas inadequadas pelo autor ²¹.

As taxas gerais de recusa nos serviços de cuidados intensivos mostram-se variáveis nos diversos continentes. Estudo na Austrália e Nova Zelândia trouxe valores entre 25 e 30% de recusa ²² enquanto outro australiano mostrou 64% ²³. Em Hong Kong uma publicação refere 38% de recusa ²⁴ ao passo que, em estudo multicêntrico francês esse índice foi de 23% e dentro dessa porcentagem geral, apenas 6,5% foram devidas à unidade cheia ²⁵. Outro multicêntrico europeu concluiu recusa geral de 15% e, dentre as causas de recusa, 47% foram exclusivamente devidos à falta de leitos ¹².

Na Jamaica, 8% das recusas são por falta de recursos e, dentre os recusados, a mortalidade é de 81% ²⁶. Essa publicação conclui também que os pacientes admitidos em UTI têm maior sobrevida ²⁶.

No Brasil, Caldeira *et al.* analisando 359 pacientes observaram 30% de recusa e os fatores que influenciaram a decisão foram idade (mais jovens foram mais admitidos) e prioridade 1 segundo critérios da SCCM ²⁷. Estudo de Rocco *et al.* evidenciaram taxa de 44% de recusa e foram determinantes a idade, comorbidades e gravidade ²⁸.

Young e Arnold no seu estudo na Oceania, mostraram através de questionário *online* (com 238 respostas) números semanais de triagens realizadas nos serviços da Austrália e Nova Zelândia: 6,3 a 8,5 casos foram triados por médico por semana ²².

Múltiplos aspectos são considerados no momento da decisão de admissão e triagem além dos já discutidos; escolhas do paciente ^{18, 29, 23, 30, 31}, seu *status-performance* ^{18, 32, 33, 19, 12}, decisão de “não ressuscitar” ¹⁸, malignidade ^{12, 32}, insuficiência respiratória ou cardíaca ³², paciente muito bem para beneficiar-se do cuidado intensivo ^{33, 12, 34}, paciente muito grave para beneficiar-se do cuidado intensivo ¹², prognóstico da doença aguda ^{29, 24, 12}, prognóstico da doença de base ^{29, 18}.

A idade do paciente mereceu destaque em vários estudos, a maioria deles relatando influência importante desse fator no momento da decisão ^{32, 24, 18}. Publicação francesa mostrou taxa de recusa de 73% em pacientes com mais de 80 anos ³⁵ e o multicêntrico ELDICUS também trouxe altas porcentagens de recusa de leitos para idosos ³⁶. Outro trabalho francês declarou que emergencistas e intensivistas relutam em admitir pacientes com mais de 80 anos independentemente se os outros critérios mostram que a admissão é bem indicada ³⁷. Escher *et al.* na Suíça afirmam que a admissão em UTI de pacientes idosos, com comorbidades e gravemente enfermos é uma situação muito desafiadora e que outros fatores devem determinar essa escolha (disponibilidade de recursos, escolhas do paciente) ³¹. Novamente

os franceses Garrouste-Orgeas *et al.* mostram em outro estudo que se houver protocolo de triagem instituído na unidade, raramente pacientes acima de 80 anos serão admitidos ³⁰.

Outro aspecto influenciador de decisão que se revelou repetidamente em publicações diversas foi o paciente ter sido submetido a cirurgia na patologia aguda que o levou à UTI. Nesses diversos estudos, pacientes cirúrgicos tendem a ser mais admitidos no leito intensivo quando comparados a pacientes clínicos. O fato de esse paciente ocupar uma sala de cirurgia enquanto não é admitido é motivo considerado importante para que sua admissão se torne prioritária pelos profissionais que triam os leitos ^{12,36,38}.

Nuances relacionadas ao profissional responsável ou à situação de triagem em si também influenciam na deliberação. A experiência do intensivista e a habilidade em examinar o doente imprimem mudanças ¹⁹, assim como há diferenças entre a solicitação de vaga feita por médico especialista ou por médico residente ²³. Recomendações de triagem são mais seguidas à beira do leito do que ao telefone ^{32,39}.

Para a confecção de protocolos de triagem é recomendado uso de critérios específicos, científicos, mensuráveis, factíveis e fáceis de reproduzir ^{40,27}. Todavia surge uma problemática; a maioria desses protocolos não leva em conta a complexidade da prática clínica ⁴¹. Revisão sistemática inglesa de 2018 revelou que a maioria dos intensivistas admitiu já ter feito escolhas inapropriadas de triagem e que há baixa concordância entre os especialistas quanto às decisões de admissão ¹⁸. A mesma publicação mostrou que os médicos assumem terem feito escolhas erradas devido a fatores externos ao paciente (pressão de superiores, dúvidas clínicas, pressão da família, questões legais) ¹⁸. A publicação da SCCM ¹ recomenda que a supertriagem é mais aceitável que a subtriagem. Um modelo ideal identificaria todos os pacientes que necessitem de cuidado crítico com um nível aceitável de supertriagem, já que a subtriagem é associada a mortalidade significativamente maior ¹.

Mesmo em locais onde existem protocolos implantados há pouca concordância com as recomendações ^{12,39}, e os médicos e intensivistas não seguem regularmente os critérios estabelecidos ^{34,15}. A decisão final baseia-se então, mormente, em julgamento clínico ¹⁵.

1.4 JUSTIFICATIVA

Na literatura os dados a respeito de triagem e recusa de leitos de UTI no Brasil são escassos. A realidade dos serviços intensivos brasileiros nesses aspectos é incerta. Não é sabido se as UTIs do Brasil têm protocolos próprios ou se seguem alguma das diretrizes mais aceitas mundialmente. Há alta probabilidade que parte considerável dos serviços não siga nenhum guia específico e que a responsabilidade de recusa e triagem recaia sobre o intensivista de plantão com base, na maioria das vezes, em julgamento clínico apenas.

Ademais existem poucos dados nacionais disponíveis sobre frequência de recusa de leitos relacionada à lotação das UTIs, treinamento dos profissionais em triagem, diferenças ou semelhanças entre serviços públicos e privados, sobre quem é o profissional responsabilizado por recusa e triagem, se há diferenças regionais significativas e por quanto tempo os pacientes críticos costumam aguardar por leitos intensivos nos outros setores do hospital.

Esse estudo pretende traçar um importante panorama geral a respeito de recusa e triagem nas UTIs do país e é motivado pelo fato de que esses dados são prementes para otimização dos serviços intensivos no que concerne às admissões e recusas de leitos. A morbidade e a mortalidade dos pacientes são diretamente afetadas por esses aspectos e aqui se justifica a importância dessa pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os dados a respeito da recusa de leitos nas unidades de terapia intensiva no Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar frequência de recusa de leitos de UTI a pacientes críticos no Brasil.

Verificar se os serviços de terapia intensiva no Brasil utilizam critérios de triagem dos leitos e qual é a diretriz utilizada.

Identificar quais são os profissionais responsáveis pela recusa/triagem de leitos de UTI no Brasil nas diferentes regiões.

Identificar se os profissionais responsáveis pela triagem dos leitos recebem algum tipo de treinamento nesse sentido.

Estimar porcentagem de lotação de leitos de UTI, frequência de recusa de leitos e necessidade de triagem dos pacientes.

Definir a média de tempo de espera dos pacientes críticos que aguardam leitos de UTI.

Diferenciar os dados entre as UTIs públicas, privadas e mistas.

Descrever os dados comparando as diferentes regiões do Brasil.

Avaliar a presença de times de resposta rápida, disponibilidade de unidade de cuidados intermediários e equipes de doação de órgãos nas UTIs do Brasil.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

O estudo transversal foi conduzido como um questionário; *Survey*. Esse tipo de avaliação vem sendo cada vez mais usada como ferramenta para acessar dados em várias áreas, incluindo cuidados em saúde, assim como para traduzir a pesquisa científica em prática clínica. Tem como vantagens rapidez, baixo custo e objetividade⁴². Além disso, o formato *online* facilita o acesso a entrevistados de regiões distantes do pesquisador.

3.2 QUESTIONÁRIO E VARIÁVEIS

As questões foram selecionadas utilizando-se o Método Delphi. Esse método foi desenvolvido na década de 1950 nos Estados Unidos da América e pressupõe a formação de um questionário por um grupo de especialistas de forma sequencial e individual. Foi desenvolvido um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 7.1) para aceite por esses especialistas juízes com base nas normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os juízes convidados aceitaram o termo de consentimento.

Consoante com a metodologia Delphi então, foi desenvolvida uma lista de perguntas de interesse ao estudo e enviada a esses cinco especialistas na área de medicina intensiva (médicos intensivistas certificados) para apreciação e sugestão de alterações. Após cada avaliação, as sugestões individuais foram incorporadas ao questionário e enviadas aos cinco intensivistas para nova rodada de apreciação. Gradualmente foi desenvolvido um consenso e foram feitas análises entre as rodadas observando tendências e compilando-as. As rodadas finalizaram quando foi atingido um consenso de pelo menos 75% de aprovação para cada pergunta (Apêndice 7.2).

Essa metodologia para desenvolvimento de questionários é amplamente aceita na área de pesquisa já que tem importantes vantagens: a montagem do questionário não passa apenas pelo pesquisador e sim por vários especialistas com ampla experiência na área de estudo, não há impedimento geográfico e financeiro (já que não são feitas reuniões presenciais), é garantido o anonimato dos especialistas e dessa forma as opiniões diversas não são influenciáveis entre si⁴³.

O questionário final foi composto por 58 perguntas com alternativas fechadas que admitiam apenas uma delas como resposta. As perguntas de números 1 a 14 eram referentes ao perfil dos entrevistados; de 15 a 36 sobre o perfil da instituição (hospital/UTI); de 37 a 58 a respeito da recusa e triagem de leitos nas UTIs (Apêndice 7.3).

3.3 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Uma plataforma da *Web* (*SurveyMonkey*®) foi a forma de aplicação do questionário, segundo as recomendações recentes. Essa forma de aplicação de questionário *online* é a mais recomendada em orientações atuais devido ao fácil e amplo acesso. Ademais possui boa aplicabilidade e possibilidade de transporte de dados para outras plataformas de análise

44.

A pesquisa se desenvolveu através de convite aos médicos e enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e setores de emergência inscritos na AMIBnet (rede virtual em cuidado intensivo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira) via plataforma própria da rede. O questionário foi disponibilizado para respostas entre os meses de fevereiro e agosto de 2021 (totalizando seis meses) e os potenciais participantes foram lembrados por mais duas vezes nesse período (totalizando três convites).

Ao acessar o *link* o entrevistado se deparava inicialmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa (Apêndice 7.4). O termo foi desenvolvido com base nas normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de saúde. Continha o convite à pesquisa, informações a respeito da relevância do tema, esclarecimentos sobre anonimato e uso dos dados, objetivos da pesquisa, riscos e benefícios associados à participação e dados do pesquisador para contato caso surgissem dúvidas. O prosseguimento em responder o questionário significava que o entrevistado havia aceitado o termo de consentimento.

A segunda página trazia orientações quanto ao preenchimento do questionário (Apêndice 7.5) informando que seriam 58 perguntas respondidas em aproximadamente oito minutos. Alertava também que, caso o entrevistado trabalhasse em mais de uma UTI, deveria responder referindo-se apenas à UTI em que mais atuava para evitar conflito de dados.

Na terceira página iniciavam-se as perguntas. No formato *online* o próprio entrevistado respondia e ia avançando no questionário até sua finalização.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os intensivistas e enfermeiros inscritos na AMIBnet receberam assim o convite *online* para participação na pesquisa, totalizando 5.974 pessoas convidadas.

Ao final da pesquisa obtivemos 231 (3,9%) respostas completas que foram integralmente incorporadas à análise final.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A tabulação e o tratamento dos dados foram realizados com auxílio de uma doutora reconhecida na área de estatística.

Todas as variáveis desse trabalho foram mensuradas em categorias e, portanto, expressas como proporção. Foram usados os testes de Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher (quando mais de 20% das caselas apresentaram frequência esperada menor que 5%) para verificar associação entre essas variáveis. O nível de significância utilizado foi de 5%. As análises foram feitas utilizando-se o software da *IBM® SPSS® versão 19 (IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp)*.

Foram então construídos tabelas e gráficos pertinentes aos objetivos do trabalho.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, registrado sob o número 23246919.9.0000.5231 e aprovado mediante parecer número 3.698.448 publicado no dia 11 de novembro de 2019 (Anexo 8.4).

4 ARTIGO CIENTÍFICO A SER SUBMETIDO À REVISTA: REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (GUIA PARA AUTORES: ANEXO 8.5)

Título: Recusa de leitos e triagem de pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva do Brasil

4.1 RESUMO

Introdução: No Brasil é comum racionamento de leitos nas unidades de terapia intensiva. Sociedades especializadas desenvolveram diretrizes que guiam triagem, porém, não se sabe se essas orientações são seguidas, menos ainda se há protocolos instituídos de triagem ou frequência de recusa de leitos intensivos no país.

Objetivo: Conhecer dados sobre recusa de leitos nas unidades intensivas no Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem pelos profissionais atuantes.

Métodos: Estudo transversal do tipo *Survey*. Através da metodologia Delphi foi criado um questionário contemplando os objetivos do trabalho. Foram convidados médicos e enfermeiros inscritos na plataforma *online* da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIBnet). Uma plataforma da *Web* (*SurveyMonkey*®) foi a forma de aplicação. As variáveis desse trabalho foram mensuradas em categorias e, portanto, expressas como proporção. Foram usados os testes de Qui-Quadrado ou teste Exato de Fisher para verificar associações. O nível de significância foi de 5%.

