



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 1/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

## SUMÁRIO

1.	SIGLAS E CONCEITOS .....	4
2.	OBJETIVOS .....	4
2.1.	FAVORECER A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AO SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO;.....	4
2.2.	DESCREVER AS ATRIBUIÇÕES DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO;.....	4
2.3.	ILUSTRAR OS FLUXOGRAMAS DE ACESSO A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE FORMA SISTEMATIZADA;.....	4
2.4.	PERMITIR UM ATENDIMENTO RÁPIDO E SEGURO DE ACORDO COM O POTENCIAL DE RISCO, COM BASE NAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, ORIENTANDO UMA ANÁLISE SUCINTA E SISTEMATIZADA, QUE POSSIBILITA IDENTIFICAR SITUAÇÕES QUE AMEAÇAM A VIDA;.....	4
2.5.	ORIENTAR AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA TOMADA DE DECISÕES, ASSOCIADA AO JULGAMENTO CLÍNICO EMBASADO EM PROTOCOLOS FUNDAMENTADOS CIENTIFICAMENTE;.....	4
2.6.	VIABILIZAR O ACESSO QUALIFICADO E O ATENDIMENTO COM RESOLUTIVIDADE, EM TEMPO ADEQUADO PARA CADA CASO;.....	4
2.7.	ORGANIZAR E RACIONALIZAR O PROCESSO DE TRABALHO;.....	4
2.8.	ELABORAR PARA CADA PACIENTE O SCORE PROGNÓSTICO;.....	4
2.9.	AVALIAR OS TIPOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA;.....	4
2.10.	SCORE PROGNÓSTICO E A DISFUNÇÃO ORGÂNICA. ....	4
3.	JUSTIFICATIVAS.....	4
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, ORDENAÇÃO E EXCLUSÃO .....	4
4.1.	INCLUSÃO .....	5
4.2.	ORDENAÇÃO .....	5
4.3.	EXCLUSÃO.....	5
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES .....	5
5.1.	PARA TRANSFERÊNCIA INTRA HOSPITALAR DE PACIENTES .....	5
5.2.	PARA TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR DE PACIENTES.....	5
6.	CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO:.....	6
6.1.	O MODELO DE PRIORIDADES .....	6
6.2.	O MODELO DE DIAGNÓSTICOS .....	6
6.2.1.	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS:.....	6
6.2.2.	DOENÇAS CARDIOVASCULARES: .....	7
6.2.3.	DOENÇAS NEUROLÓGICAS: .....	7
6.2.4.	DOENÇAS ONCO/HEMATOLÓGICAS:.....	8



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 2/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

6.2.5	DOENÇAS ENDÓCRINAS E/OU METABÓLICAS .....	8
6.2.6	DOENÇAS GASTROINTESTINAIS.....	8
6.2.7	DOENÇAS CIRÚRGICAS .....	9
6.2.8	DOENÇAS RENAIS .....	9
6.2.9	DOENÇAS DE OUTROS SISTEMAS OU VÁRIOS SISTEMAS.....	9
7.	CRITÉRIOS DE ALTA, TRANSFERÊNCIA E READMISSÃO .....	10
7.1.	CRITÉRIOS DE ALTA, TRANSFERÊNCIA E READMISSÃO: .....	10
7.1.1.	CONSIDERAR ALTA DA UTI PARA ENFERMARIA QUANDO O ESTADO FISIOLÓGICO DO PACIENTE ESTIVER ESTÁVEL E NÃO HAJA MAIS NECESSIDADE DE MONITORIZAÇÃO OU TRATAMENTO INTENSIVOS. ...	10
7.1.2.	CONSIDERAR ALTA DA UTI PARA ENFERMARIA QUANDO, APESAR DE APRESENTAR PIORA CLÍNICA, O PACIENTE NÃO SE BENEFICIE MAIS DOS CUIDADOS (MONITORIZAÇÃO E TRATAMENTO) INTENSIVOS OFERECIDOS. ....	10
7.1.3.	NÃO É RECOMENDADO COMPLETAR O DESMAME DE SUPORTE VENTILATÓRIO FORA DO AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA. ....	10
7.1.4.	BASEAR A DECISÃO DE ALTA DA UTI NOS CRITÉRIOS QUE LEVARAM O PACIENTE A SER ADMITIDO, DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HOSPITALARES, PROGNÓSTICO DO PACIENTE, ESTABILIDADE CLÍNICA E CUIDADOS QUE AINDA SEJAM NECESSÁRIOS. ....	10
7.1.5.	EM RELAÇÃO AS TRANSFERÊNCIAS INTER HOSPITALARES, ESTAS SERÃO BASICAMENTE PARA SUPORTES DE TRATAMENTOS NECESSÁRIOS QUE NÃO POSSAM SER OFERTADOS PELO HOSPITAL. ....	10
7.1.6.	A READMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) É DETERMINADA QUANDO OCORRE O RETORNO DO PACIENTE EM ATÉ TRÊS DIAS APÓS A ALTA PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO OU RETORNO EM ATÉ TRÊS MESES APÓS SUA ALTA HOSPITALAR E TRAZ UM ENORME ÔNUS AO SISTEMA DE SAÚDE, ALÉM DE DESCONFORTO AO PACIENTE E A SEUS FAMILIARES. ....	10
7.2	A MAIORIA DAS ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS APRESENTAM NÍVEL DE EVIDÊNCIA IV E INCLUEM AÇÕES GERAIS: .....	10
7.2.1	AVALIAÇÃO RIGOROSA DO PACIENTE ANTES DE RECEBER A ALTA DA UTI (ALTA QUALIFICADA);..	10
7.2.2	O CONTROLE DO GANHO E DA PERDA DE LÍQUIDOS DURANTE A PERMANÊNCIA NA UTI; .....	10
7.2.3	EXTUBAÇÃO PRECOCE DO PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO PACIENTES EM PÓS OPERATÓRIO DE CIRURGIA DO TGI.....	10
8.	FLUXOGRAMA .....	10
9.	MONITORAMENTO.....	11
9.1.	TAXA DE OCUPAÇÃO; .....	11
9.2.	TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA; .....	11
9.3.	TAXA DE MORTALIDADE;.....	11



