

# TAXA DE MORTALIDADE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA SEGUNDO O ESCORE SAPS 3 POR TIPO DE UTI

Letícia Molinari Borges<sup>1</sup>, Giovana Cristina Freire Bento<sup>2</sup>, Gracindo Gomes de Oliveira Santos<sup>3</sup>, Daniel Alves Pacheco Klen<sup>4</sup>, Nicole Schaffer Venâncio da Silva<sup>5</sup>, Gabrielle Schafer Lopes<sup>6</sup>, Elias Ferreira Porto<sup>7</sup>, Abrahão Augusto Joviniano Quadros<sup>8</sup>.

## RESUMO

O Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) tem contribuído significativamente, pois, durante a admissão do paciente, seus índices podem quantificar alterações fisiológicas agudas e crônicas estimando a mortalidade, com objetivo de reparar possíveis falhas no tratamento e melhorar a qualidade dos serviços prestados em UTI. Objetivo: Avaliar a taxa de mortalidade padronizada no Brasil em pacientes admitidos em UTI segundo o escore SAPS 3 discriminado pelo tipo de UTI e região do país. Métodos: Foi utilizada a base de dados Epimed Monitor, da qual coletamos dados sobre tipos de UTIs e regiões do Brasil, referentes aos anos de 2010 a 2019. Resultados: Menor percentual de mortalidade ocorreu em UTI cardiológica (9,86%), na qual também houve menor taxa de mortalidade (0,89) no período estudado. Na região Sul pode ser observada menor taxa de mortalidade (1.02), enquanto a maior notou-se na região Sudeste do país (1.36) e em UTIs cirúrgicas (1.24). Conclusão: Concluímos então que UTIs cardiológicas apresentaram menor taxa de mortalidade assim como a região Sul do Brasil, enquanto a maior taxa de mortalidade padronizada se deu na região Sudeste e em UTIs cirúrgicas.

**Palavras-Chave:** Mortalidade. Unidades de Terapia Intensiva. Escore Simplificado de Fisiologia Aguda.

Editor Científico: Anselmo Cordeiro de Souza  
Organização Comitê Científico  
Double Blind Review pelo SEER/OJS  
Recebido: 15/09/2025  
Aprovado: 13/11/2025

<sup>1</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [leticiamolinariborges@gmail.com](mailto:leticiamolinariborges@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP) E-mail: [giovana.bento16@gmail.com](mailto:giovana.bento16@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [gracindo.gomes@gmail.com](mailto:gracindo.gomes@gmail.com);

<sup>4</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [daniel.alves.pa5825@gmail.com](mailto:daniel.alves.pa5825@gmail.com);

<sup>5</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [nicole.schaffer.v@gmail.com](mailto:nicole.schaffer.v@gmail.com);

<sup>6</sup> Graduando(a) em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [gabiischaffer@gmail.com](mailto:gabiischaffer@gmail.com);

<sup>7</sup> Fisioterapeuta. Docente no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [eliasfporto@gmail.com](mailto:eliasfporto@gmail.com);

<sup>8</sup> Fisioterapeuta. Docente no Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). E-mail: [abrahao.quadros@unasp.edu.br](mailto:abrahao.quadros@unasp.edu.br).

## INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade hospitalar é definida como a proporção entre o número de óbitos ocorridos após 24 horas da admissão hospitalar e o número total de pacientes que tiveram alta, transferência, evasão ou óbito. De acordo com dados recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa de mortalidade entre beneficiários da saúde suplementar manteve tendência estável até 2025, refletindo a qualidade assistencial e a efetividade das práticas hospitalares no país [1].

No Brasil, dados consolidados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) indicam que, em 2023, ocorreram aproximadamente 990 mil óbitos hospitalares, correspondendo a uma taxa média de mortalidade institucional de 4,3% entre as internações realizadas no Sistema Único de Saúde. Esses valores mantêm-se próximos aos observados nos últimos cinco anos, evidenciando estabilidade do indicador e reforçando a importância contínua das estratégias de segurança do paciente e melhoria da qualidade do cuidado hospitalar [2].