Resultados: No total, 231 profissionais responderam o questionário. As unidades intensivas nacionais estão com mais de 90% de lotação sempre ou frequentemente para 90,8% dos participantes. Dentre os participantes, 84,4% já deixaram de admitir pacientes em leito intensivo devido exclusivamente à lotação da unidade. Metade das instituições brasileiras (49,7%) não possui protocolos de triagem de leitos intensivos instituídos.

Conclusões: Recusa de leito devido exclusivamente à lotação da Unidade é frequente nas unidades intensivas do Brasil. Ainda assim, metade dos serviços do Brasil não tem sistemas de triagem de leitos instituídos.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva, ocupação de leitos, cuidado intensivo, triagem

4.2 INTRODUÇÃO

Com o avanço das ciências médicas, o surgimento de procedimentos mais complexos e o aumento da expectativa de vida há, naturalmente, uma maior demanda por serviços de saúde. A necessidade crescente de leitos de cuidados intensivos encaixa-se nesse panorama e, frequentemente, essa demanda excede a oferta. O custo é impactante em particular após o advento da pandemia da COVID-19. No Brasil, estima-se que um paciente em leito de terapia intensiva custe, aproximadamente, dois mil reais (aproximadamente quatrocentos dólares americanos) por dia ¹. Como resultado torna-se comum o racionamento nas unidades de terapia intensiva (UTIs) havendo, então, recusa e triagem desses leitos.

Em terapia intensiva quando a taxa de admissão de pacientes cai, os desfechos são piores para os pacientes ². É sabido que a recusa de admissão em UTI está associada a maiores taxas de morte ^{3, 4, 5}, e que, mais especificamente, para pacientes críticos, há um aumento de 1,5% no risco de morte para cada hora de atraso na admissão na UTI ⁶. Devido a esses fatores, recusar e triar leitos intensivos é, invariavelmente, uma decisão complexa que deve levar em consideração diversos aspectos, desde clínicos, passando por éticos e indo até ao encontro das vontades dos pacientes e familiares.

Visando abrandar essa difícil tomada de decisão, várias sociedades médicas especializadas desenvolveram diretrizes que auxiliam o momento de triagem. A norte-americana *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) ⁷ e a força-tarefa da *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* (WFSICCM) ⁸ atualizaram suas orientações mais recentemente em 2016. No mesmo ano, o Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro publicou sua resolução n°. 2156/2016 ⁹ regulamentando as prioridades de admissão dos pacientes em leitos de UTI. As diretrizes das sociedades especializadas e do CFM Brasil se assemelham em muitos aspectos, e todas recomendam que os serviços de terapia intensiva de cada instituição desenvolvam protocolos próprios com base tanto nas recomendações especializadas quanto na individualidade de cada serviço. Ainda assim, no cotidiano das UTIs, regularmente as decisões de recusa e triagem não são baseadas em evidências científicas ¹⁰.

Na literatura os dados a respeito de triagem e recusa de leitos de UTI no Brasil são escassos. A realidade dos serviços intensivos brasileiros nesses aspectos é incerta, poucos trabalhos foram publicados com esse objetivo ^{6,10}. Não é sabido se as UTIs do Brasil têm protocolos próprios ou se seguem alguma das diretrizes mais aceitas. Ademais, existem poucos dados nacionais a respeito de porcentagem de lotação das unidades intensivas, frequência de recusa de leitos, treinamento dos profissionais em triagem ou se há diferenças entre serviços públicos, privados e mistos. Também não há conhecimento sobre quem é o profissional responsabilizado por recusa e triagem, sobre diferenças regionais e nem por

quanto tempo os pacientes críticos costumam aguardar por leitos intensivos nos outros setores do hospital.

Em vista disso, o objetivo desse estudo é conhecer dados a respeito da recusa de leitos nas unidades intensivas no Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem pelos profissionais atuantes. Esses dados são prementes para otimização dos serviços intensivos no que concerne às admissões e recusas de leitos.

4.3 MÉTODOS

Estudo transversal conduzido como um questionário; *Survey*. Esse tipo de avaliação vem sendo cada vez mais usada como ferramenta para acessar dados em várias áreas, incluindo cuidados em saúde, assim como para traduzir a pesquisa científica em prática clínica¹¹.

As questões foram selecionadas utilizando-se o Método Delphi. Uma lista de perguntas de interesse ao estudo foi desenvolvida e enviada a cinco especialistas na área de medicina intensiva (médicos intensivistas certificados) para apreciação e sugestões de alteração. Após cada avaliação as sugestões foram incorporadas ao questionário e enviadas para nova rodada de apreciação. As rodadas finalizaram quando foi atingido um consenso de pelo menos 75% de aprovação para cada pergunta¹².

O questionário final foi composto por 58 perguntas com alternativas fechadas que admitiam apenas uma delas como resposta. As perguntas de números 1 a 14 eram referentes ao perfil dos entrevistados; de 15 a 36 sobre o perfil da instituição (hospital/UTI); de 37 a 58 a respeito da recusa e triagem de leitos nas UTIs.

Uma plataforma da *Web (SurveyMonkey®)* foi a forma de aplicação do questionário segundo recomendações recentes¹³. A pesquisa se desenvolveu através de convite aos médicos e enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e setores de emergência inscritos na AMIBnet (rede virtual em cuidado intensivo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira) via plataforma própria da rede. O questionário foi disponibilizado para respostas entre os meses de fevereiro e agosto de 2021 (totalizando seis meses) e os potenciais participantes foram lembrados por mais duas vezes nesse período (totalizando três convites).

Ao acessar o *link* o entrevistado se deparava inicialmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa. A segunda página trazia orientações quanto ao preenchimento do questionário informando que seriam 58 perguntas respondidas em aproximadamente oito minutos. Alertava também que, caso o entrevistado trabalhasse em mais de uma UTI, deveria responder referindo-se apenas à UTI em que mais

atuava para evitar conflito de dados. Na terceira página iniciavam-se as perguntas. No formato *online* o próprio entrevistado respondia e ia avançando no questionário até sua finalização.

Todas as variáveis desse trabalho foram mensuradas em categorias e, portanto, expressas como proporção. Foram usados os testes de Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher (quando mais de 20% das caselas apresentaram frequência esperada menor que 5%) para verificar associação entre essas variáveis. O nível de significância utilizado foi de 5%. As análises foram feitas utilizando-se o software da *IBM® SPSS® versão 19 (IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk, NY: IBM Corp)*.

O projeto da pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, registrado sob o número 23246919.9.0000.5231 e aprovado mediante parecer número 3.698.448 publicado no dia 11 de novembro de 2019.

4.4 RESULTADOS

Os médicos e enfermeiros inscritos na AMIBnet receberam assim o convite *online* para participação na pesquisa, totalizando 5.974 pessoas convidadas. Ao final da pesquisa 231 (3,9%) participantes responderam completamente o questionário. Entre eles, 87,4% referiram ser intensivistas. A maioria trabalha exclusivamente em UTIs (74,0%), em mais de uma unidade (55,8%) e há mais de 10 anos nesse setor (62,8%). São coordenadores técnicos 88 dentre os 231 (38,3%) e são diaristas 109 (47,4%) (Tabela 1).

Quanto ao perfil da instituição, 50,6% são públicas, 22,6% são privadas e 26,8% são mistas. O maior número, 87, localiza-se na região sudeste (37,7%) enquanto 14 (6,1%) estão na região norte. Dentre a totalidade, 66,7% são unidades intensivas em cidades de mais de 500 mil habitantes, 79,7% dos hospitais têm mais de 50 leitos gerais e 62,8% são hospitais universitários. Grande parte dessas instituições não possui serviços de cuidados semi-intensivos (179; 77,5%) nem times de resposta rápida (135; 58,4%), porém a maioria relata equipes de doação de órgão disponível (143; 62,4%). A maior parte das UTIs tem protocolos clínicos instituídos (194; 84,3%) (Tabela 2).

Nesses serviços, o pedido de vaga de UTI é feito pelo médico titular do paciente (74; 32,2%) ou pelo médico do pronto-socorro (69; 30,0%). A solicitação costuma ser em sistema eletrônico (107; 46,3%) ou verbal (86; 37,2%).

Em 40,3% dos casos, os participantes relataram que a instituição nunca promove cursos ou aulas gerais de atualização e 71,3% responderam que nunca participaram de cursos ou aulas sobre triagem de leitos.

Segundo os entrevistados, as unidades intensivas têm mais de 90% dos seus leitos ocupados sempre (48,4%) ou frequentemente (42,2%) (Gráfico 1), e 195 (84,4%) relataram já ter deixado de admitir pacientes na unidade exclusivamente devido à lotação, sendo que isso

acontece diariamente para 54 (23,4%) deles. Pacientes que aguardam leitos intensivos ficam frequentemente na sala de emergência do hospital (158; 69,3%) aos cuidados da equipe do setor (117; 50,6%). O tempo de espera fora da UTI é variável, entre menos 6 horas e até mais de 24 horas, tendo havido proporção semelhante nas respostas obtidas.

Quando questionados se já receberam orientações quanto à triagem dos leitos intensivos, a maioria dos participantes respondeu que não; tanto para orientações verbais (60,6%) quanto para orientações por escrito ou *e-mail* (73,6%) (Tabela 3). Ainda assim, a maior parte conhece as orientações de triagem do CFM (71,0%) e as orientações da SCCM (53,2%). Somente 37,2% conhecem as orientações da WFSICCM.

Dentre os entrevistados, 49,8% relataram que não há protocolo de triagem instituído na unidade intensiva (Gráfico 2). Dentre os 78 que relataram haver protocolo instituído, 62 (79,4%) se consideram familiarizados com esse protocolo que é, em geral, baseado nas orientações do CFM (39,0%) ou é um protocolo próprio do serviço (24,1%). A triagem é de responsabilidade do médico diarista ou coordenador da UTI em 40,6% das vezes (Gráfico 3). Quando não há protocolo, os médicos baseiam suas decisões na gravidade do caso (28,3%) ou no prognóstico (20,4%) enquanto obtiveram menores números de respostas as seguintes opções: ordem cronológica da solicitação, outros fatores, a idade do paciente, doação de órgãos e a patologia de base.

Ao comparar dados relacionados à presença de protocolos de triagem com número de leitos gerais do hospital, número de habitantes da cidade, fato de o hospital ser referência para outras regiões, fato de o hospital ser universitário, localização do serviço nas várias regiões do país e o caráter público-privado da UTI, não houve associação. Houve associação da presença de protocolos de triagem com a presença de protocolos clínicos instituídos na UTI ($p=0.004$). Especialistas em medicina intensiva, titulados pela AMIB, coordenadores técnicos ou diaristas de UTI conhecem mais frequentemente as orientações de triagem das sociedades especializadas (Tabela 4).

Não foram encontradas associações entre perfil das instituições (presença de unidade semi-intensiva, time de resposta rápida, disponibilidade de exames complementares ou fisioterapia) e presença de protocolos de triagem ou de orientações de triagem com a localização das UTIs (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul).

Nas UTIs de caráter público ou misto é mais frequente deixar de admitir um paciente por lotação da unidade e é maior a frequência de não admissão. Nessas instituições o tempo de espera do paciente crítico fora da UTI também costuma ser mais longo e é mais comum haver mais de um paciente aguardando vaga em leito intensivo (Tabela 5).

As unidades com taxa de ocupação de leitos maior de 90% na maior parte do tempo são UTIs públicas ou mistas. Nessas instituições a frequência de não admissão é maior, a

frequência de mais de um paciente aguardando vaga fora da UTI também é maior, assim como o tempo de espera fora da UTI (Tabela 6).

4.5 DISCUSSÃO

A frequência de recusa de leitos devida exclusivamente à lotação da unidade intensiva é alta nos hospitais brasileiros. Isso é especialmente frequente nas instituições públicas. Em concordância com esse achado, é também longo o tempo de espera dos pacientes críticos fora do leito de UTI. Cerca de metade das instituições brasileiras participantes dessa pesquisa não possui protocolos de triagem de leitos intensivos instituídos.

A presença de protocolos é de crucial importância já que profissionais da saúde tem baixa acurácia em prever desfechos para pacientes críticos, especialmente na deterioração aguda e na solicitação de UTI ¹⁴.

Dentre as unidades que tem protocolos, a maioria tem base no CFM e outra parte desenvolveu protocolos próprios. Artigo de 2020 publicado nos Estados Unidos da América sugere a padronização de triagem com protocolos locais ¹⁵, assim como orientam o CFM, SCCM e WFSICCM nos seus consensos ^{9, 7, 8}. Nessa pesquisa, quando há protocolo, os profissionais, no geral, consideram-se familiarizados com ele. Não obstante, nem sempre o protocolo instituído é aplicado na prática clínica ¹⁶. Na Holanda, resultado de questionário *online* de 2016 mostrou que, mesmo familiarizados, somente 47% dos entrevistados relataram que o protocolo dá embasamento suficiente para a tomada de decisão ¹⁶.

No cenário avaliado, a maior parte dos entrevistados relatou já ter deixado de admitir pacientes em leito intensivo devido exclusivamente à lotação da unidade. A triagem de leitos é um dos aspectos mais estressantes do trabalho em UTI ¹⁷.

