

Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das Admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil

Intensive Care Unit – Admission Profile: Regional Hospital of Guarabira, Paraíba, Brazil

GIULYANNA KARLLA ARRUDA BEZERRA¹

RESUMO

Objetivo: Traçar um perfil dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional da cidade de Guarabira, Paraíba, Brasil. *Material e Métodos:* Foram estudados 140 pacientes entre 01 de julho e 30 de novembro de 2011. *Variáveis observadas:* Idade, Sexo, Diagnóstico, Estado Geral, Tipo de ventilação, Nível de consciência, Tempo de permanência na UTI e Desfecho da internação. Resultados apresentados como média \pm desvio padrão e análise estatística realizada através do teste T de *student*, com *p*-valor $< 0,05$. *Resultados:* Dos 140 indivíduos estudados, 50,36% eram do sexo feminino. Média de idade de 65,81 anos e de dias de permanência na UTI de 5,46 dias. 65% dos pacientes apresentaram Estado Geral Grave. 74,3% permaneceram em Ventilação espontânea ao serem admitidos na UTI. 40% estavam conscientes e orientados no momento da admissão. Principais causas que levaram à UTI foram relacionadas às doenças cardiovasculares e respiratórias. O desfecho de maior prevalência foi a alta da UTI (50% dos casos). *Conclusão:* Maior participação do sexo feminino, tanto no que diz respeito ao número de admissões na UTI, quanto ao número de óbitos, quando comparado ao sexo masculino, mas não houve significância estatística. Expressiva prevalência de idosos representando 75% do total de admissões e 85% do total de óbitos.

DESCRIPTORIOS

Unidade de Terapia Intensiva. Perfil de Saúde. Admissão do Paciente.

ABSTRACT

Objective: To outline a profile of admissions to the Intensive Care Unit (ICU) of the Regional Hospital of Guarabira, Paraíba state, Brazil. *Method:* A total of 140 patients were studied between July 1st and November 30th, 2011. The variables observed were: age, gender, diagnosis, general state, ventilation type, conscience level, time of ICU stay and hospitalization outcomes. Results are presented as mean \pm standard deviation and statistical analysis were performed by Student's *t* test, *p*-value $< .05$. *Results:* Of the 140 patients studied, 50.36 % were female. Their mean age was 65.81 years and the mean of the days of ICU stay was 5.46. A total of 65 % of patients had severe general state; 74.3 % remained in spontaneous ventilation when admitted to the ICU; 40% were conscious and oriented on admission. The key causes leading to the ICU were related to cardiovascular and respiratory diseases. The most prevalent outcome was ICU discharge (50% of cases). *Conclusion:* there was a greater predominance of females, both with regard to the number of ICU admissions and to the number of deaths, when compared to the male gender, but with no statistical significance. There was a prevalence of older people, representing 75% of total admissions and 85% of deaths.

DESCRIPTORS

Intensive Care Unit. Health Profile. Patient Admission.

¹ Fisioterapeuta, Mestranda no Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba (DE/CCEN/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

A partir do século passado o desenvolvimento tecnológico modificou o estilo e a perspectiva de vida do ser humano. O envelhecimento trouxe profundas modificações na morbimortalidade da população. As doenças crônico-degenerativas superaram as doenças infecto-contagiosas como as principais causas de morte. Concomitantemente, os hospitais ganharam novas tecnologias no campo do tratamento e de suporte à vida. (MORITZ, BEDUSCHI, MACHADO, 2008).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado (VILA, ROSSI, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que de 7% a 10% do total de leitos hospitalares, sejam leitos de UTI. No Brasil, a portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde estabelece uma relação de 4% a 10% de leitos de UTI em relação aos leitos hospitalares (BRASIL, 2002). De acordo com nota informativa do Ministério da Saúde, o Brasil conta com 27.373 leitos de UTI dos quais 17.357 (62,57%) são relativos ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nesses dados, o Brasil possui uma cobertura de apenas 4,5% de leitos de UTI (BRASIL, 2010).

O resultado do cuidado intensivo depende de vários fatores presentes tanto no primeiro dia de internação na UTI quanto no curso do paciente dentro desse setor (SILVA, 2007). Durante os últimos anos, diversos estudos foram desenvolvidos com o objetivo de identificar os fatores prognósticos e prever o desfecho para os pacientes gravemente doentes admitidos nas unidades de terapia intensiva. O conhecimento desses fatores é importante para a adoção de medidas preventivas e tratamento mais adequado que podem diminuir as taxas de mortalidade (SILVA JUNIOR *et al.*, 2006).