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 3/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

9.4. TAXA DE INFECÇÃO POR TIPO, POR PROCEDIMENTOS INVASIVOS, DE ACORDO COM AS NORMATIVAS DA ANVISA.....	11
10. REFERÊNCIAS .....	12
11. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	12



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 4/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

**HUPAA:** HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

**SUS:** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**AMIB:** ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

**NIR:** NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

**PRT:** PROTOCOLO

**UTI:** UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## 2. OBJETIVOS

Os objetivos deste protocolo visam favorecer a organização do acesso ao serviço de terapia intensiva adulto; descrever as atribuições dos envolvidos no processo; ilustrar os fluxogramas de acesso a unidade de terapia intensiva adulto de forma sistematizada; permitir um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas, orientando uma análise sucinta e sistematizada, que possibilita identificar situações que ameaçam a vida; orientar aos profissionais de saúde na tomada de decisões, associada ao julgamento clínico embasado em protocolos fundamentados cientificamente; viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso; organizar e racionalizar o processo de trabalho; elaborar para cada paciente o escore prognóstico e avaliar os tipos de disfunção orgânica e estabelecer score prognóstico e a disfunção orgânica.

## 3. JUSTIFICATIVAS

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma “área crítica destinada a internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010).

É considerada um ambiente de alta complexidade, por contar com um maior aparato tecnológico, ritmo acelerado na assistência e realização de um maior número de procedimento invasivos, tendo como objetivo aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes gravemente enfermos, além de proporcionar uma maior vigilância àqueles que necessitam de monitorização contínua e suporte medicamentoso e/ou mecânico para sua recuperação.

A UTI do HUPAA é composta por 10 leitos, sendo 09 leitos comuns, e 01 leito de isolamento, com foco na assistência aos pacientes adultos, através da atuação de uma equipe multiprofissional, tendo como público-alvo pacientes oncológicos, cirúrgicos, gestantes e puérperas de alto risco.

## 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, ORDENAÇÃO E EXCLUSÃO

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 5/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

#### 4.1. Inclusão

Todos os pacientes internos neste hospital ou regulados via Núcleo Interno de Regulação que demanda assistência de terapia intensiva pelo SUS.

#### 4.2. Ordenação

Os pacientes serão admitidos conforme solicitação, discussão dos critérios de indicação entre os plantonistas médicos e disponibilidade de leitos no serviço.