Vários trabalhos comprovam que a disponibilidade de leitos de UTI afeta a decisão de admissão e a triagem dos pacientes. Nos Estados Unidos, um estudo de 2014 em Nova Iorque e outro de 2018 em Nova Orleans são concordantes nesse aspecto ^{18, 19}. Na Tunísia, publicação de 2018 mostrou que recusa devido à falta de leitos é ocorrência comum ²⁰. No Marrocos, outro país de economia semelhante ao Brasil, a taxa geral de recusa é 35% sendo que a falta de leitos é a principal causa para essa recusa ²¹. Estudo da Oceania trouxe valores entre 25 e 30% de recusa ²². Em Hong Kong uma publicação refere 38% de recusa ²³ ao passo que, em estudo multicêntrico francês esse índice foi de 23% e dentro dessa porcentagem geral, apenas 6,5% foram devidas à unidade cheia ²⁴. Outro multicêntrico europeu concluiu recusa geral de 15% e, dentre as causas de recusa, 47% foram exclusivamente devidos à falta de leitos ²⁵.

No Brasil, Caldeira *et al.* analisando 359 pacientes observaram 30% de recusa e os fatores que influenciaram a decisão foram idade (mais jovens foram mais admitidos) e

prioridade 1 segundo critérios da SCCM ²⁶. Estudo também brasileiro de Rocco *et al.* evidenciaram taxa de 44% de recusa e foram determinantes a idade, comorbidades e gravidade ²⁷.

As UTIs da presente pesquisa estão com alta taxa de lotação sempre ou frequentemente para a maioria dos participantes. Esse dado compactua com outros dados de pesquisas brasileiras, como estudo de coorte de 2011 em que a taxa geral de ocupação de leitos era de 97,3% ⁶. A Organização Mundial de Saúde recomenda que essa taxa esteja abaixo de 80% para unidades intensivas ⁶.

O CFM no seu artigo 2º da resolução que orienta admissão em UTIs, estabelece que a admissão e alta sejam de competência do médico intensivista ⁹. Dados colhidos por esse questionário mostram que a responsabilidade pela recusa ou triagem dos pacientes frequentemente é do médico diarista ou coordenador da UTI, corroborando com as orientações especializadas.

Mais da metade dos participantes relataram nunca ter recebido orientações quanto à triagem dos leitos de UTI onde atuam. São escassos os estudos nacionais ou internacionais a respeito do treinamento de triagem de leitos intensivos na literatura. O treinamento ou o fato de receber orientações específicas pode modificar sensivelmente a escolha do profissional no crítico momento de triagem. Essa escolha é invariavelmente difícil e o intensivista pode carregar o peso dessa escolha por longo tempo em sua jornada profissional ⁷. Novamente estudo brasileiro de Ramos *et al* publicou que o fato de ter recebido treinamento quanto à triagem promove uma classificação mais elevada dos fatores relacionados ao paciente no momento da tomada de decisão ¹⁰. O atual questionário revela que, mesmo sem treinamento específico, muitos profissionais relatam conhecimento das orientações quanto à triagem. Os dados colhidos indicam que, no Brasil, especialistas em medicina intensiva são mais conhecedores dessas orientações quando comparados aos não especialistas.

Em relação ao tempo de espera fora da UTI, apareceram resultados de proporções semelhantes entre todas as alternativas propostas, desde menos de 6 horas até mais de 24 horas. Cardoso *et al.* também encontraram bastante variabilidade nesse aspecto com pacientes aguardando leitos de UTI em outros setores do hospital desde 2 horas até 3,5 dias ⁶.

Entretanto, a atual avaliação mostra os pacientes de instituições públicas ou mistas aguardando a vaga de UTI por maior tempo fora da unidade quando comparados aos pacientes de instituições privadas. Também foi evidenciado que é mais frequente a ocupação de mais de 90% dos leitos da UTI e, conseqüentemente, a frequência de recusa por lotação nesses hospitais públicos. Questionário aplicado por Ramos *et al.* a médicos brasileiros em 2017 concluiu que fatores relacionados à escassez foram considerados mais relevantes pelos

médicos que atuam em UTIs públicas (número de leitos disponíveis, número de salas cirúrgicas ocupadas). Nas UTIs privadas os fatores concernentes à administração foram mais relevantes para a decisão (pressão do médico solicitante, temor de processos por má prática)¹⁰.

Grande parte das instituições onde atuam os entrevistados da presente pesquisa não possui serviços de cuidados semi-intensivos. Estudo multicêntrico de 2010 mostra que a disponibilidade de unidades intermediárias melhora o prognóstico dos pacientes críticos²⁵. Na mesma linha, tanto as orientações do CFM e da SCCM quanto da WFSICCM alertam sobre a importância do setor semi-intensivo para uma boa condução dos casos graves^{9, 8, 7}.

Igualmente, a presente pesquisa revela não haver time de resposta rápida disponível em mais da metade dos hospitais. Os times de resposta rápida têm papel importante na avaliação e triagem dos pacientes que aguardam vagas intensivas. Estudo sueco de 2013 mostrou diferenças entre a admissão dos pacientes em UTI quando a indicação é feita por esse time ou quando é convencional. Na presença do time, pacientes com escores mais altos de gravidade e com mais comorbidades são mais frequentemente admitidos no leito intensivo²⁸.

Na casuística da presente pesquisa, a maioria das unidades tem equipes de doação de órgão disponíveis. De acordo com as orientações das sociedades especializadas, a possibilidade de doação de órgãos é fator que pode alterar a prioridade de admissão na UTI^{7, 8, 9}. Ainda assim esse fator é ponto conflitante na prática médica. Questionário norte-americano de 2011 aplicado a 684 médicos e enfermeiros mostrou que os profissionais costumam admitir com mais frequência um paciente com poucas chances de sobrevivência a admitir um potencial doador de órgãos²⁹.

Dentre as instituições participantes na presente pesquisa, mais da metade são hospitais universitários. Na literatura, dentre 121 unidades acadêmicas nos Estados Unidos da América, 88% possuem protocolo de triagem instituído, porém somente 25% fazem uso regular das orientações³⁰. No atual trabalho não foi confirmada associação entre o fato de o hospital ser universitário e a presença de protocolos de triagem no serviço. Houve, entretanto, associação entre a presença de protocolos de triagem de leitos críticos e a presença de protocolos clínicos instituídos. Esse achado demonstra que a política de instituição de protocolos é ponto importante nesses serviços, tanto no âmbito clínico geral quanto no ambiente intensivo. A política de trabalho baseada em protocolos melhora os desfechos dos pacientes^{7,8}.

Os dados colhidos não mostraram diferenças entre as regiões do país, tanto no que tange o perfil das instituições quanto às taxas de ocupação, recusa e triagem de leitos intensivos.

Esse estudo tem a força de ser o primeiro a traçar um panorama nacional a respeito de recusa e triagem nas UTIs brasileiras. O número de respostas completas ao questionário (231) foi relevante como amostra para o atual estudo. É a maior amostra nacional já colhida com esses objetivos com ampla distribuição entre as regiões do país. A aplicação *online* tem a vantagem de ser abrangente a todo o amplo território nacional, porém tem a limitação de não ser possível comprovar que foi realmente o entrevistado que respondeu às perguntas. Nesse formato também não é possível acessar a característica demográfica dos convidados que não aceitaram participar da pesquisa. No caso desse estudo, em particular, já que o grupo acessado é homogêneo (profissionais que atuam em unidade de cuidados críticos), essa fragilidade é minimizada.

Estudos futuros poderiam avaliar mortalidade e outros desfechos desfavoráveis em pacientes triados ou recusados comparando serviços com protocolo de triagem instituído a serviços sem protocolo de triagem instituído.

4.6 CONCLUSÃO

Recusa de leito devido exclusivamente à lotação da Unidade é frequente nas UTIs do Brasil. A responsabilidade da decisão recai, na maioria das vezes, sobre o médico plantonista e sobre o médico diarista/coordenador da UTI.

Muitos serviços do Brasil não têm sistemas de triagem de leitos de UTI instituídos. Além disso, a maior parte dos médicos que atuam nas UTIs nunca recebeu qualquer orientação quanto aos critérios ou métodos de triagem.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlos ACS, Porto F. Custos das diárias de unidade de terapia intensiva no Sistema Único de Saúde na COVID-19. Anais do 2o. Seminário Internacional de Economia Política da Saúde. 2020. V12 n. spec.
2. Kim SH, Chan CW, Olivares M, Escobar GJ. Association Among ICU Congestion, ICU Admission Decision, and Patient Outcomes. *Crit Care Med.* 2016; 44(10):1814-1821. doi:10.1097/CCM.0000000000001850.
3. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *The Lancet.* 1997; 350: 7-11. doi: 10.1016/S0140-6736(96)10018-0.
4. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med.* 1999;27(6):1073-1079. doi:10.1097/00003246-199906000-00021.
5. Blanch L, Abillama FF, Amin P, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2016;36:301-305. doi:10.1016/j.jcrc.2016.06.014.
6. Cardoso LTQ, Grion CMC, Matsuo T, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical Care.* 2011. 15:R28 doi:10.1186/cc9975.
7. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* 2016;44(8):1553-1602. doi:10.1097/CCM.0000000000001856.
8. Blanch L, Abillama FF, Amin P, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2016;36:301-305. doi:10.1016/j.jcrc.2016.06.014.
9. Resolução do CFM N° 2156/2016. Publicada no Diário Oficial da União de 17 de novembro de 2016, seção I: 138-139. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>.
10. Ramos JGR, Passos RH, Baptista PBP, Forte DN. Fatores potencialmente associados à decisão de admissão à unidade de terapia intensiva em um país em desenvolvimento: um levantamento de médicos brasileiros. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online].* 2017;29(2) 154-162. doi.org/10.5935/0103-507X.20170025.
11. Pellegrini JAS, Cordioli RL, Grumann ACB, Ziegelmann PK, Taniguchi LU. Poin-of-care ultrasonography in Brazilian intensive care units: a national survey. *Ann Intensive Care.* 2018 8:50. doi: 10.1186/s13613-018-0397-3.

12. Marques JVD, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*. 2018; v19 n2. <http://dx.doi.org/10.1590/1980624820150140>.
13. Burns KE, Duffett M, Kho ME, et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*. 2008;179(3):245–52.
14. Ramos JGR, Forte DN. Responsabilidade pela razoabilidade e critérios de admissão, triagem e alta em unidades de terapia intensiva: uma análise das recomendações éticas atuais. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(1), 38-47.
15. Myers LC, Escobar G, Liu VX. Goldilocks, the Three Bears and Intensive Care Unit Utilization: Delivering Enough Intensive Care but Not Too Much. A Narrative Review. *Pulm Ther*. 2020 Jun;6(1):23-33. doi: 10.1007/s41030-019-00107-3.
16. Oerlemans AJM, Wollersheim H, van Sluisveld N, van der Hoeven JG, Dekkers WJM, Zegers M. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiology*. 2016 May;16(1):25. DOI: 10.1186/s12871-016-0190-5.
17. Robert R, Reignier J, Tournoux-Facon C et al. Refusal of intensive care unit admission due to a full unit: impact on mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 May 15;185(10):1081-7. doi: 10.1164/rccm.201104-0729OC.
18. Orsini J, Blaak C, Yeh A, et al. Triage of Patients Consulted for ICU Admission During Times of ICU-Bed Shortage. *J Clin Med Res*. 2014;6(6):463-468. doi:10.14740/jocmr1939w.
19. Mathews KS, Durst MS, Vargas-Torres C, Olson AD, Mazumdar M, Richardson LD. Effect of Emergency Department and ICU Occupancy on Admission Decisions and Outcomes for Critically Ill Patients. *Crit Care Med*. 2018;46(5):720-727. doi:10.1097/CCM.0000000000002993.
20. Bouneb R, Mellouli M, Dardouri M, Soltane HB, Chouchene I, Boussarsar M. Determinants and outcomes associated with decisions to deny intensive care unit admission in Tunisian ICU. *Pan Afr Med J*. 2018 Mar 26;29:176. doi: 10.11604/pamj.2018.29.176.13099. PMID: 30050640; PMCID: PMC6057582.
21. Louriz M, Abidi K, Akkaoui M et al. Determinants and outcomes associated with decisions to deny or to delay intensive care unit admission in Morocco. *Intensive Care Med*. 2012 May;38(5):830-7. doi: 10.1007/s00134-012-2517-0.
22. Young PJ, Arnold R. Intensive care triage in Australia and New Zealand. *N Z Med J*. 2010;123(1316):33-46.
23. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med*. 2001;27(9):1459-1465. doi:10.1007/s001340101041.

24. Ramos JGR, Ranzani OT, Dias RD, Forte DN. Impacto de fatores não clínicos nas decisões relacionadas à admissão em unidade de terapia intensiva: um ensaio randomizado com base em vinhetas (V-TRIAGE). *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2021; 33(2) 219-230. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210029>.
25. Iapichino G, Corbella D, Minelli C, et al. Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality. *Intensive care medicine*. 2010; 36. 1772-9. Doi 10.1007/s00134-010-1933-2.
26. Caldeira VMH, Júnior JMS, Oliveira AMRR, et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2010; 56,528-534. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000500012>.
27. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2006; 18(2) 114-120. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200002>.
28. Jäderling G, Bell M, Martling C, Ekbom A, Bottai M, Konrad D. ICU Admittance by a Rapid Response Team Versus Conventional Admittance, Characteristics, and Outcome*. *Crit Care Med*. 2013;41. doi10.1097/CCM.0b013e3182711b94.
29. Kohn R, Rubenfeld G, Levy M, Ubel P, Halpern S. Scott. Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians' and nurses' preferences for allocating ICU beds. *Intensive care medicine*. 2011;37. 1210-7. doi 10.1007/s00134-011-2257-6.
30. Walter KL, Siegler M, Hall JB. How decisions are made to admit patients to medical intensive care units (MICUs): A survey of MICU directors at academic medical centers across the United States. *Critical Care Medicine*. 2008; 36(2) 414-420. doi: 10.1097/01.CCM.0000299738.26888.37

4.8 TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Características demográficas, de formação e de atuação profissional dos participantes.

