

Marcelo Barciela Brandão

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO
DO ESCORE *PEDIATRIC INDEX
OF MORTALITY II* NA PREDIÇÃO
DE MORTALIDADE EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA**

CAMPINAS

2011

MARCELO BARCIELA BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ESCORE
PEDIATRIC INDEX OF MORTALITY II NA PREDIÇÃO
DE MORTALIDADE EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA PEDIÁTRICA**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para a obtenção do título de
doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área
de concentração em Pediatria.*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMÍLIO CARLOS ELIAS BARACAT

CAMPINAS

2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

B733a Brandão, Marcelo Barciela
Avaliação do desempenho do escore *PIM II* (*Pediatric Index of Mortality II*) na predição de mortalidade em unidade de terapia intensiva pediátrica. / Marcelo Barciela Brandão. – Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Emílio Carlos Elias Baracat
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cuidados intensivos. 2. Pediatria. 3. Indicador de risco. 4. Mortalidade. I. Baracat, Emílio Carlos Elias. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em Inglês: Evaluation of pediatric index mortality II score performance in the prediction of mortality in a pediatric intensive care unit

Keywords: • Intensive care
• Pediatrics
• Risk indicator
• Mortality

Titulação: Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente
Área de Concentração: Pediatria

Banca examinadora:

Prof. Dr. Emílio Carlos Elias Baracat
Prof. Dr. José Roberto Fioretto
Prof. Dr. Renato Lopes de Souza
Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva
Prof. Dr. Ricardo Mendes Pereira

Data da defesa: 28.02.2011

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

Aluno Marcelo Barciela Brandão

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Emílio Carlos Elias Baracat

Membros:	
Professor (a) Doutor (a) Emílio Carlos Elias Baracat	
Professor (a) Doutor (a) José Roberto Fioretto	
Professor (a) Doutor (a) Renato Lopes de Souza	
Professor (a) Doutor (a) Marcos Tadeu Nolasco da Silva	
Professor (a) Doutor (a) Ricardo Mendes Pereira	

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/02/2011

DEDICATÓRIA

À Angela.

Esposa, companheira, amiga dedicada, o amor da minha vida.

Agradeço a todo apoio e compreensão em todos os momentos de nossas vidas, com você e seu sorriso tudo se torna possível e mais fácil.

Giovanna e André, filha e filho.

Amor incondicional.

Motivos mais do que suficientes para me manter ereto todos os meus dias.

Nena e Antônio, mãe e pai.

A base de tudo que sou.

Márcia e Guilherme, irmã e irmão.

A extensão de quem me entende e o exemplo de que precisamos nos superar.

Vovó Catarina, minha bisavó.

Através das histórias contadas pela minha mãe, meu exemplo de que nada é impossível e que os obstáculos existem e devem ser enfrentados.

AGRADECIMENTOS

Às crianças que participaram desta tese.

À UTI-Pediátrica do Hospital Estadual Sumaré, médicos, equipe de enfermagem e todos os funcionários que por ali passaram e ainda trabalham oferecendo o melhor de si no cuidado dos pacientes.

Ao Prof. Dr André Morcillo, por sua colaboração na análise estatística.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Prof. Dr. Emílio Carlos Elias Barcat, pelo apoio, confiança e colaboração.

*“Sou um só,
mas ainda assim sou um.
Não posso fazer tudo
mas posso fazer alguma coisa.
E, por não poder fazer tudo,
não me recusarei a fazer o pouco que posso.”*

Edward Everett Hale
1822-1909

LISTAS DE SÍMBOLOS E SIGLAS	<i>x</i>
LISTA DE TABELAS	<i>xii</i>
LISTA DE GRÁFICOS	<i>xiv</i>
RESUMO	<i>xvi</i>
ABSTRACT	<i>xviii</i>
1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Histórico da Implantação das Unidades de Terapia Intensiva	20
1.2. Influência da evolução das unidades de terapia intensiva e da mudança do perfil das doenças sobre os escores de avaliação de risco de óbito e gravidade	23
1.3. Avaliação de Qualidade em Unidades de Terapia Intensiva	26
1.4. Escores de Avaliação de Risco de Óbito e Gravidade	28
1.5. Uso de Escores de Avaliação de Risco de Óbito e Gravidade na UTI Pediátrica do Hospital Estadual Sumaré	34
2. OBJETIVOS	35
3. CASUÍSTICA e MÉTODOS	37
4. RESULTADOS	44
5. DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÃO	77
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
8. APÊNDICES	85

LISTA DE SIMBOLOS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BE	Base Excess
BiPAP	Bilevel Positive Airway Pressure
CAD	Cetoacidose Diabética
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CRV	Central de Regulação de Vagas
DMOS	Disfunção de Múltiplos Órgãos e Sistemas
DRAG	Doença Respiratória Aguda Grave
EUA	Estados Unidos da América
FiO₂	Fração inspirada de Oxigênio
FMOS	Falência de Múltiplos Órgãos e Sistemas
HC	Hospital das Clínicas
HES	Hospital Estadual Sumaré
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IL	Illinois
IRC	Insuficiência Respiratória Crônica
OR	Odds Ratio
p	Probabilidade do teste do qui-quadrado
PA	Pressão Arterial
PaO₂	Pressão parcial de Oxigênio Arterial
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Pediatric Index of Mortality
PRISM	Pediatric Risk of Mortality

PSI	Physiologic Stability Index
RN	Recém-nascido
ROC	Curva Operador-Receptor
RS	Rio Grande do Sul
SBP	Systolic Blood Pressure
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SMR	Standardized Mortality Ratio
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
TP	Tempo de Protrombina
TTPa	Tempo Total de Protrombina
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UR	Urgência Referenciada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
VPM	Ventilação Pulmonar Mecânica

	<i>Pág</i>
Tabela 1 - Distribuição dos principais diagnósticos e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009	52
Tabela 2 - Distribuição dos principais diagnósticos que evoluíram para ventilação pulmonar mecânica e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009	54
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes internados, óbitos encontrados (número absoluto e porcentagem), óbitos esperados (número absoluto e porcentagem) e Standardized Mortality Ratio na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, segundo ano	56
Tabela 4 - Distribuição dos principais diagnósticos que evoluíram para óbito e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.....	57
Tabela 5 Número total, número de óbitos, porcentagem de óbitos e intervalo de confiança, segundo os grupos de risco, nos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.....	58

	<i>Pág</i>
Tabela 6 - Número absoluto e porcentagem, óbitos encontrados, óbitos esperados, Standardized Mortality Ratio e porcentagem de óbito encontrado em relação ao esperado entre os grupos de risco, nos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009	59
Tabela 7 Valores de razão de risco (Odds Ratio) nos grupos II a V, considerando o grupo I como referência. Dados obtidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009..	60
Tabela 8 - Diagnóstico dos pacientes que evoluíram para óbito na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, nos grupos de risco I, II e III	61
Tabela 9 - População urbana, população rural e total da população das cidades que utilizam o Hospital Estadual Sumaré como referência de encaminhamento de pacientes	64
Tabela 10 - Tempo de internação de pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica em estudos que utilizaram escores de avaliação de risco	66
Tabela 11 - Comparação entre os estudos com pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica, segundo grupos diagnósticos	68
Tabela 12 - Comparação da probabilidade de óbito entre estudos com pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica...	72

	<i>Pág</i>
Gráfico 1 - Tempo de internação dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.....	45
Gráfico 2 - Sazonalidade das internações dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo mês do ano	46
Gráfico 3 - Distribuição por idade dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009	47
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo município de encaminhamento	48
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo forma de encaminhamento	49
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período 2006-2009, segundo via de encaminhamento	50

	<i>Pág</i>
Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo grupos diagnósticos	51
Gráfico 8 - Tempo de internação dos pacientes que evoluíram para óbito na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009..	55
Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo porcentagem de risco de óbito, calculado pelo PIM II	58



RESUMO

Escores de predição de mortalidade são instrumentos utilizados para a identificação de grupos de risco, visando orientar a adoção de medidas eficazes no tratamento precoce. O escore mais recente usado para essa finalidade é o **Pediatric Index of Mortality** (PIM) II. Este estudo avalia o desempenho do escore PIM II em unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Trata-se de um estudo prospectivo, observacional. Foram estudadas uma série de crianças internadas consecutivamente em uma UTIP brasileira, entre maio de 2005 a dezembro de 2009. Os cálculos do PIM II foram realizados conforme estabelecido pelo artigo original. Foi analisado o **Standardized Mortality Ratio** (SMR), que é a relação entre o número de óbitos encontrados pelo número esperado. A probabilidade de óbito foi dividida em cinco grupos de risco: menor de 1% (grupo I), entre 1 e 4% (grupo II), entre 5 e 14% (grupo III), entre 15 e 29% (grupo IV) e maior ou igual a 30% (grupo V). Na admissão e na evolução da internação foram registrados: idade, diagnóstico, tempo de internação, intubação orotraqueal e desfecho. Foram analisadas 769 admissões, com uma mediana de tempo de internação de 3,8 dias. A média de idade dos pacientes foi de 3,2 anos. Os grupos diagnósticos definidos pelo estudo original do PIM II mostraram um predomínio de doenças respiratórias (391 casos, 50,8%). Foram submetidos à ventilação pulmonar mecânica 453 pacientes (58,9%). Ocorreram 72 óbitos (9,4%), sendo que o número de óbitos esperado pelo PIM2 era de 51,58. O SMR foi 1,402, ou seja, valor 40,2% maior que o esperado. Entre os diversos grupos este valor foi 3,38 (grupo I), 1,85 (grupo II), 1,92 (grupo III), 0,83 (grupo IV) e 1,07 (grupo V). Na coorte de pacientes deste estudo, o número de óbitos nos grupos de menor risco (I, II e III) foi maior que o predito pelo escore PIM II.

Palavras chaves: Cuidados Intensivos, Pediatria, Indicador de Risco, Mortalidade



ABSTRACT

Mortality prediction scores are tools for the identification of risk groups, aiming to guide the adoption of more effective early treatment measures. Pediatric Index of Mortality (PIM) II is the more recent score used for this purpose. This study evaluates the performance of PIM II score in pediatric intensive care unit (PICU). It is a prospective, observational study. It was included all consecutive patients admitted between May 2005 and December 2009 in a Brazilian PICU. PIM II calculations were performed as set out by original article. It was analyzed the Standardized Mortality Rate (SMR), number of deaths encountered divided by the number expected. The risk of death was divided into five groups: less than 1% (group I), between 1 and 4% (group II), between 5 and 14% (group III), between 15 and 29% (group IV) and greater than or equal to 30% (group V). Upon admission and during hospitalization age, diagnosis, length of stay, orotracheal intubation and outcome were registered. A total of 769 patients were admitted and analyzed. The median length of stay was 3.8 days. The mean age of patients was 3.2 years. The diagnostic groups defined by the original PIM II study presented a prevalence of respiratory diseases (391 cases, 50.8%). A total of 453 patients (58.9%) underwent mechanical ventilation. There were 72 deaths (9.4%), while the number of deaths expected using PIM II was 51.58. The Standardized Mortality Ratio was 1.402 that is 40.2% greater. Among the several groups, this value was 3.38 (group I), 1.85 (group II), 1.92 (group III), 0.83 (group IV) e 1.07 (group V). In the cohort of patients in this study, the number of deaths encountered in the low risk groups (I, II and III) was higher than the prediction by PIM II score.

Key Words: Intensive Care, Pediatrics, Risk Indicator, Mortality

1. INTRODUÇÃO

1.1. Histórico da Implantação das Unidades de Terapia Intensiva

A primeira unidade assistencial hospitalar reconhecida como Unidade de Tratamento Intensivo foi desenvolvida em Copenhague (Dinamarca) na década de 50, dirigida para o cuidado de pacientes vítimas da epidemia de poliomielite. Nos Estados Unidos da América (EUA), a implantação desses serviços iniciou-se na década de 60, voltado predominantemente para o tratamento de pacientes adultos (1). Nos anos 70, com o avanço do conhecimento científico e tecnológico no tratamento de pacientes criticamente enfermos, os profissionais de saúde reconheceram que unidades especializadas e individualizadas eram necessárias e fundamentais para melhorar o cuidado desse grupo específico de pacientes. A partir daí, ocorreu uma disseminação na implantação desses serviços dentro dos hospitais gerais.

O surgimento das unidades de tratamento intensivo pediátrico foi concomitante a esse processo. Na década de 50, John Downes identificou cinco áreas cruciais da medicina que precisavam desenvolver protocolos assistenciais, tratamentos dirigidos às doenças mais prevalentes e capacitação de profissionais especializados em cada área (2). Citando o cuidado intensivo pediátrico e neonatal, o autor priorizou as seguintes áreas:

- Assistência respiratória intensiva para adultos,
- Neonatologia e terapia intensiva neonatal,
- Cirurgia pediátrica,
- Cirurgia cardíaca pediátrica,
- Anestesiologia pediátrica.

Assim, essas unidades foram implantadas inicialmente para recém nascidos de risco e crianças submetidas a cirurgias cardíacas. Posteriormente, foram ampliadas para atender a outras categorias de doenças que apresentavam o mesmo perfil de gravidade.

A primeira Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) foi criada na Europa em 1955 por Goran Haglund no Hospital Infantil de Gotemburgo (Suécia), 10 anos

antes da unidade do Hospital Infantil do Distrito de Columbia (EUA) ter sido desenvolvida por Cheston Berlin (2). Oficialmente a primeira UTIP nos EUA foi inaugurada em 1967 no Hospital Infantil da Filadélfia pelo Dr. John Downes (1). Esses serviços foram instituídos tanto na América do Norte como no continente europeu, por iniciativa de pioneiros como Mark C. Rogers, a partir da constatação que a organização de um setor especializado para pacientes pediátricos graves qualificava o tratamento e melhorava a sobrevivência do doente. Este modelo foi se organizando de modo a evoluir para o formato das atuais UTIPs (3).

No Brasil, este fenômeno ocorreu em meio a várias epidemias de doenças infecciosas, inicialmente nos hospitais públicos, premidos pela necessidade de implantar unidades com isolamento deslocadas da área física das enfermarias gerais (3). Ao mesmo tempo, outros pacientes com condições clínicas graves eram também transferidos para estas áreas, como os portadores de insuficiência respiratória e as vítimas de politraumatismo (4).

Assim, na década de 80, nos grandes centros metropolitanos, e seguindo o exemplo dos Estados Unidos da América, Canadá e Europa, foram constituídas as primeiras UTIPs no Brasil, através da iniciativa de médicos pediatras como Anthony Wong, Mario Telles Jr., Werther Brunow de Carvalho, Mario Hirschheimer, Pedro Celeni Garcia e Jefferson Piva, entre outros (3). O objetivo principal dessas UTIPs era oferecer cuidados para pós-operatório de cirurgia cardíaca, tratamentos dirigidos aos quadros infecciosos graves e promover suporte renal e respiratório (4).

Neste mesmo período, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), esse processo iniciou-se com a criação da Unidade de Pacientes Graves, que deu origem à atual UTIP, com a participação do médico pediatra Carlos Eduardo Lopes na formação e organização do serviço.

No setor público, as UTIPs começaram com o cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardiovascular, neurocirurgia e transplante renal. Posteriormente, foram incorporados os pacientes com doenças oncológicas com complicações agudas e outras condições clínicas que exigiam monitorização constante (4). A divisão inicial em cuidados cirúrgicos e clínicos repercutiu nos grandes centros na região Sul e Sudeste, e hoje é comum a divisão da UTIP em UTIP geral e UTIP cardíaca.

O crescimento dos programas de transplantes de fígado, coração e medula óssea na última década, com uma estratégia particular de financiamento do Ministério da Saúde, levou a um novo impulso na formação dos serviços voltados ao tratamento intensivo pediátrico, com envolvimento de hospitais públicos e privados (4).

Apesar da evolução do cuidado ao paciente pediátrico crítico e da disseminação das UTIPs pelo país, obstáculos ainda precisam ser superados. Como o sistema de saúde no Brasil se apóia em grande parte no setor público, frequentemente a demanda excede a capacidade dos hospitais e serviços especializados, levando a uma escassez crônica de leitos e equipamentos. Este fenômeno é observado principalmente durante a estação do inverno, pela alta incidência de doenças respiratórias e insuficiência respiratória que requer o uso de aparelhos de ventilação mecânica. Nessa situação, é comum o atraso no encaminhamento aos serviços terciários de atenção hospitalar, com subsequente aumento na morbidade e mortalidade devido à falta de cuidados intensivos oferecidos em momento oportuno (4).

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define atualmente como Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica aquela que atende a pacientes com idade entre 29 dias e 14 ou 18 anos, sendo este limite superior definido de acordo com as rotinas de cada instituição. Ainda determina que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal devam ocupar salas distintas e exclusivas dentro de cada hospital. Permite ainda a existência de UTI pediátrica mista, destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos, mas com separação física entre os dois ambientes. Como norma, deve ser designado um responsável técnico médico com habilitação em medicina intensiva pediátrica e médicos diaristas e plantonistas com habilitação em medicina intensiva pediátrica na proporção um para cada dez leitos ou fração. Cada leito deve dispor de equipamento e materiais que permitam monitorização contínua de frequência cardíaca, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura e pressão arterial não invasiva, e um aparelho de ventilação pulmonar mecânico microprocessado na relação de um para cada dois leitos. Outras especificações estão dispostas no Diário Oficial da União nº 37 de fevereiro de 2010 (5).

1.2. Influência da evolução das unidades de terapia intensiva e da mudança do perfil das doenças sobre os escores de avaliação de risco de óbito e gravidade

Os escores de avaliação de risco de óbito e gravidade foram desenvolvidos para analisar qualquer tipo de doença. A forma como as UTIPs foram implantadas, seguindo uma lógica de tratamento dirigido para determinadas especialidades, fez com que houvesse subdivisões dentro do tratamento intensivo em Pediatria. Historicamente, dentro dos grandes centros hospitalares, os serviços de terapia intensiva pediátrica organizaram-se para o atendimento especializado e exclusivo de pacientes com determinadas condições clínicas, como as cirúrgicas, onco-hematológicas, e os pós-operatórios de cirurgia cardíaca. Ao lado dessas UTIPs especializadas, e particularmente nos centros urbanos menores, estão as UTIPs gerais, com demanda indistinta de pacientes clínicos e cirúrgicos. Mesmo assim, ainda existe um predomínio de uma condição sobre a outra, dependendo da população de referência e das características assistenciais de cada serviço. Hospitais com capacidade de atender casos mais complexos são considerados referências principalmente no que se refere aos casos cirúrgicos (transplantes de órgãos) e os que necessitam terapias de substituição renal (hemodiálise, hemodiafiltração).

Ainda, uma mesma unidade hospitalar pode apresentar mudanças na sua casuística de pacientes internados para tratamento intensivo no decorrer do tempo. Em levantamento realizado em serviço universitário na cidade de Porto Alegre (RS), a admissão de pacientes clínicos representava 73,1% dos casos (6) no período 1978-1994. Novo levantamento cinco anos depois, mostrou uma mudança substancial, com 56% de pacientes admitidos com situações clínicas e 44% cirúrgicas (7). Essa mudança poderia representar uma estratégia assistencial para atender necessidades locais, ditado por uma rápida transição epidemiológica na incidência das doenças, ou mesmo um reordenamento na hierarquia de serviços daquela região.

A aplicação dos escores de avaliação de risco de óbito e gravidade pode ser feita em qualquer tipo de doença. Entretanto, quando ocorre predomínio de uma única

situação clínica em uma UTIP, o desempenho do escore é comprometido. Czaja et al., em estudo recente realizado em uma UTIP com pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, demonstraram que o **Pediatric Index of Mortality** (PIM) II como escore de avaliação de risco apresentou desempenho ruim, não recomendando seu uso como instrumento de avaliação em UTIs com aquele perfil de pacientes (8).

Com o decorrer dos anos, desde a abertura das primeiras UTIPs, o perfil de internação das doenças clínicas vem mudando. Essa transição epidemiológica é fruto do avanço no conhecimento científico das doenças, do aparato tecnológico disponível para a área médica mas, sobretudo reflete as melhorias das condições de saúde da população, como a ampliação da rede de saneamento básico, rede elétrica, acesso aos serviços de saúde, programas de imunização e aumento de renda *per capita* e escolaridade. Cabe destaque o desenvolvimento de novas vacinas para as doenças infectocontagiosas como varicela, pneumococo, *Haemophilus influenzae B*, rotavirus entre outras. Comunidades que apresentam melhorias e acesso a estes recursos tendem a apresentar menor número de casos de doenças infecciosas como pneumonias e diarreias, dando lugar às doenças respiratórias virais como bronquiolites agudas, e doenças respiratórias imunomediadas como asma, que passam a ser as principais causas de internação. Esta mudança do perfil das doenças pode ser demonstrada através de estudo realizado na UTIP do HC-UNICAMP entre 1994 e 1998 onde foram analisadas 72 internações por choque secundário a diarreia aguda (9). Reavaliação feita entre 2004 e 2006, apenas 10 anos após, demonstrou uma queda na incidência da doença de 18 para 5 internações ao ano (10).

O avanço da medicina também provoca uma mudança constante nos cuidados para grupos específicos de pacientes. É o que podemos observar com os pacientes recém-nascidos (RN) de baixo peso e prematuros, que passaram a apresentar maior sobrevida e, por conseguinte, ocorreu um aumento no número de casos de doença pulmonar crônica (broncodisplasia). A mesma análise pode feita com outros grupos de doença, como os portadores de fibrose cística, de sequelas respiratórias, os neuropatas, que passaram a constituir um grande contingente dos doentes admitidos e mantidos em unidades de terapia intensiva por longos períodos.

Os escores de avaliação de risco de óbito e gravidade permitem a avaliação de todos estes casos. Entretanto, à medida que o perfil das unidades assistenciais e das doenças se modifica, é necessário um reajuste dos escores. É o que foi observado na evolução dos escores de risco de óbito, especificamente do **Pediatric Risk of Mortality (PRISM)** para o PRISM III e do PIM para o PIM II.

1.3. Avaliação de Qualidade em Unidades de Terapia Intensiva

Na história do desenvolvimento e organização de uma UTI, sempre houve a busca por instrumentos capazes de avaliar o risco e gravidade do paciente crítico. As unidades de terapia intensiva são ambientes que apresentam alto nível de estresse, juntamente com os centros cirúrgicos e as unidades de emergência (11). Os pacientes tornam-se mais vulneráveis a erros humanos, secundários a problemas gerados dentro da equipe multiprofissional que atua dentro da unidade. Esses erros podem levar a um aumento da gravidade da doença e a necessidade mais frequente de intervenções (11). Neste contexto, a UTIP é única, por conta da heterogeneidade do paciente, faixas etárias distintas com características fisiológicas próprias, variedade de diagnósticos, e diversas modalidades de tratamento, com diversos tipos de medicamentos, em variadas doses. Estes fatores associados à complexidade estrutural da UTIP resultam em um sistema potencialmente de risco.

Por conta deste ambiente de estresse associado ao grande risco que representa, houve a necessidade de desenvolver indicadores de qualidade de serviços, que pudessem oferecer, de modo objetivo, uma medida das condutas inadequadas adotadas nos serviços que poderiam ter interferido na sobrevivência do paciente. Para tanto, era necessário também buscar um instrumento para avaliação de gravidade e/ou risco de cada situação clínica. Essa medida, que seria o resultado esperado para cada paciente, poderia então ser comparada com a obtida em cada caso. Pequenas diferenças entre as duas medidas atestariam a qualidade do serviço (11).