A redução da mortalidade hospitalar tem sido objeto de diversos estudos em todo o mundo, estando associada à melhoria do cuidado e à eficiência das terapias voltadas ao tratamento do infarto agudo do miocárdio, à prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central, à redução de eventos adversos relacionados a medicamentos, à prevenção de infecção de sítio cirúrgico e pneumonia associada à ventilação mecânica, bem como à implementação de profilaxia da trombose venosa profunda e ao estabelecimento de equipes de resposta rápida [1].

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), os pacientes geralmente apresentam condições clínicas graves e demandam o uso de recursos invasivos, exigindo, portanto, cuidados altamente especializados e protocolos rigorosos de segurança. Estudos recentes demonstram que a ausência de estratégias adequadas, como o ajuste individualizado da sedação, a manutenção da cabeceira elevada, a profilaxia da úlcera péptica e da trombose venosa profunda, além do manejo criterioso de transfusões sanguíneas, está associada ao aumento da morbidade, do tempo de permanência hospitalar, dos custos assistenciais e da mortalidade [3,4].

Dessa forma, a análise contínua das taxas de mortalidade hospitalar e das causas de óbito torna-se essencial para a implementação de medidas preventivas e corretivas que visem reduzir complicações, promover a segurança do paciente e otimizar os desfechos clínicos em ambiente

intensivo.

O Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) é um sistema prognóstico amplamente utilizado, desenvolvido a partir de uma coorte internacional e posteriormente validado em populações específicas, incluindo amostras brasileiras. O escore é composto por 20 variáveis divididas em três grupos principais: dados demográficos, motivos de admissão na UTI e parâmetros fisiológicos. Essas variáveis refletem o grau de comprometimento clínico e o estado de saúde prévio do paciente, permitindo uma estimativa precisa do risco de mortalidade hospitalar.

A pontuação total varia de 16 a 217 pontos, sendo que valores mais baixos indicam menor gravidade e menor probabilidade de óbito, enquanto pontuações elevadas refletem maior risco e maior comprometimento sistêmico. O SAPS 3 permanece como uma das ferramentas mais sensíveis e validadas para ajuste de risco e comparação de desempenho entre UTIs, contribuindo para a identificação de falhas no cuidado, aprimoramento de processos clínicos e melhoria da qualidade assistencial [5-8].

Levando em consideração que indivíduos submetidos a cuidados intensivos são pacientes graves e correm diversos riscos, inclusive risco de morte [4], o objetivo do presente estudo é avaliar a taxa de mortalidade no Brasil em pacientes admitidos em UTI segundo o escore SAPS 3 discriminado pelo tipo de UTI e região do país.

## MÉTODO

Este é um estudo ecológico no qual consultou-se as bases de dados da Epimed Monitor que traz os dados de forma monitorada desde o ano de 2010 até 2019. O sistema Epimed Monitor está presente em mais de 500 hospitais em todo o Brasil com 1.000 UTIs e 13.000 leitos monitorados, totalizando mais 2.500.000 de pacientes em sua base. É a maior base de dados clínicos e epidemiológicos da América Latina. Atualmente o sistema Epimed Monitor possui módulos voltados para UTIs, Unidades de Internação, Controle de Infecções, Segurança do Paciente e Hemodinâmica.