Variável	Número	Frequência
Faixa etária		
< 30 anos	11	4,8%
30-50 anos	167	72,6%
> 50 anos	52	22,6%
Formação		
Graduação	8	3,5%
Especialização	142	61,7%
Mestrado	47	20,4%
Doutorado	33	14,4%
Especialista em intensiva		
Sim	202	87,4%
Não	29	12,6%
Atua só em UTI		
Sim	171	74,0%
Não	60	26,0%
Atua em UTI quantas horas por semana		
até 12 horas	16	6,9%
12-36 horas	58	25,1%
> 36 horas	157	68,0%
Há quanto tempo trabalha em UTI		
< 5 anos	22	9,5%
5-10 anos	64	27,7%
> 10 anos	145	62,8%
Trabalha em mais de uma UTI		
Sim	129	55,8%
Não	102	44,2%
É docente em UTI		
Sim	105	45,5%
Não	126	54,5%
Possui vínculo empregatício em UTI		
Sim	156	67,8%
Não	74	32,2%
É coordenador técnico de UTI		
Sim	88	38,3%
Não	142	61,7%
É diarista de UTI		
Sim	109	47,4%
Não	75	32,6%
Não se aplica	46	20,0%

Legenda: UTI=unidade de terapia intensiva

Tabela 2: Perfil das instituições participantes da pesquisa.

Variável	Número	Frequência
Caráter público/privado		
Público	117	50,6%
Privado	52	22,6%
Misto	62	26,8%
Região		
Norte	14	6,1%
Nordeste	35	15,2%
Centro-Oeste	19	8,2%
Sudeste	87	37,7%
Sul	76	32,8%
Quantas UTIs há no serviço		
1	31	13,5%
2	48	20,8%
3 ou mais	151	65,7%
Quantos leitos há na UTI		
Até 5 leitos	3	1,3%
5-10 leitos	91	39,6%
> 10 leitos	136	59,1%
Há leitos fechados na UTI		
Sim	49	21,2%
Não	182	78,8%
Há serviço de cuidados semi-intensivos		
≤ 5 leitos	15	6,5%
6-10 leitos	14	6,0%
> 10 leitos	23	10,0%
Não	179	77,5%
Quantos leitos gerais há no hospital		
Até 30 leitos	24	10,3%
30-50 leitos	23	10,0%
> 50 leitos	184	79,7%
Hospital é referência para encaminhamentos		
Sim	196	84,8%
Não	35	15,2%
Cidade tem quantos habitantes		
Até 100 mil	18	7,8%
100-500 mil	59	25,5%
> 500 mil	154	66,7%
Hospital é universitário		
Sim	145	62,8%
Não	86	37,2%
A UTI possui protocolos clínicos		
Sim	194	84,3%
Não	36	15,7%
Qual a principal fonte de pacientes para a UTI		

Próprio hospital	175	75,8%
Outras instituições	56	24,2%
Disponibilidade de serviços 24/dia		
Exames de imagem	209	90,9%
Exames de laboratório	230	99,6%
Fisioterapia	126	54,5%
Reserva de leitos para cirurgias eletivas		
Sim	45	19,6%
Não	185	80,4%
Equipe de doação de órgãos		
Sim	143	62,4%
Não	86	37,6
Há Time de Resposta Rápida no hospital		
Sim, 24h/dia	85	36,8%
Sim, 12h/dia	11	4,8%
Não	135	58,4%

Legenda: UTI=unidade de terapia intensiva

Tabela 3: Conhecimento dos respondedores sobre orientações de triagem.

Variável	Número	Frequência
Recebeu orientação verbal		
Sim	91	39,4%
Não	140	60,6%
Se sim, de quem		
Médico diarista/coordenador da UTI	57	25,1%
Direção do hospital	17	7,5%
Equipe de enfermagem	5	2,2%
Outros	10	4,6%
Recebeu orientação por escrito/e-mail		
Sim	61	26,4%
Não	170	73,6%
Se sim, de quem		
Médico diarista/coordenador da UTI	39	16,9%
Da direção do hospital	11	4,9%
Da equipe de enfermagem	3	1,4%
Outros	8	3,2%

Legenda: UTI=unidade de terapia intensiva

Tabela 4: Conhecimento dos respondedores sobre orientações de sociedades especializadas.

	CFM	SCCM	WFSICCM	Valor de p*
Especialista em UTI				
Sim	150 (74,3%)	116 (57,4%)	81 (40,1%)	0,005
Não	14 (48,3%)	7 (24,1%)	5 (17,2%)	
Titulado pela AMIB				
Sim	111 (84,1%)	90 (68,2%)	61 (46,2%)	0,001
Não	38 (55,9%)	27 (39,7%)	20 (29,4%)	
Coordenador técnico de UTI				
Sim	73 (83,0%)	59 (67,0%)	41 (46,6%)	0,002
Não	91 (64,1%)	63 (44,4%)	44 (31,0%)	
Diarista de UTI				
Sim	91 (83,5%)	76 (69,7%)	51 (46,8%)	0,001
Não	52 (69,3%)	37 (49,3%)	25 (33,3%)	

* Valor do teste de Qui-Quadrado

Legenda: CFM=conselho federal de medicina; SCCM=*Society of Critical Care Medicine*; WFSICCM=*World Federation of Societies on Intensive and Critical Care Medicine*.

Tabela 5: Comparação das características das unidades de terapia intensiva com diferentes tipos de administração, referente à admissão, busca e triagem por vagas.

	Público	Privado	Misto	Valor de p*
Deixou de admitir por lotação				
Sim	103 (88,0%)	34 (65,4%)	58 (93,5%)	p<0,001
Não	14 (12,0%)	18 (34,6%)	4 (6,5%)	
Frequência de não admissão				
Diariamente	38 (33,3%)	3 (6,1%)	13 (21,0%)	p<0,001
1x/semana a 3x/mês	42 (36,8%)	12 (24,5%)	24 (38,7%)	
Raramente	34 (29,8%)	34 (69,4%)	25 (40,3%)	
Tempo de espera do paciente fora da UTI				
<6 horas	26 (22,2%)	32 (61,5%)	17 (27,4%)	p<0,001
6-12 horas	16 (13,7%)	13 (25,0%)	18 (29,0%)	
12-24 horas	31 (26,5%)	6 (11,5%)	14 (22,6%)	
>24	44 (37,6%)	1 (1,9%)	13 (21,0%)	
Frequência - mais de um paciente aguardando vaga				
Diariamente	52 (44,4%)	5 (9,6%)	18 (29,0%)	p<0,001
1x/semana a 3x/mês	39 (33,3%)	13 (25,0%)	22 (35,5%)	
Raramente	26 (22,2%)	34 (65,4%)	22 (35,5%)	

* Valor de p do teste do Qui-Quadrado

Legenda: UTI=unidade de terapia intensiva

Tabela 6: Comparação das características das unidades de terapia intensiva com taxa de ocupação acima de 90% em relação a admissão, busca e triagem por vagas.

	Sempre	Frequentemente	Quase nunca	Nunca	Valor de p*
Tipo da UTI					
Público exclusivo	70 (59,8%)	42 (35,9%)	5 (4,3%)	0 (0,0%)	p<0,001
Privado exclusivo	13 (25,0%)	30 (57,7%)	8 (15,4%)	1 (1,9%)	
Misto	29 (46,8%)	26 (41,9%)	7 (11,3%)	0 (0,0%)	
Frequência de não admissão					
Diariamente	43 (79,6%)	11 (20,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	p<0,001
1x/semana a 3x/mês	42 (53,8%)	34 (43,6%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)	
Raramente	27 (29,0%)	50 (53,8%)	15 (16,1%)	1 (1,1%)	
Tempo de espera do paciente fora da UTI					
<6 horas	23 (30,7%)	36 (48,0%)	15 (20,0%)	1 (1,3%)	p<0,001
6-12 horas	20 (42,6%)	25 (53,2%)	2 (4,3%)	0 (0,0%)	
12-24 horas	26 (51,0%)	22 (43,1%)	3 (5,9%)	0 (0,0%)	
>24 horas	43 (74,1%)	15 (25,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Frequência - mais de um paciente aguardando vaga					
Diariamente	54 (72,0%)	20 (26,7%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	p<0,001
1x/semana a 3x/mês	37 (50,0%)	36 (48,6%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	
Raramente	21 (25,6%)	42 (51,2%)	18 (22,0%)	1 (1,2%)	

* Valor de p do teste Exato de Fisher

Legenda: UTI=unidade de terapia intensiva

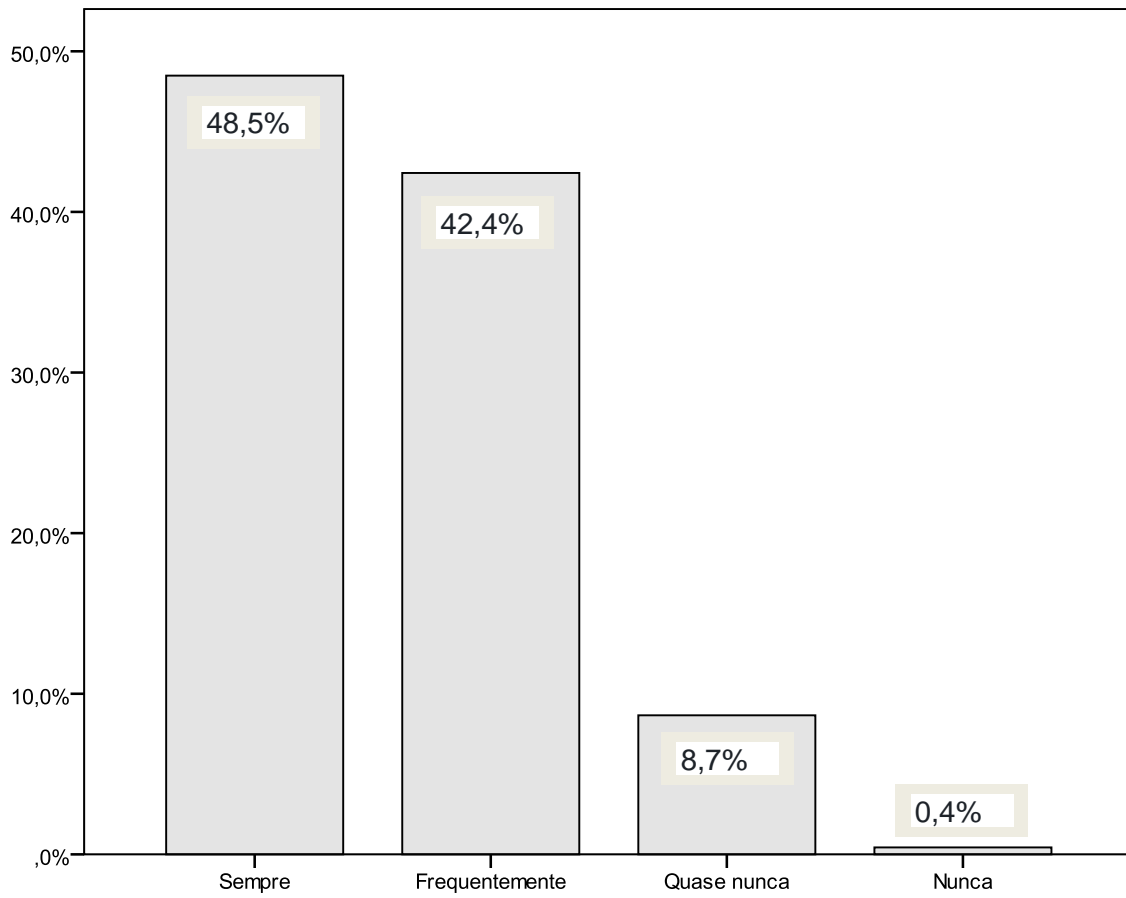
Gráfico 1: Porcentagem das UTIs com taxa de ocupação de leitos maior que 90%

Gráfico 2: Porcentagem da existência de protocolos de triagem de leitos instituídos na unidade de terapia intensiva