O PRISM III e o PIM II são os dois escores de avaliação de gravidade de doença mais comumente utilizados em pediatria. Ambos os escores preveem mortalidade pela avaliação de gravidade da doença, através de critérios de base fisiológica. Além desses dois escores, pode também ser determinado outro marcador de qualidade, que é a relação da mortalidade observada pela prevista, ou **Standardized Mortality Ratio (SMR)**, que permite, não somente uma avaliação de cada serviço, mas compara diferentes UTIPs (12).

Como instrumento de avaliação de qualidade dos serviços, a utilização desses modelos de avaliação de gravidade vem sendo incorporado por diversas organizações. Nos

EUA, a **Joint Commission on Accreditation of Health-Care** avalia a qualidade das UTIPs através de vários indicadores, além do SMR (11), como o tempo de internação relacionado à gravidade da doença, a taxa de readmissões (com revisão sistemática), avaliação da dor à admissão e durante a internação, a adoção de práticas de medicação segura e de prevenção de infecção relacionada a cateter venoso central.

A utilização dos escores de avaliação de gravidade como instrumento na avaliação de qualidade deve promover algum impacto na mortalidade. Entretanto esta análise não pode ser feita de maneira isolada, pois existem múltiplas variáveis que podem interferir na mortalidade, como melhorias na educação continuada e treinamento de médicos e pessoal de enfermagem, avanços tecnológicos em equipamentos e medicamentos e o melhor conhecimento da fisiopatologia das doenças. Namachivayam et al., em uma análise das últimas três décadas em terapia intensiva pediátrica na Austrália, mostraram uma queda na mortalidade e na SMR, utilizando-se o PIM e o PIM II como instrumentos de avaliação (13). De janeiro a dezembro de 1996, utilizando-se o PIM em pacientes acima de um mês de idade, a taxa de óbitos foi de 4,7%, para um valor esperado de 5,8% e SMR de 0,80; no período de 2005 e 2006 utilizando-se o mesmo instrumento ocorreram 3,3% de óbitos, para o valor esperado de 5,6% e SMR de 0,59 (13). Deve-se destacar que nesse último período analisado, o PIM/PIM II passou a ser utilizado como instrumento de avaliação de qualidade e este fato esteve associado a melhoria no prognóstico dos pacientes, e, portanto, diminuição das taxas de óbito.

1.4. Escores de Avaliação de Risco de Óbito e Gravidade

O primeiro escore definido para a UTIP foi o **Clinical Classification Scoring System**. É um escore qualitativo, baseado em avaliação subjetiva e antecipada das necessidades clínicas do paciente. É formado por quatro classes de situações clínicas com gravidade crescente (14):

- Classe I: Pacientes em pós-operatório de rotina que não requerem cuidados intensivos;
- Classe II: Pacientes fisiologicamente estáveis que requerem observação profilática durante a noite;
- Classe III: Pacientes fisiologicamente estáveis que requerem cuidados de enfermagem intensivos e monitorização; e
- Classe IV: Pacientes fisiologicamente instáveis que requerem cuidados de enfermagem e médicos intensivos com uma necessidade freqüente de reavaliação e ajustes da terapia.

Embora com metodologia simples para os padrões atuais, o escore estabeleceu a gravidade da doença como um conceito relacionado à instabilidade fisiológica e às terapêuticas oferecidas ao paciente (15).

Esse escore foi rapidamente seguido pelo **Therapeutic Intervention Scoring System** (TISS) (16). O TISS se fundamenta na utilização de recursos terapêuticos (ventilação pulmonar mecânica, infusão de agentes vasoativos, entre outros) em situações de piora clínica do paciente. Assim, o número e a complexidade dos recursos terapêuticos que são necessários para cada paciente substituem a pontuação baseada na gravidade da doença ou na alteração de parâmetros clínicos. Além disso, a somatória das terapêuticas utilizadas compõe uma pontuação (TISS pontos), que pode também ser correlacionada com custos hospitalares.

Considerando ainda a gravidade da doença, a definição do conceito de falência ou disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (FMOS/DMOS) e a sequência em que

ocorrem, também foram fundamentais para avaliar o prognóstico do paciente e seu risco de óbito (17). Esses conceitos passaram a ter importância a partir da observação de que a taxa de mortalidade aumentava à medida que o número de órgãos considerados em disfunção aumentava (18). Uma alta instabilidade fisiológica na admissão também está relacionada ao alto risco de desenvolver FMOS ou DMOS.

Dentro de uma UTIP as medidas mais comumente avaliadas na evolução são a mortalidade, a disfunção de órgãos, o tempo de internação e a evolução funcional. O desenvolvimento de um escore de gravidade de doença ou de estadiamento de risco requer algumas e importantes etapas (18). Deve-se definir o resultado esperado (variável dependente), identificar as variáveis preditivas (variáveis independentes) e para minimizar o viés observacional, os dados utilizados devem ser previamente selecionados e coletados de modo cego. A seleção final das variáveis preditivas e o seu relativo peso ou importância é realizada a partir de variáveis estatisticamente relevantes usando a combinação da opinião de especialistas e uma análise estatística. Estas variáveis podem ser clínicas e/ou laboratoriais com características dinâmicas, portanto devem mudar em relação ao tempo. Para serem válidas deve ser de fácil caracterização, não exigir grande experiência do observador, ser facilmente reproduzível e não necessitar de grande sofisticação de recursos.

Os sistemas de avaliação serão considerados válidos e bem sucedidos quando puderem estratificar o risco com a maior precisão possível. Para que isso ocorra, algumas medidas deverão estar presentes, e a confiança ocupa um lugar de destaque. Esta deriva de uma medida que o observador obtém para uma variável, reproduzível e com o mesmo valor quando for novamente medida, seja pelo mesmo observador (confiança de intraobservação) ou por observador diferente (confiança de interobservação).

O uso de métodos estatísticos para o desenvolvimento de um escore é relativamente rotineiro. Análise multivariada, que é o padrão estatístico atual para seleção da variável e a determinação dos pesos relativos em um escore ou coeficientes em um modelo de predição; regressão logística multivariada, mais utilizada para variáveis dicotômicas (p.ex., sobrevivência e morte); análise de regressão linear múltipla para variáveis contínuas (p.ex., tempo de internação); e análise linear multivariada ou análise

discriminante quadrática para resultados categóricos (p.ex., os diagnósticos) (19). Já as principais medidas utilizadas na avaliação de desempenho são: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. Para medidas ordinárias ou contínuas usadas em modelos de predição de mortalidade, duas medidas essenciais e objetivas de desempenho de uma contagem são a discriminação e a calibração. Discriminação ou a habilidade de um modelo distinguir entre grupos de resultado é avaliada utilizando-se, na maioria das vezes, a área abaixo da Curva Operador-Receptor (ROC). Calibração mede a correlação entre os resultados preditos e os resultados obtidos em relação à predição de risco, sendo que o método mais usado para medir esta calibração dos escores é a estatística de ajuste proposta por Hosmer e Lemeshow, em 1989, ou uma avaliação de erro de predição sistemático por décimos de predição (20,21,22).

Dos vários tipos de escore de estadiamento de risco destacam-se os prognósticos (preditivos) e os evolutivos. Destaque será dado aos escores prognósticos, pois foram a partir deles que se desenvolveu o PIM II, instrumento utilizada neste trabalho.

Os escores prognósticos ou preditivos foram desenvolvidos para poder prever com a máxima certeza o risco total de mortalidade entre grupos de pacientes criticamente enfermos. Estes escores consideram algumas comorbidades e desordens fisiológicas na chegada do paciente à UTIP. Os dois modelos principais e mais usados são o PRISM, utilizado principalmente em países da América do Norte e o PIM, usado mais frequentemente na Europa, Oceania e nos países em desenvolvimento (15).

O PRISM foi desenvolvido por Pollack et al. em 1988 a partir do **Physiologic Stability Index** (PSI) (23), tornando-se desde então um dos principais instrumentos na avaliação de probabilidade de óbito, sendo considerado o padrão ouro para o desenvolvimento de outros modelos prognósticos similares. Pode ser usado desde o período neonatal até a adolescência, mas não é indicado para pacientes recém-nascidos prematuros ou adultos. O escore PRISM apresenta 14 variáveis (apêndice 1), que devem ser coletadas nas primeiras 24 horas de internação na UTIP, sendo considerados apenas os piores valores encontrados (24).

Com o desenvolvimento do PRISM para avaliação de risco de mortalidade alguns estudos fora dos EUA foram realizados: um estudo conjunto no México e Equador (25), outro na Itália (26) e outro na Rússia (27). Em todos eles foi encontrada uma mortalidade maior do que a esperada com o uso do PRISM. Assim, os autores destes estudos passaram a questionar se características presentes nas UTIs do estudo original pudessem não estar presentes em outros serviços onde fosse aplicado o PRISM, recomendando que calibrações fossem realizadas neste escore.

A partir do PRISM e os resultados obtidos com sua utilização, foram desenvolvidas novas versões com a inclusão de novas variáveis e a retirada de outras, com a finalidade de aprimorar o escore. Desta forma, em 1996, surgiu o PRISM III (28), que, das variáveis originais do PRISM, não incluiu pressão arterial diastólica, frequência respiratória, relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ e concentrações séricas de bilirrubina e cálcio. Já as variáveis que foram incluídas no PRISM III são temperatura, pH, PaO_2 , concentração de creatinina, concentração de ureia, número de leucócitos totais e contagem de plaquetas (28). Além disso, outra diferença em relação à primeira versão foi sua calibração permitindo ser formatado em dois modelos, um com coleta de dados nas primeiras 12 horas (PRISM III-12) e outro nas primeiras 24 horas (PRISM III-24). O PRISM III-24h apresentou um desempenho melhor, pois incorpora a maioria das informações durante um período de tempo maior. O uso do modelo PRISM III-12, segundo os autores, se coloca mais atraente para as avaliações da qualidade, pois ao encurtar o período de observação separa este do tempo de tratamento, enquanto o PRISM III-24 é mais acurado para avaliação individual do risco de mortalidade (28). Apenas a primeira versão tem o uso liberado e de domínio público.

Todos os escores da série PRISM incluem dados das primeiras 24 horas de internação, e não apenas os dados da chegada do paciente à UTI. Desta forma, para uma melhor aferição, os dados devem ser coletados o mais rápido possível, considerando que o cálculo do escore pode apresentar valores distorcidos pelas intervenções adotadas que levam a melhora clínica do paciente. Assim, unidades que coletam dados mais tardiamente dentro das primeiras 24 horas de internação poderão ter resultados melhores se comparados com aquelas que coletam dados mais precocemente. Outro possível viés está associado ao

fato de os escores PRISM permitirem a coleta dos dados até a morte do paciente naqueles que evoluem para óbito nas primeiras 24 horas de internação. Dado que um número significativo de pacientes evolui para óbito neste período, o escore estaria diagnosticando o óbito e não prevendo a probabilidade de óbito (29).

Nos anos de 1990 um grupo de pesquisadores da Austrália, além de Reino Unido e Nova Zelândia, liderados por Shann et al. começaram a desenvolver um novo escore prognóstico. A tentativa de estabelecer um novo escore fez-se necessária, pois apesar do PRISM e PRISM III serem excelentes escores, o número de dados a serem coletados era considerado grande, o que levava a baixa aderência de uso. Além disso, continha os vieses já descritos em relação ao longo período em que os dados poderiam ser coletados (29). De qualquer forma, o PRISM e o PRISM III foram utilizados como o padrão ouro na formulação deste novo escore (29). Assim, um novo escore, para ser aprimorado a partir do padrão ouro considerado até então, deveria conter menor número de dados e estes coletados em um intervalo de tempo menor, para que diminuísse a interferência das condutas dentro das primeiras 24 horas de internação na UTIP.

Em 1997 surgiu o PIM em sua primeira versão (29). Constava de oito variáveis que devem ser colhidas na primeira hora de internação: gasometria para análise da paO_2 e **base excess** (BE); exame clínico com avaliação das pupilas e pressão arterial (PA) sistólica; FiO_2 (fração de oxigênio) oferecida ao paciente; se o paciente evoluiu para ventilação pulmonar mecânica na primeira hora de internação; se o paciente havia sido internado de forma eletiva ou para algum procedimento; se apresenta diagnósticos de pior prognóstico (apêndice 2). O risco de óbito foi dividido em cinco grupos: o Grupo I com um risco menor de 1%, o Grupo II entre 1 e 4%, o Grupo III entre 5 e 14%, o Grupo IV: entre 15 e 29%, e o Grupo V maior ou igual a 30%. No estudo original foi analisado um total de 5.695 internações em oito UTIPs, demonstrando uma boa aplicabilidade do escore, com melhores resultados quando aplicados a grupos de pacientes. Não é recomendado para descrever pacientes individualmente e não deve ser usado para influenciar condutas terapêuticas (29).

Após sua publicação, um estudo realizado no Reino Unido utilizando o PIM mostrou sua fácil aplicabilidade, mas foram identificados pontos críticos, que apesar de não

interferir no resultado final, mostravam variações de valores entre as diversas unidades assistenciais (30). Outro estudo, este realizado no Brasil, utilizou e comparou o PIM e o PRISM, e foi observado que, embora o PIM apresentasse uma pior calibração no conjunto dos resultados, os dois escores apresentavam boa capacidade de discriminar entre sobreviventes e não sobreviventes, sendo instrumentos de desempenho comparáveis na avaliação prognóstica (7).

No final dos anos de 1990 e início de 2000, o mesmo grupo que criou o PIM, agora liderado por Slater et al., analisando os resultados obtidos e observando que o PIM fora realizado predominantemente em UTIPs australianas revisou e atualizou a antiga versão, e em 2003 foi lançado o PIM II (31). Esta nova versão foi validada com 20.787 crianças criticamente enfermas internadas em 14 UTIPs do Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia. Nessa versão, constavam os mesmos dados apresentados na versão anterior, acrescentando os diagnósticos de baixo risco e revendo os diagnósticos de alto risco, com acréscimo de falência hepática e retirada de atraso neuropsicomotor (apêndice 3). Além disso, estabelecia a coleta dos dados na primeira hora de internação na UTIP (31). Esta nova versão permitiu uma melhor avaliação do risco de mortalidade na chegada do paciente à UTIP em relação ao PIM. As recomendações feitas para a primeira versão permaneceram, ou seja, também o PIM II deve ser aplicado a grupos e não deve ser usado para influenciar a conduta (31). Outra vantagem dos escores do grupo PIM sobre o grupo PRISM é seu domínio público, de uso liberado e sem custos.

Após a publicação do PIM II, vários estudos realizados em países com diferentes níveis socioeconômicos como Reino Unido, Itália, Espanha, Argentina, Índia, Coreia do Sul e Paquistão vêm demonstrando a sua aplicabilidade como instrumento para avaliação da probabilidade de óbito e resultados muito próximos, quando não melhores, se comparado com o PRISM (32,33,34,35,36,37,38). Entretanto alguns autores, em países em desenvolvimento, vêm demonstrando uma subestimação na previsão dos óbitos (36,38). Mesmo com essas críticas, em levantamento realizado através de busca **Medline** desde 2003, não há publicações de casuísticas brasileiras utilizando o PIM II.

1.5. Uso de Escores de Avaliação de Risco de Óbito e Gravidade na UTI Pediátrica do Hospital Estadual Sumaré

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que tem como missão proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso, recomendava desde 1998 a utilização do PRISM como instrumento de avaliação de UTIPs. A partir de fevereiro de 2010, com resolução publicada no Diário Oficial da União, não há orientação para o uso de determinado escore para avaliação de UTIPs, ficando a cargo de cada unidade a escolha de um sistema recomendado por literatura científica especializada (5).

Na UTIP do HC-UNICAMP no final dos anos de 1990 iniciou-se a implantação de um sistema de avaliação de gravidade dentro da unidade com o PRISM como este instrumento de avaliação. Tal projeto foi levado à frente, mas logo foi observado que o número de variáveis era elevado e não havia uma grande aderência por parte da equipe. Após a publicação por Shann et al. em 1997 do PIM e a necessidade de utilização de um escore prognóstico para avaliação do serviço, foi proposto e aceito pelo grupo sua utilização por um período de um ano. Neste período, o PIM se mostrou de fácil aplicação e interpretação e um instrumento útil na avaliação da gravidade e mortalidade (39). Apesar da ANVISA recomendar o uso do PRISM, a UTIP do HC-UNICAMP entendeu que, sendo o PIM um instrumento de avaliação prognóstico desenvolvido a partir do PRISM, poderia ser usada como instrumento de avaliação da unidade. A partir da publicação do PIM II em 2003, este passou a ser usado como escore prognóstico.

Em 2000 é inaugurado o Hospital Estadual Sumaré (HES), que já contava com leitos pediátricos em enfermaria. Frente à demanda regional, no ano de 2005 passa a funcionar a UTIP e desde seu início, o escore PIM II é o utilizado na avaliação prognóstica dos pacientes e da própria unidade.

2. OBJETIVOS

- **Objetivo geral**

Descrever e analisar o perfil dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva pediátrica e a aplicabilidade e desempenho do escore de avaliação de risco PIM II (**Pediatric Index of Mortality II**) na predição de óbito.

- **Objetivos específicos**

1. Descrever e analisar o perfil dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva pediátrica de hospital de complexidade secundária.

2. Determinar a taxa de mortalidade geral da unidade e comparar com a taxa esperada segundo o escore PIM II.

3. Avaliar o desempenho do escore PIM II na predição de óbito nos grupos de risco.

— 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

A UTI pediátrica do HES-UNICAMP é um serviço pertencente a um hospital de complexidade secundária, ligado à Universidade Estadual de Campinas, na região metropolitana de Campinas (estado de São Paulo). Planejado inicialmente para servir de referência para um grupo de cinco municípios, essa cobertura foi ampliada para seis a partir de 2009. Pacientes de outras localidades são encaminhados quando há falta de leitos de terapia intensiva nos municípios fora da região de referência. O estado de São Paulo apresenta um índice de mortalidade infantil de 12,5 (nº de óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos), enquanto que na região do Departamento Regional da Região de Campinas esse índice é de 11,2, com cada cidade apresentando o respectivo índice: Americana 8,0; Hortolândia 10,2; Monte Mor 7,8; Nova Odessa 6,1; Santa Bárbara d'Oeste 12,3; e Sumaré 12,5 (40). A população abrangida pelo hospital é de 714.059 habitantes (com a incorporação de mais um município passou a 924.760 habitantes) de predomínio urbano (41), com um PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* médio de R\$ 21.549,76 para os cinco municípios e R\$ 22.309,00 com o sexto município (42).

Inaugurada em 2005, a UTI pediátrica do HES-UNICAMP dispõe de seis leitos destinados a pacientes com idade até 13 anos. Trata-se de uma unidade multidisciplinar, atendendo quadros de moderada complexidade, desde insuficiência respiratória até pós-operatório de cirurgia cardíaca que não necessite de circulação extracorpórea. Quanto aos recursos humanos, é formada por um corpo médico constituído por dez profissionais de terapia intensiva, além de pessoal de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais colaboradores de diversas áreas.

Este trabalho é um estudo de coorte prospectivo, de análise observacional, realizado entre maio de 2005 e dezembro de 2009, que avaliou risco de mortalidade utilizando o escore PIM II. O índice foi utilizado em todas as admissões consecutivas ocorridas durante este período. As variáveis foram colhidas na primeira hora da chegada do paciente à UTI, conforme a orientação do trabalho original (29).

As variáveis obtidas foram:

1. Pressão arterial (PA) sistólica em mmHg. Se desconhecida: 120 mmHg; se o paciente estiver em parada cardiorrespiratória: zero; se o paciente

estiver com quadro clínico de choque (sem possibilidade de mensuração): 30 mmHg.

2. Resposta das pupilas à luz (>3 mm e ambas fixas=1, outra resposta ou desconhecida = 0). Reações pupilares à luz são usadas como um índice de função cerebral. Não registrar os achados anormais referentes ao uso de medicamentos, drogas ilícitas ou lesão ocular.

3. PaO₂ (pressão parcial de oxigênio arterial) (desconhecido=0) e FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) (desconhecido=0). Registrar se o oxigênio administrado é por via endotraqueal ou tenda de oxigênio.

4. **Base excess** (BE) (diferença de base) arterial (desconhecido=0).

5. Ventilação mecânica em algum momento na primeira hora de UTI (não=0; sim=1). Ventilação mecânica inclui CPAP (**continuous positive airway pressure**) ou BiPAP (**bilevel positive airway pressure**) nasal/máscara ou ventilação por pressão negativa.

6. Internação eletiva (não=0; sim=1). Internação eletiva inclui internação após cirurgia eletiva ou procedimento eletivo, monitorização eletiva, ou revisão de ventilação domiciliar. Internação em UTI também é considerada eletiva se puder ser mantida por mais de seis horas sem eventos adversos.

7. Recuperação de cirurgia ou procedimento como principal causa de internação (não=0; sim=1). Recuperação de cirurgia ou procedimento inclui procedimentos radiológicos ou cateter cardíaco. Não inclui pacientes provenientes do centro cirúrgico onde a recuperação da cirurgia não é a principal causa de admissão na UTI.

8. Admissão após **bypass** (circulação extra corpórea) cardíaco (não=0; sim=1). Estes pacientes podem ser classificados como recuperação pós-operatória.

9. Se havia uma das condições abaixo, consideradas diagnósticos de alto risco:

- Parada cardíaca antes da internação, dentro ou fora do hospital. O registro exige documentação da ausência de pulso ou utilização de compressão cardíaca externa;

- Imunodeficiência combinada grave;

- Leucemia/linfoma após primeira indução;

- Hemorragia cerebral espontânea. Excluir hemorragia cerebral secundária a trauma ou hemorragia epi/subdural;

- Miocardiopatia ou miocardite;

- Síndrome do coração esquerdo hipoplásico. Devem ser incluídas todas as idades, mas somente os casos onde o procedimento de **Norwood** ou equivalente foi necessário no período neonatal para manter a vida;

- Infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV);

- Falência hepática aguda ou crônica como principal causa de internação na UTI. Devem ser incluídos pacientes internados para recuperação após transplante hepático;

- Desordem neurodegenerativa.

10. Se havia uma das condições abaixo consideradas diagnósticos de baixo risco:

- Asma;

- Bronquiolite, com ou sem apnéia;

- Crupe;

- Apnéia obstrutiva do sono. Também devem ser incluídos pacientes internados após adenoidectomia e/ou amigdalectomia, e que tiveram a apnéia

obstrutiva do sono como principal razão para internação em UTI (classificar como recuperação de cirurgia);

- Cetoacidose diabética.

No momento da admissão e na evolução, também foram registrados os seguintes dados: idade, tempo de permanência na UTI, intubação orotraqueal em algum momento durante a internação, e a evolução do paciente (óbito, alta ou transferência).

Os diagnósticos de admissão foram distribuídos em sete grupos diagnósticos, definidos pelos próprios autores do trabalho original: desconhecido, respiratório, cardíaco (incluindo cirurgia cardíaca), pós-operatório, trauma, neurológico e miscelânea (onde estão todos os outros diagnósticos).

Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos na primeira hora de internação, a monitorização da pressão arterial sistólica foi realizada por aparelho de medida não invasiva, a determinação de PaO₂ e o BE (**base excess** – diferença de base) através de gasometria arterial, o valor de FiO₂ pelo que indicava o aparelho de ventilação mecânica e, quando em tenda de oxigênio, através da fórmula:

$$FiO_2 = \frac{\text{litros de } O_2 + \text{litros de ar} \times 0,21}{\text{litros de } O_2 + \text{litros de ar}}$$

As gasometrias foram colhidas apenas nos pacientes onde o exame foi necessário. Nos demais, os itens referentes aos dados gasométricos (PaO₂ e BE) eram anotados como desconhecidos, segundo recomendação do estudo original, sem prejuízos no cálculo do valor final do escore.