Os dados são formatados em tabelas e gráfico e podem ser consultados abertamente por usuário cadastrados. A consulta dos dados foi realizada em 19 de Junho de 2019 e obtido os dados no endereço <http://www.utisbrasileiras.com.br/uti-adulto/principais-desfechos/#!/duracao-das-internacoes-nas-utis-e-nos-hospitais>[9]. Este banco de dados é proveniente do projeto UTIs Brasileiras que tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico das UTIs brasileiras e

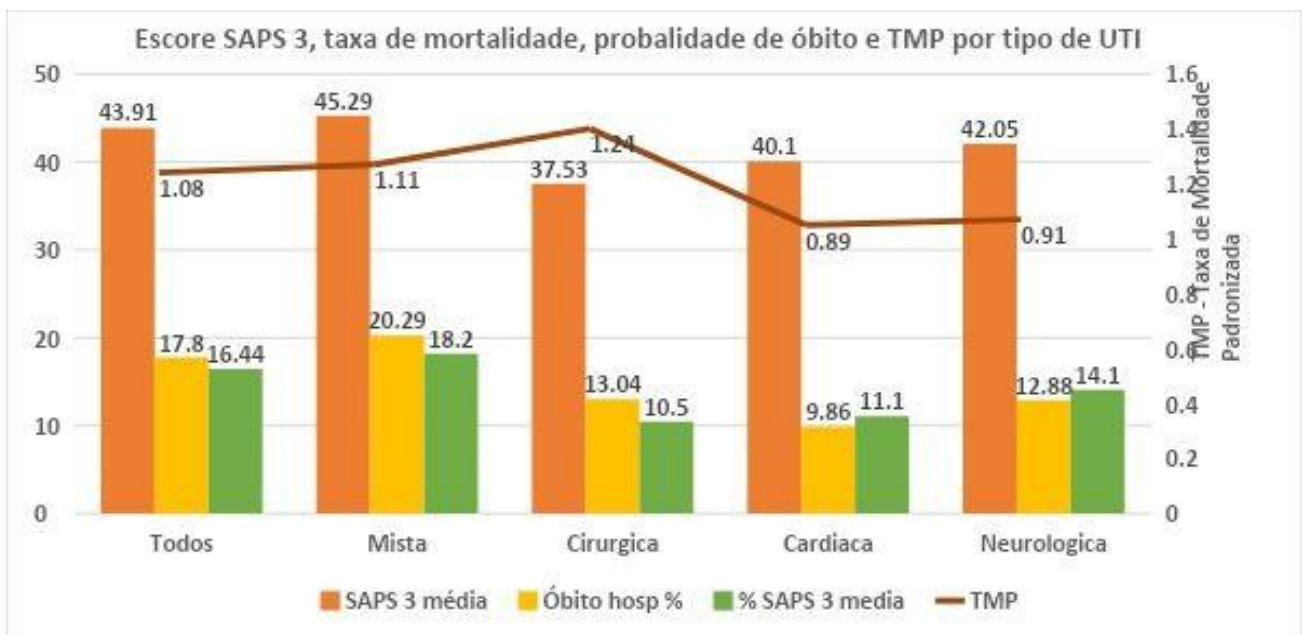
compartilhar informações para orientar políticas de saúde e estratégias para melhorar o cuidado dos pacientes críticos. Além disso, o projeto visa estimular o uso de indicadores de qualidade e desempenho na gestão das UTIs brasileiras adultos e pediátricas e, com isso, melhorar a qualidade da medicina intensiva e aumentar a segurança dos pacientes no Brasil.

Os dados demonstrados neste estudo são referentes aos anos de 2010 a Maio de 2019. Desde 2010 há um crescente número de cidades participantes, sendo que em 2010 foram 32 e em 2018 foram coletados dados de UTI em 136 cidades no Brasil. Os dados são coletados por regiões, tipos de hospital se público ou privado, UTIs adultos e pediátricas, UTIs cirúrgicas, cardiológicas, neurológicas, oncológicas, queimados e outras. Em nosso estudo iremos descrever a taxa de mortalidade segundo o tipo de UTI e por região do país.

## RESULTADOS

Inicialmente foram avaliadas 1.000 UTIs em todo país, que foram distribuídas em unidades mista, cirúrgica, cardiológica e neurológica. A figura 1 mostra a média do escore SAPS 3, o percentual óbito hospitalar, média do percentual SAPS 3 por tipo de UTI e taxa de mortalidade padronizada. Pode-se observar que o percentual de óbito hospitalar foi maior em UTI mista (20,29%), seguida de UTI cirúrgica (13,04%). Embora o maior percentual de óbito hospitalar tenha sido observado em UTI mista, maior taxa de mortalidade padronizada, demonstrada pela também pela Figura 1, foi notada em unidades cirúrgicas (1,24), seguida pela mista (1,11). Menor percentual de mortalidade ocorreu em UTI cardiológica (9,86%), na qual também houve menor taxa de mortalidade (0,89) no período estudado. Nota-se 17,80% de óbito hospitalar quando avaliados todos os tipos de UTIs, com taxa de mortalidade padronizada 1,08.

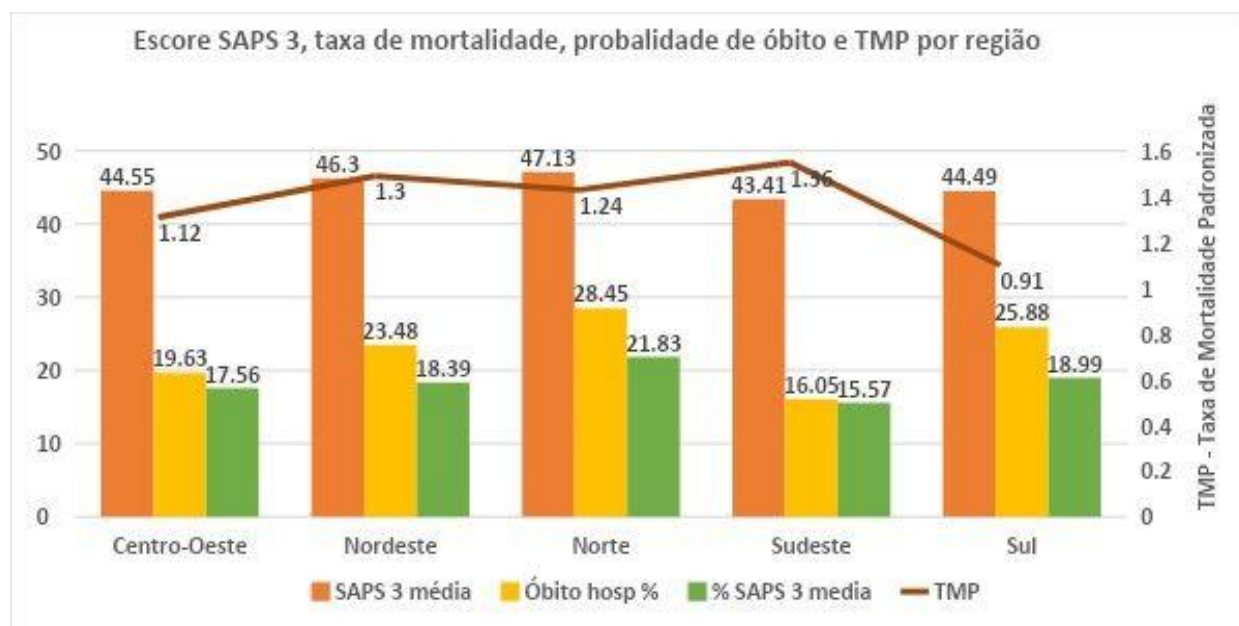
A média do escore SAPS 3 foi maior em UTI mista (45,29). Em UTI neurológica verifica-se a segunda maior média do escore SAPS 3 (42,05) e média percentual SAPS 3 (14,10), ainda que consta o segundo menor percentual de óbito hospitalar (12,88%) e taxa de mortalidade 0,91. Ainda que a menor média do escore SAPS 3 (37,53) e menor média percentual SAPS 3 (10,50) tenha sido reparada em UTI cirúrgica, a maior taxa de mortalidade deu-se a esse tipo de UTI (1.24).



**Figura 1** - Média do escore SAPS 3, percentual óbito hospitalar e média do percentual SAPS 3 por tipo de UTI e taxa de mortalidade padronizada.

**Fonte:** Epimed Monitor - dados atualizados até 31/05/2019

Na figura 2 identifica-se que a região norte do Brasil apresentou a maior a média do escore SAPS 3 (47,13), percentual de óbito hospitalar (28,45%) e média do percentual SAPS 3 (21,83%), porém, a taxa de mortalidade padronizada foi a terceira maior (1,24). Embora a região Sudeste tenha apresentado a menor média do escore SAPS 3 (43,41), percentual de óbito hospitalar (16,05%) e média do percentual SAPS 3 (15,67%), a maior taxa de mortalidade (1,36) foi analisada nesta região do país, seguida da região Nordeste (1,30), enquanto a menor taxa de mortalidade pode ser observada na região Sul (1,02).



**Figura 2** - Média do escore SAPS 3, percentual óbito hospitalar e média do percentual SAPS 3 por região do país e taxa de mortalidade padronizada.

**Fonte:** Epimed Monitor - dados atualizados até 31/05/2019

## DISCUSSÃO

Em uma coorte multicêntrica mais recente, conduzida entre 2020 e 2022 em UTIs brasileiras, foi observada taxa de mortalidade hospitalar de 23,1%, sendo que 32,8% dos pacientes apresentaram ao menos um evento adverso durante a internação. Destes, aproximadamente 37% evoluíram a óbito, evidenciando a forte correlação entre a ocorrência de eventos adversos e o aumento do risco de mortalidade em terapia intensiva [10].

Nossos resultados mostram que, em UTI cirúrgica, houve maior taxa de mortalidade (1,24), mesmo apresentando menor média SAPS 3 (37,53) quando comparadas às UTIs cardíacas, neurológicas e mistas. Estudos recentes confirmam que, em UTIs cirúrgicas, a mortalidade está fortemente associada a cirurgias de emergência, idade avançada e maior tempo de ventilação mecânica, especialmente em cirurgias de grande porte [11]. Adicionalmente, foi demonstrado que variáveis fisiológicas como  $FiO_2$  elevada na admissão, hipoalbuminemia e desequilíbrio eletrolítico são preditores independentes de mortalidade pós-operatória em pacientes críticos [12].

Neste estudo, a menor taxa de mortalidade padronizada e o menor percentual de óbito hospitalar foram observados em UTIs cardiológicas, embora a média do SAPS 3 também tenha sido inferior. Trabalhos recentes indicam que pacientes com insuficiência cardíaca aguda (IC) internados em UTI continuam apresentando risco elevado de mortalidade, independentemente do motivo primário de internação, com taxas que variam de 18% a 27%, conforme a gravidade clínica e a presença de comorbidades [13]. Contudo, é importante ressaltar que nem todos os pacientes com IC são admitidos em UTIs especializadas. Um estudo nacional, com mais de 1.200 idosos internados por causas cardiovasculares, demonstrou taxa de mortalidade hospitalar de 14,8% e reinternações em 20% dos casos, reforçando a vulnerabilidade dessa população [14].

Quando observados todos tipos de UTIs, nossos resultados mostram 1,08 de taxa de mortalidade padronizada, 43,91 em média do escore SAPS 3, 17,80% óbitos hospitalar e 16,44% média do SAPS 3. Observa-se que não houve crescimento conjunto de taxa de mortalidade e média do escore SAPS 3 respeitando a gravidade de cada caso, o que leva a pensar que os pacientes que morreram possivelmente desenvolveram complicações no período de internação. Contudo o escore SAPS 3 é um instrumento útil e deve ser aplicado no momento da admissão hospitalar objetivando estimar a mortalidade e melhorar a assistência prestada aos doentes.

Lobo et al. (2023) reportaram que, entre 2010 e 2022, a taxa de mortalidade por sepse em UTIs brasileiras reduziu de 1,16 para 0,94, mesmo com o aumento expressivo das internações por essa causa, demonstrando o impacto positivo das campanhas nacionais de prevenção, diagnóstico precoce e manejo protocolar da sepse [15].

Esses resultados mostram que há preocupações nos cuidados prestados aos pacientes com quadro séptico, e através disso houve crescente busca de conhecimento e intervenções realizadas para o tratamento desses pacientes.

Um estudo recente desenvolvido por Machado et al. (2023), utilizando dados do projeto UTIs Brasileiras, avaliou a prevalência e mortalidade por sepse em unidades de terapia intensiva no Brasil entre 2010 e 2022. Os resultados mostraram redução global da mortalidade por sepse de 55% para 43%, com variações regionais significativas: as UTIs da região Sudeste apresentaram melhor desempenho clínico e menor mortalidade ajustada ao risco quando comparadas às regiões Norte e Nordeste [16]. Contudo, no presente estudo, a região Sudeste do Brasil teve a maior taxa de mortalidade, por todas as causas, do país (1,36), embora apresentou a menor média SAPS 3

(43,41), menor percentual de óbito hospitalar (16,05%) e menor média percentual SAPS 3 (15,67%).

Também descobrimos que embora a região Sul apresentou o segundo maior percentual de óbito hospitalar (25,88%) e segunda menor média do escore SAPS 3 (44,49), a menor taxa de mortalidade padronizada foi observada nesta região (1,02).

Estudos recentes também destacam o papel essencial da fisioterapia intensiva na redução do tempo de ventilação mecânica, do tempo total de internação e na diminuição das taxas de infecção respiratória e mortalidade hospitalar. Castro et al. (2022) demonstraram que a atuação fisioterapêutica precoce e sistematizada em UTIs está associada à recuperação funcional mais rápida e à redução significativa de óbitos em pacientes críticos [17,18]. Portanto devem ser realizadas medidas preventivas de possíveis complicações que levam ao óbito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos então que UTIs cardiológicas apresentaram menor taxa de mortalidade assim como a região Sul do Brasil, enquanto a maior taxa de mortalidade padronizada se deu na região Sudeste e em UTIs cirúrgicas. Contudo, mais estudos são necessários para compreender melhor porque a taxa de mortalidade maior ocorreu em UTIs cirúrgica e na região Sudeste, já que média do escore SAPS 3 foi menor nesse tipo de UTI e região do país.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Dados e Indicadores do Setor: Mortalidade de beneficiários da saúde suplementar. Brasília: ANS, 2025. [acesso em 06 de novembro de 2025] Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.
2. DATASUS, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): Estatísticas de internações e óbitos hospitalares [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Indicadores de Segurança do Paciente – Unidades de Terapia Intensiva de Adultos: Relatório Técnico atualizado 2023. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Proqualis), Rio de Janeiro [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/page/indicadores-de-seguranca>
4. CAPUZZO, Maurizio et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in

- hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Critical Care*, London, v. 18, n. 5, p. 551, 2014. DOI: 10.1186/s13054-014-0551-8. [acesso em 11 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-014-0551-8>
5. Soares M, Bozza FA, Angus DC, et al. SAPS 3 score performance for mortality prediction in Brazilian intensive care units: a multicentre cohort analysis update 2022. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2022; 34(4): 472-481. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti>
6. Allyn J, Ferdynus C, Cremer OL, et al. Performance of Simplified Acute Physiology Score 3 in predicting ICU mortality: a contemporary multicentre evaluation. *PLoS ONE*, 2021; 16(8): e0255525. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255525>.
7. Zampieri FG, Machado FR, Salluh JIF, et al. The Epimed Monitor ICU Database® after a decade: improving quality of care and benchmarking outcomes in Brazil. *Critical Care Science*, 2023; 41(2): 121-130. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://criticalcarescience.org/pt-br/article/the-epimed-monitor-icu-database-after-a-decade/>
8. Keegan MT, Soares M. Prognostic scoring systems and risk-adjusted mortality in critical care: what intensivists need to know. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2023; 35(1): 10-18. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti>
9. Epimed Monitor (acesso 19 de Junho de 2019). Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/uti-adulto/principais-desfechos/#!/duracao-das-internacoes-nas-utis-e-nos-hospitais>.
10. Roque KE, Tonini T, Melo ECP, et al. Eventos adversos em unidades de terapia intensiva: impacto na mortalidade e na permanência hospitalar em um estudo multicêntrico nacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2022; 38(7): e00123421. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp>.
11. Abelha FJ, Castro MA, Neves AM, Santos CC, et al. Predictors of mortality and length of stay in surgical intensive care units: an updated analysis of Brazilian data. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2021; 71(4): 321-330. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba>.
12. Reis PV, Lobo SM, et al. Postoperative complications and predictors of mortality in non-cardiac surgical ICU patients: a Brazilian multicentre cohort. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 2022; 72(5): 580-588. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.bjanaesthesia.org.br>.
13. Wajner A, Santos AP, Carvalho LM, et al. In-hospital mortality and predictors among patients