A disponibilidade de leitos de UTI é um problema de grande importância na assistência à saúde da população. O número reduzido de leitos e o custo do tratamento intensivo requerem uma distribuição racional das admissões nesse setor. A compreensão sobre o conjunto de indivíduos que utiliza os recursos desse tipo de setor hospitalar, assim como as principais características sócio-demográficas e clínicas dos mesmos, se faz necessária para a adequação do sistema de saúde às necessidades da população e formulação

das políticas públicas em saúde por parte dos gestores.

Dentro desse contexto, o objetivo desse estudo é traçar um perfil dos pacientes admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público situado na região do Brejo, no Estado da Paraíba, Brasil.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nas instalações do Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. Foram estudados 140 pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, e diagnósticos diversos, admitidos no período compreendido entre 01 de julho e 30 de novembro de 2011. Tal pesquisa teve início após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, em sua 36ª reunião ordinária realizada em 15 de março de 2011.

A UTI do Hospital Regional de Guarabira é do tipo adulto, recebendo dessa forma, pacientes a partir dos 18 anos de idade e de diversas especialidades. É composta por seis leitos, dos quais um destina-se a pacientes que necessitem de isolamento. É uma instituição pública, pertencente ao Sistema Único de Saúde - SUS. Por ser um hospital regional atende a demanda de pacientes da região do agreste da PB, principalmente os municípios circunvizinhos à cidade de Guarabira.

A coleta foi realizada a partir de dados dos prontuários, mais especificamente, das Fichas de Admissão Fisioterapêuticas, as quais são preenchidas no momento da admissão do paciente na UTI. As variáveis observadas foram: Idade, Sexo, Diagnóstico, Estado Geral no momento da admissão (Regular, Grave, Gravíssimo ou Comprometido), Tipo de Ventilação ao ser admitido na UTI (Espontânea com cateter nasal, espontânea com Máscara de Venturi ou Ventilação mecânica invasiva), Nível de consciência (consciente e orientado, desorientado, agitado, torporoso, comatoso ou sedado), Tempo de permanência na UTI (em dias) e Desfecho da internação (alta da UTI, transferência ou óbito).

Foram incluídos no estudo os prontuários dos pacientes admitidos na UTI durante o período de coleta dos dados. A análise exploratória dos dados foi realizada para detecção da distribuição das variáveis no estudo. As variáveis quantitativas (idade e tempo de permanência na UTI) foram compiladas em planilha eletrônica e apresentadas como média \pm desvio padrão. A avaliação comparativa foi feita com o teste T de *Student*. Foram considerados estatisticamente significantes todos os achados com valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Tendo em vista que o estabelecimento de saúde onde se realizou a coleta de dados é um Hospital Regional, o qual é referência de atendimento na região do Brejo Paraibano, foram observadas admissões de pacientes provenientes de 21 diferentes municípios. Foram eles: Araçagi, Araruna, Alagoinha, Alagoa Grande, Belém, Bananeiras, Cuitegí, Caiçara, Duas Estradas, Guarabira, Itapororoca, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mari, Mulungu, Pilões, Pilõezinhos, Pípirituba, Sertãozinho, Serra da Raiz e Tacima.

Quanto à distribuição da amostra segundo o sexo, dos 140 indivíduos estudados, 71 (50,36%) eram do sexo feminino e 69 (49,64%) do sexo masculino. No que diz respeito à distribuição conforme a idade, foram estabelecidas as seguintes faixas etárias: 18 - 29 anos, 30 - 39 anos, 40 - 49 anos, 50-59 anos, 60 – 69 anos, 70 – 79 anos e acima de 80 anos. A distribuição da amostra de acordo com as faixas etárias está representada no Figura 1.

A idade mínima observada foi de 18 anos, enquanto a máxima foi de 94 anos. A média de idade \pm desvio padrão (DP) foi de $65,81 \pm 18,7$ anos. Já no que diz respeito ao tempo de permanência de cada paciente na Unidade de Terapia Intensiva, obteve-se uma média de $5,46$ dias $\pm 5,58$ dias.