Os dados foram anotados em uma ficha (apêndice 4) pelo autor principal. Para o cálculo da probabilidade de morte do PIM II foi utilizada a equação descrita por Slater et al (29):

$$\text{Logit} = (-4.8841) + (\text{values} \times \text{Beta}) + (0.01395 \times (\text{absolute}(\text{SBP}-120))) + (0.1040 \times (\text{absolute base excess})) + (0.2888 \times (100 \times \text{FiO}_2/\text{PaO}_2))$$

$$\text{Predicted death rate} = e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}}),$$

tabulados no sítio da **Société Française d'Anesthésie et de Réanimation** (<http://www.sfar.org/t/spip.php?article60>) disponível na internet em inglês ou francês.

Para análise de todos os dados estatísticos foi utilizado o programa **Statistical Package for the Social Sciences** (SPSS 13.0, Chicago, IL), onde foram tabulados o número de admissões, a taxa de mortalidade geral, o número de óbitos encontrados, o número de óbitos esperados e o **Standardized Mortality Ratio**.

O **Standardized Mortality Ratio** refere-se à relação entre óbitos encontrados por óbitos esperados. É esperado um valor próximo de um, isto é, o número encontrado de óbitos é igual ou próximo ao número esperado de óbitos. Se a relação for maior que um, ocorreu maior número de óbitos do que o esperado e quando menor que um menos óbitos foram encontrados em relação aos esperados.

Os intervalos de confiança exatos da proporção dos óbitos, os valores de **Odds Ratio** brutos e respectivos intervalos de confiança foram determinados usando-se o software EPI-INFO 6.04b.

Foram também determinados o tempo médio de internação, a variação da idade dos pacientes e o número de pacientes por grupos diagnósticos. Os grupos diagnósticos utilizados foram os mesmos do estudo original (29):

- Desconhecido,
- Respiratório,
- Cardíaco (inclui cirurgia cardíaca),

- Pós-operatório,
- Trauma,
- Neurológico (inclui neurocirurgia) e
- Miscelânea (onde estão todos os outros diagnósticos clínicos não classificados nos outros grupos diagnósticos).

Calculado a porcentagem de risco de óbito, os pacientes foram distribuídos em cinco grupos, de acordo com risco crescente:

- Grupo I: menor de 1%,
- Grupo II: entre 1 e 4%,
- Grupo III: entre 5 e 14%,
- Grupo IV: entre 15 e 29%, e
- Grupo V: maior ou igual a 30%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, parecer 253/2010 (apêndice 5). Foi liberado do termo de consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS

Durante o período de estudo foram realizadas e analisadas 769 admissões consecutivas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Estadual Sumaré (UTIP-HES), com um tempo médio de internação de 9,2 dias e uma mediana de 3,8 dias (apêndice 6).

Entre os pacientes que sobreviveram 14 (1,8%) foram transferidos para outros serviços por necessidade de recursos não disponíveis no HES.

O gráfico 1 apresenta a distribuição dos pacientes pelo tempo de internação.

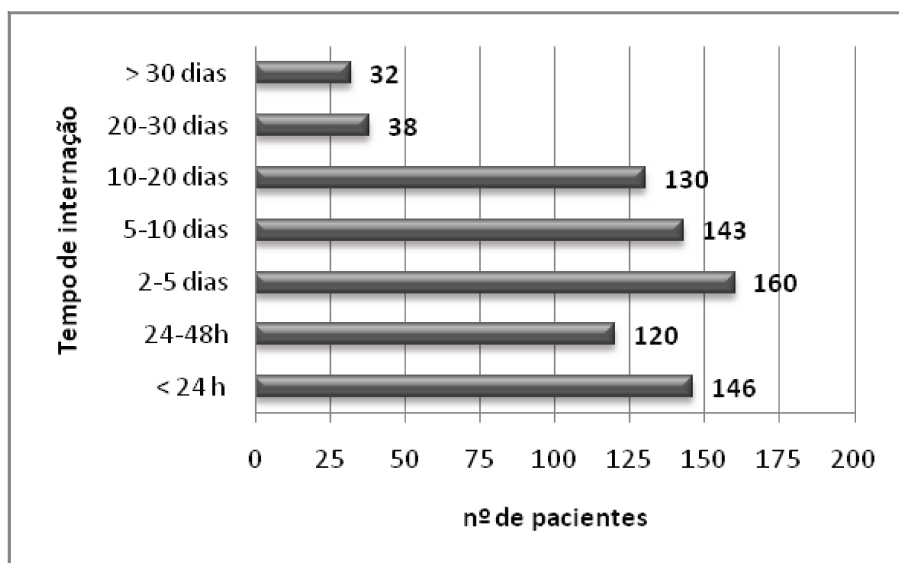


Gráfico 1: Tempo de internação dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

A sazonalidade das internações está representada no gráfico 2.

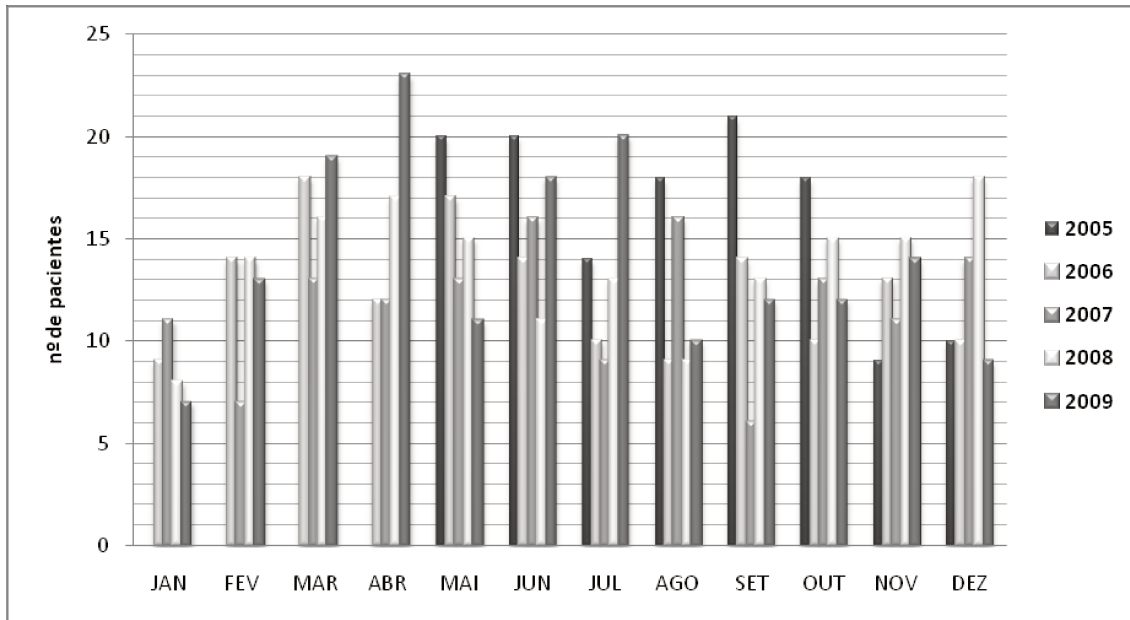


Gráfico 2: Sazonalidade das internações dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo mês do ano.

A distribuição por idade mostrou um predomínio de crianças entre 28 dias e seis meses e entre um e cinco anos de idade (gráfico 3). A média de idade dos pacientes foi de 38,9 meses (3,2 anos) e mediana de 14 meses (1,1 anos).

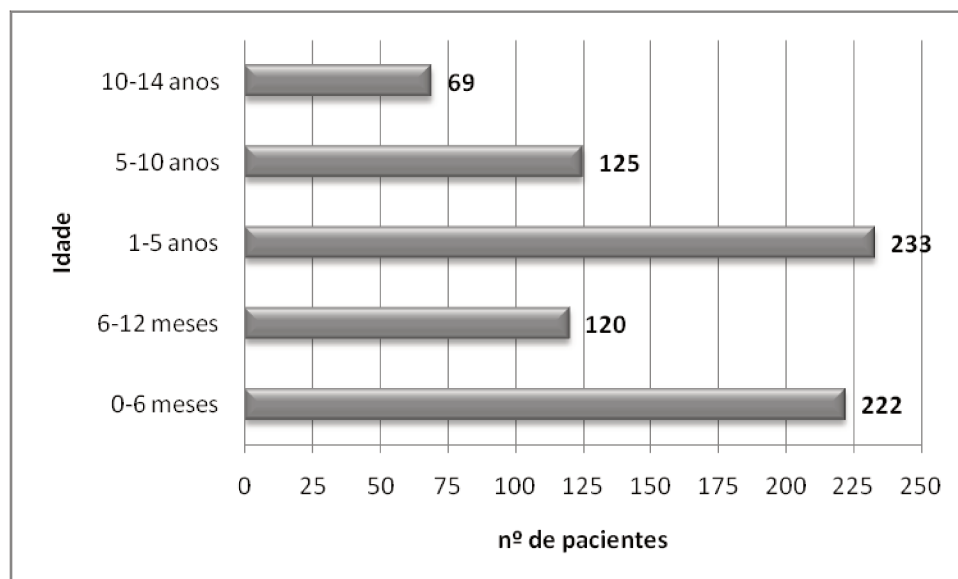


Gráfico 3: Distribuição por idade dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

A maior parte dos pacientes era proveniente dos municípios de Sumaré (n=286, 37,2%) e Hortolândia (n=210, 27,3%). Menor número de casos foi encaminhado de outros municípios de referência ao HES, além de 113 internações (14,7%) fora da região de abrangência do hospital. Trinta e oito pacientes eram provenientes de Campinas (gráfico 4).

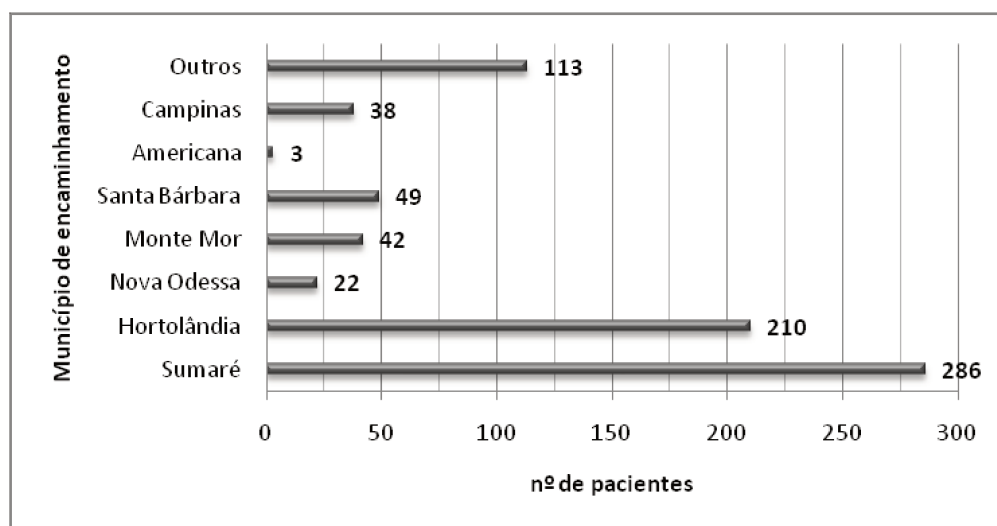


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo município de encaminhamento.

Em relação à forma de encaminhamento, 229 pacientes (29,8%) foram encaminhados através da Central de Regulação de Vagas (CRV), 221 (28,7%) através de contato direto com o HES e outros 212 (27,6%) por transferência da Enfermaria de Pediatria do hospital (gráfico 5). Com o decorrer do tempo houve uma participação progressivamente maior da CRV nos encaminhamentos (gráfico 6).

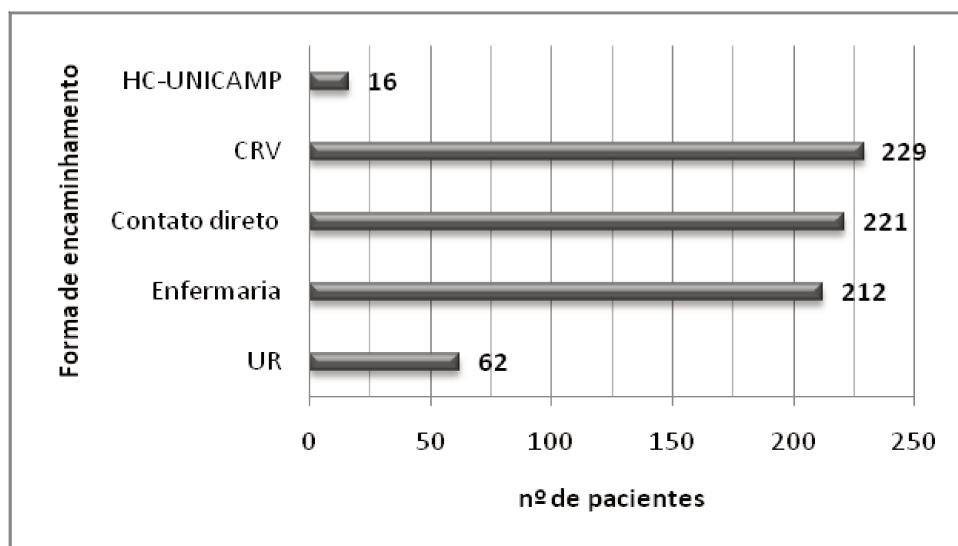


Gráfico 5: Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo forma de encaminhamento.

*HC-UNICAMP=Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; CRV=Central Reguladora de Vagas; UR=Urgência Referenciada.

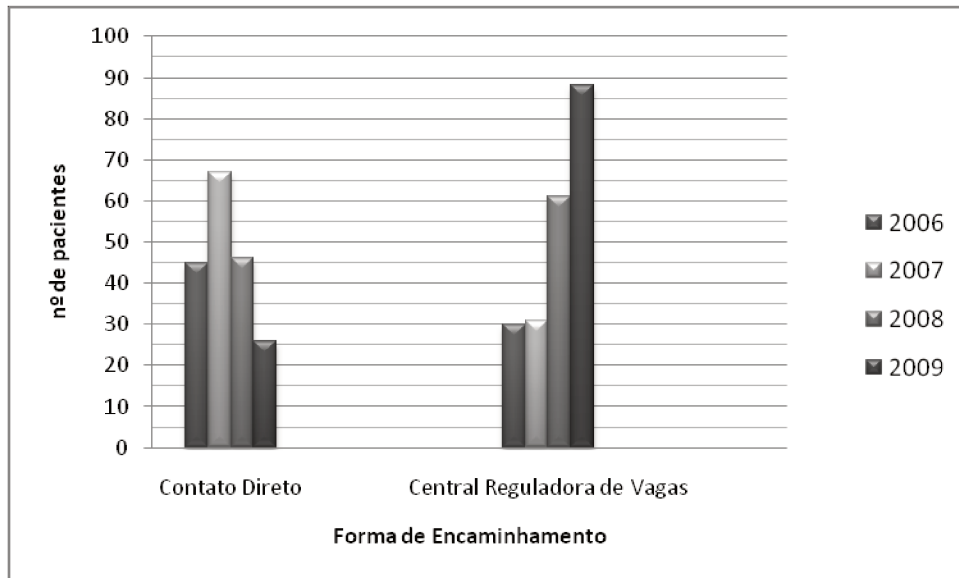


Gráfico 6: Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período 2006-2009, segundo via de encaminhamento.

Os grupos diagnósticos definidos pelo estudo original do PIM II mostraram um predomínio de doenças respiratórias (391 casos, 50,8%). Foram agrupados 154 casos (20%) em um grupo denominado Miscelânea, que incorporou todos os outros diagnósticos clínicos que não eram classificados nos grupos cardiovascular, neurológico, respiratório, pós-operatório e trauma (Gráfico 7). No grupo cardiovascular houve 3 pós operatórios cardíacos e no grupo neurológico 16 neurocirurgias.

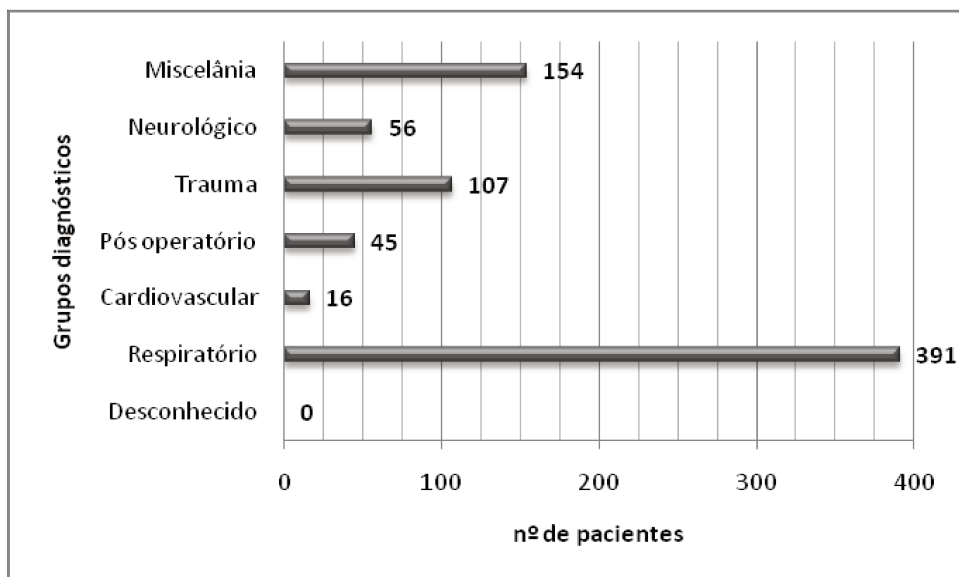


Gráfico 7: Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo grupos diagnósticos.

Os principais diagnósticos na internação foram pneumonia (12%), traumatismo cranioencefálico (10%), insuficiência respiratória aguda (casos em que não foi possível definir sua causa) (10%), bronquiolite (9,9%) e insuficiência respiratória crônica agudizada (9,0%) (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos principais diagnósticos e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

DIAGNÓSTICO	n	n (%)
Pneumonia	92	12,0
TCE	77	10,0
Insuficiência respiratória aguda	77	10,0
Bronquiolite	76	9,9
IRC agudizada	69	9,0
Choque séptico/Sepse	46	6,0
Asma	31	4,0
Politraumatismo	22	2,9
Laringite	21	2,7
Mal convulsivo	21	2,7
Pós operatório neurocirurgia	21	2,7
Pós operatório cirurgia pediátrica	18	2,4
Afogamento	12	1,6
Apendicite	12	1,6
Apneia	12	1,6
Síndrome do coma	8	1,0
CAD	7	0,9
Pós operatório otorrinolaringologia	7	0,9
Síndrome pós PCR	7	0,9
ICC	6	0,8
Outros	127	16,5
Total	769	100%

*TCE=traumatismo cranioencefálico; IRC=insuficiência respiratória crônica; CAD=cetoacidose diabética; PCR=parada cardiorrespiratória; ICC=insuficiência cardíaca congestiva

Do total dos pacientes internados, 453 (58,9%) foram submetidos à ventilação pulmonar mecânica. Entre estes, a média de idade foi 29,6 meses (2,4 anos), com mediana de 12 meses. O tempo de internação desses pacientes apresentou média de 14 dias com mediana de 8,6 dias. Doença respiratória foi o principal diagnóstico relacionado à ventilação pulmonar mecânica (56,5%) (tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos principais diagnósticos que evoluíram para ventilação pulmonar mecânica e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

DIAGNÓSTICO	n	n (%)
Pneumonia	63	13,9
IRC agudizada	63	13,9
Bronquiolite	60	13,2
Choque séptico/seps	48	10,5
Insuficiência respiratória aguda	45	9,9
TCE	36	7,9
Laringite	12	2,6
Pós operatório cirurgia pediátrica	11	2,4
Politraumatismo	10	2,2
Afogamento	9	2,0
Apnéia	7	1,5
Asma	7	1,5
Mal convulsivo	7	1,5
Pós operatório otorrinolaringologia	6	1,3
Síndrome pós PCR	6	1,3
Pós operatório neurocirurgia	5	1,1
AVC	4	0,9
Outros	54	11,9
Total	453	58,9%

* IRC=insuficiência respiratória crônica; TCE=traumatismo cranioencefálico; PCR=parada cardiorrespiratória; AVC=acidente vascular cerebral

A média do tempo de internação dos pacientes que evoluíram para óbito foi 7,0 dias com mediana de 3,75 dias. O gráfico 8 mostra a distribuição dos pacientes que evoluíram para óbito pelo tempo de internação.

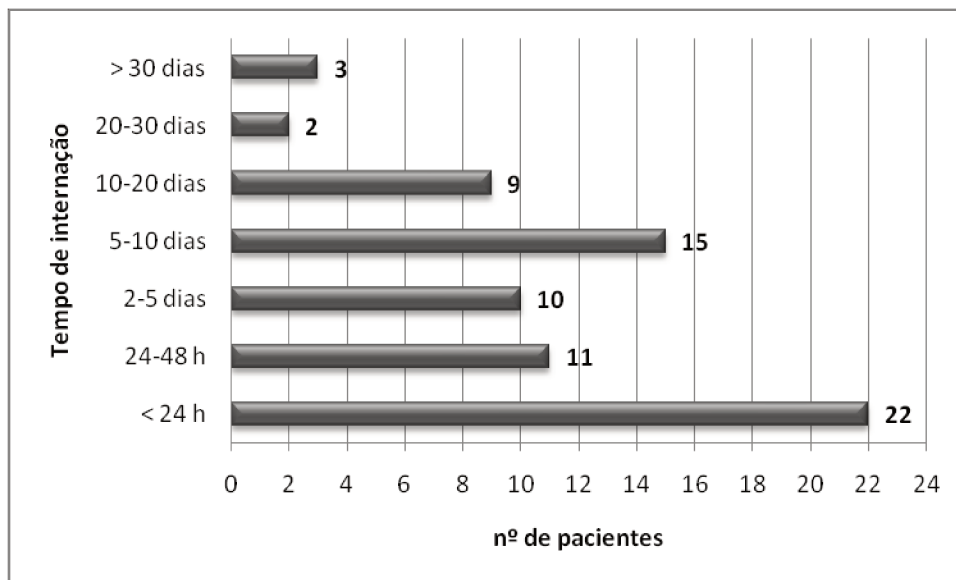


Gráfico 8: Tempo de internação dos pacientes que evoluíram para óbito na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

A taxa de mortalidade durante o período de estudo foi 9,4% (72 óbitos), sendo que o número de óbitos esperados pela análise dos dados do PIM II seria 51,582 (6,7%). A partir destes números, calculou-se o **Standardized Mortality Ratio** (o número de óbitos encontrados pelo número de óbitos esperados). No presente estudo, este índice foi 1,402, valor 40,2% maior que o esperado. A tabela 3 representa o número de óbitos encontrados, o número de óbitos esperados e o **Standardized Mortality Ratio** em cada ano de 2005 até 2009.

Tabela 3: Distribuição dos pacientes internados, óbitos encontrados (número absoluto e porcentagem), óbitos esperados (número absoluto e porcentagem) e **Standardized Mortality Ratio** na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, segundo ano.