#### 4.3. Exclusão

Serão excluídos os pacientes com doença em fase de terminalidade ou sem possibilidade de recuperação, podendo o ingresso desses pacientes em uma UTI pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

**§ 5º –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). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista. (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016(Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139) Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva)**

### 5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

#### 5.1. Para transferência intra hospitalar de pacientes

- Paciente é avaliado na sua unidade de internação de origem pelo médico assistente ou pelo médico plantonista do dia, que definirá a indicação de internação em Unidade de terapia Intensiva;
- O médico responsável pela avaliação do paciente na unidade de origem deve entrar em contato com médico plantonista da UTI Geral para consulta de disponibilidade de vaga e discussão do caso clínico do paciente;
  - Na ocorrência da disponibilização da vaga, a enfermeira plantonista da unidade de origem deve entrar em contato com enfermeira plantonista da UTI GERAL para passagem de informações da transferência do paciente, bem como alinhamento da logística de encaminhamento do mesmo;
  - No momento do encaminhamento, solicitar maqueiro para proceder a transferência que deve ser acompanhado por médico e enfermeiro.

#### 5.2. Para transferência Inter hospitalar de pacientes

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 6/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

- Esse tipo de transferência deve ser realizado por meio de contato da Unidade de atendimento primário solicitante com o serviço de regulação interna do Hospital Universitário;
- O médico regulador recebe a demanda externa e avalia se atende aos critérios de elegibilidade estabelecidos nesse protocolo para acesso ao serviço de UTI adulto;
- Confirmando a indicação de internação na UTI Geral e a disponibilidade de vaga, o médico regulador entra em contato com médico plantonista para passagem do caso;
- Após discussão do caso com o médico plantonista da UTI Geral, o médico regulador autoriza a transferência do paciente para a unidade solicitante. A responsabilidade pela logística de transporte do paciente é da unidade solicitante. Nos casos de transferência via SAMU, o mesmo entra em contato, também, com a regulação do Hospital Universitário para confirmação da disponibilidade da vaga;
- Paciente é admitido direto na UTI Geral pela equipe multiprofissional.

## 6. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

### 6.1. O modelo de prioridades

- Prioridade 1: pacientes críticos, gravemente enfermos, em que o tratamento e monitorização não podem ser providos fora da UTI, com segurança. Podemos incluir nesse nível, por exemplo, pacientes portadores de doenças agudas, com necessidade de ventilação mecânica ou aminas vasoativas. Ex.: sepse, choqueséptico.
- Prioridade 2: pacientes que demandam monitorização mais cuidadosa, pelo risco de deterioração de sua condição. Estão alocados nesse nível, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, que demandam observação mais estreita no pós-operatório imediato. Ex.: Pós operatório de cirurgia oncológica
- Prioridade 3: são pacientes gravemente enfermos, instáveis, mas com baixa probabilidade de recuperação, devido às doenças de base, ou pela agressividade da doença atual. Por causa da sua condição, uma vez internados na UTI, poderiam ter limitações terapêuticas como relacionadas a ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos de grande porte, ou reanimação cardiopulmonar, respeitando os desejos do próprio paciente ou de seus familiares de se evitar tratamento fúteis. Ex.: pacientes oncológicos metastáticos, com infecção.
- Prioridade 4: esses seriam os pacientes que não se beneficiam de internação na UTI. Existem duas possibilidades, pacientes sem gravidade que demandem tratamento/monitorização intensiva ou os pacientes portadores de doenças terminais e irreversíveis, em estágio final da doença. Casos excepcionais, em que os sintomas somente poderiam ser adequadamente controlados na UTI, poderiam justificar uma internação nesta unidade. Ex.: pacientes da emergência do Cacon e pacientes terminais.

### 6.2. O modelo de diagnósticos

#### 6.2.1. Doenças respiratórias:

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 7/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

Pacientes com doença pulmonar ou de vias respiratórias, como:

- A - Necessidade de ventilação mecânica;
- B - Risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas;
- C - Necessidade de suplementação de oxigênio acima de 40% para manter SpO<sub>2</sub> > 92%;
- D - Traqueostomia recente (≤ 48 horas), com ou sem ventilação mecânica;
- E - Lesão de vias aéreas superiores ou inferiores, espontânea ou não, com possibilidade de instabilidade hemodinâmica ou respiratória;
- F - Hemoptise maciça, que não preencha as indicações acima;
- G - Tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

#### 6.2.2. Doenças cardiovasculares:

Pacientes com doença cardiovascular, como:

- A - Choque de qualquer etiologia ou necessidade de suporte hemodinâmico com aminas ou outros fármacos vasoativos parenterais;
- B - Pós-ressuscitação cardiopulmonar;
- C - Síndrome coronariana ou aórtica aguda;
- D - Arritmias cardíacas que ameacem a vida, ou que tenham necessidade de cardioversão elétrica ou uso de marca-passo;
- E - Insuficiência cardíaca, independente de função sistólica, com risco iminente de insuficiência respiratória ou necessidade de suporte hemodinâmico;
- F - Necessidade de monitorização invasiva de pressões arteriais ou venosas;
- G - Pacientes submetidos a procedimentos intratorácicos, cardiovasculares ou endovasculares eletivos ou de urgência, que tenham atual ou potencial comprometimento hemodinâmico, respiratório ou alto risco de sangramento maciço;
- H - Emergências hipertensivas.