Ao serem admitidos na UTI os pacientes foram classificados de acordo com seu estado. De uma maneira geral, os pacientes considerados em estado regular são aqueles cujas funções vitais estão alteradas, porém, existe estabilidade hemodinâmica. Os pacientes

considerados com estado geral comprometido são aqueles em que há estabilidade hemodinâmica, porém, cursam com alterações refratárias das funções vitais. Pacientes em estado geral grave se encontram em instabilidade hemodinâmica, já os pacientes em estado geral considerado gravíssimo, apresentam estado iminente de morte. A distribuição dessa classificação está representada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos participantes conforme Estado Geral no momento da admissão, Hospital Regional de Guarabira, Julho – Novembro 2011.

Estado Geral	No. de pacientes	Percentual
Regular	25	17,9
Grave	91	65,0
Gravíssimo	18	12,8
Comprometido	06	4,3
Total	140	100

No que diz respeito à capacidade de respirar espontaneamente, ou seja, sem ajuda de aparelhos, no momento da admissão na UTI, os pacientes foram classificados em três categorias distintas: pacientes colocados em oxigenoterapia sob a forma de cateter nasal, pacientes colocados em oxigenoterapia sob a forma de Máscara de Venturi, e pacientes submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva. As duas primeiras categorias caracterizam-se como formas de respiração espontânea, enquanto que na terceira categoria observa-se a necessidade de aparelhos para manter tal função. Observou-se a seguinte distribuição:

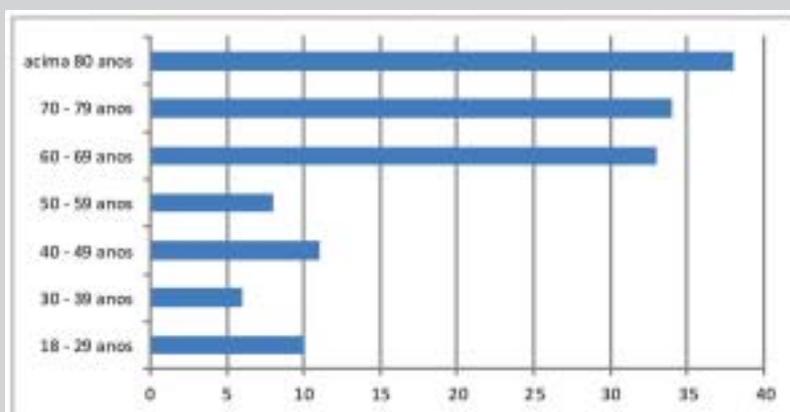


Figura 1. Distribuição dos indivíduos participantes conforme a Faixa Etária, Hospital Regional de Guarabira, Julho-Novembro 2011.

Tabela 2. Distribuição dos participantes segundo Tipo de Respiração no momento da admissão na UTI, Hospital Regional de Guarabira, PB, Julho – Novembro de 2011.

Tipo de respiração	No. de pacientes	Percentual
Espontânea com cateter nasal	87	62,1
Espontânea com Máscara de Venturi	17	12,1
Ventilação Mecânica Invasiva (VMI)	36	25,8
Total	140	100

Ao avaliar-se o Nível de Consciência no momento da admissão, foram observadas as seguintes categorias: pacientes orientados, desorientados, torporosos, agitados ou comatosos.

As alterações da consciência podem se dar no estado de alerta ou nível de consciência ou no conteúdo da consciência, que englobariam as funções mentais e cognitivas do indivíduo (ANDRADE *et al.*, 2007). O estupor (ou torpor) é considerado um estado de sonolência mais profunda em que o indivíduo precisa receber estímulos vigorosos e repetidos para despertar, já o coma seria definido como o estado de inconsciência de si mesmo e do ambiente, mesmo após estímulos de diversas modalidades e intensidades, em que o paciente permanece de olhos fechados (BERGER, 2004). Os pacientes que se encontravam sedados não puderam ter seu nível de consciência avaliado uma vez que a medicação sedativa interfere na resposta neurológica. Tais pacientes foram em número de 12, representando 8,6 % do total. A distribuição ocorreu conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos indivíduos participantes da pesquisa conforme Nível de Consciência no momento da admissão na UTI, Hospital Regional de Guarabira, PB, Julho – Novembro de 2011.

Nível de Consciência	No. de Pacientes	Percentual
Orientado	56	40,0
Desorientado	16	11,4
Torporoso	17	12,1
Agitado	06	4,3
Comatoso	33	23,6
Não-avaliado (sedação)	12	8,6
Total	140	100

Para auxiliar a classificação de acordo com o nível de consciência, foi levada em consideração a Escala de Coma de Glasgow. A avaliação global do rebaixamento do nível de consciência é feita mundialmente utilizando-se tal escala, a qual foi desenvolvida em 1974, na

Universidade de Glasgow, Escócia (KOIZUMI, 2000). É bastante utilizada na avaliação neurológica de pacientes graves e consiste em um sistema de pontuação, baseado nas melhores respostas motora, verbal e ocular do paciente. O máximo de pontos a ser atingido é 15 e o menor valor é 03. Valores de pontuação abaixo de 8 indicam estado de coma e valores iguais a 3 ou 4 indicam coma profundo. Dos 33 pacientes comatosos, observamos que 39,4% estavam em coma profundo.

As principais causas que levaram à admissão na UTI, durante o período de estudo estavam relacionadas às doenças cardiovasculares e às doenças do aparelho respiratório. Os principais diagnósticos encontrados estão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 1. Causas de Admissão na UTI e seus principais diagnósticos, Hospital Regional de Guarabira, PB, julho – novembro de 2011.

Causas	Principais Diagnósticos
Aparelho Cardiovascular	Acidente Vascular-Encefálico (AVE), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Arritmia Cardíaca, Encefalopatia Hipertensiva, Cardiopatia Congênita, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Angina Instável, Aneurisma Aórtico, Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Insuficiência Coronariana (ICO).
Aparelho Respiratório	Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA), Infecção do Trato Respiratório (ITR), Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), Edema Agudo de Pulmão (EAP), Derrame Pleural (DP), Bronquiectasia, Bronquite asmática, Asma grave, Broncoaspiração, Pneumonia (PNM).

No que diz respeito ao desfecho da internação na UTI, três opções foram levadas em consideração: Alta da UTI, transferência para outro hospital ou óbito. Durante o período estudado, obtivemos os seguintes resultados: 67 (47,85%) pacientes foram a óbito, 70 (50%) pacientes receberam alta da UTI, enquanto que apenas 03 (2,15%) pacientes foram transferidos para outro hospital. Os óbitos ocorreram com maior frequência entre as mulheres, durante o período estudado, porém, tal diferença não foi estatisticamente significativa (p -valor < 0,05). Além disso, dos pacientes que foram a óbito durante o período de estudo, 57 (85%) eram idosos. A distribuição dos possíveis desfechos da internação na UTI está representada na Figura 2.

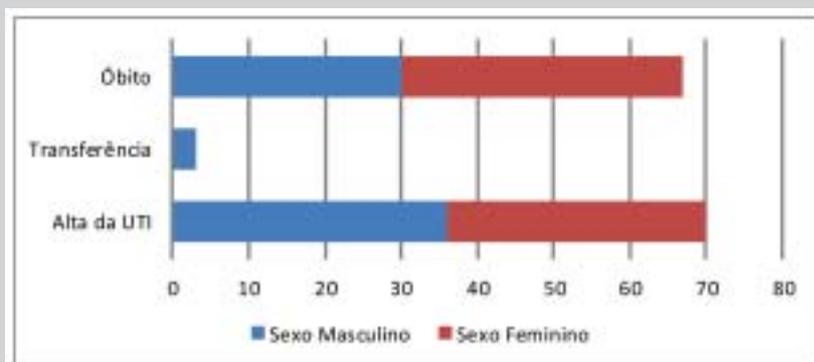


Figura 2. Distribuição dos indivíduos participantes da pesquisa conforme Desfecho Clínico e Sexo, Hospital Regional de Guarabira, PB, julho – novembro de 2011.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde define como idoso a pessoa com 65 anos de idade ou mais. Para os países em desenvolvimento, como o Brasil, essa definição se aplica a partir dos 60 anos de idade (ALVES *et al.*, 2009). A idade média dos pacientes de UTI tem aumentado nos últimos anos e aumentará ainda mais com o envelhecimento da população geral (NAGGAPPAN, PARKIN, 2003). Durante o período do estudo, o grupo formado pelos idosos foi responsável por 75% das admissões na UTI e 85% dos óbitos nesse setor. Tal achado corrobora com ALVES *et al.*, (2009) os quais afirmam que essa população apresenta expressiva utilização dos serviços de saúde, especialmente em unidade de terapia intensiva e podem corresponder a mais de 50% das admissões nesse setor hospitalar.

No estudo de ABELHA *et al.*, (2007) o tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva apresentou média \pm DP de $4,09 \pm 10,23$ dias. Tais achados aproximam-se dos valores encontrados em nosso estudo que foram de $5,46$ dias $\pm 5,58$ dias. Já no estudo de FEIJÓ *et al.*, (2006) o tempo médio de internação foi relativamente maior, cerca de $8,2 \pm 7,6$ dias, assim como no estudo de ALVES *et al.*, (2010) onde o tempo de permanência na UTI foi ainda mais longo, de $17 \pm 14,8$ dias. É importante enfatizar que a permanência do paciente na UTI deve ser a mais breve possível, tempo necessário para reverter o quadro agudo que causou sua internação nesse setor. A permanência prolongada na UTI pode afetar negativamente o estado de saúde aumentando o risco de infecções, complicações e possivelmente, a mortalidade (GILLIO *et al.*, 2000). No estudo realizado por ABELHA *et al.*, (2007) os pacientes que permaneceram por mais tempo na UTI, tiveram mortalidade mais alta tanto na UTI quanto no hospital.

Em estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, houve predomínio

do sexo feminino no número de admissões na UTI, além de ter ocorrido uma prevalência das disfunções cardiovasculares e respiratórias como justificativa do encaminhamento para a UTI (FEIJÓ *et al.*, 2006). Tais achados corroboram com os encontrados pelo nosso estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto pode-se inferir que houve uma maior participação do sexo feminino, tanto no que diz respeito ao número de admissões na UTI, quanto ao número de óbitos, porém, tais diferenças não foram estatisticamente significativas. Também foi possível perceber uma expressiva prevalência dos idosos no número de admissões na Unidade de Terapia Intensiva (75%) e no número de óbitos (85%). As disfunções cardiovasculares e respiratórias foram as maiores responsáveis pela internação dos pacientes na UTI. O desfecho de maior ocorrência foi a Alta da UTI (50%).

Nosso estudo apresenta limitações. O tamanho reduzido da amostra e a realização do estudo em um único centro podem levar a ocorrência de vieses relacionados ao tipo de tratamento e paciente atendido. Sugere-se a realização de novos trabalhos que possam contemplar um tamanho maior de amostra, assim como fatores não explorados nesse estudo, como, o desfecho dos pacientes que receberam alta do setor, além da possível associação entre fatores prognósticos e desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. ABELHA JF, CASTRO MA, LANDEIRO NM, NEVES AM, SANTOS CC. Mortalidade e o tempo de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica. *Rev Bras Anestesiol*, 56 (1): 34 – 45, 2007.

2. ALVES CJ, FRANCO GPP, NAKATA CT, COSTA GLG, COSTA GLG, GENARO MS, *et al.* Avaliação de Índices prognósticos em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 21(1): 1 – 8, 2009.
3. ALVES GC, SILVA JUNIOR GB, LIMA RSA, SOBRAL JB, MOTA RMS, ABREU KLS, *et al.* Fatores de risco para óbito em pacientes gravemente enfermos. *Rev Bras Ter Intensiva*, 22(2): 138 – 143, 2010.
4. BERGER JR. *Clinical approach to stupor and coma*. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in clinical practice. Principles of diagnosis and management*. 4. ed., Salt Lake: Elsevier; 2004, v.1, p.43-64 (2545 p).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Portaria 1.101 de 19 de Junho de 2002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. Coordenação geral de atenção hospitalar. *Nota Informativa: Credenciamento de leitos de UTI*. 2010.
7. FEIJÓ CAR, BEZERRA ISAM, PEIXOTO JÚNIOR AA, MENESES FA. Morbimortalidade do idoso internado na Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Universitário de Fortaleza. *Rev Bras Ter Intensiva*, 18 (3): 263 – 267, 2006.
8. KOIZUMI MS. Avaliação neurológica utilizando a Escala de Coma de Glasgow – Origem e abrangência. *Acta Paul Enf.*, 13(1): p.90–94, 2000.
9. MORITZ RD, BEDUSCHI G, MACHADO FO. Avaliação dos óbitos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 54(5): p. 390–395, 2008.
10. NAGGAPPAN R, PARKIN G. Geriatric Critical Care. *Crit Care Clin*, 19(2): 253 – 270, 2003.
11. SILVA JUNIOR GB, DAHER EF, MOTARMS, MENESES FA. Risk factors for death among critically ill patients with acute renal failure. *Sao Paulo Med. J.*, 124(5), p.257 – 263, 2006 .
12. SILVA MCM. *Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

CORRESPONDÊNCIA

Giulyanna Karlla Arruda Bezerra
Avenida General Edson Ramalho, 1250, apto 22,
Edf. Clarissa, Bairro Manaíra
João Pessoa – Paraíba – Brasil - 58038102
Email: giulyanna_arruda@hotmail.com