ANO	Pacientes internados	Óbitos encontrados			Óbitos esperados		SMR ¹
		<i>n</i>	<i>n</i> (%)	IC95%	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	
2005 ²	131	15	11,5	6,6 – 18,2	10,60	8,10	1,140
2006	152	14	9,2	5,1 – 15,0	10,00	6,61	1,390
2007	150	15	10,0	5,7 – 16,0	12,90	8,60	1,160
2008	168	11	6,5	3,3 – 11,4	8,36	4,98	1,300
2009	168	17	10,1	6,0 – 15,7	9,60	5,73	1,720
Total	769	72	9,4	7,4 – 11,6	51,58	6,70	1,402

¹ SMR (**Standardized Mortality Ratio**): número de óbitos encontrados pelo número de óbitos esperados.

² Ano da inauguração da unidade. Dados coletados a partir de maio.

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

Os cinco principais diagnósticos dos pacientes que evoluíram para óbito foram choque séptico (19,4%), pneumonia (12,5%), insuficiência respiratória crônica agudizada (9,7%), afogamento (6,9%), insuficiência respiratória aguda (6,9%) e traumatismo cranioencefálico (6,9%) (tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos principais diagnósticos que evoluíram para óbito e sua porcentagem entre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

DIAGNÓSTICO	<i>n</i>	<i>n (%)</i>
Choque septico	14	19,4
Pneumonia	9	12,5
IRC agudizada	8	11,1
Afogamento	5	6,9
Insuficiência respiratória aguda	5	6,9
TCE	5	6,9
Bronquiolite	4	5,6
Politrauma	4	5,6
AVC	3	4,2
Síndrome pós PCR	3	4,2
Outros	13	18,0
Total	72	100%

* IRC=insuficiência respiratória crônica; TCE=traumatismo cranioencefálico; PCR=parada cardiorrespiratória

A distribuição dos pacientes pelo risco de óbito esperado está representado no gráfico 9. Houve um predomínio de pacientes nos grupos de menor risco de óbito.

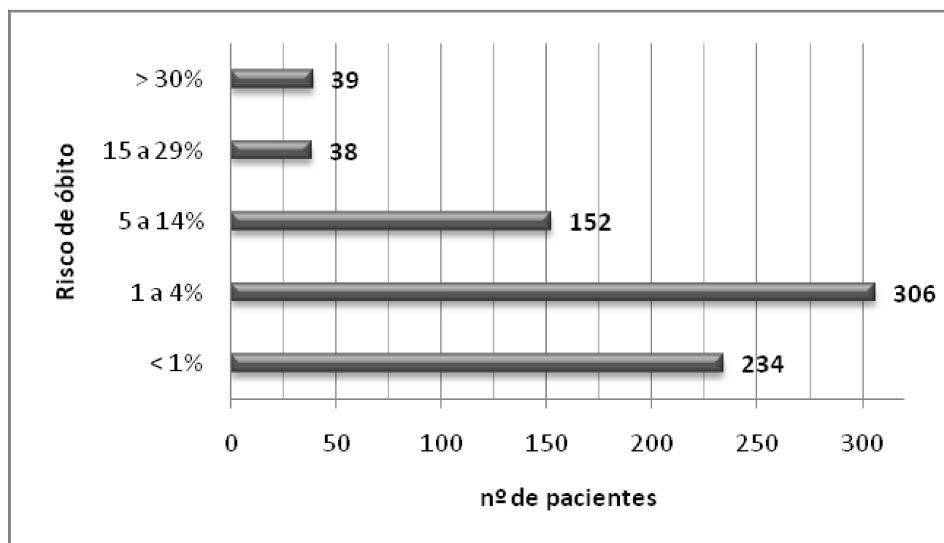


Gráfico 9: Distribuição dos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, segundo porcentagem de risco de óbito, calculado pelo PIM II.

O número de óbitos em cada grupo de risco, a porcentagem em relação ao total de óbitos e o intervalo de confiança (95%) estão apresentados na tabela 5. Os valores do **Standardized Mortality Ratio** de cada grupo de risco são apresentados na tabela 6.

Tabela 5: Número total, número de óbitos, porcentagem de óbitos e intervalo de confiança, segundo os grupos de risco, nos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

Grupos	Óbitos	Total	%	IC95%
I	5	234	2,1	0,7 – 4,9
II	12	306	3,9	2,0 – 6,7
III	23	152	15,1	9,8 – 21,8
IV	7	38	18,4	7,7 – 34,3
V	25	39	64,1	47,2 – 78,8

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

Tabela 6: Número absoluto e porcentagem, óbitos encontrados, óbitos esperados, **Standardized Mortality Ratio** e porcentagem de óbito encontrado em relação ao esperado entre os grupos de risco, nos pacientes admitidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

Grupos	I	II	III	IV	V
	< 1%	1 e 4%	5 e 14%	15 e 29%	> 30%
N	234	306	152	38	39
n (%)	30,42%	39,79%	20,15%	4,94%	5,07%
Óbitos encontrados	5	12	23	7	25
Óbitos esperados	1,45	6,42	11,96	8,39	23,22
Standardized Mortality Ratio ¹	3,38	1,85	1,92	0,83	1,07
% do óbito encontrado em relação ao esperado	238% acima do esperado	85% acima do esperado	92% acima do esperado	17% abaixo do esperado	7% acima do esperado

¹ **Standardized Mortality Ratio**: número de óbitos encontrados pelo número de óbitos esperados.

O número de óbitos encontrados foi maior do que o esperado nos grupos I, II, III.

Na tabela 7, são apresentados os valores de razão de risco (**Odds Ratio**) nos grupos II a V, considerando o grupo I como referência.

Tabela 7: Valores de razão de risco (**Odds Ratio**) nos grupos II a V, considerando o grupo I como referência. Dados obtidos na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009.

Grupos	Óbitos	Não óbito	Total	OR	IC95%	p
I	5	229	234	1,00	-	-
II	12	294	306	1,87	0,60 – 6,17	0,239
III	23	129	152	8,17	2,85 – 25,14	< 0,001
IV	7	31	38	10,34	2,73 – 40,52	< 0,001
V	25	14	39	81,79	24,67 – 291,22	< 0,001

OR – **Odds Ratio** bruto

IC95% - Intervalo de Confiança de 95% do OR

p – probabilidade do teste do qui-quadrado

Na tabela 8 estão descritos os diagnósticos dos pacientes que evoluíram para óbito nestes grupos.

Tabela 8: Diagnóstico dos pacientes que evoluíram para óbito na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré-UNICAMP, no período de maio 2005 a dezembro 2009, nos grupos de risco I, II e III.

DIAGNÓSTICO	GRUPOS DE RISCO		
	I	II	III
Choque séptico	0	3	5
Pneumonia	0	1	6
IRC agudizada	1	1	4
Insuficiência respiratória aguda	0	1	2
TCE	1	1	0
Bronquiolite	3	1	0
Politrauma	0	0	1
Meningite	0	1	0
Acidose metabólica	0	0	1
Cardiopatia descompensada	0	0	1
Choque hipovolêmico	0	1	0
Crise hipoxêmica	0	0	1
DRAG (H1N1)	0	1	0
Queimado	0	0	1
SDRA	0	0	1
Sepse	0	1	0
Total	5	12	23

* IRC=insuficiência respiratória crônica; TCE=traumatismo cranioencefálico; DRAG=doença respiratória aguda grave; SDRA=síndrome do desconforto respiratório agudo.

5. DISCUSSÃO

A coleta de dados deste estudo foi realizada a partir de todas as internações ocorridas no período de maio de 2005 a dezembro de 2009 de forma consecutiva. O profissional médico que conduzia o caso não tinha conhecimento do risco de óbito do paciente, calculado pelo escore PIM II.

A aplicação do escore PIM II nesse estudo não apresentou qualquer dificuldade, sendo necessária apenas a coleta de gasometria, o registro do valor da FiO_2 oferecida ao paciente, a medida de pressão arterial e a avaliação pupilar ao exame neurológico, dados obtidos de forma rotineira em qualquer paciente sob cuidado intensivo. Não foi necessária a introdução de novos instrumentos ou a coleta de outros exames que não faziam parte da rotina de conduta em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.

O Hospital Estadual Sumaré (HES), como já foi descrito, é a referência de encaminhamento para seis cidades, uma delas incorporada a partir do ano de 2009. A cidade de Sumaré com 286 encaminhamentos (37,5%) e Hortolândia com 210 (27,5%), juntas foram responsáveis por 65% dos encaminhamentos. Santa Bárbara d'Oeste, Monte Mor e Nova Odessa representaram respectivamente 6,4%, 5,5% e 2,9% dos encaminhamentos. A população de cada cidade está representada na tabela 9. Sumaré e Hortolândia possuem uma população maior do que Monte Mor e Nova Odessa, e similar à de Santa Bárbara d'Oeste. Os encaminhamentos feitos a partir de Sumaré e Hortolândia somam um número muito alto de pacientes que evoluíram de forma grave a ponto de necessitarem de cuidados intensivos. Mesmo sabendo que a administração de cidades maiores é mais complexa e visto que Santa Bárbara d'Oeste apresenta números próximos aos de Monte Mor e Nova Odessa, estas diferenças encontradas podem estar relacionadas ao tipo de organização do sistema de saúde desses municípios. A rede básica de saúde, as unidades de pronto-atendimento e o encaminhamento de pacientes conforme a gravidade do quadro clínico podem explicar essas diferenças. Além disso, condições urbanas estruturais, como oferta de água tratada e esgoto, rede elétrica, disponibilidade de equipes para atendimento domiciliar e resgate pré-hospitalar podem também explicar, em parte, o elevado número de encaminhamentos provenientes destas duas cidades.

Tabela 9: População urbana, população rural e total da população das cidades que utilizam o Hospital Estadual Sumaré como referência de encaminhamento de pacientes.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO URBANA	POPULAÇÃO RURAL	TOTAL DA POPULAÇÃO
Hortolândia	192.225	0	192.225
Monte Mor	45.996	2.975	48.971
Nova Odessa	50.440	838	51.278
Santa Bárbara d'Oeste	178.728	1.420	180.148
Sumaré	238.599	2.838	241.437
Americana	209.717	984	210.701
Total	915.705	9055	924760

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – censo 2010

A cidade de Americana contribuiu com menos de 1% dos encaminhamentos para o Hospital Estadual Sumaré, pois foi incorporada às cidades referenciadas apenas no último ano.

A cidade de Campinas representou 4,9% dos encaminhamentos. Cerca de metade destes encaminhamentos foi realizado a partir do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC UNICAMP), unidade terciária do complexo hospitalar da Universidade. Pacientes foram transferidos do HC UNICAMP para o HES após avaliação, em cada caso, sobre a necessidade de intervenção de outras especialidades médicas além do cuidado intensivo pediátrico. Adicionalmente, em muitas situações a falta de leitos disponíveis no HC UNICAMP foi o motivo principal que justificou o encaminhamento.

Fora da área de abrangência do HES, os pacientes encaminhados de outros municípios representaram 14,8% do total. Esse fato pode ser explicado pela política de referenciamento hospitalar adotada pela Secretaria de Estado da Saúde, com a participação

da Central Reguladora de Vagas (CRV), onde leitos disponíveis são ocupados segundo a necessidade dos serviços de saúde, mesmo fora da região formal de referência.

Deste modo, os pacientes admitidos na UTIP do HES eram provenientes do HC UNICAMP, do setor de Urgência Referenciada (UR) do próprio HES, por solicitação da CRV, por contato direto com o médico da unidade de saúde que solicitava a vaga e da enfermaria de pediatria do HES naqueles casos que evoluíram com piora clínica. Através da CRV foram encaminhados 229 pacientes (29,8%), 221 (28,7%) por contato direto dos médicos das unidades de saúde com o HES e outros 212 (27,6%) por transferência da enfermaria de pediatria do HES. Apesar do número de pacientes transferidos através da CRV e por contato direto serem muito próximos, observou-se um aumento de transferências pela CRV a partir de 2009. Este fato reflete a melhor organização do sistema de transferência hospitalar da região nos últimos anos, mediado pela CRV. A porcentagem elevada de pacientes transferidos da enfermaria de pediatria do HES também foi significativa, próximo de 30%. Essa unidade do HES caracteriza-se pela internação de um número elevado de pacientes com doenças respiratórias, e provavelmente este grupo, dada a potencial evolução para falência respiratória, foi o que mais necessitou de cuidados intensivos.

A sazonalidade apresentada neste estudo (gráfico 2) revela um maior número de pacientes internados durante os meses de março a junho, que corresponde ao período de circulação de vírus respiratórios. Como nesse estudo o principal grupo diagnóstico foi respiratório, é natural que neste período tenha ocorrido um maior volume de internação.

A mediana do tempo de internação de 3,8 dias (média de 9,1 dias) pode ser comparada com os resultados de outros estudos que utilizaram escores de avaliação de risco como o PIM, PIM II, PRISM e PRISM III, e que estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10: Tempo de internação de pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica em estudos que utilizaram escores de avaliação de risco.

Estudo (país)	Escores de avaliação de risco utilizados	nº de UTIs avaliadas	Tempo de internação em dias (mediana)
Brady AR et al. (Reino Unido)	PIM, PIM II, PRISM, PRISM III	18	1,92
Wolfler et al (Itália)	PIM II	18	2,00
Eulmesekian PG et al. (Argentina)	PIM II	1	2,00
Haque A, Bano S. (Paquistão) (43)	PRISM	1	3,20
Thukral A et al. (Índia)	PIM, PIM II, PRISM	1	4,00
Taori RN et al. (Índia) (44)	PIM, PRISM	1	5,10
Qureshi AU et al. (Paquistão)	PIM II, PRISM	1	10,0

Pode-se observar uma grande variação entre os menores e maiores valores do tempo de internação, sendo os menores valores encontrados em países desenvolvidos, e os maiores encontrados nos em desenvolvimento, exceção ao estudo argentino de Eulmesekian PG et al. (35). No presente trabalho, a mediana do tempo de internação situou-se em um ponto intermediário entre os estudos apresentados e foi praticamente o dobro do valor encontrado nos países desenvolvidos.

Essas diferenças podem ser explicadas pelas características próprias de cada unidade em relação ao perfil dos pacientes internados (cirúrgicos *versus* clínicos), admissão de doentes em situações clínicas menos graves com indicação de cuidados intensivos, recursos tecnológicos e humanos disponíveis, além de características geográficas e sócio demográficas na distribuição das doenças. Além disso, a comparação do presente estudo, realizado em apenas um serviço, com os dados obtidos em estudos multicêntricos, deve ser relativizada.

No estudo do Reino Unido, realizado por Brady AR et al., os valores de mediana de tempo de internação mostram variações entre 0,96 e 3,84 dias (32), dependendo do serviço analisado, com algumas unidades mostrando a mediana do tempo de internação

variando entre 1 e 2 dias e outras com valores até quatro vezes maior. Assim, as diferenças no tempo de internação não são visualizadas quando os números são apresentados de forma global e não de modo distinto para cada unidade. Nos estudos multicêntricos, as características intrínsecas e próprias de cada serviço poderiam mostrar valores diferentes no tempo de internação, e a média entre os serviços não daria uma ideia da realidade daquela população e da gravidade das doenças que necessitaram de tratamento intensivo.

O tipo de unidade é outro ponto que merece ser analisado nos estudos multicêntricos. No estudo italiano de Wolfler et al., sete delas incluíam pacientes pediátricos e neonatais, sendo que uma delas era uma unidade exclusivamente neonatal (33). No presente trabalho, todos os pacientes situaram-se na faixa etária acima do período neonatal.

Destaque deve ser dado ao percentual de pacientes (19%) com tempo de internação menor de 24 horas (146 casos). Parte deles, 15% (22 internações) são pacientes que evoluíram para óbito com menos de 24 horas de internação. Assim, 124 pacientes receberam alta com menos de 24 horas. Esse achado pode ser explicado pelo fato do hospital constituir-se como centro de referência para uma variedade de serviços, que encaminham seus pacientes apenas com solicitação de vaga, sem uma avaliação prévia por equipe médica com treinamento específico em terapia intensiva ou urgência/emergência. Após um período de observação em terapia intensiva se não preenchiam os critérios de internação na unidade estes pacientes eram transferidos à enfermaria.

Quando estes números são comparados com os dados disponíveis na literatura, o único estudo que detalha estes resultados é o de Wolfler et al., realizado na Itália, que mostrou que 4,5% dos pacientes permaneceram internados por menos de 24 horas e 31,5% por no máximo 48 horas (33). Na presente casuística, além dos 19% do total de pacientes que permaneceram por menos de 24 horas, outros 15,6% apresentaram tempo de internação entre 24 e 48 horas, totalizando 34,6% de pacientes que receberam alta nas primeiras 48 horas de internação, valor próximo do estudo de Wolfler et al. (33).

O principal grupo diagnóstico encontrado foi o respiratório (50,8%), seguido pelo grupo miscelânea (20%), perfazendo um total de 70,8% de casos clínicos. O grupo pós-operatório representou 5,8% dos casos. Considerando a soma com os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (3 ou 0,4%) e neurocirurgia (16 ou 2,0%), não incluídos no grupo pós-operatório, tem-se um total de apenas 8,2% de cirurgias, caracterizando a UTIP do HES como uma unidade de internação de pacientes clínicos.

No trabalho original que descreveu o escore PIM II e no estudo realizado na Itália por Wolfler et al., houve predomínio dos grupos cardiovascular e pós-operatório caracterizando-as como unidades de internação de pacientes cirúrgicos (31,33) (tabela 11). Nas casuísticas apresentadas na tabela, as doenças respiratórias representaram pouco mais de 20% dos pacientes, menos da metade da encontrada no presente estudo (31,33). Em trabalho realizado na Argentina (35) observou-se um predomínio de pacientes clínicos, mas bem abaixo do encontrado no presente estudo (62,2% contra 81,2% respectivamente), revelando que apesar das semelhanças regionais entre países com níveis semelhantes de desenvolvimento, existem diferenças epidemiológicas em cada localidade.

Tabela 11: Comparação entre os estudos com pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica, segundo grupos diagnósticos.

Grupo Diagnóstico	Brandão MB (Brasil)	Wolfler A, et al. (Itália)	PIM Study Group (Austrália e Nova Zelândia)
Respiratório	391 (50,8%)	746 (22,8%)	4480 (21,5%)
Trauma	30 (3,9%)	223 (6,8%)	1924 (9,2%)
Cardiovascular	16 (2,1%)	469 (14,3%)	5301 (25,5%)
Pós operatório	45 (5,9%)	1165 (35,6%)	3999 (19,2%)
Neurológico	133 (17,3%)	327 (10,0%)	1923 (9,2%)
Miscelânea	154 (20%)	336 (10,3%)	3160 (15,2%)

Essas diferenças de perfil de morbidade entre os diferentes trabalhos não invalidam a análise de risco de óbito, uma vez que a comparação ocorre entre os grupos de risco e o que é esperado de óbito em cada um deles.

O grupo trauma (107 casos ou 14%) foi o terceiro maior grupo de internação. Traumatismo cranioencefálico (TCE) foi a segunda causa de internação com 77 casos (10%), que reflete a participação significativa das causas externas na morbimortalidade de uma região desenvolvida, com índice de mortalidade infantil próximo de um dígito.

Os principais diagnósticos na internação foram pneumonia (12%), traumatismo cranioencefálico (10%), insuficiência respiratória aguda (casos respiratórios em que não foi possível definir sua causa na internação) (10%), bronquiolite (9,9%) e insuficiência respiratória crônica agudizada (9,0%). A análise destes diagnósticos mostra a concomitância, nessa casuística, de situações clínicas típicas de realidades epidemiológicas distintas, tanto de áreas desenvolvidas (doenças virais, trauma, doenças crônicas agudizadas) como de não desenvolvidas ou em desenvolvimento (pneumonias bacterianas).

Em estudo realizado por Brady et al. no Reino Unido (32), bronquiolite representou a principal causa de internação não cirúrgica, com 8,6% dos casos, valor percentual próximo ao encontrado na presente casuística (9,9%), mostrando a similaridade de uma doença prevalente em UTI pediátrica de um país desenvolvido e de outro em desenvolvimento.

Por outro lado, a pneumonia bacteriana, que foi o principal diagnóstico de internação e é, segundo a Organização Mundial de Saúde, a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos no mundo (45), é característica de países com mortalidade infantil elevada, mas foi prevalente no presente trabalho. Provavelmente, na área geográfica de abrangência do HES convivem duas realidades epidemiológicas em processo de transição de uma para outra, como vem acontecendo nos últimos anos em muitas regiões do Brasil.

O número de pacientes que fizeram uso de ventilação pulmonar mecânica (VPM) foi elevado (453 ou 58,9% do total). O predomínio de doenças respiratórias pode

explicar esses achados, posto que 56,5% dos pacientes com doenças nesse grupo fizeram uso deste procedimento. Outras causas importantes de situações clínicas que evoluíram para VPM foram choque séptico/sepse com 10,5% e TCE/politraumatismo com 10,1%. As causas cirúrgicas foram responsáveis por menos de 5% dos pacientes em VPM, mas quando se considera o total do grupo pós-operatório, 48% necessitaram do procedimento. Esses resultados podem estar relacionados, além da gravidade nos casos de cirurgias de urgência, às condições anestésicas oferecidas durante a cirurgia e a recuperação anestésica no pós-operatório imediato, visto que em muitos casos não existia doença respiratória associada.

A indicação de VPM varia muito entre os diversos estudos e localidades onde são realizados. Na Índia, Thukral et al. utilizaram VPM em 86,5% dos pacientes, ao passo que na Argentina, Eulmesekian et al. relataram o uso em apenas 23,5% dos admitidos em terapia intensiva (36,35). Esta variação pode estar relacionada ao perfil de morbidade em cada unidade, a gravidade dos casos internados e se no serviço predominaram condições clínicas ou cirúrgicas.

A taxa de mortalidade durante o período de estudo foi 9,4% (72 óbitos) com o número de óbitos esperados pela análise dos dados do PIM II de 51,582 (6,7%). A partir destes números calculou-se o **Standardized Mortality Ratio (SMR)**, o número de óbitos encontrados pelo número de óbitos esperados. No presente estudo, este índice foi 1,402, o que significa um valor 40,2% maior que o esperado.

No decorrer do período do estudo, os óbitos encontrados e os óbitos esperados foram respectivamente em 2005 de 11,5% e 8,10%, 2006 de 9,2% e 6,6%, 2007 10% e 8,6, 2008 de 6,5% e 5% e 2009 de 10,1% e 5,8%, com o SMR em cada ano de 1,14, 1,4, 1,16, 1,3 e 1,72. Sendo assim o número de óbitos encontrados (taxa de mortalidade) ficou próximo dos 10% ou abaixo destes valores e com uma SMR com valores muito altos nos anos de 2006, 2008 e principalmente em 2009, nos outros anos foi cerca de 15% acima do esperado.

Ao compararmos os dados obtidos na literatura médica com diversos estudos (35,36,38,37,34,33,32,31) que utilizaram o escore PIM II (tabela 12), observamos que a

taxa de mortalidade no presente trabalho (9,4%) é cerca de um terço das verificadas na Índia e Paquistão (países em desenvolvimento ou do terceiro mundo), próximo ao dobro da observada no Reino Unido, Itália, Espanha, Austrália e Nova Zelândia (países desenvolvidos) e muito próxima à da Coreia do Sul. É importante destacar que essa taxa é cerca de quatro vezes o valor encontrado na Argentina, país com características socioeconômicas muito similares ao Brasil. Seria necessário avaliar com um maior detalhamento o perfil dos pacientes incluídos no estudo argentino, para elaborar uma explicação mais consistente para as discrepâncias encontradas entre os dois trabalhos.

Entretanto, a taxa de mortalidade não pode ser analisada isoladamente. O SMR atingiu valor 40% acima do esperado, próximo de países como Índia e Paquistão, mas distante de Reino Unido, Itália, Espanha, Argentina, Austrália e Nova Zelândia. Esta diferença em relação aos países desenvolvidos pode ser explicada pelas características dos pacientes nas distintas unidades de terapia intensiva (cirúrgicos *versus* clínicos), acesso a serviços de saúde, diagnóstico precoce das condições que levam à internação em UTI, escolaridade dos pais que tem impacto no diagnóstico precoce e os recursos tecnológicos disponíveis.

Tabela 12: Comparação da probabilidade de óbito entre estudos com pacientes admitidos em unidades de terapia intensiva pediátrica

Estudo	Admissões <i>N</i>	Óbitos encontrados		Óbitos esperados		SMR ¹
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Eulmese kian PG, et al. (Argentina)	1574	41	2,6%	48,1	3,06%	0,84
Thukral A, et al. (Índia)	215	76	35,4%	48,39	22,5%	1,57
Qureshi AU, et al. (Paquistão)	131	29	28,7%	21,01	20,5%	1,40
Kim JS, et al. (Coréia do Sul)	548	60	10,9%	52,06	9,5%	1,14
Espuñes JP et al. (Espanha)	241	10	4,1%	11	4,5%	0,95
Wolfler A, et al. (Itália)	3266	171	5,2%	192,0	5,9%	0,88
Brady, et al. (Reino Unido)	10197	632	6,2%	723,8	7,1%	0,87
PIM Study Group (Austrália e Nova Zelândia)	20787	1104	5,3%	1103,9	5,3%	1,00

¹ SMR (**Standardized Mortality Ratio**): número de óbitos encontrados pelo número de óbitos esperados.

Analisando os resultados dos diferentes trabalhos dispostos na tabela 10, podem-se dividir as taxas de mortalidade e SMR em dois grupos bem distintos: taxa de mortalidade baixa com SMR baixo, característica de países como Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia e Itália, e taxa de mortalidade alta e SMR alto, presentes na Índia e no Paquistão. Em faixa intermediária encontra-se a Coréia do Sul, com taxa de mortalidade semelhante à encontrada no presente trabalho e SMR próximo do primeiro grupo, enquanto que o do presente estudo se mostra próximo do segundo grupo. Analisando o perfil dos pacientes internados, observa-se que no primeiro grupo, incluído o estudo da Coréia do Sul, há predomínio de pacientes com situações cirúrgicas, enquanto no segundo grupo, incluído o presente trabalho, as principais causas de admissão hospitalar são clínicas. Deste modo,

de alguma maneira, a ausência de uma distribuição uniforme entre pacientes clínicos e cirúrgicos pode ter provocado alguma interferência no resultado do PIM II. Esta análise pode ser corroborada pelo estudo de Czaja et al., realizado em uma UTIP exclusivamente com pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Neste estudo, o escore PIM II apresentou desempenho ruim, e não houve uma recomendação como instrumento de avaliação em UTIs com perfis semelhantes de pacientes (8).

Além da análise global do SMR, quando analisamos por grupos de risco observamos um número de óbitos muito maior do que o esperado nos grupos I, II e III. Duas questões podem ser colocadas na análise desses resultados. A primeira se o escore PIM II consegue refletir com precisão o risco de óbito nas situações onde esse risco é menor (subestima o risco) e a segunda se este achado reflete condições clínicas agravantes que possam ter elevado o SMR na coorte estudada. Considerando que o serviço conta com equipe qualificada, utiliza meios diagnósticos e terapêuticos definidos em diretrizes e protocolos e apresenta taxa de mortalidade geral similar a outros serviços com características semelhantes, a possibilidade de esse achado ser decorrente da assistência médica deficiente não explica a correlação positiva que foi notada nos valores de PIM II nos grupos IV e V (mais graves). Outra explicação para esses achados é o fato de que os estudos para validação do escore PIM II foram multicêntricos, levando potencialmente à diluição das diferenças encontradas em cada unidade que participou do estudo (31,32,33,37).

Em relação aos diferentes diagnósticos, há que se destacar o traumatismo cranioencefálico, que na opinião do autor, não é bem representado na sua gravidade quando se utiliza o escore PIM II. A alteração pupilar no paciente internado seria um marcador tardio que poderia traduzir até uma situação de irreversibilidade no quadro clínico. Uma solução para esta situação seria a sua inclusão sempre nos grupos de maior risco de óbito ou buscar um marcador prognóstico de fácil mensuração nas unidades de terapia intensiva.

Outro grupo de pacientes que deveria ser analisado separadamente, na opinião dos autor, é o da insuficiência respiratória crônica. Classificados inicialmente como pertencentes aos grupos de risco I, II e III, apresentaram maior gravidade na evolução,

sendo a terceira causa de óbito. Dos 8 pacientes com insuficiência respiratória crônica que evoluíram para óbito, 6 pertenciam ao grupo I, II, III. A média e a mediana do tempo de internação nesse grupo foram respectivamente 23, 17 e 10 dias, cerca de três vezes os valores gerais da coorte (9,2 e 3,8 dias). Assim, pode-se considerar que a ocorrência de agravamentos da condição clínica inicial, comuns em pacientes com tempo maior de internação, não poderia ser predito e corretamente considerado no momento de internação ou na sua primeira hora, como é preconizado pelo escore PIM II.

Dentro dos grupos de risco I, II e III choque séptico, bronquiolite e pneumonia foram outras causas significativas de óbito.

Choque séptico é uma causa que a princípio não deveria se encontrar em grupos de menor risco de óbito, entretanto devemos lembrar que seu diagnóstico é basicamente clínico, evolutivo e dependente da resposta do paciente. Alterações como pressão sistólica, *base excess* presença ou não de ventilação pulmonar mecânica na primeira hora não são requisitos para se firmar o seu diagnóstico.

Já bronquiolite e pneumonia são quadros que não deveriam evoluir para óbito.

Bronquiolite é considerado diagnóstico de baixo risco pelo PIM II, porém existe o risco inerente de óbito. Não sabemos a influência do agente etiológico na evolução destes pacientes já que não é realizada marcação do agente viral em nosso serviço e se havia marcadores de pior prognóstico.

Nos casos de pneumonia o risco de óbito sempre estará presente mesmo frente à sua correta condução. Fatores relacionados à mortalidade como nutrição (principalmente aleitamento materno), vacinação (que não fazia parte do calendário oficial durante o período de estudo) e fatores ambientais não faziam parte dos dados a serem coletados.

Em relação ao tempo de internação dos pacientes que evoluíram para óbito, 22 casos ocorreram nas primeiras vinte quatro horas (30,5% do total de óbitos). Wolfer et al., na Itália, apresentaram um resultado de 40% de mortalidade nesse mesmo período de admissão (33), enquanto Espuñes et al., na Espanha, encontraram um valor de 30% (34).

Estes resultados mostram valores semelhantes com os encontrados nesse estudo. Óbitos que ocorrem neste período de internação podem estar relacionados com a gravidade do caso ou com as condições nas quais o paciente chega ao serviço, refletindo uma demora na transferência do paciente ou no reconhecimento de gravidade.

Observamos ainda que 14 pacientes (19,5%) evoluíram para óbito após dez dias de internação, um número bastante significativo. Na literatura médica, tempo prolongado de internação é definido como aquele superior a 12 ou 13 dias (46,47,48). Os poucos relatos disponíveis sobre os resultados de pacientes com tempo prolongado de internação em UTIP demonstram uma maior mortalidade e morbidade em comparação com pacientes de curta duração (49). O que não está definido é se os escores de avaliação de risco, onde se inclui o PIM II, são capazes de prever a gravidade destes casos, assim como definir na admissão quais pacientes teriam mais probabilidade de internação por tempo prolongado. Quando se trata de pacientes crônicos esta possibilidade de um tempo mais prolongado de internação fica mais clara. No presente estudo, dos 14 pacientes que permaneceram internados por mais de 10 dias, 3 pertenciam ao grupo de risco II, 7 ao grupo de risco III, 1 ao grupo de risco IV e 3 ao grupo de risco V, perfazendo assim 10 pacientes pertencentes aos grupos de menor risco e 4 aos de maior risco. Apesar de ser uma amostra pequena, observa-se que um número pequeno de pacientes com tempo prolongado de internação e com evolução para óbito apresentava risco elevado quando da sua internação.

Ao final de toda esta análise podemos observar que a utilização de escores de avaliação de risco, como o PIM II, em associação com dados epidemiológicos de um serviço de cuidados intensivos pediátricos permite, não somente avaliar a qualidade de atendimento, como também planejar melhorias, através da identificação de pontos críticos na assistência. Com a análise dos resultados obtidos, é possível reforçar acertos, corrigir desvios e desenvolver novas estratégias assistenciais, redirecionando recursos humanos e tecnológicos. Todas essas ações têm como objetivos principais, a redução da mortalidade, diminuição de sequelas a longo prazo e promoção da qualidade de vida no paciente crítico.

Entretanto, estudos com casuística diversificada e com número significativo de pacientes, como o atual, servem para sinalizar pontos que poderiam ser aperfeiçoados, para

que esses instrumentos de avaliação possam ser utilizadas de modo universal, independente das características de cada serviço. No presente estudo, o escore PIM II mostrou bom desempenho na predição de óbito nos grupos de maior risco, mas apresentou um número menor de óbitos do que o encontrado nos grupos considerados de baixa ou média gravidade.

6. *CONCLUSÃO*

1. A Unidade de Terapia Intensiva pediátrica analisada neste estudo apresenta um perfil de pacientes clínicos, com média de idade de 3,2 anos, com mediana do tempo de internação de 3,8 dias. Em relação aos diagnósticos de admissão, houve predomínio de quadros respiratórios e utilização de ventilação pulmonar mecânica na maioria dos pacientes.

2. A taxa de mortalidade geral da unidade foi 9,6% e o número de óbitos encontrado foi 40% acima do esperado.

3. Em relação ao desempenho na predição de óbito, o número de óbitos encontrado nos grupos de menor risco (I, II e III) foi maior do que o predito pelo escore PIM II.

*7. REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS*

- (1) Moss MM, Simone S. Physical Design and Personnel Organization of the PICU. In: Nichols DG. Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care, 4th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. pp 46-55.
- (2) Epstein D, Brill JE. A History of Pediatric Critical Care Medicine. *Pediatr Res.* 2005; 58:987-96.
- (3) Rogers MC. The History of Pediatric Intensive Care Around the World. In: Nichols DG. Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care, 4th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. pp 3-17.
- (4) Piva JP, Schnitzler E, Garcia PC, Branco RCl. The burden of paediatric intensive care: a South American perspective. *Paediatr Respir Ver.* 2005; 6(3):160–165.
- (5) Brasil. Diário Oficial da União – Seção 1. Nº37, 25 de fevereiro de 2010; pp.49-51.
- (6) Einloft PR, Garcia PC, Piva JP, Bruno F, Kipper DJ, Fiori RM. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(6):728-33.
- (7) Martha VF, Garcia PC, Piva JP, Einloft PR, Bruno F, Rampon V. Comparação entre dois escores de prognóstico (PRISM e PIM) em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pediatr (Rio J).* 2005; 81:259-64.
- (8) Czaja AS, Scanlon MC, Kuhn EM, Jeffries HE. Performance of the Pediatric Index of Mortality 2 for pediatric cardiac surgery patients. *Pediatr Crit Care Med.* 2010 Jun 24. [Epub ahead of print]
- (9) Brandão MB, Lopes CE, Morcillo AM, Baracat EC. Risk factors of death in children with diarrhea and shock admitted to the intensive care unit. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51(4):237-40.
- (10) Brandão MB. O que há de novo em óbito em crianças com diarreia aguda e choque em UTI. *Salud(i)Ciencia.* 2008; 16(1):1348-49.

(11) Scanlon MC, Mistry KP, Jeffries HE. Determining pediatric intensive care unit quality indicators for measuring pediatric intensive care unit safety. *Pediatr Crit Care Med*. 2007; 8(Suppl.):S3–S10.

(12) Frank BS, Pollack MM. Quantitative Quality Assurance in a Community Hospital Pediatric Intensive Care Unit. *West J Med*. 1992; 157(8):149-51.

(13) Namachivayam P, Shann F, Shekerdemian L, Taylor A, van Sloten I, Delzoppo C et al. Three decades of pediatric intensive care: Who was admitted, what happened in intensive care, and what happened afterward. *Pediatr Crit Care Med*. 2010; 11(5):549-55.

(14) Yeh TS, Pollack MM, Holbrook PR, Fields AL, Ruttiman U. Assessment of pediatric intensive care--application of the Therapeutic Intervention Scoring System. *Crit Care Med*. 1982; 10(8):497-500.

(15) Pollack MM. Severity-of-Illness Scoring Systems. In: Nichols DG. *Roger's Textbook of Pediatric Intensive Care*, 4th Edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2008. pp 106-13.

(16) Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring system: A method for quantitative comparison of patient care. *Crit Care Med*. 1974; 2(2):57-60.

(17) Leteurtre S, Martinot A, Duhamel A, Proulx F, Grandbastien B, Cotting J et al. Validation of the paediatric logistic organ dysfunction (PELOD) score: Prospective, observational, multicentre study. *Lancet*. 2003; 362(9379):192-97.

(18) Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in acute organ system failure. *Ann Surg* 1985; 202(6):685-93.

(19) Marcin JP, Pollack MM. Review of the methodologies and applications of scoring systems in neonatal and pediatric intensive care. *Pediatr Crit Care Med* 2000; 1:20-7.

(20) Lemeshow S, Hosmer DW. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. *Am J Epidemiol* 1982; 115:92-106.

- (21) Hanley JA, McNeil BI. A Method of Comparing the Areas under Receiver Operating Characteristic Curves Derived from the Same Case. *Radiology*. 1983; 148:839-43.
- (22) Kramer AA, Zimmerman JE. Assessing the calibration of mortality benchmarks in critical care: The Hosmer-Lemeshow test revisited. *Crit Care Med*. 2007; 35: 2212-13.
- (23) Yeh TS, Pollack MM, Ruttimann UE, Holbrook PR, Fields AI. Validation of a physiologic stability index for use in critically ill infants and children. *Pediatr Res*. 1984; 18(5):445-51.
- (24) Pollack MM, Ruttimann UE, Getson PR. Pediatric risk of mortality (PRISM) score. *Crit Care Med*. 1988; 16:1110-16.
- (25) Earle M, Natera OM, Zaslavsky A, Quinones E, Carrillo H, Gonzales, EG et al. Outcome of pediatric intensive care at six centers in Mexico and Ecuador. *Crit Care Med*. 1997; 25(9):1462-67.
- (26) Bertolini G, Ripamonti D, Cattaneo A, Apolone G. Pediatric Risk of Mortality: An assessment of its performance in a sample of 26 Italian intensive care units. *Crit Care Med*. 1998; 26(8):1427-32.
- (27) DiCarlo JV, Zaitseva TA, Khodateleva TV, Belayeva ID, Stroganov DA, Korobo LM et al. Comparative assessment of pediatric intensive care in Moscow, the Russian Federation: a prospective, multicenter study. *Crit Care med*. 1996; 24(8):1403-07.
- (28) Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE. PRISM III: an updated pediatric risk of mortality score. *Crit Care Med*. 1996; 24:743-52.
- (29) Shann F, Pearson G, Slater A, Wilkinson K. Paediatric index of mortality (PIM): a mortality prediction model for children in intensive care. *Intensive Care Med*. 1997; 23:201-7.
- (30) Pearson GA, Stickley J, Shann F. Calibration of the paediatric index of mortality in UK paediatric intensive care units. *Arch Dis Child*. 2001; 84(2):125-8.

- (31) Slater A, Shann F, Pearson, G. PIM2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality. *Intensive Care Med.* 2003; 29:278-85.
- (32) Brady AR, Harrison D, Black S, Jones S, Rowan K, Pearson G et al. Assessment and Optimization of Mortality Prediction Tools for Admissions to Pediatric Intensive Care in the United Kingdom. *Pediatrics.* 2006; 117(4):e733-42.
- (33) Wolfler A, Silvani P, Musicco M, Salvo I. Pediatric Index of Mortality 2 score in Italy: a multicenter, prospective, observational study. *Intensive Care Med.* 2007; 33(8):1407-13.
- (34) Espuñes SP, Cid JL, Galán CR, Villanueva AM, Torre AC, Cambolor PM. Índices pronósticos de mortalidad en cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc).* 2007; 66(4):345-50.
- (35) Eulmesekian PG, Pérez A, Minces PG, Ferrero H. Validation of pediatric index of mortality 2 (PIM2) in a single pediatric intensive care unit of Argentina. *Pediatr Crit Care Med.* 2007; 8(1):54-7.
- (36) Thukral A, Lodha R, Irshad M, Arora NK. Performance of Pediatric Risk of Mortality (PRISM), Pediatric Index of Mortality (PIM), and PIM2 in a pediatric intensive care unit in a developing country. *Pediatr Crit Care Med.* 2006; 7(4):356-61.
- (37) Kim JS, Boo SJ. Evaluating the validity of the Pediatric Index of Mortality II in the intensive care units. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2005; 35(1):47-55.
- (38) Qureshi AU, Ali AS, Ahmad TM. Comparison of three prognostic scores (PRISM, PELOD and PIM 2) at pediatric intensive care unit under Pakistani circumstances. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2007; 19(2):49-53.
- (39) Brandão MB, Nogueira RJN, Vilela R, Ferreira C, Lima AES, Lopes CE. Avaliação de um escore de gravidade (Pediatric Index of Mortality - PIM) na UTI pediátrica do HC/UNICAMP. In: *Vii Congresso Brasileiro E V Latino Americano De Terapia Intensiva Pediátrica*, 2001, Rio de Janeiro. *Vii Congresso Brasileiro E V Latino Americano De Terapia Intensiva Pediátrica*, 2001.

- (40) Fundação Seade – Mortalidade Infantil 2009. Disponível em:
http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/tabelas/2009/pdf/tabela02_2009.pdf. Acessado em 06/12/2010
- (41) IBGE censo 2010. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf. Acessado em 05/12/2010
- (42) Fundação Seade – PIB municipal 2007. Disponível em:
http://www.seade.gov.br/produtos/pibmun/tab_2007.htm. Acessado em 06/12/2010
- (43) Haque A, Bano S. Clinical profile and outcome in a paediatric intensive care unit in Pakistan. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2009;19(8):534-5.
- (44) Taori RN, Lahiri KR and Tullu MS. Performance of PRISM (Pediatric Risk of Mortality) Score and PIM (Pediatric Index of Mortality) Score in a Tertiary Care Pediatric ICU. *Indian Indian J Pediatr*. 2010; 77(3):267-71.
- (45) World Health Organization, fact sheet nº 311 Pneumonia, november 2010. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/print.html>. Acessado em 24/11/2010.
- (46) Marcin JP, Slonim AD, Pollack MM, Ruttimann UE. Long-stay patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Med*. 2001; 29:652-57.
- (47) Pollack MM, Wilkinson JD, Glass NL. Long-stay pediatric intensive care unit patients: outcome and resource utilization. *Pediatrics*. 1987; 80:855-60.
- (48) Friedrich JO, Wilson G, Chant C. Long-term outcomes and clinical predictors of hospital mortality in very long stay intensive care unit patients: a cohort study. *Crit Care*. 2006; 10:R59.
- (49) Naghib S, van der Starre C, Gischler SJ, Joosten KFM, Tibboel, D. Mortality in very long-stay pediatric intensive care unit patients and incidence of withdrawal of treatment. *Intensive Care Med*. 2010; 36:131-36.



8. APÊNDICES

APÊNDICE 1

PRISM (*Pediatric Risk of Mortality*) – Variáveis fisiológicas

Variáveis	Variação de acordo com a idade		Pontos
PA sistólica (mmHg)	Lactente	Crianças	
	130-160	150-200	2
	55-65	65-75	2
	> 160	> 200	6
	40-54	50-64	6
	< 40	< 50	7
PA diastólica (mmHg)	Todas as idades > 110		6
Frequência cardíaca (bpm)	> 160	> 150	4
	< 90	< 80	4
Frequência respiratória (rpm)	61-90	51-90	1
	> 90	> 90	5
	Apnéia	Apnéia	5
PaO ₂ / FiO ₂ ¹	Todas as idades		
	200-300		2
	< 200		3
PaCO ₂ (mmHg) ²	Todas as idades		
	51-65		1
	> 65		5
Escala de Coma de Glasgow ³	Todas as idades < 8		6
Reações pupilares	Todas as idades		
	Anisocóricas ou dilatadas		4
	Fixas e dilatadas		10
TP/TTPa	Todas as idades > 1,5 x controle		2
Bilirrubina total (mg/dL)	Maiores que 1 mês > 3,5		6
Potássio (mg/dL)	Todas as idades		
	3-3,5		1
	6,5-7,5		1
	< 3,0		5
	> 7,5		5
Cálcio (mg/dL)	Todas as idades		
	7-8		2
	12-15		2
	< 7		6
	> 15		6
Glicemia (mg/dL)	Todas as idades		
	40-60		4
	250-400		4
	< 40		8
	> 400		8
Bicarbonato (mEq/L) ⁴	Todas as idades		
	< 16		3
	> 32		3

Adaptada de Pollack et al.

1. Não deve ser realizado em pacientes com *shunt* intracardíaco nem insuficiência respiratória crônica; é necessário amostra arterial.
2. Pode ser realizado com amostra de sangue capilar.

3. Não pode ser realizado em pacientes com sedação, paralisia, anestesia nem disfunção neurológica crônica.
4. Podem ser utilizados os valores medidos.

APÊNDICE 2

PIM (*Pediatric Index of Mortality*) – variáveis envolvidas.

1. Admissão após cirurgia eletiva, ou para procedimento	Não =0 Sim =1
2. Se há uma das seguintes condições	[0] Nenhum [1] Parada cardíaca antes da internação [2] Deficiência imune combinada grave [3] Leucemia ou linfoma após primeira indução [4] Hemorragia cerebral [5] Miocardiopatia ou miocardite [6] Síndrome do coração esquerdo hipoplásico [7] Infecção por HIV [8] Provável QI<35, pior que Síndrome de Down [9] Desordem neurodegenerativa
3. Reação pupilar à luz	>3mm e fixas=1 outros ou desconhecido=0
4. Base excess (mmol/L)	Desconhecido=0
5. PaO ₂ (mmHg)	Desconhecido=0
6. FiO ₂ no momento da PaO ₂ (se oxigênio por TOT ou capuz)	Desconhecido=0
7. Pressão arterial sistólica (PAs) (mmHg)	Desconhecido=120
8. Ventilação mecânica	Não =0 Sim =1
9. Evolução da internação na UTI	Alta =0 Óbito =1

APÊNDICE 3

PIM2 (*Pediatric Index of Mortality 2*) – variáveis envolvidas.

1. Pressão arterial sistólica (PAs) (mmHg) ¹	Desconhecido=120
2. Reação pupilar à luz ²	>3mm e fixas=1 outros ou desconhecido=0
3. PaO ₂ (mmHg)	Desconhecido=0
4. FiO ₂ no momento da PaO ₂ (se oxigênio por TOT ou capuz)	Desconhecido=0
5. Base excess (mmol/L)	Desconhecido=0
6. Ventilação mecânica ³	Não =0 Sim =1
7. Admissão eletiva ⁴	Não =0 Sim =1
8. Recuperação pós cirúrgica ou procedimento como principal causa e internação na UTI ⁵	Não =0 Sim =1
9. Admissão após circulação extracorpórea ⁶	Não =0 Sim =1
10. Diagnóstico de alto risco	[0] Nenhum [1] Parada cardíaca antes da internação ⁷ [2] Deficiência imune combinada grave [3] Leucemia ou linfoma após primeira indução [4] Hemorragia cerebral espontânea ⁸ [5] Miocardiopatia ou miocardite [6] Sd. do coração esquerdo hipoplásico ⁹ [7] Infecção por HIV [8] Falência hepática como principal motivo de internação ¹⁰ [9] Desordem neurodegenerativa ¹¹
11. Diagnóstico de baixo risco	[1] Asma [2] Bronquiolite ¹² [3] Croupe [4] Apnéia obstrutiva do sono ¹³ [5] Cetoacidose diabética

1. Registrar PAs como 0 se o paciente estiver em parada cardíaca, 30 se o paciente estiver com quadro clínico de choque com PAs tão baixa que não pode ser mensurada.
2. Reação pupilar a luz é usado como índice de função cerebral. Não registrar como achado anormal caso seja secundário à drogas, toxinas ou lesão ocular.
3. Ventilação mecânica inclui CPAP por máscara ou nasal ou BiPAP ou ventilação por pressão negativa.
4. Admissão eletiva inclui admissão após cirurgia eletiva ou admissão para um procedimento eletivo (p.ex., inserção de cateter venoso central), ou monitorização eletiva, ou revisão de ventilação domiciliar. Uma admissão ou uma cirurgia em UTI é considerada eletiva se puder ser adiado por mais que 6 horas sem causar efeitos adversos.
5. Recuperação pós cirúrgica ou procedimento inclui procedimentos radiológicos ou cateter cardíaco. Não inclui pacientes provenientes do centro cirúrgico onde se recuperam de procedimentos que não foram a razão da internação na UTI (p.ex., após inserção de cateter para monitorização de pressão intracraniana em paciente com traumatismo craniano, neste caso a causa de internação é traumatismo craniano)

6. Neste caso os pacientes também devem ser registrados como recuperação pós cirúrgica.
7. Inclui tanto parada cardíaca no hospital como fora do hospital. Requer que tenha sido documentada ausência de pulso e compressão cardíaca externa. Não incluir história prévia a esta internação de parada cardíaca.
8. Hemorragia cerebral deve ser espontânea (p.ex., aneurisma, má formação artério venosa). Não inclui hemorragia cerebral traumática ou hemorragia que não seja intracerebral (p.ex., hemorragia subdural).
9. Qualquer idade, mas incluem somente os casos onde o procedimento de Norwood ou equivalente é ou foi necessário no período neonatal para manter a vida.
10. Inclui pacientes internados para recuperação de transplante hepático por falência hepática crônica ou aguda.
11. Requer uma história de perda progressiva da função neuromuscular ou um diagnóstico que inevitavelmente irá ocorrer.
12. Incluem pacientes com desconforto respiratório ou apnéia central onde o diagnóstico clínico é bronquiolite.
13. Inclui pacientes internados após tonsilectomia e/ou adenoidectomia cujo diagnóstico de apnéia obstrutiva do sono estava presente (também devem ser registrados como recuperação pós cirúrgico).

APÊNDICE 4

Modelo da ficha de coleta de dados (PIM II) da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do
Hospital Estadual Sumaré

[1] NOME: _____	HC: _____	
[2] DN: ___/___/___	DI: ___/___/___ - H: ___:___	DA: ___/___/___ - H: ___:___
[3] PROCEDÊNCIA: _____ / _____		
[4] ENCAMINHAMENTO: UR [] ENF [] CONT. DIRETO [] C. VAGAS [] UNICAMP []		
[5] DIAG. INTERNAÇÃO: _____		
[6] DIAG. ALTA: _____		
[7] INTUBAÇÃO: S [] N []		
[8] ADMISSÃO APÓS BYPASS CARDÍACO: S [] N []		
[9] RECUPERAÇÃO PÓS PROCEDIMENTO: S [] N []		
[10] CIRURGIA OU ADMISSÃO ELETIVA: S [] N []		
[11] RESP. PUPILAR: AMBAS > 3mm E FIXAS []	OUTROS []	DESCONHECIDO []
[12] BE art: _____	DESCONHECIDO []	
[13] Pa O ₂ : _____	DESCONHECIDO []	
[14] Fi O ₂ : _____	DESCONHECIDO []	
[15] PA sist: _____	DESCONHECIDO []	
[16] VENT. MEC. NA 1ª HORA: S [] N []		
[17] DESTINO: ALTA [] ÓBITO [] TRANSFERÊNCIA []		
[18] DIAG. ALTO RISCO []	[19] DIAG. BAIXO RISCO []	
(0) NENHUM	(0) NENHUM	
(1) PCR ANTES DA ADMISSÃO NA UTI	(1) ASMA	
(2) IMUNODEFICIÊNCIA COMBINADA GRAVE	(2) BRONQUIOLITE	
(3) LEUCEMIA OU LINFOMA APÓS 1ª INDUÇÃO	(3) CROUPE	
(4) HEMORRAGIA SNC ESPONTÂNEA	(4) APNEA DO SONO OBSTRUTIVA	
(5) MIOCARDIOPATIA OU MIOCARDITE	(5) CETOACIDOSE DIAB.	
(6) SD. CORAÇÃO ESQ. HIPOPLÁSICO		
(7) INFECÇÃO POR HIV		
(8) INSUF. HEPÁTICA		
(9) DESORDEM NEURODEGENERATIVA		
PIM 2: _____		

APÊNDICE 5

Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa, Faculdade de Ciências Médicas Universidade
Estadual de Campinas



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 19/05/10
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 253/2010 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 1196.0.000.146-10

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “AVALIAÇÃO DAS INTERNAÇÕES E MORTALIDADE ATRAVÉS DO PIM II (PEDIATRIC INDEX OF MORTALITY II) EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA SECUNDÁRIA NO BRASIL”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcelo Barciela Brandão

INSTITUIÇÃO: Hospital Estadual de Sumaré

APRESENTAÇÃO AO CEP: 08/04/2010

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/05/11 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

1. Mostrar o desempenho do PIM II em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital secundário
2. Descrever o perfil dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital secundário.
3. Comparar os resultados obtidos com dados apresentados na literatura em outras Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica

III - SUMÁRIO

Trata-se de um projeto com a finalidade de tese de doutorado no qual o pesquisador irá realizar um estudo prospectivo, observacional de maio de 2005 a dez/ 2009. São poucos os estudos encontrados na literatura nos quais há avaliação da qualidade das UTI pediátricas, no sentido de retratar/; tempo de internação, faixa etária, diagnósticos, utilização de ventilação mecânica, etc. Através da aplicação do PIM II- escore de mortalidade - poderemos ter um melhor entendimento do cenário atual nestas unidades. Todo o material de pesquisa será obtido através de banco de dados já existente, na UTI Hospital Estadual de Sumaré. O pesquisador principal solicitou dispensa da aplicação do TCLE por tratar-se de um estudo de levantamento de dados clínicos já existentes, sem intervenção clínica.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Após respostas às pendências, o projeto encontra-se adequadamente redigido e de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, bem como a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado a dispensa do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII- DATA DA REUNIÃO

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 27 de abril de 2010.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

APÊNDICE 6

Planilha de dados da Unidade de Terapia Intensiva pediátrica do Hospital Estadual Sumaré

PACIENTE	DATA DE INTERNAÇÃO	IDADE (meses)	TEMPO DE INTERNAÇÃO (horas)	PROCEDÊNCIA 1.Sumaré 2.Hortolândia 3.Nova Odessa 4.Monte Mor 5.Sta Bárbara 6.Campinas 7.Outros 8.Americana	ENCAMINHAMENTO 1.UR 2.Enfer. 3.Cont. direto 4.C. Vagas 5.UNICAMP	DIAGNÓSTICO	GRUPOS DIAGNÓSTICOS 1.Desconhecido 2.Respiratório 3.Cardiovascular 4.Pós op 5.Trauma 6.Neurológico 7.Miscelânea	DESTINO 1.Alta 2.Óbito 3.Transf.	VPM 1.Sim 2.Não	PIM II	GRUPO DE RISCO 1.<1% 2.1-4% 3.5-14% 4.15-29% 5.>30%
01	02.05.2005	12	101,00	4	-	APENDICECTOMIA COMPL	7	1	2	28,30	4
02	02.05.2005	6	18,00	1	-	PO NEUROCIR	4	1	2	0,30	1
03	03.05.2005	14	17,00	2	-	SD POS PCR	7	2	1	100,00	5
04	06.05.2005	12	24,00	1	-	PNEUMONIA	2	1	2	1,10	2
05	07.05.2005	12	36,00	2	1	MAL CONVULSIVO	6	1	1	53,20	5
06	11.05.2005	130	20,00	2	-	PO NEUROCIR	4	1	2	0,30	1
07	09.05.2005	1	72,00	7	-	PNEUMONIA	2	1	2	1,50	2
08	12.05.2005	6	240,00	2	-	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,60	1
09	14.05.2005	4	312,00	1	-	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,60	2
10	16.05.2005	6	46,00	2	-	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
11	18.05.2005	75	22,00	2	-	ASMA	2	1	2	10,60	3
12	18.05.2005	5	384,00	7	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,70	1
13	19.05.2005	13	10,00	1	1	MAL CONVULSIVO	6	1	1	4,60	2

14	19.05.2005	23	491,00	6	5	PNEUMONIA	2	1	1	4,90	2
15	22.05.2005	3	129,00	1	-	BRONQUIOLITE	2	2	1	0,60	1
16	22.05.2005	32	192,00	1	-	ASMA	2	1	1	3,50	2
17	26.05.2005	47	17,00	1	-	ASMA	2	1	2	0,20	1
18	29.05.2005	2	15,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	18,50	4
19	30.05.2005	95	47,00	2	-	CHOQUE SEPTICO	7	1	2	0,90	1
20	31.05.2005	6	72,00	7	4	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
21	02.06.2005	3	360,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	1	10,80	3
22	02.06.2005	107	346,00	6	4	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	19,30	4
23	08.06.2005	1	215,00	2	-	PNEUMONIA	2	1	1	2,80	2
24	09.06.2005	1	19,00	1	-	PNEUMONIA	2	3	1	4,00	2
25	09.06.2005	14	17,00	7	2	PO NEUROCIR	4	1	2	0,30	1
26	10.06.2005	1	264,00	2	-	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
27	10.06.2005	14	3,00	6	2	PNEUMONIA	2	2	1	10,90	3
28	12.06.2005	60	19,00	1	-	POLITRAUMA	5	1	2	0,80	1
29	13.06.2005	3	720,00	2	-	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,30	2
30	15.06.2005	1	124,00	1	-	LARINGITE	2	1	2	0,80	1
31	17.06.2005	1	24,00	2	2	LARINGITE POS TOT	2	1	2	0,20	1
32	19.06.2005	84	9,00	6	2	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	47,10	5
33	22.06.2005	113	14,00	1	5	PO NEUROCIR	4	1	2	0,10	1

34	22.06.2005	1	144,00	2	3	PNEUMONIA	2	2	1	5,40	3
35	14.06.2005	22	192,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,80	1
36	12.06.2005	10	312,00	5	-	APNEIA	2	1	1	3,40	2
37	24.06.2005	20	35,00	6	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,00	2
38	24.06.2005	5	508,00	2	-	ASMA	2	1	1	1,30	2
39	24.06.2007	2	204,00	-	-	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
40	27.06.2005	1	35,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,00	2
41	01.07.2005	85	48,00	2	-	QUEIMADO	5	2	1	10,00	3
42	08.07.2005	151	66,00	1	3	ICC	3	1	2	4,20	2
43	04.07.2005	10	24,00	-	-	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,90	1
44	19.07.2005	3	160,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,80	3
45	15.07.2005	11	24,00	7	2	PO NEUROCIR	4	1	2	0,30	1
46	28.07.2005	10	218,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,90	1
47	05.07.2005	71	240,00	7	4	POLITRAUMA	5	1	1	18,20	4
48	10.07.2005	2	192,00	1	-	APNEIA	2	1	1	4,40	2
49	11.07.2005	1	360,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,00	2
50	13.07.2005	9	288,00	6	3	PNEUMONIA	2	1	1	7,70	3
51	15.07.2005	7	618,00	7	3	IRC AGUDIZADA	2	2	1	6,40	3
52	19.07.2005	61	26,00	-	-	ASMA	2	1	1	0,30	1
53	23.07.2005	95	2,00	-	-	POLITRAUMA	5	2	1	62,40	5

54	27.07.2005	73	26,00	-	-	ASMA	2	1	2	0,20	1
55	28.07.2005	2	149,00	1	2	PO CIR PED	4	1	1	0,30	1
56	03.08.2005	8	29,00	5	3	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	13,80	3
57	03.08.2005	1	120,00	6	2	MENINGITE PNEUMO	7	2	1	1,30	2
58	04.08.2005	79	31,00	3	3	POLITRAUMA	5	1	2	1,00	2
59	04.08.2005	19	25,00	1	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	1,00	2
60	08.08.2005	11	18,00	2	2	PO NEUROCIR	6	1	2	1,00	2
61	08.08.2005	2	236,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,20	1
62	09.08.2005	16	29,00	2	3	TCE	6	1	1	4,80	2
63	10.08.2005	12	188,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	3,20	2
64	12.08.2005	2	209,00	2	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,80	2
65	15.08.2005	48	15,00	7	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
66	15.08.2005	15	218,00	4	2	PO OTORRINO	4	1	1	4,70	2
67	15.08.2005	12	376,00	5	2	MENINGITE PNEUMO	7	2	1	80,50	5
68	18.08.2005	1	434,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	1	0,80	1
69	18.08.2005	40	43,00	2	4	SD COMA	6	1	2	1,00	2
70	20.08.2005	2	240,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	1	4,40	2
71	21.08.2005	5	179,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	9,20	3
72	21.08.2005	5	79,00	1	3	LARINGITE	2	1	1	0,20	1
73	24.08.2005	13	21,00	2	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,80	1

74	02.09.2005	2	28,00	1	2	DIARREIA AGUDA	7	1	2	1,00	2
75	02.09.2005	76	45,00	7	4	PERITONITE	7	1	2	0,80	1
76	05.09.2005	143	26,00	2	3	SD COMA	6	1	2	0,80	1
77	05.09.2005	88	50,00	2	2	PERITONITE	7	1	2	0,80	1
78	07.09.2005	40	232,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	25,00	4
79	08.09.2005	128	54,00	1	3	POLITRAUMA	5	2	1	72,90	5
80	08.09.2005	48	14,00	4	3	POLITRAUMA	5	1	2	0,80	1
81	11.09.2005	6	52,00	7	4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	1	34,50	5
82	15.09.2005	13	160,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	2	1,80	2
83	17.09.2005	22	83,00	1	3	MAL CONVULSIVO	6	1	1	0,80	1
84	17.09.2005	3	720,00	7	4	ACIDOSE METABOLICA	7	1	1	13,90	3
85	17.09.2005	17	117,00	4	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	3,00	2
86	17.09.2005	34	24,00	4	3	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,80	1
87	18.09.2005	12	193,00	1	3	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	1	27,20	4
88	21.09.2005	6	14,00	5	3	PO CIR PED	4	1	2	0,80	1
89	22.09.2005	22	182,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,00	2
90	25.09.2005	13	10,00	1	3	INSUF HEPATICA AGUDA	7	3	2	13,90	3
91	25.09.2005	4	44,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	2	2,00	2

92	26.09.2005	18	46,00	6	5	SARA	2	2	1	11,70	3
93	29.09.2005	2	148,00	5	4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	1	27,60	4
94	01.10.2005	141	94,00	2	3	TCE	6	1	2	0,80	1
95	03.10.2005	47	516,00	7	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	8,20	3
96	04.10.2005	47	102,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	1	8,20	3
97	06.10.2005	9	26,00	5	2	PO CIR PED	4	1	1	0,90	1
98	06.10.2005	107	26,00	3	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,50	3
99	07.10.2005	107	81,00	4	1	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
100	09.10.2005	90	20,00	2	3	PERITONITE	7	1	2	0,80	1
101	10.10.2005	8	9,00	2	1	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	2,20	2
102	10.10.2005	5	222,00	1	2	SEPSE	7	1	1	11,60	3
103	11.10.2005	15	216,00	5	3	INSUF RESP AGUDA	2	2	1	4,10	3
104	11.10.2005	50	236,00	2	3	SEPSE	7	1	1	10,30	3
105	11.10.2005	14	234,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	2,10	2
106	20.10.2005	2	5232,00	1	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	6,80	3
107	20.10.2005	7	94,00	7	4	TCE	6	1	1	15,30	4
108	25.10.2005	21	72,00	7	4	SRIS	7	1	2	4,30	3
109	26.10.2005	152	30,00	1	3	TCE	6	1	2	0,80	1
110	26.10.2005	7	106,00	5	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	6,10	3
111	28.10.2005	9	22,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,80	1

112	31.10.2005	3	24,00	4	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,80	1
113	01.11.2005	5	168,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	8,90	3
114	01.11.2005	43	6,00	1	2	PO OTORRINO	4	1	1	3,70	2
115	02.11.2005	15	552,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,20	3
116	04.11.2005	123	102,00	7	4	TCE	6	1	2	0,80	1
117	11.11.2005	20	3,00	7	4	SD POS PCR	7	2	1	76,90	5
118	15.11.2005	128	21,00	2	3	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,80	1
119	18.11.2005	44	169,00	6	5	HIC	6	1	2	1,50	2
120	19.11.2005	8	1152,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,20	2
121	21.11.2005	50	21,00	5	3	APENDICITE	4	1	2	2,80	2
122	01.12.2005	12	312,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	2,80	2
123	01.12.2005	122	46,00	1	3	TCE	6	1	2	0,90	1
124	07.12.2005	153	42,00	4	4	TCE	6	1	2	1,00	2
125	14.12.2005	12	888,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	2,80	2
126	15.12.2005	2	120,00	1	2	PO CIR PED	4	1	1	3,50	2
127	15.12.2005	114	49,00	5	4	TCE	6	1	2	0,80	1
128	17.12.2005	32	136,00	2	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	6,40	3
129	18.12.2005	24	23,00	2	3	APENDICITE	4	1	2	0,30	1
130	22.12.2005	18	25,00	2	2	PO CIR PED	4	1	1	5,40	3
131	29.12.2005	18	23,00	2	2	PO CIR PED	4	1	2	1,70	2

132	06.01.2006	15	162,00	1	3	ASMA	2	1	1	0,70	1
133	11.01.2005	19	47,00	2	1	AVCH	6	2	1	61,20	5
134	16.01.2006	30	45,00	1	3	TCE	6	1	2	0,90	1
135	23.01.2006	60	41,00	1	3	AMPUTAÇÃO MID	5	1	2	0,30	1
136	24.01.2006	72	65,00	1	3	TCE	6	1	2	0,80	1
137	26.01.2006	4	53,00	2	3	SEPSE - MENINGITE	7	1	2	1,80	2
138	28.01.2006	132	41,00	2	3	TCE	6	1	2	0,80	1
139	30.01.2006	32	10,00	7	4	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	27,60	4
140	31.01.2006	8	165,00	1	2	CHOQUE SEPTICO	7	1	2	3,60	2
141	04.02.2006	1	26,00	1	3	DIARREIA AGUDA	7	1	2	3,80	2
142	04.02.2006	3	124,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,00	2
143	05.02.2006	131	68,00	1	1	HEMIPARESIA	6	1	2	0,80	1
144	06.02.2006	1	9,00	1	2	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	2	1	1,60	2
145	08.02.2006	2	200,00	4	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	3,60	2
146	12.02.2005	127	13,00	1	3	AFOGAMENTO	7	2	1	93,70	5
147	17.02.2006	9	45,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	2	1,20	2
148	18.02.2006	3	384,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	6,20	3
149	20.02.2006	119	15,00	5	3	TCE	6	1	1	3,30	2
150	20.02.2006	9	17,00	6	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,40	1
151	21.02.2006	2	343,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	12,80	3

152	22.02.2006	80	46,00	1	3	TCE	6	1	2	0,80	1
153	23.02.2006	65	152,00	1	3	TCE	6	2	1	1,40	2
154	23.02.2006	115	499,00	7	2	HIC	6	1	1	6,30	3
155	06.03.2006	5	48,00	4	2	PNEUMONIA	2	1	2	1,20	2
156	08.03.2006	132	20,00	1	3	TCE	6	1	2	0,90	1
157	11.03.2006	1	393,00	3	3	PNEUMONIA	2	1	1	8,50	3
158	12.03.2006	155	72,00	1	1	MAL CONVULSIVO	6	1	2	1,10	2
159	14.03.2006	39	227,00	5	1	ASMA	2	1	1	1,00	2
160	15.03.2006	10	4,00	1	2	PASSAGEM CVC	7	1	2	0,40	1
161	15.03.2006	103	18,00	1	3	POLITRAUMA	5	1	2	1,00	2
162	16.03.2006	155	74,00	1	2	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,90	1
163	19.03.2006	1	108,00	1	1	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,90	1
164	20.03.2006	21	373,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	2,40	2
165	23.03.2006	15	25,00	3	4	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,80	1
166	25.03.2006	19	424,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,40	3
167	27.03.2006	118	18,00	1	1	APENDICITE	7	1	2	1,10	2
168	28.03.2006	10	5,00	1	2	PASSAGEM CVC	7	1	2	0,40	1
169	29.03.2006	1	10,00	2	3	ACIDOSE METABOLICA	7	3	2	6,90	3
170	29.03.2006	63	63,00	1	3	TCE	6	1	1	5,40	3
171	30.03.2006	19	42,00	2	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,60	1

172	30.03.2006	5	700,00	1	2	PO CIR PED	4	1	1	1,20	2
173	01.04.2006	138	12,00	1	4	TCE	6	1	2	1,00	2
174	07.04.2006	111	4,00	2	1	POLITRAUMA	5	2	1	38,50	5
175	10.04.2006	46	48,00	7	2	HIC	6	1	1	8,10	3
176	11.04.2006	14	230,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,10	2
177	13.04.2006	46	101,00	7	2	HIC	6	1	2	0,90	1
178	15.04.2006	25	130,00	5	3	SRIS	7	1	1	27,90	4
179	18.04.2006	72	42,00	2	3	ASMA	2	1	2	0,30	1
180	22.04.2006	22	288,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	8,20	3
181	20.04.2006	3	291,00	3	4	PNEUMONIA	2	1	1	5,10	3
182	22.04.2006	126	70,00	2	4	TRAUMA ABD FECHADO	5	1	2	0,80	1
183	26.04.2006	3	14,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,30	1
184	27.04.2006	20	384,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,60	1
185	01.05.2006	23	52,00	5	3	CAD	7	1	2	2,10	2
186	02.05.2006	2	96,00	1	2	PNEUMONIA	2	2	1	8,80	3
187	06.05.2006	1	159,00	2	1	SEPSE	7	1	1	12,10	3
188	08.05.2006	2	724,00	7	4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	1	46,20	5
189	12.05.2006	1	408,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	1	4,30	2
190	13.05.2006	7	39,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	2	1	4,30	2

191	19.05.2006	21	120,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,60	1
192	20.05.2006	8	53,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,30	1
193	23.05.2006	30	19,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,30	1
194	24.05.2006	2	250,00	2	1	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,80	2
195	24.05.2006	80	18,00	6	2	HIDROCEFALIA DESCOMP	7	1	2	0,80	1
196	27.05.2006	33	37,00	5	3	CAD	7	1	2	2,60	2
197	27.05.2006	68	17,00	7	4	TCE	6	1	2	0,80	1
198	27.05.2006	16	432,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	1	16,30	4
199	28.05.2006	1	434,00	5	4	PNEUMONIA	2	1	1	11,10	3
200	29.05.2006	75	2,00	4	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,80	1
201	30.05.2006	6	372,00	7	4	CHOQUE	7	1	1	25,00	4
202	01.06.2006	22	216,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,60	1
203	05.06.2006	41	22,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,90	1
204	06.06.2006	33	311,00	2	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,50	2
205	10.06.2006	25	59,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	3,70	2
206	10.06.2006	2	384,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	4,20	2
207	14.06.2006	97	144,00	6	4	LARINGITE	2	1	1	1,10	2
208	14.06.2006	3	92,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,30	1
209	15.06.2006	2	288,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,90	1
210	20.06.2006	97	42,00	6	2	LARINGITE	2	1	2	0,30	1

211	22.06.2006	5	168,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	2	4,70	2
212	24.06.2006	8	8,00	5	4	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
213	26.06.2006	22	888,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	1	2,60	2
214	27.06.2006	75	1848,00	3	4	IRC AGUDIZADA	2	1	1	3,10	2
215	27.06.2006	4	2,00	2	3	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	13,30	3
216	30.07.2006	12	1896,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	3	1	13,40	3
217	03.07.2006	18	15,00	6	4	IRC AGUDIZADA	2	1	2	1,70	2
218	04.07.2006	3	43,00	1	2	ASMA	2	1	2	0,20	1
219	05.07.2006	3	259,00	1	1	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	5,10	3
220	09.07.2006	34	695,00	1	3	TCE	6	1	1	5,10	3
221	15.07.2006	6	135,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	23,10	4
222	17.07.2006	16	408,00	7	4	IRC AGUDIZADA	2	3	1	13,00	3
223	18.07.2006	2	192,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,40	2
224	19.07.2006	56	182,00	7	2	ATELECTASIA	2	1	1	6,50	3
225	25.07.2006	14	117,00	4	3	PNEUMONIA	2	2	1	8,90	3
226	28.07.2006	6	7224,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	2	1	5,30	3
227	01.08.2006	11	28,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	2	1,10	2
228	02.08.2006	43	22,00	1	3	QUEIMADO	7	3	2	0,90	1
229	03.08.2006	9	624,00	1	3	DIST HIDROELETROL	7	1	1	22,50	4
230	04.08.2006	14	96,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	2	1	5,90	3

231	05.08.2006	1	552,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	1	11,90	3
232	14.08.2006	1	23,00	5	4	PNEUMONIA	2	1	1	5,30	3
233	15.08.2006	4	41,00	4	2	PNEUMONIA	2	1	2	1,70	2
234	16.08.2006	5	336,00	2	1	IRC AGUDIZADA	2	1	1	7,00	3
235	17.08.2006	110	264,00	1	1	PNEUMONIA	2	2	1	13,00	3
236	01.09.2006	20	144,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	2	1,10	2
237	12.09.2006	48	25,00	2	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	1,00	2
238	12.09.2006	14	260,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	1	6,60	3
239	13.09.2006	11	55,00	3	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
240	13.09.2006	2	454,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
241	15.09.2006	71	169,00	2	4	ASMA	2	1	1	2,50	2
242	17.09.2006	1	20,00	3	3	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	35,00	5
243	18.09.2006	8	25,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
244	19.09.2006	5	84,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	2,80	2
245	23.09.2006	14	34,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	2,80	2
246	23.09.2006	48	26,00	2	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
247	23.09.2006	65	286,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	1	4,00	2
248	24.09.2006	21	5,00	2	4	ASMA	2	3	1	2,10	2
249	24.09.2006	14	221,00	1	2	SD ABSTINENCIA	7	1	1	6,60	3
250	04.10.2006	18	44,00	7	4	LARINGITE	2	1	2	1,00	2

251	07.10.2006	2	261,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	4,30	2
252	08.10.2006	4	359,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
253	19.10.2006	15	10,00	2	3	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,80	1
254	21.10.2006	114	205,00	7	4	POLITRAUMA	5	1	1	4,30	2
255	22.10.2006	1452	19,00	6	3	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,90	1
256	24.10.2006	153	45,00	4	3	TRAUMA ABD FECHADO	5	1	2	1,10	2
257	27.10.2006	98	19,00	2	3	TRAUMA ABD FECHADO	5	1	2	1,00	2
258	28.10.2006	118	21,00	7	4	POLITRAUMA	5	1	2	8,00	1
259	28.10.2006	71	169,00	7	2	ACIDOSE METABOLICA	7	1	1	14,30	3
260	01.11.2006	6	549,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	6,00	3
261	06.11.2006	114	60,00	7	2	COMPLICACAO CIR	4	1	1	1,80	2
262	09.11.2006	7	188,00	5	2	PO CIR PED	4	1	1	2,20	2
263	11.11.2006	17	450,00	5	4	AFOGAMENTO	7	1	1	30,70	5
264	12.11.2006	5	512,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,20	2
265	13.11.2006	2	50,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
266	16.11.2006	106	114,00	4	3	TCE	6	1	1	4,60	2
267	20.11.2006	1	291,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,50	2
268	22.11.2006	50	56,00	1	2	LARINGITE	2	1	1	4,60	2
269	24.11.2006	81	221,00	2	3	TCE	6	1	1	1,00	2

270	25.11.2006	4	220,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
271	27.11.2006	35	63,00	1	3	POLITRAUMA	5	1	2	1,70	2
272	30.11.2006	17	246,00	5	2	PNEUMONIA	2	1	1	5,80	3
273	05.12.2006	7	288,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	13,30	3
274	08.12.2006	2	744,00	7	3	INSUF RESP	2	1	1	24,70	4
275	09.12.2006	4	115,00	1	2	APNEIA	2	1	2	1,10	2
276	10.12.2006	9	10,00	3	2	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	32,30	5
277	15.12.2006	16	51,00	2	3	TCE	6	1	1	3,60	2
278	16.12.2006	2	408,00	2	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	44,20	5
279	17.12.2006	5	15,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	7,00	3
280	20.12.2006	251	405,00	7	4	TCE	6	1	1	6,20	3
281	22.12.2006	9	258,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,20	3
282	28.12.2006	166	5,00	1	1	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,90	1
283	29.12.2006	94	26,00	2	3	TCE	6	1	2	0,80	1
284	02.01.2007	20	46,00	7	3	TCE	6	1	2	1,10	1
285	04.01.2007	7	106,00	4	3	INSUF RESP AGUDA	2	2	1	38,60	5
286	04.01.2007	21	50,00	2	3	DIARREIA AGUDA	7	1	2	2,10	2
287	11.01.2007	19	21,00	5	2	PO CIR PED	4	1	1	1,30	2
288	11.01.2007	8	94,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	1	1,30	2
289	15.01.2007	3	55,00	5	3	POLITRAUMA	5	1	2	0,90	1

290	15.01.2007	3	266,00	3	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
291	16.01.2007	51	74,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	2,50	2
292	18.01.2007	118	146,00	2	3	CHOQUE ANAFILATICO	7	1	1	16,30	4
293	20.01.2007	6	4632,00	1	2	DRENAGEM ABSC PULM	7	1	1	7,00	3
294	23.01.2007	1	739,00	2	3	SEPSE	7	1	1	10,10	3
295	24.01.2007	3	279,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,90	2
296	27.01.2007	4	2640,00	1	1	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	36,50	5
297	05.02.2007	1	295,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	2,10	2
298	07.02.2007	3	175,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	11,70	3
299	10.02.2007	114	96,00	1	3	POLITRAUMA	5	1	1	24,10	4
300	14.02.2007	150	40,00	1	3	TCE	6	1	2	0,80	1
301	16.02.2007	22	192,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	7,60	3
302	18.02.2007	8	363,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	4,00	2
303	23.02.2007	2	3,00	6	2	PO CIR PED	4	1	1	1,10	2
304	02.03.2007	104	76,00	4	3	EDEMA AGUDO PULMAO	7	1	2	2,00	2
305	04.03.2007	32	183,00	1	3	AFOGAMENTO	7	2	1	97,60	5
306	06.03.2007	4	329,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	1	24,60	4
307	06.03.2007	7	188,00	7	4	PNEUMONIA	2	2	1	8,20	3
308	10.03.2007	65	20,00	1	3	POLITRAUMA	5	1	2	0,90	1

309	10.03.2007	1	310,00	4	4	PNEUMONIA	2	1	1	1,10	2
310	11.03.2007	1	237,00	1	3	APNEIA	2	1	1	6,30	3
311	16.03.2007	11	236,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,10	3
312	22.03.2007	1	46,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,00	2
313	23.03.2007	13	5,00	4	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
314	24.03.2007	1	237,00	7	4	ENFISEMA LOBAR CONG	2	1	1	0,30	1
315	25.03.2007	166	81,00	2	3	TRAUMA ABD FECHADO	5	1	2	0,80	1
316	26.03.2007	130	138,00	5	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	9,20	3
317	29.03.2007	6	384,00	2	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
318	31.03.2007	6	224,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,70	3
319	03.04.2007	71	5,00	7	3	PNEUMONIA	2	2	1	40,00	5
320	04.04.2007	114	16,00	2	3	PO NEUROCIR	6	1	2	0,30	1
321	05.04.2007	4	241,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,40	2
322	09.04.2007	5	71,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	2	1,30	2
323	11.04.2007	59	60,00	2	3	TCE	6	1	2	0,80	1
324	14.04.2007	5	54,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	0,80	1
325	15.04.2007	35	217,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	0,80	1
326	16.04.2007	76	38,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	3,70	2
327	19.04.2007	1	672,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,50	2

328	20.04.2007	1	336,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
329	25.04.2007	5	1,00	2	2	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	4,20	2
330	28.04.2007	11	433,00	1	2	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	2,00	2
331	02.05.2007	33	46,00	1	2	PNEUMOTORAX	2	1	1	5,00	3
332	09.05.2007	160	15,00	7	3	CAD	7	1	2	1,50	2
333	11.05.2007	2	253,00	2	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,00	2
334	11.05.2007	32	25,00	2	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
335	11.05.2007	1	622,00	7	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,00	2
336	11.05.2007	91	20,00	2	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
337	18.05.2007	102	208,00	5	4	ENCEFALITE	7	1	1	0,90	1
338	18.05.2007	1	86,00	5	4	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
339	18.05.2007	26	19,00	1	4	INTOX EXOGENA	7	1	2	1,10	2
340	22.05.2007	37	13,00	1	3	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,80	1
341	22.05.2007	6	352,00	4	3	IRC AGUDIZADA	2	2	1	0,90	1
342	27.05.2007	95	7,00	1	3	TCE	6	2	1	88,00	5
343	30.05.2007	2	139,00	1	1	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	47,10	5
344	06.06.2007	160	79,00	5	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
345	07.06.2007	54	39,00	1	3	TCE	6	1	1	4,50	2
346	13.06.2007	21	80,00	5	4	LARINGITE	2	1	1	0,90	1
347	15.06.2007	60	72,00	7	3	MENINGITE	7	1	1	5,40	3

348	16.06.2007	125	46,00	7	3	TCE	6	1	2	1,00	2
349	19.06.2007	19	3600,00	4	5	PNEUMONIA	2	1	1	5,90	3
350	17.06.2007	117	16,00	2	1	TCE	6	1	2	1,00	2
351	18.06.2007	13	46,00	2	3	AFOGAMENTO	7	1	1	6,70	3
352	18.06.2007	3	576,00	3	4	PNEUMONIA	2	1	1	37,20	5
353	18.06.2007	1	190,00	2	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,70	2
354	22.06.2007	117	36,00	6	5	TCE	6	1	2	0,80	1
355	23.06.2007	13	36,00	5	4	ABDOMEN AGUDO	7	1	1	1,50	2
356	23.06.2007	10	38,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
357	25.06.2007	28	590,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,20	3
358	25.06.2007	153	36,00	2	3	INTOX EXOGENA	7	1	1	1,00	2
359	27.06.2007	24	23,00	1	3	MAL CONVULSIVO	6	1	1	7,50	3
360	28.06.2007	3	146,00	1	3	CARDIOPATIA CONG	3	3	1	40,80	5
361	04.07.2007	143	48,00	2	1	HIC	6	1	1	4,80	2
362	04.07.2007	29	286,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,60	2
363	06.07.2007	18	7,00	5	4	TCE	6	2	1	87,50	5
364	06.07.2007	3	184,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,30	1
365	13.07.2007	1	23,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	1	7,10	3
366	16.07.2007	7	13,00	1	1	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,80	1
367	17.07.2007	2	73,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1

368	17.07.2007	1	104,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
369	24.07.2007	144	41,00	7	4	TCE	6	1	2	0,90	1
370	27.07.2007	7	160,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	5,80	3
371	30.07.2007	1	91,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
372	02.08.2007	11	44,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,50	1
373	03.08.2007	52	81,00	1	3	MENINGITE	7	1	1	11,30	3
374	05.08.2007	1	447,00	1	1	APNEIA	2	1	1	1,30	2
375	07.08.2007	1	26,00	6	2	PO CIR PED	4	1	1	1,70	2
376	11.08.2007	11	88,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	16,10	4
77	11.08.2007	8	264,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,80	1
378	13.08.2007	19	81,00	1	2	HDA	7	1	1	7,00	3
379	16.08.2007	88	1944,00	7	4	POLITRAUMA	5	3	1	54,00	5
380	16.08.2007	93	41,00	1	2	PO NEUROCIR	6	1	1	4,00	2
381	17.08.2007	44	76,00	1	3	TCE	6	1	2	0,90	1
382	20.08.2007	62	14,00	7	4	AFOGAMENTO	7	1	1	4,50	3
383	22.08.2007	11	2712,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	13,90	3
384	26.08.2007	6	68,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	2	13,90	3
385	28.08.2007	113	50,00	1	3	MENINGITE	7	1	2	1,50	2
386	29.08.2007	113	48,00	5	4	TCE	6	2	1	0,90	1
387	30.08.2007	5	36,00	1	3	IRC AGUDIZADA	2	3	1	5,00	3

388	01.09.2007	1	381,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	9,10	3
389	02.09.2007	36	18,00	2	3	TCE	6	1	2	1,00	2
390	05.09.2007	69	514,00	1	3	LARINGITE	2	1	1	5,50	3
391	11.09.2007	115	68,00	4	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,90	1
392	21.09.2007	83	23,00	2	1	ASMA	2	1	2	0,20	1
393	25.09.2007	8	32,00	1	2	PO CIR PED	4	1	2	0,40	1
394	02.10.2007	35	309,00	1	1	IRC AGUDIZADA	2	1	1	24,50	4
395	03.10.2007	110	34,00	1	2	SD COMA	6	1	2	0,90	1
396	05.10.2007	4	31,00	1	2	INVAGINACAO INTEST	4	1	2	1,70	2
397	06.10.2007	14	162,00	7	3	TCE	6	1	1	6,20	3
398	10.10.2007	41	21,00	5	4	INVAGINACAO INTEST	4	1	2	1,50	2
399	15.10.2007	15	4,00	1	1	CRISE HIPOXEMICA	3	2	1	6,10	3
400	19.10.2007	5	134,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
401	20.10.2007	53	97,00	1	4	TCE	6	1	1	0,80	1
402	22.10.2007	139	91,00	1	3	TCE	6	1	2	0,80	1
403	25.10.2007	7	37,00	1	2	SEPSE	7	1	2	1,60	2
404	30.10.2007	14	183,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	2,80	2
405	30.10.2007	2	427,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	27,50	4
406	31.10.2007	33	112,00	1	3	PNEUMONIA	2	2	1	18,30	4

407	06.11.2007	158	206,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	1	7,20	3
408	09.11.2007	39	208,00	7	4	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	15,50	4
409	13.11.2007	7	222,00	5	4	ABD AGUDO OBSTRUTIVO	4	1	1	3,60	2
410	18.11.2007	14	34,00	2	3	LARINGITE	2	1	2	0,80	1
411	18.11.2007	9	45,00	2	3	SEPSE	7	1	2	1,30	2
412	23.11.2007	3	211,00	7	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	24,30	4
413	23.11.2007	37	188,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	2	1	23,90	4
414	24.11.2007	118	20,00	5	4	APENDICITE	4	1	2	2,30	2
415	25.11.2007	96	282,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	39,70	5
416	25.11.2007	2	90,00	1	1	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,50	1
417	28.11.2007	9	69,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	2	2,40	2
418	01.12.2007	83	131,00	1	3	TCE	6	1	1	3,80	2
419	07.12.2007	4	536,00	7	2	ICC	3	3	1	5,80	3
420	14.12.2007	109	18,00	1	3	TCE	6	1	2	0,90	1
421	15.12.2007	167	202,00	7	4	MAL CONVULSIVO	6	1	1	4,00	2
422	15.12.2007	95	3144,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	7,90	3
423	16.12.2007	35	21,00	4	4	INTOX EXOGENA	7	1	2	0,80	1
424	18.12.2007	1	232,00	6	5	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,30	1
425	19.12.2007	25	936,00	4	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	11,90	3
426	20.12.2007	50	15,00	2	3	TCE	6	1	2	0,80	1

427	20.12.2007	7	23,00	2	2	PO CIR PED	7	1	2	0,10	1
428	20.12.2007	22	70,00	2	3	SEPSE	7	1	2	0,80	1
429	24.12.2007	1	335,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,70	1
430	24.12.2007	1	120,00	6	5	BRONQUIOLITE	2	2	1	1,20	2
431	26.12.2007	4	26,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	2	1	0,20	1
432	28.12.2007	1	164,00	1	3	DIST METABOLICO	7	1	2	3,00	2
433	30.12.2007	140	36,00	1	3	AFOGAMENTO	7	2	1	98,90	5
434	05.01.2008	2	250,00	6	3	APNEIA	2	1	2	0,90	1
435	15.01.2008	112	56,00	4	1	LARINGITE	2	1	1	1,00	1
436	15.01.2008	28	91,00	1	3	LARINGITE	2	1	1	1,80	2
437	20.01.2008	41	244,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	6,10	3
438	20.01.2008	2	93,00	1	1	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,30	1
439	28.01.2008	105	44,00	2	4	ENCEFALOP HIPERTENS	7	1	1	8,10	3
440	30.01.2008	7	18,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	2	1,10	2
441	30.01.2008	1	38,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
442	07.02.2008	7	35,00	3	4	TCE	6	1	2	1,00	2
443	09.02.2008	148	290,00	7	2	EPIDERMOLISE BOLHOSA	7	1	2	1,20	2
444	11.02.2008	7	236,00	2	3	IRC AGUDIZADA	2	1	1	1,40	2
445	13.02.2008	162	48,00	2	1	MAL CONVULSIVO	6	1	1	4,20	2

446	15.02.2008	1	239,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
447	15.02.2008	97	64,00	7	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
448	16.02.2008	162	60,00	2	2	MAL CONVULSIVO	6	1	2	1,30	2
449	19.02.2008	9	110,00	5	4	TCE	6	1	1	9,70	3
450	22.02.2008	24	93,00	6	3	INVAGINACAO INTEST	4	1	2	1,40	2
451	23.02.2008	43	15,00	3	4	ESCORPIONISMO	7	1	2	1,40	2
452	25.02.2008	4	51,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,60	2
453	25.02.2008	1	515,00	2	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
454	27.02.2008	135	24,00	1	1	MAL CONVULSIVO	6	1	2	0,90	1
455	28.02.2008	10	20,00	6	3	ANAFILAXIA	7	1	2	0,90	1
456	01.03.2008	74	48,00	2	1	ASMA	2	1	2	0,20	1
457	04.03.2008	1	255,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	1	5,10	3
458	04.03.2008	141	9,00	7	4	TRAUMA ABD FECHADO	5	1	2	0,90	1
459	04.03.2008	98	26,00	5	2	PO OTORRINO	4	1	1	2,80	2
460	06.03.2008	97	24,00	4	3	TCE	6	1	2	0,80	1
461	06.03.2008	68	22,00	7	4	TCE	6	1	2	0,80	1
462	08.03.2008	10	456,00	7	1	IRC AGUDIZADA	2	1	1	1,30	2
463	11.03.2008	7	204,00	2	4	MENINGOCOCCEMIA	7	1	1	3,90	2
464	18.03.2008	8	23,00	7	2	PO OTORRINO	4	1	2	0,30	1

465	19.03.2008	12	34,00	7	4	CONVULSAO	6	1	2	1,10	2
466	20.03.2008	59	63,00	4	3	SEPSE	7	1	2	1,60	2
467	21.03.2008	25	5,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	42,00	5
468	22.03.2008	12	65,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,30	2
469	22.03.2008	8	472,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	21,90	4
470	26.03.2008	3	184,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
471	28.03.2008	4	199,00	1	3	ICC	3	1	1	3,00	2
472	01.04.2008	8	90,00	1	4	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	19,70	4
473	02.04.2008	7	41,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
474	03.04.2008	3	161,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	2,30	2
475	05.04.2008	7	365,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
476	06.04.2008	3	572,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,80	1
477	09.04.2008	13	20,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
478	10.04.2008	2	90,00	1	1	APNEIA	2	1	2	1,40	2
479	12.04.2008	2	326,00	2	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,10	2
480	12.04.2008	3	66,00	1	3	ICC	3	1	2	1,20	2
481	16.04.2008	2	431,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,30	1
482	16.04.2008	12	49,00	7	2	PO CARDIO	3	1	2	0,40	1
483	18.04.2008	11	57,00	7	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	6,50	3
484	20.04.2008	1	261,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,10	2

485	25.04.2008	44	18,00	1	4	TCE	6	1	2	1,10	2
486	26.04.2008	19	168,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	4,40	2
487	26.04.2008	1	473,00	2	4	LARINGITE	2	1	1	3,60	2
488	30.04.2008	107	136,00	7	4	TCE	6	1	1	3,50	2
489	01.05.2008	2	24,00	1	3	BRONQUIOLITE	2	1	1	9,40	3
490	03.05.2008	5	213,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,20	2
491	03.05.2008	33	21,00	6	2	PNEUMONIA	2	1	2	0,90	1
492	06.05.2008	7	354,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,50	2
493	07.05.2008	155	190,00	2	4	AVCH	6	1	1	15,90	4
494	12.05.2008	92	80,00	1	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
495	15.05.2008	32	311,00	1	4	IRC AGUDIZADA	2	1	1	1,00	2
496	16.05.2008	103	127,00	5	4	MENINGITE	7	2	1	93,80	5
497	17.05.2008	70	135,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	1	8,00	3
498	23.05.2008	2	127,00	2	2	LARINGITE	2	1	2	0,80	1
499	23.05.2008	22	98,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	2,80	2
500	25.05.2008	2	17,00	3	3	PNEUMONIA	2	1	2	5,60	3
501	25.05.2008	7	1080,00	1	2	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	8,40	3
502	27.05.2008	32	119,00	7	4	PURPURA INFECCIOSA	7	1	1	26,40	4
503	28.05.2008	12	483,00	7	2	POS PROCEDIMIENTO	7	1	1	0,40	1
504	05.06.2008	129	13,00	3	2	PO CIR PED	4	1	2	0,80	1

505	06.06.2008	1	46,00	3	3	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	2	7,90	3
506	07.06.2008	3	289,00	3	1	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,30	1
507	07.06.2008	23	133,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	1,00	2
508	09.06.2008	13	61,00	2	4	MENINGITE	7	1	2	2,70	2
509	10.06.2008	12	1444,00	7	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,40	2
510	11.06.2008	4	85,00	4	4	ACIDOSE METABOLICA	7	2	1	9,00	3
511	12.06.2008	86	182,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	25,00	4
512	16.06.2008	1	13,00	1	1	SEPSE	7	1	2	0,90	1
513	18.06.2008	8	1992,00	7	2	PO CIR PLASTICA	4	1	1	6,60	3
514	20.06.2008	3	17,00	3	2	SD ABSTINENCIA	7	1	1	1,10	2
515	20.06.2008	12	445,00	7	2	SD POS PCR	7	1	1	40,40	5
516	23.06.2008	28	17,00	1	3	AFOGAMENTO	7	1	2	0,80	1
517	26.06.2008	3	816,00	3	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,80	1
518	03.07.2008	11	17,00	1	2	MIOCARDITE	3	1	2	2,10	2
519	05.07.2008	3	187,00	1	2	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	4,90	2
520	08.07.2008	81	12,00	2	4	APENDICITE	4	1	2	1,50	2
521	08.07.2008	71	180,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	1	1,10	2
522	10.07.2008	66	118,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	6,80	3
523	11.07.2008	4	43,00	1	1	MENINGITE	7	1	2	1,10	2

524	19.07.2008	26	310,00	1	3	DISTURB ELETROLITICO	7	1	1	4,00	2
525	20.07.2008	13	379,00	8	4	LARINGITE	2	1	1	1,90	2
526	22.07.2008	20	36,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	3,10	2
527	29.07.2008	114	768,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	19,90	4
528	30.07.2008	30	15,00	6	5	CAD	7	1	2	1,00	2
529	31.07.2008	3	204,00	4	1	APNEIA	2	1	2	1,60	2
530	31.07.2008	2	4080,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
531	31.07.2008	13	384,00	1	2	SEPSE	7	2	1	1,90	2
532	06.08.2008	39	20,00	1	4	AFOGAMENTO	7	1	2	2,00	2
533	08.08.2008	73	12,00	1	4	INTOX EXOGENA	7	1	2	1,10	2
534	10.08.2008	127	13,00	8	1	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	12,10	3
535	10.08.2008	99	35,00	1	3	TCE	6	1	1	4,40	2
536	12.08.2008	10	345,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,60	2
537	12.08.2008	5	336,00	3	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,60	3
538	20.08.2008	19	260,00	2	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	3,50	2
539	28.08.2008	17	66,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	1	2,80	2
540	29.08.2008	91	25,00	6	3	SD POS PCR	7	1	1	20,20	4
541	01.09.2008	1	96,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
542	04.09.2008	117	50,00	1	1	APENDICITE	4	1	2	1,00	2
543	09.09.2008	10	10,00	7	4	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	11,60	3

544	11.09.2008	1	96,00	2	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	2	2,60	2
545	12.09.2008	11	243,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	1	1,60	2
546	13.09.2008	95	115,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	5,20	3
547	17.09.2008	162	16,00	1	1	PNEUMONIA	2	1	2	0,40	1
548	17.09.2008	1	144,00	2	1	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,30	2
549	17.09.2008	127	174,00	7	4	AVCH	6	2	1	93,90	5
550	23.09.2008	165	64,00	2	1	SD COMA	6	1	2	1,10	2
551	27.09.2008	17	92,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	22,70	4
552	29.09.2008	3	216,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,80	1
553	30.09.2008	107	144,00	2	4	INTOX EXOGENA	7	1	2	1,00	2
554	01.10.2008	72	288,00	6	3	PURPURA INFECCIOSA	7	1	1	2,60	2
555	01.10.2008	18	32,00	1	4	CHOQUE SEPTICO	7	2	1	19,20	4
556	03.10.2008	7	331,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,30	2
557	03.10.2008	16	210,00	1	1	INVAGINACAO INTEST	4	1	1	5,00	3
558	05.10.2008	6	552,00	2	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,80	3
559	08.10.2008	70	312,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,90	2
560	09.10.2008	126	17,00	1	4	APENDICITE	4	1	2	2,20	2
561	11.10.2008	5	26,00	1	3	MENINGITE	7	1	2	1,10	2
562	13.09.2008	23	336,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	6,80	3

563	05.10.2008	2	819,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,40	2
564	15.10.2008	11	127,00	5	4	PNEUMONIA	2	1	2	1,40	2
565	21.10.2008	2	1224,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	1,00	2
566	26.10.2008	88	125,00	4	2	PNEUMONIA	2	1	1	8,80	3
567	28.10.2008	63	138,00	7	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
568	29.10.2008	3	325,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,90	1
569	01.11.2008	6	14,00	2	4	PURPURA INFECCIOSA	7	1	2	2,00	2
570	01.11.2008	69	18,00	1	4	CAD	7	1	2	0,30	1
571	05.11.2008	3	243,00	1	1	TCE	6	1	1	0,80	1
572	06.11.2008	2	242,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
573	07.11.2008	1	123,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
574	07.11.2008	124	89,00	1	3	MENINGITE	7	1	1	6,30	3
575	12.11.2008	41	50,00	5	3	PO CARDIO	3	1	2	0,10	1
576	12.11.2008	9	661,00	6	3	PNEUMONIA	2	1	1	1,20	2
577	15.11.2008	1	91,00	2	4	APNEIA	2	1	1	5,90	3
578	16.11.2008	66	45,00	2	4	CONVULSAO	6	1	2	0,90	1
579	18.11.2008	44	308,00	7	2	PO OTORRINO	4	1	1	2,80	2
580	18.11.2008	135	66,00	6	2	PO NEUROCIR	6	1	2	0,30	1
581	24.11.2008	21	24,00	1	4	CONVULSAO	6	1	2	1,00	2
582	25.11.2008	1	11,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	3	2	1,30	2

583	29.11.2008	21	119,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
584	03.12.2008	3	19,00	7	2	SEPSE	7	1	2	1,20	2
585	04.12.2008	3	86,00	4	4	TCE	6	1	2	0,80	1
586	05.12.2008	22	77,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	2	2,30	2
587	06.12.2008	9	111,00	1	4	TCE	6	1	1	5,30	3
588	09.12.2008	80	22,00	1	1	ASMA	2	1	2	0,20	1
589	09.12.2008	126	47,00	1	3	APENDICITE	4	1	1	5,00	3
590	09.12.2008	83	68,00	1	2	CHOQUE HIPOVOLEMICO	7	1	1	5,80	3
591	14.12.2008	58	90,00	2	3	TCE	6	1	1	3,80	2
592	19.12.2008	38	127,00	2	4	TCE	6	1	1	5,00	3
593	19.12.2008	56	55,00	3	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
594	20.12.2008	5	83,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	2	1,00	2
595	22.12.2008	57	50,00	7	4	POLITRAUMA	5	1	1	3,70	2
596	23.12.2008	86	19,00	1	3	ASMA	2	1	2	0,20	1
597	23.12.2008	51	14,00	1	4	TCE	6	1	2	0,80	1
598	25.12.2008	43	52,00	2	2	LARINGITE	2	1	2	1,00	2
599	26.12.2008	125	44,00	1	3	TCE	6	1	2	1,00	2
600	30.12.2008	2	406,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,00	2
601	31.12.2008	69	13,00	2	2	APENDICITE	4	1	2	0,80	1
602	08.01.2009	24	960,00	1	3	POLITRAUMA	5	1	1	6,00	3

603	12.01.2009	30	73,00	1	3	TCE	6	1	1	7,30	3
604	14.01.2009	64	152,00	4	3	TRAUMA TORAX	5	1	1	1,30	2
605	15.01.2009	76	260,00	1	3	TCE	6	1	1	5,80	3
606	27.01.2009	3	324,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,00	2
607	29.01.2009	120	7,00	1	3	AVCH	6	2	1	37,50	5
608	31.01.2009	1	72,00	7	3	MENINGOENCEFALIT E	7	1	2	0,80	1
609	02.02.2009	9	93,00	1	1	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,20	2
610	03.02.2009	14	350,00	5	4	PNEUMONIA	2	1	1	3,90	2
611	09.02.2009	41	37,00	4	4	AFOGAMENTO	7	1	2	1,30	2
612	12.02.2009	12	24,00	1	1	LARINGITE	2	1	2	1,00	2
613	12.02.2009	16	20,00	1	1	TCE	6	2	1	19,20	4
614	17.02.2009	48	384,00	2	2	PO OTORRINO	4	1	1	2,00	2
615	19.02.2009	40	91,00	1	1	CONVULSAO	6	1	1	4,80	2
616	21.02.2009	99	26,00	1	3	SD COMA	6	1	2	0,80	1
617	23.02.2009	90	56,00	2	4	POLITRAUMA	5	1	2	0,80	1
618	24.02.2009	150	51,00	2	4	ARRITIMIA CARDIACA	3	1	2	1,20	2
619	24.02.2009	5	187,00	7	4	TCE	6	1	1	6,20	3
620	26.02.2009	5	38,00	7	4	INVAGINACAO INTEST	7	1	2	2,00	2
621	28.02.2009	84	20,00	2	4	TCE	6	1	1	1,70	2

622	02.03.2009	12	262,00	1	2	PO NEUROCIR	6	1	1	2,70	2
623	04.03.2009	10	307,00	1	4	LARINGITE	2	1	1	0,20	1
624	05.03.2009	35	41,00	1	3	PNEUMONIA	2	1	2	1,50	2
625	08.03.2009	14	15,00	5	2	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
626	05.03.2009	45	188,00	2	2	IRA ALTA	2	1	2	1,00	2
627	09.03.2009	9	299,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	1	3,70	2
628	09.03.2009	26	560,00	7	4	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	9,70	3
629	09.03.2009	25	58,00	7	2	PO CARDIO	3	1	2	0,80	1
630	12.03.2009	14	984,00	5	1	PNEUMATOCELE	2	1	1	0,80	1
631	15.03.2009	11	270,00	7	4	ICC	3	1	1	8,50	3
632	16.03.2009	48	73,00	2	2	PO OTORRINO	4	1	1	0,90	1
633	17.03.2009	1	23,00	1	2	PO CIR PED	4	1	1	1,70	2
634	18.03.2009	12	508,00	1	2	LARINGITE	2	1	1	1,30	2
635	22.03.2009	10	191,00	2	1	PNEUMONIA	2	1	1	0,80	1
636	22.03.2009	18	262,00	1	2	IRC AGUDIZADA	2	1	1	4,90	2
637	28.03.2009	15	13,00	7	4	POLITRAUMA	5	1	2	1,00	2
638	28.03.2009	5	59,00	6	5	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,80	1
639	29.03.2009	4	408,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	1	3,20	2
640	30.03.2009	24	22,00	7	4	TCE	6	1	1	3,60	2
641	02.04.2009	120	29,00	1	2	ABSCESO PERIAMIGDAL	7	1	1	1,00	2

642	03.04.2009	1	46,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	2	1,10	2
643	04.04.2009	10	89,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	1	7,30	3
644	04.04.2009	125	43,00	2	4	ASMA	2	1	2	0,80	1
645	05.04.2009	13	406,00	7	2	PO NEUROCIR	6	1	2	4,40	3
646	06.04.2009	147	71,00	1	1	TCE	6	1	1	6,30	3
647	07.04.2009	1	140,00	2	4	APNEIA	2	1	1	5,00	3
648	08.04.2009	1	65,00	2	4	APNEIA	2	1	2	1,20	2
649	11.04.2009	111	29,00	1	4	TCE	6	1	2	0,80	1
650	11.04.2009	61	22,00	7	4	TCE	6	1	2	0,80	1
651	13.04.2009	5	381,00	1	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,10	1
652	14.04.2009	2	117,00	1	4	BRONQUIOLITE	2	2	1	0,40	1
653	14.04.2009	1	714,00	7	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,90	1
654	16.04.2009	56	27,00	1	2	LARINGITE	2	1	2	0,30	1
655	16.04.2009	177	19,00	1	1	CAD	7	1	2	0,90	1
656	17.04.2009	4	390,00	7	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,50	1
657	19.04.2009	7	432,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
658	20.04.2009	7	93,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	2	1,00	2
659	24.04.2009	1	284,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
660	25.04.2009	49	305,00	7	4	SD POS PCR	7	2	1	91,60	5
661	25.04.2009	13	62,00	7	2	MENINGITE	7	1	1	2,40	2

662	29.04.2009	1	385,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	7,40	3
663	29.04.2009	3	643,00	1	2	PNEUMONIA	2	2	1	4,60	2
664	04.05.2009	2	355,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,50	3
665	06.05.2009	12	209,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,30	2
666	08.05.2009	2	502,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
667	10.05.2009	27	144,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	1	1,40	2
668	15.05.2009	97	111,00	2	4	PNEUMONIA	2	1	2	1,00	2
669	19.05.2009	1	288,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	1	1,20	2
670	22.05.2009	46	1152,00	2	3	POLITRAUMA	5	2	1	9,20	3
671	23.05.2009	62	20,00	1	4	ASMA	2	1	2	2,30	2
672	25.05.2009	32	228,00	7	4	PNEUMONIA	2	1	1	5,20	3
673	27.07.2009	37	58,00	2	4	TCE	6	1	1	2,80	2
674	29.05.2009	5	144,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
675	01.06.2009	94	36,00	2	4	TCE	6	1	2	0,90	1
676	04.06.2009	24	58,00	1	4	PNEUMONIA	2	1	2	1,30	2
677	05.06.2009	6	21,00	1	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,10	2
678	07.06.2009	2	456,00	6	5	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,30	2
679	07.06.2009	9	260,00	2	4	MIOCARDITE	3	2	1	23,70	4
680	08.06.2009	13	45,00	6	5	LARINGITE	2	1	1	5,10	3
681	10.06.2009	128	19,00	2	4	APENDICITE	4	1	2	1,10	2

682	10.06.2009	4	19,00	5	4	TCE	6	1	2	1,10	2
683	11.06.2009	18	120,00	5	4	TRAUMA CERVICAL	6	1	2	1,00	2
684	11.06.2009	24	140,00	1	4	TCE	6	1	1	4,30	2
685	13.06.2009	15	566,00	6	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	0,80	1
686	17.06.2009	70	52,00	7	4	MENINGITE	7	1	2	2,80	2
687	17.06.2009	10	96,00	6	5	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	1,40	2
688	22.06.2009	33	61,00	2	1	SD POS PCR	7	1	1	68,60	5
689	26.06.2009	64	50,00	1	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
690	29.06.2009	64	44,00	1	4	MENINGITE	7	1	2	0,80	1
691	29.06.2009	1	312,00	6	5	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,20	1
692	29.06.2009	2	208,00	1	3	SEPSE	7	1	1	6,30	3
693	01.07.2009	15	42,00	2	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,80	1
694	05.07.2009	106	26,00	1	4	TCE	6	1	2	0,80	1
695	06.07.2009	167	72,00	1	4	GNDA	7	1	2	1,50	2
696	08.07.2009	2	720,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	12,80	3
697	08.07.2009	167	43,00	7	5	SEPSE	7	1	2	6,80	3
698	11.07.2009	4	75,00	7	3	ASMA	2	1	2	0,30	1
699	12.07.2009	27	48,00	6	5	PNEUMONIA	2	1	2	0,80	1
700	13.07.2009	125	61,00	2	4	TCE	6	1	2	0,80	1
701	14.07.2009	6	114,00	2	3	PNEUMONIA	2	1	2	2,00	2

702	15.07.2009	2	175,00	1	3	ATRESIA DE COANAS	2	1	2	1,70	2
703	15.07.2009	10	138,00	4	4	PNEUMONIA	2	1	1	1,00	2
704	16.07.2009	25	19,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	0,20	1
705	16.07.2009	22	471,00	1	4	IRC AGUDIZADA	2	1	1	1,00	2
706	16.07.2009	2	379,00	2	1	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,80	1
707	19.07.2009	36	23,00	1	4	SD COMA	6	1	2	1,00	2
708	21.07.2009	3	984,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,40	1
709	23.07.2009	19	446,00	4	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	2,60	2
710	24.07.2009	5	19,00	1	4	BRONQUIOLITE	2	1	2	0,20	1
711	27.07.2009	1	569,00	4	4	APNEIA	2	1	1	6,60	3
712	30.07.2009	110	432,00	2	4	DRAG (H1N1)	2	2	1	4,40	2
713	02.08.2009	4	936,00	2	4	DRAG (H1N1)	2	1	1	4,90	2
714	03.08.2009	21	74,00	4	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
715	08.08.2009	11	420,00	1	4	DRAG (H1N1)	2	1	1	6,50	3
716	10.08.2009	4	144,00	6	2	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,90	2
717	11.08.2009	4	60,00	1	1	MENINGITE	7	1	1	8,90	3
718	16.08.2009	13	69,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	2	1,00	2
719	19.08.2009	166	192,00	4	4	SEPSE GRAVE	7	1	1	1,30	2
720	23.08.2009	45	212,00	1	2	PNEUMONIA	2	1	1	9,10	3
721	23.08.2009	31	103,00	2	4	IRC AGUDIZADA	2	2	1	5,20	3

722	30.08.2009	1	179,00	7	4	TCE	6	1	1	0,80	1
723	01.09.2009	126	42,00	7	4	TCE	6	1	2	0,90	1
724	04.09.2009	8	30,00	1	3	INSUF RESP AGUDA	2	1	2	1,40	2
725	05.09.2009	66	106,00	7	4	ASMA	2	1	2	0,20	1
726	06.09.2009	3	605,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,90	1
727	11.09.2009	64	1320,00	7	4	AFOGAMENTO	7	1	1	61,80	5
728	12.09.2009	126	64,00	2	4	SD NEFROTICA DESCOMP	7	1	2	1,30	2
729	15.09.2009	4	1104,00	1	3	IRC	2	2	1	35,90	5
730	16.09.2009	117	12,00	4	4	APENDICITE	4	1	2	1,00	2
731	17.09.2009	24	27,00	1	2	PO CIR PED	4	1	2	0,40	1
732	17.09.2009	6	40,00	6	1	POLITRAUMA	5	1	2	0,80	1
733	20.09.2009	2	517,00	1	2	BRONQUIOLITE	2	1	1	1,40	2
734	24.09.2009	145	68,00	1	4	TCE	6	1	2	0,80	1
735	02.10.2009	139	22,00	2	2	PO NEUROCIIR	6	1	2	0,80	1
736	03.10.2009	123	90,00	1	4	INTOX EXOGENA	7	1	1	1,00	2
737	07.10.2009	4	163,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,30	1
738	13.10.2009	47	240,00	7	4	CARDIOPATIA	3	2	1	6,30	3
739	15.10.2009	12	107,00	5	4	IRC AGUDIZADA	2	1	2	0,80	1
740	18.10.2009	11	146,00	7	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	4,70	2
741	20.10.2009	68	117,00	5	4	PERICARDITE	3	1	1	1,20	2

742	24.10.2009	5	68,00	2	2	PNEUMONIA	2	1	1	7,40	3
743	26.10.2009	5	312,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	2	1	7,40	3
744	27.10.2009	117	18,00	7	3	CAD	7	1	2	1,00	2
745	29.10.2009	106	382,00	2	4	IRC AGUDIZADA	2	1	1	10,70	3
746	31.10.2009	153	44,00	1	3	INSUF HEPATICA	7	3	1	18,70	4
747	01.11.2009	2	213,00	7	3	TCE	6	1	1	8,40	3
748	05.11.2009	22	35,00	2	4	AFOGAMENTO	7	2	1	25,70	4
749	07.11.2009	54	195,00	4	4	TCE	6	1	1	5,40	3
750	09.11.2009	29	218,00	5	4	AFOGAMENTO	7	2	1	96,50	5
751	10.11.2009	103	39,00	1	3	SD COMA	6	1	2	0,90	1
752	11.11.2009	57	108,00	1	1	ICC	3	1	2	5,20	3
753	13.11.2009	1	624,00	1	3	CHOQUE SEPTICO	7	1	1	13,20	3
754	16.11.2009	116	43,00	7	4	SD POS PCR	7	1	2	6,40	3
755	19.11.2009	47	662,00	2	4	IRC AGUDIZADA	2	1	1	4,70	2
756	19.11.2009	155	663,00	4	3	INSUF RESP AGUDA	2	2	1	10,60	3
757	19.11.2010	11	320,00	1	2	SHU	7	3	1	14,80	3
758	20.11.2009	125	20,00	1	4	POLITRAUMA	5	1	2	0,80	1
759	26.11.2009	6	235,00	2	1	INSUF RESP AGUDA	2	1	1	5,30	3
760	26.11.2009	14	186,00	2	1	PNEUMONIA	2	1	2	0,90	1
761	05.12.2009	4	201,00	8	4	BRONQUIOLITE	2	1	1	0,90	1

762	10.12.2009	13	291,00	5	2	IRC AGUDIZADA	2	2	1	7,90	3
763	12.12.2009	30	74,00	2	4	LARINGITE	2	1	2	1,00	2
764	13.12.2009	7	,30	5	3	INSUF RESP AGUDA	2	2	1	45,20	5
765	13.12.2009	1	20,00	2	4	INSUF RESP AGUDA	2	1	1,00	0,80	1
766	15.12.2009	2	7,00	7	2	PO CIR PED	4	1	1,00	1,30	2
767	15.12.2009	44	34,00	4	1	SD COMA	6	1	1,00	0,80	1
768	17.12.2009	6	61,00	3	3	MENINGITE	7	1	1,00	1,60	2
769	20.12.2009	7	44,00	2	4	BRONQUIOLITE	2	1	1,00	0,30	1

*Sta Barbara= Santa Bárbara d'Oeste; UR= urgência referenciada; Enfer=enfermaria; Cont. direto=contato direto; C. Vagas=Central Reguladora de Vagas; UNICAMP=Universidade Estadual de Campinas; POS OP=PO=pós operatório; COMPL=complicada; NEUROCIR=neurocirurgia; SD=síndrome; PCR=parada cardiorrespiratória; IRC=insuficiência respiratória crônica; TOT=tubo orotraqueal; IRC=insuficiência respiratória crônica; INSUF RESP=insuficiência respiratória; ICC=insuficiência cardíaca congestiva; CIR PED=cirurgia pediátrica; PNEUMO=pneumococo; TCE=traumatismo cranioencefálico; OTORRINO=otorrinolaringologia; SD=síndrome; INTOX=intoxicação; INSUF=insuficiência; ARA=síndrome da angústia respiratória aguda; SRIS=síndrome da resposta inflamatória sistêmica; HIC=hipertensão intracraniana; AVCH=acidente vascular cerebral hemorrágico; MID=membro inferior direito; CVC=cateter venoso central; ABD=abdômen; CAD=cetoacidose diabética; DESCOMP=descompensado; DIST HIDROELETROL=distúrbio hidroeletrólítico; CIR=cirurgia; ABSC=abscesso; PULM=pulmonar; CONG=congenito; HAD=hemorragia digestiva alta; INTEST=intestinal; DIST=distúrbio; ENCEFALOP HIPERTENS =encefalopatia hipertensiva; CARDIO=cardíaco; DISTURB=distúrbio; TORAX=torácico; IRA=insuficiência respiratória aguda; PERIAMIGDAL=periamigdaliano; GNDA=glomerulonefrite difusa aguda; DRAG=doença respiratória aguda grave; SHU=síndrome hemolítico urêmica