#### 6.2.3. Doenças neurológicas:

Pacientes com doença neurológica, como:

- A - Convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;
- B - Inflamação aguda ou infecções meníngeas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo;

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 8/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

C - Acometimento agudo e grave do sensório, com risco de broncoaspiração;

D - Traumatismo cranioencefálico moderado a grave com escala de coma de Glasgow < 13 ou tomografia computadorizada com alterações traumáticas agudas;

E - Disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensório ou com risco iminente de depressão ventilatória; 6. Sinais de hipertensão intracraniana;

F - Após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva;

G - Pré- operatório de neurocirurgia com deterioração neurológica;

H - Sinais de compressão medular;

I - Acidente vascular encefálico ou medular agudo de qualquer tipo, incluindo hemorragia subaracnóidea aguda;

J - Coma metabólico, tóxico ou anóxico agudo;

K - Paciente em protocolo de morte encefálica.

#### 6.2.4. Doenças onco/hematológicas:

Pacientes com doença oncológica ou hematológica instável ou sangramento ativo, como:

A - Coagulopatia grave;

B - Pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

C - Síndrome de Lise tumoral;

D - Plasmaférese ou citaférese em pacientes instáveis;

E - Protocolo de transplante de medula óssea.

#### 6.2.5. Doenças endócrinas e/ou metabólicas

Pacientes com alterações metabólicas ou eletrolíticas de grande monta, em descompensação aguda ou crônica agudizada, que causem riscos ou instabilidade hemodinâmica ou respiratória, como:

A - Cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar;

B - Crise tireotóxica ou mixedematosa;

C - Distúrbios eletrolíticos.

#### 6.2.6. Doenças gastrointestinais

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 9/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

Pacientes com doença gastrointestinal instável, como:

- A - Sangramento gastrointestinal grave e agudo;
- B - Insuficiência hepática aguda levando ao coma, instabilidade hemodinâmica ou respiratória
- C - Pancreatite aguda grave;
- D - Perfuração de víscera oca.

#### 6.2.7. Doenças cirúrgicas

Pacientes em pós-operatório necessitando monitorização ou suporte ventilatório ou requerendo intenso cuidado multidisciplinar, como:

- A - Cirurgias de grande porte;
- B - Cirurgias de médio porte com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de perviedade de vias aéreas;
- C - Cirurgias de médio porte em portadores de comorbidades;
- D - Transplante de órgãos intracavitários;
- E - Politrauma com instabilidade hemodinâmica ou neurológica;
- F - Grande perda de sangue per ou pós- operatória imediata.

#### 6.2.8. Doenças renais

Pacientes com doença renal instável, como:

- A - Insuficiência renal com necessidade de terapia dialítica ou preencha critérios de admissão hidroeletrólítico ou cardio- vascular;
- B - Rabdomiólise aguda com insuficiência renal.

#### 6.2.9. Doenças de outros sistemas ou vários sistemas

- A - Intoxicação exógena, com risco de descompensação;
- B - Disfunção de múltiplos órgãos;
- C - Hipertermia maligna;
- D - Grande queimado ou queimadura, com risco de comprometimento respiratório;
- E - Hipotermia levando a instabilidade;
- F - Acidentes elétricos ou ambientais;

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 10/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

G - Sepse com critérios de gravidade;

H - Quase afogamento com instabilidade ou afogamento.

## 7. CRITÉRIOS DE ALTA, TRANSFERÊNCIA E READMISSÃO

### 7.1. Critérios de Alta, Transferência e Readmissão

7.1.1. Considerar alta da UTI para enfermaria quando o estado fisiológico do paciente estiver estável e não haja mais necessidade de monitorização ou tratamento intensivos.

7.1.2. Considerar alta da UTI para enfermaria quando, apesar de apresentar piora clínica, o paciente não se beneficie mais dos cuidados (monitorização e tratamento) intensivos oferecidos.