admitted with acute heart failure in Brazil: a national multicentre study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2023; 120(2): 101-110. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc>.

14. Silva ST, Ribeiro RCHM, et al. Hospital outcomes and readmission rates in elderly patients with cardiovascular diseases: a multicentre prospective study. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2021; 28(3): 55-62. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/acs>.

15. Lobo SM, Zampieri FG, Machado FR, et al. Trends in sepsis mortality and outcomes in Brazilian intensive care units: data from the UTIs Brasileiras project 2010–2022. *Critical Care Science*, 2023; 41(2): 95-104. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://criticalcarescience.org/pt-br/article/trends-in-sepsis-mortality-in-brazilian-icus>.

16. Machado FR, Zampieri FG, Salluh JIF, Lobo SM, et al. Epidemiologia da sepse em unidades de terapia intensiva brasileiras: dados atualizados do projeto UTIs Brasileiras 2010-2022. *Critical Care Science*, 2023; 41(3): 201-210. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://criticalcarescience.org/pt-br/article/epidemiologia-da-sepse-em-unidades-de-terapia-intensiva-brasileiras>

17. Castro AAM, Pereira AL, Santos RZ, et al. Efeitos da fisioterapia intensiva sobre tempo de ventilação mecânica, infecção pulmonar e mortalidade em pacientes críticos: revisão sistemática e metanálise. *Respiratory Medicine*, 2022; 196: 106854. [acesso em 06 de novembro de 2025]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0954611122001730>

18. Castro, A. A. M. de, & Holstein, J. M. (2020). Benefícios e métodos da mobilização precoce em uti: uma revisão sistemática. *Journal of Interdisciplinary Lifestyle Studies*, 6(2), 7–22. <https://doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v6.n2.p7-22>

**MORTALITY RATE IN INTENSIVE THERAPY UNITS ACCORDING TO SAPS 3 BY ICU TYPE****ABSTRACT**

*The Simplified Acute Physiology Score (SAPS 3) has contributed significantly because, during patient admission, its indices can quantify acute and chronic physiological changes by estimating mortality, with a view to repairing possible treatment failures and improving the quality of the services provided ICU. Objective: To evaluate the standardized mortality rate in Brazil in patients admitted to the ICU according to the SAPS 3 score by type of ICU and country region. Methods: The Epimed Monitor database was used, from which we collected data on types of ICUs and regions of Brazil, from 2010 to 2019. Results: Lower mortality rate occurred in the cardiac ICU (9.86%), in which there was also a lower mortality rate (0.89) in the study period. In the southern region, the lowest mortality rate (1.02) can be observed, while the highest was observed in the southeastern region of the country (1.36) and in surgical ICUs (1.24). Conclusion: Thus, we concluded that cardiac ICUs had lower mortality rates than the southern region of Brazil, while the highest standardized mortality rates occurred in the Southeast region and in surgical ICUs.*

**Keywords:** Mortality. Intensive Care Units. Simplified Acute Physiology Score.