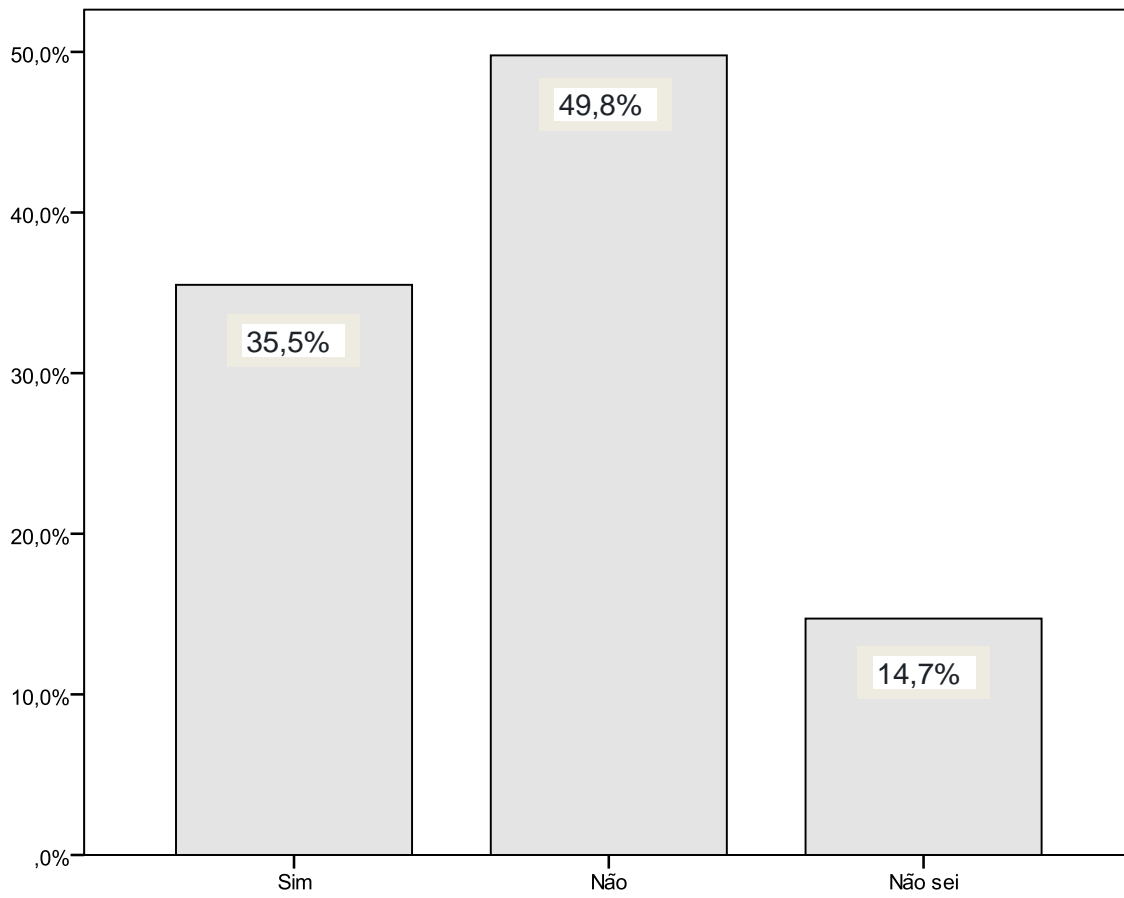
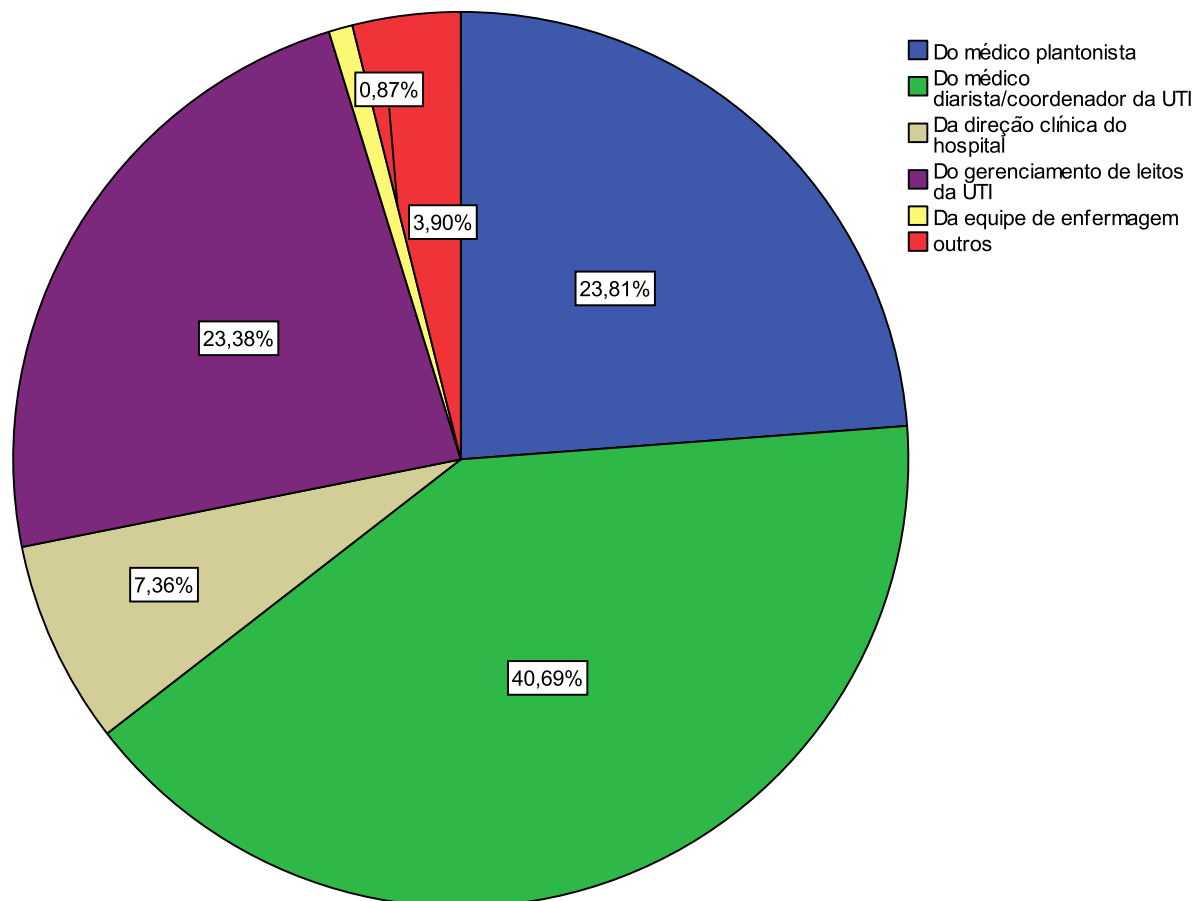


Gráfico 3: Distribuição da porcentagem de responsáveis pela triagem de leitos nas unidades de terapia intensiva



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As UTIs brasileiras estão lotadas em grande parte do tempo. Esse fato gera necessidades crescentes de recusa de pacientes e triagem de leitos. A taxa nacional de recusa é alta e isso gera consequências importantes nos desfechos dos pacientes críticos que aguardam por leitos intensivos.

A maioria dos hospitais do país não possui protocolos de triagem instituídos. A responsabilidade pela triagem recai sobre o intensivista ou sobre o médico de plantão que toma as decisões baseado na prática clínica e no seu conhecimento prévio das orientações especializadas. Treinamento em triagem é imprescindível e não é realizado na maioria das unidades intensivas nacionais.

Esse estudo tem a força de ser o primeiro a traçar um panorama nacional a respeito de recusa e triagem nas UTIs brasileiras. As fragilidades recaem sobre o fato de ser um questionário que avalia respostas e essas podem ser diferentes da prática clínica. A aplicação *online* tem a vantagem de ser abrangente a todo o amplo território nacional, porém tem a limitação de que não é possível comprovar que foi realmente o entrevistado que respondeu às perguntas. Nesse formato também não é possível acessar a característica demográfica dos convidados que não aceitaram participar da pesquisa. No caso desse estudo, em particular, já que o grupo acessado é homogêneo (profissionais que atuam em unidade de cuidados críticos), essa fragilidade é minimizada.

Estudos futuros poderiam avaliar diferenças de mortalidade e desfechos desfavoráveis nos pacientes que são recusados ou triados pelas UTIs brasileiras comparando os serviços que possuem protocolos de triagem aos que não possuem. Os dados possivelmente trariam alicerce para justificar a importância da implementação desses protocolos para os resultados do tratamento dos pacientes críticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* 2016;44(8):1553-1602. doi:10.1097/CCM.0000000000001856.
2. Carlos ACS, Porto F. Custos das diárias de unidade de terapia intensiva no Sistema Único de Saúde na COVID-19. *Anais do 2o. Seminário Internacional de Economia Política da Saúde.* 2020. V12 n. spec.
3. Sprung CL, Baras M, Iapichino G, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I-European Intensive Care Admission Triage Scores. *Critical Care Medicine.* 2012; 40(1), 125–131. <https://doi.org/info:doi/>.
4. Edbrooke DL, Ridley SA, Hibbert CL, Corcoran M. Variations in expenditure between adult general intensive care units in the UK. *Anaesthesia.* 2001;56:208–216. doi: 10.1046/j.1365-2044.2001.01716.x.
5. Resolução do CFM N° 2156/2016. Publicada no Diário Oficial da União de 17 de novembro de 2016, seção I: 138-139. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>.
6. Kim SH, Chan CW, Olivares M, Escobar GJ. Association Among ICU Congestion, ICU Admission Decision, and Patient Outcomes. *Crit Care Med.* 2016; 44(10):1814-1821. doi:10.1097/CCM.0000000000001850.
7. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *The Lancet.* 1997; 350: 7-11. doi: 10.1016/S0140-6736(96)10018-0.
8. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med.* 1999;27(6):1073-1079. doi:10.1097/00003246-199906000-00021.
9. Blanch L, Abillama FF, Amin P, et al. Triage decisions for ICU admission: Report from the Task Force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2016;36:301-305. doi:10.1016/j.jcrc.2016.06.014
10. Cardoso LTQ, Grion CMC, Matsuo T, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical Care.* 2011. 15:R28 doi:10.1186/cc9975
11. Silva AC, Oyama CB, Grion CMC, et al. Caring for critically ill patients outside intensive care units due to full units: a cohort study. *Clinics [online].* 2017, v. 72, n. 9 568-574. ISSN 1980-5322. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(09\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(09)08).

12. Iapichino G, Corbella D, Minelli C, et al. Reasons for refusal of admission to intensive care and impact on mortality. *Intensive care medicine*. 2010; 36: 1772-9. Doi 10.1007/s00134-010-1933-2.
13. Edbrooke, DL, Minelli C, Mills GH, et al. Implications of ICU triage decisions on patient mortality: a cost-effectiveness analysis. *Crit Care*. 2011; 15, R56. <https://doi.org/10.1186/cc10029>.
14. Ramos JGR. Avaliação de um instrumento de auxílio à tomada de decisão para a priorização de vagas em unidades de terapia intensiva (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. 2018. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5169%2Fde02082018090906%2Fpublico%2FJoaoGabrielRosaRamos.pdf&clen=2272182&chunk=true
15. Orsini J, Blaak C, Yeh A, et al. Triage of Patients Consulted for ICU Admission During Times of ICU-Bed Shortage. *J Clin Med Res*. 2014;6(6):463-468. doi:10.14740/jocmr1939w.
16. Mathews KS, Durst MS, Vargas-Torres C, Olson AD, Mazumdar M, Richardson LD. Effect of Emergency Department and ICU Occupancy on Admission Decisions and Outcomes for Critically Ill Patients. *Crit Care Med*. 2018;46(5):720-727. doi:10.1097/CCM.0000000000002993.
17. Stelfox HT, Hemmelgarn BR, Bagshaw SM, et al. Intensive care unit bed availability and outcomes for hospitalized patients with sudden clinical deterioration. *Arch Intern Med*. 2012;172: 467-474. DOI:10.1001/archinternmed.2011.2315.
18. James FR, Power N, Laha S. Decision-making in intensive care medicine - A review. *J Intensive Care Soc*. 2018;19(3):247-258. doi:10.1177/1751143717746566.
19. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Misset B, Christias M, Carlet J. Triage patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med*. 2003;29(5):774-781. doi:10.1007/s00134-003-1709-z.
20. Robert, R., Coudroy, R., Ragot, S. *et al*. Influence of ICU-bed availability on ICU admission decisions. *Ann Intensive Care*. 2015; 5, 55. <https://doi.org/10.1186/s13613-015-0099-z>
21. Ramos JGR, Ranzani OT, Dias RD, Forte DN. Impacto de fatores não clínicos nas decisões relacionadas à admissão em unidade de terapia intensiva: um ensaio randomizado com base em vinhetas (V-TRIAGE). *Revista Brasileira de Terapia*

- Intensiva [online]. 2021; 33(2) 219-230. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210029>.
22. Young PJ, Arnold R. Intensive care triage in Australia and New Zealand. *N Z Med J.* 2010;123(1316):33-46.
 23. Howe DC. Observational study of admission and triage decisions for patients referred to a regional intensive care unit. *Anaesth Intensive Care.* 2011;39(4):650-658. doi:10.1177/0310057X1103900419.
 24. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med.* 2001;27(9):1459-1465. doi:10.1007/s001340101041.
 25. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med.* 2005;33(4):750-755. doi:10.1097/01.ccm.0000157752.26180.f1.
 26. Augier R, Hambleton I, Harding H. Triage decisions and outcome among the critically ill at the University Hospital of the West Indies. *The West Indian medical journal.* 2005; 54 (3) 181-6. DOI:10.1590/S0043-31442005000300005
 27. Caldeira VMH, Júnior JMS, Oliveira AMRR, et al. Critérios para admissão de pacientes na unidade de terapia intensiva e mortalidade. *Revista da Associação Médica Brasileira [online].* 2010; 56,528-534. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000500012>.
 28. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online].* 2006; 18(2) 114-120. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200002>.
 29. Escher M, Perneger TV, Chevrolet JC. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *BMJ.* 2004;329(7463):425. doi:10.1136/bmj.329.7463.425.
 30. Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Vesin A, et al. The ETHICA study (part II): simulation study of determinants and variability of ICU physician decisions in patients aged 80 or over. *Intensive Care Med.* 2013;39(9):1574-1583. doi:10.1007/s00134-013-2977-x.
 31. Escher M, Cullati S, Hudelson P, et al. Admission to intensive care: A qualitative study of triage and its determinants. *Health Serv Res.* 2019;54(2):474-483. doi:10.1111/1475-6773.13076.

32. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force. Rationing critical care beds: a systematic review. *Crit Care Med*. 2004;32(7):1588-1597. doi:10.1097/01.ccm.0000130175.38521.9f.
33. Cohen RI, Eichorn A, Silver A. Admission decisions to a medical intensive care unit are based on functional status rather than severity of illness. A single center experience. *Minerva Anesthesiol*. 2012;78(11):1226-1233.
34. Orsini J, Butala A, Ahmad N, Llosa A, Prajapati R, Fishkin E. Factors influencing triage decisions in patients referred for ICU admission. *J Clin Med Res*. 2013;5(5):343-349. doi:10.4021/jocmr1501w.
35. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, et al. Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. *Intensive Care Med*. 2006;32(7):1045-1051. doi:10.1007/s00134-006-0169-7.
36. Sprung C, Artigas A, Kesecioglu J, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II. *Critical care medicine*. 2012; 40. 132-8. 10.1097/CCM.0b013e318232d6b0.
37. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D, et al. Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. *Crit Care Med*. 2009;37(11):2919-2928. doi:10.1097/ccm.0b013e3181b019f0.
38. Shum H, Chan KCK, Lau C, Leung A, Chan K, Yan W. Triage decisions and outcomes for patients with Triage Priority 3 on the Society of Critical Care Medicine scale. *Critical care and resuscitation: journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*. 2010;12. 42-9.
39. . Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med*. 2001;29(11):2132-2136. doi:10.1097/00003246-200111000-00014.
40. Dahine J, Hébert PC, Ziegler D, Chenail N, Ferrari N, Hébert R. Practices in Triage and Transfer of Critically Ill Patients: A Qualitative Systematic Review of Selection Criteria. *Crit Care Med*. 2020;48(11):e1147-e1157. doi:10.1097/CCM.0000000000004624.
41. Charlesworth M, Mort M, Smith A. An observational study of critical care physicians' assessment and decision-making practices in response to patient referrals. *Anaesthesia*. 2016; 72. 10.1111/anae.13667.

42. Pellegrini JAS, Cordioli RL, Grumann ACB, Ziegelmann PK, Taniguchi LU. Point-of-care ultrasonography in Brazilian intensive care units: a national survey. *Ann Intensive Care*. 2018 8:50. doi: 10.1186/s13613-018-0397-3.
43. . Marques JVD, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*. 2018; v19 n2. <http://dx.doi.org/10.1590/1980624820150140>.
44. Burns KE, Duffett M, Kho ME, et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ*. 2008;179(3):245–52.

APÊNDICES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Juízes

“RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO: UM PANORAMA DO BRASIL”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO: UM PANORAMA DO BRASIL”. O objetivo da pesquisa é traçar um panorama nacional a respeito da recusa de leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) do Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

O estudo será conduzido como questionário; *Survey*. Sua participação é muito importante e ela se daria no papel de juiz (você será um dentre 4 juízes especialista em medicina intensiva) para, através da metodologia Delphi, aprimorar o questionário desenvolvido pelos pesquisadores para atingir os objetivos da pesquisa. Enviaremos a você, e aos demais juízes, a lista de perguntas do questionário para apreciação e sugestões de alteração. Após cada avaliação as sugestões serão incorporadas ao questionário e enviadas para nova rodada de apreciação. As rodadas finalizam quando é atingido um consenso de pelo menos 75% de aprovação para cada pergunta.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos também que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade. Você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Esse projeto tem por objetivo coletar dados pertinentes que orientem uma assertiva destinação de recursos financeiros para otimização da ocupação e triagem dos leitos de UTI no Brasil. Atingido o objetivo observaremos claros benefícios à população de pacientes críticos do país.

Os riscos associados à participação nessa pesquisa são considerados mínimos e se associam com a possibilidade do seu constrangimento e exposição. Estarei à disposição para atender qualquer indisposição que este questionário possa lhe causar.

Os benefícios dessa pesquisa são considerados indiretos. Através dessa pesquisa esperamos obter dados de todas as regiões brasileiras com número significativo de participantes para traçar um panorama completo sobre a recusa de leitos de UTI e as metodologias de triagem dos pacientes que são admitidos nessas unidades. Com essas informações será possível propor um fluxograma de triagem e recusa de leitos padronizada para otimizar os recursos existentes para saúde.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar. A principal investigadora, Rafaela de Lemos Lepre, com endereço à Rua Carlos George número 361 em Rolândia/PR, CEP 86600-192, está disponível por meio do email rafa_lepre@yahoo.com.br ou pelos telefones (43) 999239156 e (43) 32566559. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Caso concorde em participar da pesquisa,

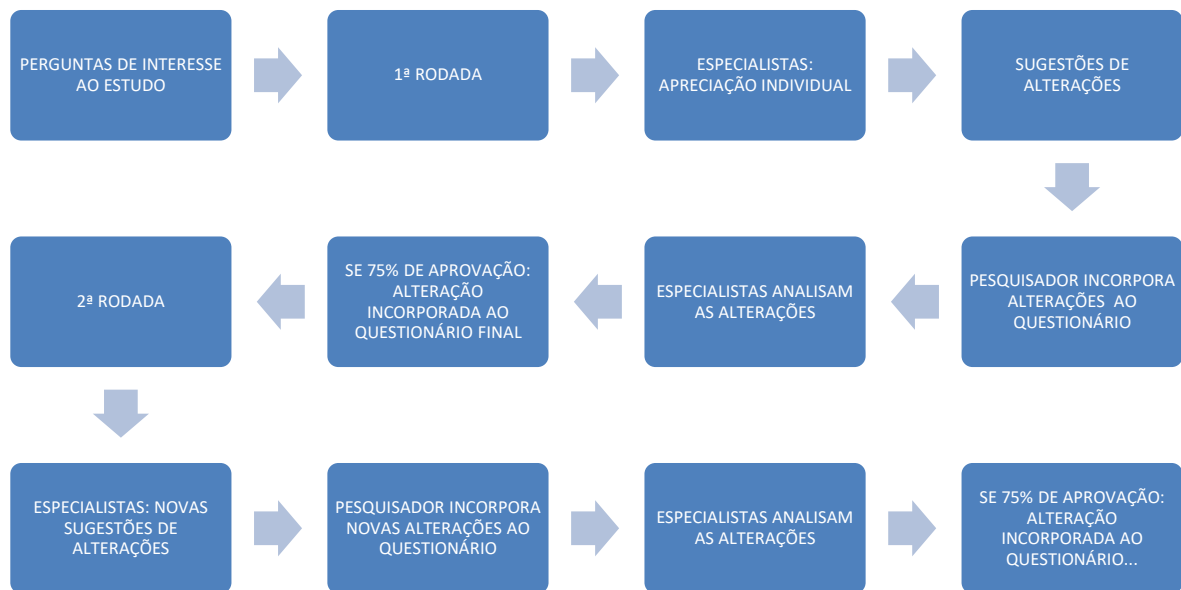
___ de _____ de 20__.

Pesquisadora Responsável:

Rafaela de Lemos Lepre

RG: 9.443.554-4

Fluxograma de desenvolvimento do questionário segundo a metodologia Delphi



Questionário

I) Identificação do Entrevistado

1. Qual é a sua faixa etária?

< 30 anos

30-50 anos

> 50 anos

2. Qual é seu grau de formação?

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

3. É especialista em Medicina Intensiva/Enfermagem Intensiva?

Sim

Não

4. Se especialista em Medicina Intensiva, é titulado pela AMIB?

Sim

Não

Não se Aplica

5. Atua como médico/enfermeiro exclusivamente em UTI?

Sim

Não

6. Atua em UTI quantas horas por semana?

até 12 horas

12-36 horas

> 36 horas

7. Há quantos anos trabalha em UTI?

< 5 anos

5-10 anos

> 10 anos

8. Trabalha em mais de uma UTI?

Sim

Não

9. Atua em UTI como docente?

Sim

Não

10. Possui vínculo empregatício em UTI?

Sim

Não

11. É coordenador técnico de UTI?

Sim

Não

12. Se coordenador técnico de UTI, atua nesse cargo em quantas UTIs?

1

2

> 2

Não se aplica

13. É médico diarista/rotineiro de UTI?

Sim

Não

14. Se médico diarista de UTI, atua nesse cargo em quantas UTIs?

1

2

> 2

Não se aplica

II) Perfil da Instituição

15. A UTI onde trabalha é de caráter:

Público exclusivo

Privado Exclusivo

Misto Público-Privado

16. A UTI onde trabalha está localizada:

Na região Norte

Na região Nordeste

Na região Centro-Oeste

Na região Sudeste

Na região Sul

17. No seu serviço existem quantas UTIs?

1

2

3 ou mais

18. A UTI onde você mais atua possui quantos leitos disponíveis?

até 5

5-10

> 10 leitos

19. Há leitos na UTI fechados/indisponíveis?

sim

não

20. Há Unidade de Tratamento Semi-Intensivo no serviço?

sim, com 5 leitos ou menos

sim, com 6 a 10 leitos

sim, com mais de 10 leitos

não

21. Quantos leitos (de atendimento geral, não intensivo) há no Hospital onde a UTI está alocada?

até 30 leitos

30-50 leitos

> 50 leitos

22. O Hospital é referência para encaminhamento de pacientes de outras cidades da região?

sim

não

23. A cidade possui quantos habitantes?

até 100 mil

100-500 mil

> 500 mil

24. O Hospital é universitário ou conveniado a Instituição de Ensino?

sim

não

25. A UTI onde mais atua possui protocolos clínicos instituídos?

sim

não

26. Quando indicada internação em leito de UTI, como é feita a solicitação da vaga no serviço?

pedido verbal

solicitação em papel impresso próprio

solicitação em sistema eletrônico

outros

27. Quando indicada internação em leito de UTI, quem é responsável pela solicitação da vaga?

médico titular

- enfermagem
 - médico do pronto-socorro
 - médico hospitalista/internista
 - médico do time de resposta rápida
 - técnico administrativo
 - outros
28. A instituição (Hospital ou UTI) promove cursos de atualização para médicos/enfermeiros?
- nunca
 - mensalmente
 - anualmente
29. Qual é a principal fonte de pacientes para a UTI?
- próprio hospital
 - outras instituições
30. Há disponibilidade de exames de imagem 24 horas por dia na UTI?
- sim
 - não
31. Há disponibilidade de exames laboratoriais 24 horas por dia na UTI?
- sim
 - não
32. Há disponibilidade de serviço de fisioterapia na UTI?
- 1x/dia
 - 2x/dia
 - 3x/dia
 - 18h/dia
 - 24h/dia
 - Não há
33. Existe número fixo de reserva de leitos para cirurgias eletivas na UTI?
- sim
 - não
34. Se há número de cirurgias eletivas maior que o número de leitos disponíveis, quem define quais cirurgias serão prioridade?
- médico plantonista
 - médico diarista
 - direção clínica do hospital
 - gerenciamento de leitos do hospital
 - Não se aplica

35. Há equipes de busca ativa de possíveis doadores de órgãos e/ou protocolos de avaliação de possíveis doadores de órgãos em funcionamento no seu serviço?

sim

não

36. Há disponibilidade de Time de Resposta Rápida nesse serviço?

sim, 24 horas por dia

sim, 12 horas por dia

não

III) Recusa e Triagem de Leitos

37. A UTI onde mais trabalha tem taxa de ocupação maior que 90%:

sempre

frequentemente

quase nunca

nunca

38. Nesse serviço a não admissão de um paciente com vaga solicitada devido à lotação da UTI é de responsabilidade:

do médico plantonista

do médico diarista/coordenador da UTI

da equipe de enfermagem da UTI

outros

não sei

39. Você já deixou de admitir um paciente crítico com vaga de UTI solicitada devido, exclusivamente, à lotação da Unidade?

sim

não

40. Se sim, com que frequência a não admissão por falta de leitos na UTI ocorre, em média?

diariamente

1x/semana

2 a 3 x/semana

2 a 3x/mês

raramente

41. Qual é o tempo médio de espera dos pacientes em leitos regulares desde a solicitação até conseguirem entrar na Unidade Intensiva no seu serviço?

menos de 6 horas

6-12 horas

12-24 horas

mais de 24 horas

mais de 48 horas

mais de 72 horas

42. Enquanto aguarda a vaga de UTI o paciente fica geralmente:

na sala de emergência do hospital

na unidade semi-intensiva do hospital

na enfermaria do hospital

no centro cirúrgico do hospital

em outros serviços/ hospitais da região

outros locais

43. A partir da solicitação da vaga de UTI e enquanto aguarda a disponibilidade do leito intensivo, o paciente fica, no setor, sob os cuidados:

exclusivos da equipe do setor

da equipe do setor com o médico titular do paciente

da equipe do setor com auxílio do médico hospitalista

da equipe do setor com auxílio do médico intensivista

da equipe do setor com auxílio da enfermagem da UTI

da equipe do setor com auxílio do médico intensivista e da enfermagem da UTI

da equipe do setor com auxílio do time de resposta rápida

44. Com que frequência você observa mais de um paciente aguardando disponibilidade de vaga de UTI no seu serviço?

diariamente

1x/semana

2 a 3 x/semana

2 a 3x/mês

raramente

45. Você recebeu alguma orientação verbal quanto à triagem dos pacientes que aguardam leito para admissão na UTI?

sim

não

46. Se sim, de quem recebeu a orientação?

do médico diarista/coordenador da UTI

da direção do hospital

da equipe de enfermagem

outros

não se aplica

47. Você recebeu alguma orientação por escrito ou via e-mail quanto à triagem dos pacientes que aguardam leito para admissão na UTI?

sim

não

48. Se sim, de quem recebeu a orientação?

do médico diarista/coordenador da UTI

da direção do hospital

da equipe de enfermagem

outros

não se aplica

49. Você já participou de alguma aula, curso ou treinamento a respeito da triagem de pacientes que aguardam vaga de UTI?

sim

não

50. Se sim, quem promoveu a aulacurso/treinamento?

o próprio hospital

associação da especialidade

associação médica

outros

não se aplica

51. Nesse serviço a decisão a respeito de quais pacientes serão admitidos, prioritariamente a outros, quando necessário é de responsabilidade:

do médico plantonista

do médico diarista/coordenador da UTI

da direção clínica do hospital

do gerenciamento de leitos do hospital/UTI

da equipe de enfermagem

outros

52. Você conhece as orientações do Conselho Federal de Medicina a respeito de triagem de pacientes para leitos de UTI?

sim

não

53. Você conhece as orientações da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) a respeito de triagem de pacientes para leitos de UTI?

sim

não

54. Você conhece as orientações *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* (WFSICCM) a respeito de triagem de pacientes para leitos de UTI?

sim

não

55. Nessa UTI onde mais trabalha há protocolo instituído a respeito da triagem de pacientes que aguardam leito intensivo?

sim

não

não sei

56. Se sim, você se considera suficientemente familiarizado com o protocolo?

sim

não

não se aplica

57. Se sim, em qual orientação o protocolo do seu hospital está baseado?

CFM (Conselho federal de Medicina)

SCCM (Society of Critical Care Medicine)

WFSICCM (World Federation of Societies of intensive and Critical Care Medicine)

protocolo próprio do serviço

outros

não sei

não se aplica

58. Se não há protocolo instituído você baseia sua decisão de triagem prioritariamente:

na ordem cronológica da solicitação

na idade do paciente

na gravidade do caso

na patologia de base

no prognóstico

doação de órgãos

outros

não se aplica

7.4 Termo de Consentimento livre e Esclarecido - Participantes

“RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO: UM PANORAMA DO BRASIL”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “RECUSA DE LEITOS E TRIAGEM DE PACIENTES ADMITIDOS NAS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO: UM PANORAMA DO BRASIL”. O objetivo da pesquisa é traçar um panorama nacional a respeito da recusa de leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) do Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

Sua participação é muito importante e ela se daria pela resposta ao questionário a seguir, em ambiente totalmente online. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos também que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Esse projeto tem por objetivo coletar dados pertinentes que orientem uma assertiva destinação de recursos financeiros para otimização da ocupação e triagem dos leitos de UTI no Brasil. Atingido o objetivo observaremos claros benefícios à população de pacientes críticos do país.

Os riscos associados à participação nessa pesquisa são considerados mínimos e se associam com a possibilidade do seu constrangimento e exposição. Estarei à disposição para atender qualquer indisposição que este questionário possa lhe causar.

Os benefícios dessa pesquisa são considerados indiretos. Através dessa pesquisa esperamos obter dados de todas as regiões brasileiras com número significativo de participantes para traçar um panorama completo sobre a recusa de leitos de UTI e as metodologias de triagem dos pacientes que são admitidos nessas unidades. Com essas informações será possível propor um fluxograma de triagem e recusa de leitos padronizada para otimizar os recursos existentes para saúde.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar. A principal investigadora, Rafaela de Lemos Lepre, com endereço à Rua Carlos George número 361 em Rolândia/PR, CEP 86600-192, está disponível por meio do email rafa_lepre@yahoo.com.br ou pelos telefones (43) 999239156 e (43) 32566559. Também poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Caso concorde em participar da pesquisa, responda o questionário a seguir apresentado nessa plataforma.

___ de _____ de 20__.

Pesquisadora Responsável:

Rafaela de Lemos Lepre

RG: 9.443.554-4

Orientações quanto ao preenchimento do questionário

Caro entrevistado,

Agradecemos a disponibilidade e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido para participação nessa pesquisa.

Informamos que o questionário que está prestes a responder tem, no total, **58 perguntas** divididas em três áreas: perfil do entrevistado, perfil da instituição e recusa/triagem de leitos. O tempo médio para respondê-lo completamente é de apenas **8 minutos**.

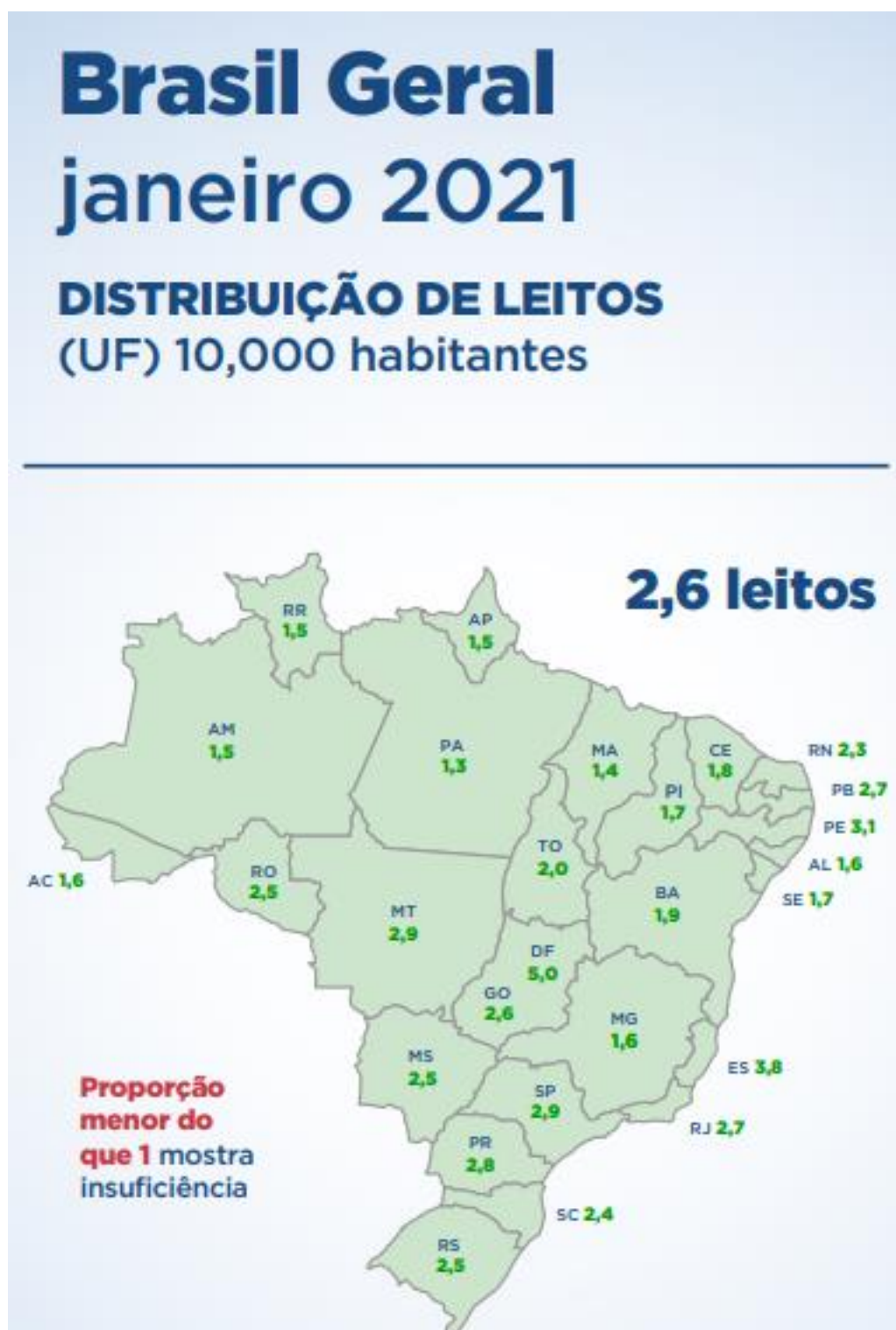
Se for pertinente é possível iniciar as respostas e salvá-las para término em ocasião mais oportuna.

Solicitamos a gentileza de atentar-se ao seguinte ponto: caso trabalhe em mais de uma Unidade de Tratamento Intensivo, **responda esse questionário inteiro referindo-se somente à UTI em que mais atua**. Se for de seu interesse podemos enviar uma autorização para novos acessos e respostas referentes a outro serviço de sua atuação.

Colocamo-nos novamente à disposição para quaisquer esclarecimentos. Muito obrigada!

ANEXOS

Distribuição de leitos de UTI- geral no Brasil



Distribuição de leitos de UTI – SUS no Brasil

Brasil SUS

janeiro 2021

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

(UF) 10,000 habitantes



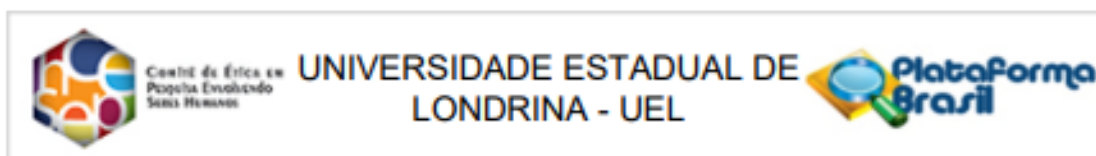
Distribuição de leitos de UTI – não SUS no Brasil

Brasil Não SUS janeiro 2021

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS (UF) 10,000 habitantes



Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Recusa de leitos e triagem de pacientes admitidos nas unidades de tratamento intensivo: um panorama do Brasil

Pesquisador: RAFAELA DE LEMOS LEPRE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23246919.9.0000.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.698.448

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Recusa de leitos e triagem de pacientes admitidos nas unidades de tratamento intensivo: um panorama do Brasil", sob responsabilidade da pesquisadora RAFAELA DE LEMOS LEPRE, vinculada ao departamento de Clínica Médica - CCS/UEL.

O objetivo do trabalho é coletar dados a respeito da recusa de leitos nas UTIs no Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

Metodologia: Estudo tipo Survey em âmbito nacional. O estudo será conduzido como questionário do tipo Survey e as questões serão selecionadas utilizando-se o Método Delphi. Uma lista de perguntas de interesse ao estudo será desenvolvida e enviada a quatro especialistas na área de medicina intensiva (médicos intensivistas certificados) para apreciação e sugestões de alteração. Após cada avaliação as sugestões serão incorporadas ao questionário e enviadas para nova rodada de apreciação. As rodadas finalizam quando é atingido um consenso de pelo menos 75% de aprovação para cada pergunta.

Uma plataforma da Web (SurveyMonkey®) será a forma de aplicação do questionário. Primeiramente será feito um teste de aplicação do questionário com doze médicos intensivistas e, após 3 semanas, haverá repetição do mesmo teste para verificação da confiabilidade. A pesquisa se desenvolverá através de convite aos intensivistas inscritos na AMIBnet (rede virtual em cuidado intensivo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira) via plataforma própria da rede. O

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 3.698.448

questionário estará disponível por 6 meses e os potenciais participantes serão lembrados a cada 2 meses num total de 3 convites.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é coletar dados a respeito da recusa de leitos nas Unidades de Tratamento Intensivo no Brasil assim como avaliar o uso de sistemas de triagem desses leitos pelos profissionais atuantes nesses estabelecimentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora afirma que os riscos são considerados mínimos e se associam com a possibilidade de constrangimento e exposição do participante da pesquisa. O pesquisador tomará todas as precauções necessárias para minimizar esses riscos e estará disponível para atender os participantes na ocorrência dos mesmos.

Os benefícios dessa pesquisa são indiretos. Espera-se, por meio dessa pesquisa, obter dados de todas as regiões brasileiras com número significativo de participantes para traçar um panorama completo sobre a recusa de leitos de UTI e as metodologias de triagem dos pacientes que são admitidos nessas unidades. Com essas informações será possível propor um fluxograma de triagem e recusa de leitos padronizada para otimizar os recursos existentes para saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Cronograma da pesquisa está adequado, com início da coleta de dados previsto para o período entre 01.02.2020 e 31.07.2020.

A pesquisa será realizada com financiamento próprio e conta com um orçamento estimado em R\$ 2020,00, a serem gastos com fotocópias, materiais de escritório, taxa de tradução e publicação de artigo científico, e assinatura da plataforma Survey Monkey.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou os seguintes termos obrigatórios:

- Folha de rosto foi assinada pelo chefe de departamento de Clínica Médica - CCS/Uel, embora trate-se de projeto de pós graduação, a folha de rosto foi assinada pelo chefe de departamento, tendo em vista que a pesquisadora ainda não ingressou no programa de pós-graduação .
- TCLE adequado em forma de convite contendo todos os itens necessários.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

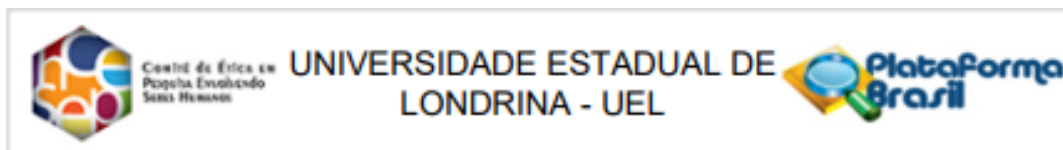
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.698.448

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

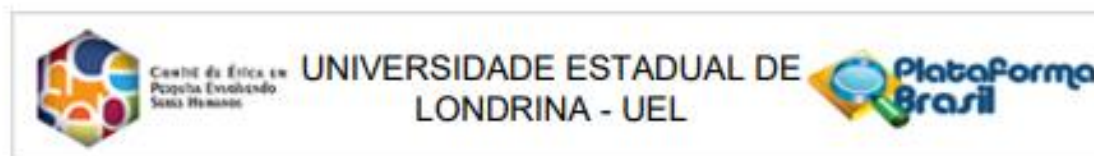
- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1440441.pdf	01/11/2019 14:01:50		Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970
 UF: PR Município: LONDRINA
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 3.698.448

Outros	recurso_cep.pdf	01/11/2019 14:01:04	RAFAELA DE LEMONS LEPRE	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP.pdf	04/10/2019 11:15:24	RAFAELA DE LEMONS LEPRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Rafaela_CEP.docx	30/09/2019 16:52:04	RAFAELA DE LEMONS LEPRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/09/2019 16:51:53	RAFAELA DE LEMONS LEPRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 11 de Novembro de 2019

Assinado por:
Oswaldo Coelho Pereira Neto
(Coordenador(a))

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Guia para autores da Revista Brasileira de Terapia Intensiva



Instruções para autores

A Revista Brasileira de Terapia Intensiva/Brazilian Journal of Intensive Care (RBTI/BJIC), ISSN 0103-507X, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos com publicação trimestral. Tem como objetivo publicar pesquisas relevantes envolvendo a melhoria da assistência à saúde de pacientes agudos, proporcionando discussão, distribuição e promoção de informações baseadas em evidências para profissionais de terapia intensiva. Publica pesquisas, revisões, comentários, artigos de relato de caso e cartas ao Editor, envolvendo todas as áreas do conhecimento relacionadas à terapia intensiva do paciente crítico.

A RBTI endossa as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, atualizadas em abril de 2010, disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html.

Todo o conteúdo da Revista Brasileira de Terapia Intensiva/Brazilian Journal of Intensive Care está licenciado sob uma Licença Creative Commons (CCBY) Atribuição 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>).

O jornal on-line tem acesso aberto e gratuito.

Processo de submissão

Os manuscritos podem ser submetidos 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 dos autores. A revista traduzirá os artigos submetidos em português (ou espanhol) e os custos de tradução serão cobertos pela revista. Os artigos submetidos em inglês serão traduzidos pela revista para o português, sem ônus para os autores. Todos os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

Os autores devem enviar para a Revista:

Carta de apresentação - Deve conter uma declaração informando que o artigo é original, não foi ou não está sendo submetido para publicação em outro periódico. Os autores também devem declarar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde o estudo foi realizado (ou CEP de referência), mencionando o número de registro e, se for o caso, uma declaração de que o consentimento informado foi obtido ou isentos pelo REC. Se necessário, durante o processo de revisão por pares, os autores podem ser solicitados a enviar uma cópia da aprovação do REC.

Declaração de Conflito de Interesses - Os autores devem baixar o formulário apropriado, ([faça o download aqui](#)) e, após assinatura dos autores, carregá-lo durante o processo de submissão. Esta declaração, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, proíbe trabalhos científicos para promover ou divulgar quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

Financiamento - Informações sobre possíveis fontes de financiamento para pesquisa serão solicitadas durante o processo de submissão, bem como na página de rosto do manuscrito.

Transferência de direitos autorais e autorização de publicação - Após a aceitação, uma autorização assinada por todos os autores para publicação e uma transferência de direitos autorais para a revista devem ser enviadas ao escritório da revista ([faça download aqui](#)). *Informações do paciente*

- Para todos os manuscritos que incluam informações ou fotografias clínicas em que os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado um consentimento por escrito assinado por cada paciente ou sua família.

Processo de revisão por pares Todos os manuscritos submetidos à RBTI são submetidos a uma revisão rigorosa. As submissões iniciais são revisadas 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 devolvido aos autores para adequação.

Em seguida, os manuscritos submetidos serão avaliados pelo Editor. Manuscritos sem mérito, com erros metodológicos significativos ou que não se enquadrem na política editorial da revista serão rejeitados, sem processo formal de revisão por pares. Nosso tempo médio de resposta para essa rejeição imediata é de uma semana.

Após a aprovação do Editor-chefe (ou de um editor designado), os artigos serão encaminhados a dois ou mais revisores. Serão sempre de instituições diferentes daquela do manuscrito, mantendo-se a condição de anonimato durante todo o processo editorial. Nosso tempo médio de resposta para a primeira resposta aos autores é de 30 dias, embora possa ser necessário um tempo maior. Após avaliação, os editores escolherão entre as seguintes decisões: aceitar, revisão menor, revisão maior, rejeitado e reenviar ou rejeitar. A taxa de aceitação da RBTI é de aproximadamente 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio desde a submissão até a primeira decisão para todos os artigos foi de 28 dias.

Após receber o parecer dos revisores, os autores devem enviar a versão revisada em até 60 dias, incluindo as alterações sugeridas, juntamente com uma resposta ponto a ponto para cada revisor. Os autores podem entrar em contato com a RBTI (rbti.artigos@amib.org.br) caso necessitem de extensão. Caso não seja submetido em até 6 meses, o manuscrito será removido do banco de dados e uma eventual ressubmissão seguirá a trilha inicial de submissões. Após a ressubmissão, os editores podem optar por enviar o manuscrito de volta para revisores externos, ou podem tomar uma decisão com base na experiência pessoal.

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

Ética

Ao relatar experimentos em seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estavam de acordo com os padrões éticos do comitê responsável em experimentação humana (institucional e nacional, se aplicável) e com a Declaração de Helsinque de 1975, revisada em 2000. Quando relatando experimentos em animais, os autores devem ser solicitados 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 submetida à RBTI deve ser original e o manuscrito, ou partes dele, não deve estar sob consideração de nenhum outro periódico. Além disso, os autores não devem enviar o mesmo manuscrito em idiomas diferentes para revistas diferentes. Os autores devem declarar quaisquer publicações potencialmente sobrepostas na submissão para avaliação e avaliação do editor. Submetemos os manuscritos a ferramentas de detecção de plágio para detectar qualquer duplicação, publicação sobreposta ou má conduta, e sempre que alguma dessas situações for detectada, o Editor deverá entrar em contato com os autores e sua instituição. Se o editor detectar tal situação, os autores devem esperar a rejeição imediata do manuscrito submetido. Caso o editor não tenha conhecimento da situação anteriormente à aceitação do manuscrito, ele será retratado em uma nova edição da Revista.

Crítérios de autoria

Somente quem contribuiu diretamente com o conteúdo intelectual dos artigos deve ser considerado autor, de acordo com os critérios abaixo:

1. Criou a ideia inicial e planejou o estudo ou interpretou os resultados finais OU
2. Redigiu o manuscrito ou revisou suas sucessivas versões E
3. Aprovada a versão final.

Cargos administrativos e coleta de dados não são considerados critérios de autoria e, quando apropriado, devem ser incluídos na sessão de Agradecimentos.

Preparação de manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

Página de rosto: Título

completo do artigo Nome completo de todos os autores

Afiliação institucional de cada autor (apenas a afiliação principal, ou seja, a afiliação à instituição onde o trabalho foi desenvolvido).

Endereço completo do autor para correspondência (incluindo números de telefone, fax e e-mail).

A Instituição a ser considerada responsável pelo envio do artigo.

A fonte de financiamento dos projetos.

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

Título da capa - Quando o título do artigo tiver mais de 100 caracteres com espaços, deverá ser fornecido um título alternativo, incluindo até 100 caracteres (com espaços) para ser exibido na capa do periódico.

Resumos

Resumo em português: O resumo em português deve ter até 250 palavras. As abreviaturas devem ser evitadas tanto quanto possível. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos do texto principal (objetivo, métodos, resultados e conclusão) e refletir com precisão o conteúdo do texto principal. Em revisões e relatos de casos, o resumo não deve ser estruturado. Os comentários devem ter resumos com menos de 100 palavras. O resumo em português deve ser fornecido apenas para manuscritos submetidos neste idioma.

Resumo em inglês: O resumo em inglês deve ser fornecido apenas para manuscritos enviados neste idioma. Os manuscritos submetidos em português terão seu resumo traduzido para o inglês pela revista.

Palavras-chave

Seis termos em português e inglês devem ser fornecidos definindo o assunto dos trabalhos. Estes devem ser baseados no National Library of Medicines MeSH (Medical Subject Headings), disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Texto

Os artigos devem ser submetidos em arquivo MS Word® com fonte Times New Roman 12, espaço duplo, inclusive para tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos as referências devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

Artigos originais

São artigos que apresentam resultados de investigação. O texto deve ter até 3.500 palavras, excluindo folha de título, resumo, tabelas e referências. Artigos maiores que isso devem ser aprovados pelo Editor. O número máximo recomendado de autores é oito. Caso seja necessário incluir mais autores, isso deve ser justificado, explicando a participação de cada autor. Os artigos originais devem ter:

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

Métodos - Deve incluir o desenho 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 sequência clara e lógica. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, os riscos relativos e absolutos ou reduções de risco e intervalos de confiança.

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

Conclusão - Esta seção deve discutir claramente as principais conclusões da pesquisa e fornecer uma explicação clara sobre sua relevância.

Referências - As referências devem ser sequenciais, de acordo com a ordem de citação no 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 da atenção à saúde relevantes para o escopo da revista. Deve ter no máximo 4000 palavras (excluindo folha de título, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Devem ser escritos por autores reconhecidos e experientes, e o número de autores não deve exceder três, exceto justificativa para submissão à revista. As revisões podem ser sistemáticas ou narrativas. Nas revisões também é recomendado ter uma seção "Métodos", relatando as fontes de evidência e as palavras-chave utilizadas para a busca na literatura. Revisões sistemáticas de literatura contendo estratégias de busca e resultados apropriados são consideradas artigos originais.

Relatos de caso

Esta seção é dedicada a publicar relatórios médicos raros, descrevendo seus aspectos, história e manejo. Devem incluir um resumo não estruturado, uma breve introdução e revisão de literatura, a descrição do caso e uma breve discussão. Relatos de caso devem ter até 2.000 palavras, com cinco autores e 10 referências.

Comentários

Estes são artigos de opinião escritos por especialistas, para serem lidos pela comunidade médica em geral. Normalmente os autores são convidados por um dos editores, porém artigos não solicitados também são bem-vindos e avaliados rotineiramente para publicação. O objetivo do comentário deve ser destacar um problema, expandir o assunto destacado e sugerir a sequência. Qualquer afirmação deve ser referenciada, porém é preferível que a lista de referências seja limitada a 15. Para facilitar a leitura, as frases devem ser curtas e objetivas. Use legendas para dividir a seção de comentários. Deve ser curto, de até 800 a 1000 palavras, exceto o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, salvo justificção.

Cartas para o editor

A RBTI publica comentários a qualquer artigo publicado na revista e uma resposta de autores ou editores geralmente é pertinente. A refutação não é permitida. Devem ter até 500 palavras e até 5 referências. O assunto artigo da RBTIs deve ser mencionado no texto e nas referências. Os autores também devem enviar sua identificação completa e endereço (incluindo telefone e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas de volta aos autores antes da publicação.

Diretrizes

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

Reconhecimentos

Os autores devem usar esta seção para reconhecer eventual financiamento de 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 agradecimentos. Deve ser conciso, não excedendo 4 linhas.

Referências

As referências devem ser atualizadas, preferencialmente contendo os artigos mais relevantes publicados sobre o assunto nos últimos cinco anos. Não devem conter artigos não citados no texto ou trabalhos inéditos. As referências devem ser numeradas consecutivamente na sequência de citação do texto e identificadas com algarismos arábicos. O display deve obedecer ao formato Vancouver Style, conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com a National Library of Medicine, disponível na List of Journal Indexed in Index Medicus, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

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

Artigos impressos

Dellinger RP, Vincent JL, Silva E, Townsend S, Bion J, Levy MM. Sobrevivendo 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 Sobrevivendo à Sepse: Esclarecimento das Diretrizes. Crit Care Med. 2008;36(8):2490-1.

Artigos eletrônicos

Buerke M, Prondzinsky R. Levosimendan em choque cardiogênico: melhor que enoximona! Crit Care Med [Internet]. 2008 [citado em 23 de agosto de 2008];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 trecogina alfa e intervenção da campanha "Sobrevivendo à Sepsis" na prática. 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 por membrana extracorpórea para estabilização pré-operatória de hérnia diafragmática congênita. Crit Care Med. 1993;21 (Sup. 1):S379-S380.

Livros

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

Capítulos de livros

Lachmann B, van Daal GJ. Síndrome do desconforto respiratório do adulto: modelos animais. In: Robertson B, van Golde LM. Surfactante pulmonar. 2ª edição. Amsterdã: Elsevier; 1992. pág. 635-66.

Resumos publicados

Varvinski AM, Findlay GP. Complicações imediatas da canulação venosa central em UTI [resumo]. Cuidados Críticos. 2000;4(Suplemento 1):P6.

Em artigos de imprensa

Giannini A. Políticas de visitação e presença familiar em UTI: uma questão de legislação? Terapia Intensiva Med. No prelo 2012.

Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas de acordo com a ordem mencionada no texto. As tabelas e figuras devem ser inseridas abaixo do texto, seguindo as referências, apenas uma em cada página, a última preferencialmente preparada em MS Excel®, TIF ou JPG com **300 DPI** arquivos. Figuras que necessitem de maior resolução devem ser enviadas em arquivos separados. Figuras contendo textos devem ser fornecidas em arquivos abertos, para tradução. Caso não seja possível, o autor deverá providenciar a tradução.

As quantidades, unidades e símbolos usados devem estar de acordo com as regras nacionais. As figuras devem ter legendas explicando os resultados, permitindo a compreensão sem consultar o texto. As legendas das tabelas e figuras devem ser concisas, mas autoexplicativas, permitindo a compreensão sem consultar o texto. As unidades devem estar dentro da tabela e os testes estatísticos indicados na legenda.

As imagens de cirurgia e biópsia com técnicas especiais de coloração serão consideradas para impressão colorida, sendo os custos adicionais de responsabilidade dos autores. Figuras já publicadas devem ser acompanhadas da autorização do autor/editor.

Figuras, gráficos, gráficos ou tabelas reproduzidos, não pertencentes originalmente ao artigo, devem referenciar a fonte original.

Abreviaturas e iniciais

Deve-se evitar o uso de abreviaturas no título dos artigos, resumo e títulos de tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidos do nome completo quando mencionados pela primeira vez no texto. As abreviaturas, símbolos e significados de outros sinais devem ser fornecidos nas notas de rodapé das figuras e tabelas.

Envio do manuscrito

Os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo> .