7.1.3. Não é recomendado completar o desmame de suporte ventilatório fora do ambiente de terapia intensiva.

7.1.4. Basear a decisão de alta da UTI nos critérios que levaram o paciente a ser admitido, disponibilidade de recursos hospitalares, prognóstico do paciente, estabilidade clínica e cuidados que ainda sejam necessários.

7.1.5. Em relação as transferências Inter hospitalares, estas serão basicamente para suportes de tratamentos necessários que não possam ser ofertados pelo hospital.

7.1.6. A readmissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é determinada quando ocorre o retorno do paciente em até três dias após a alta para a Unidade de Internação ou retorno em até três meses após sua alta hospitalar e traz um enorme ônus ao sistema de saúde, além de desconforto ao paciente e a seus familiares.

### 7.2. A maioria das estratégias identificadas apresentam nível de evidência IV e incluem ações gerais

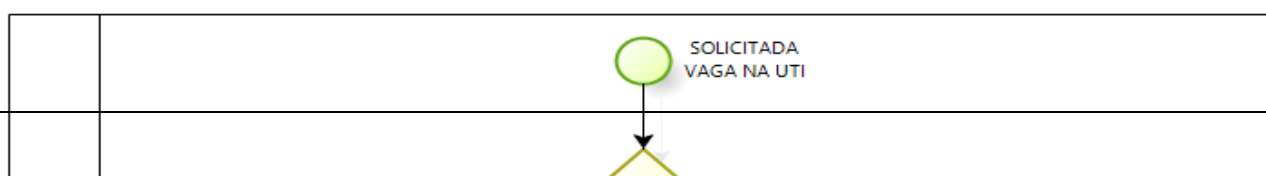
7.2.1. avaliação rigorosa do paciente antes de receber a alta da UTI (ALTA QUALIFICADA);

7.2.2. o controle do ganho e da perda de líquidos durante a permanência na UTI;

7.2.3. extubação precoce do paciente em pós-operatório pacientes em pós operatório de cirurgia do TGI.

## 8. FLUXOGRAMA

**Figura 1** – Fluxograma de acesso de paciente de UTI GERAL





Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 11/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

**Fonte:** Setor de Paciente Crítico - Hupaa-Ufal/Ebserh, 2023

## 9. MONITORAMENTO

- 9.1. Taxa de ocupação;
- 9.2. Tempo médio de internação em terapia intensiva;
- 9.3. Taxa de mortalidade;
- 9.4. Taxa de infecção por tipo, por procedimentos invasivos, de acordo com as normativas da ANVISA.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 12/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

## 10. REFERÊNCIAS

Guimarães, Hélio Penna, et al. Manual de terapia intensiva – AMIB. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. ISBN 978-85-388-0532-8

NATES, Joseph L. Et al. ICU Admission, Discharge and Triage guidelines. Critical Care Medicine. [s.l.], v.44, n.8, p.1553-1602, ago.2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.org/10.1097/ccm.0000000000001856>

Society of Critical Care Medicine, Guidelines for ICU Admission, Discharge and Triage guidelines. Critical Care Medicine, Si, v.3, n.27, p.633-638, mar.1999

## 11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	ELABORAÇÃO/REVISÃO	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	15/07/2023	Maria Erigleide Bezerra Ana Carolina Barros Falcao Galdino Monik Kelly Santos Lima	Elaboração do Protocolo de Acesso da UTI Geral



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UTIAD.001 - Página 13/13	
Título do Documento	<b>PROTOCOLO DE ACESSO À UTI GERAL</b>	Emissão: 13/07/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 13/07/2025

<b>Elaboração:</b>  Monik Kelly Santos Lima Chefe do Setor de Paciente Crítico  Maria Erigleide Bezerra Chefe da Unidade de Terapia Intensiva Adulto  Ana Carolina Barros Falcao Galdino Enfermeira Responsável Técnica da UTI Adulto	Data: ____/____/_____  Data: ____/____/_____  Data: ____/____/_____
<b>Análise:</b>  Gustavo Barros Marsiglia Chefe do Setor de Contratualização e Regulação	Data: ____/____/_____
<b>Validação:</b>  Serviço de Controle de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde – SCIRAS  Setor de Gestão da Qualidade	Data: ____/____/_____  Data: ____/____/_____
<b>Aprovação:</b>  Elisângela Cristina Albuquerque de Souza Gerente de Atenção à Saúde	Data: ____/____/_____

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte*