Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas
Medicina

JÚLLIA SANTANA PRUDENTE DE ANGELIS
RENATA CORDEIRO DOS SANTOS RODRIGUES

Análise prognóstica de admissão e alta de idosos em Unidade de Terapia Intensiva

GOIÂNIA
2021

JÚLLIA SANTANA PRUDENTE DE ANGELIS
RENATA CORDEIRO DOS SANTOS RODRIGUES

Análise prognóstica de admissão e alta de idosos em Unidade de Terapia Intensiva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Orientadora: Denise Milioli Ferreira

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela nossa vida, e por nos permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos nossos pais e irmãos, que nos incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a nossa ausência enquanto nos dedicávamos à realização deste trabalho.

Aos familiares e amigos, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À professor Denise Ferreira Milioli**,** por ter sido nossa orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

A todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o nosso processo de aprendizado.

RESUMO

Objetivo: determinar o perfil de internação de idosos em Unidade de Terapia Intensiva e os fatores relacionados ao prognóstico desses pacientes em hospital público de Goiânia. *Métodos:* estudo longitudinal retrospectivo, quantitativo, com base no levantamento de prontuários de pacientes com 60 anos ou mais, internados em Unidade clínica de terapia Intensiva do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) no período de janeiro a junho de 2020. Para análise de dados relacionada a evolução na UTI, foi utilizada o teste Analise Regressão Logística Univariada e para os valores de $p<0,200$ foi realizado o teste Analise Regressão Logística Multivariada. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ($p<0,05$). *Resultados:* foi verificado que estado civil, queda ou fratura, Escala de Coma de Glasgow, Protocolo de Internação, ventilação mecânica, drogas vasoativas, antibióticos, sedação, terapia de substituição renal, parada cardiorrespiratória, ressuscitação pulmonar e tempo de internação na UTI tem relação com a sobrevida de idosos internados em UTI. A análise de regressão logística multivariada revelou que as variáveis, queda ou fratura, ventilação mecânica de drogas vasoativas, permaneceram significativas como fatores prognósticos de menor sobrevida. *Conclusão:* a sobrevida dos idosos internados em UTI de Goiânia – GO é afetada por fatores prognósticos de origem clínica, relacionados a condições anteriores à internação e durante internação. Isso demonstra que ações que visem ao aumento da sobrevida de idosos em terapia intensiva e a decisão por internar ou não neste setor, precisam discutir questões individuais, sociais e referentes à rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Idosos. Internação. UTI.

ABSTRACT

Objective: to determine the profile of hospitalization of elderly people in the Intensive Care Unit and the factors related to the prognosis of these patients in a public hospital in Goiânia. Methods: retrospective, quantitative longitudinal study, based on the survey of medical records of patients aged 60 or over, admitted to the Intensive Care Clinical Unit of the State Hospital of Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) from January to June 2020. For data analysis related to the evolution in the ICU, the Univariate Logistic Regression Analysis test was used and for p <0,200 the Multivariate Logistic Regression Analysis test was performed. The level of significance was set at 5% (p <0.05). Results: it was verified that marital status, fall or fracture, Glasgow Coma Scale, Hospitalization Protocol, mechanical ventilation, vasoactive drugs, antibiotics, sedation, renal replacement therapy, cardiopulmonary arrest, pulmonary resuscitation and length of stay in the ICU with the survival of elderly patients admitted to the ICU. Multivariate logistic regression analysis revealed that the variables, fall or fracture, mechanical ventilation of vasoactive drugs, remained significant as prognostic factors for shorter survival. Conclusion: the survival of the elderly admitted to the ICU of Goiânia - GO is affected by prognostic factors of clinical origin, related to conditions prior to hospitalization and during hospitalization. This demonstrates that actions aimed at increasing the survival of elderly people in intensive care and the decision to hospitalize or not in this sector, need to discuss individual, social and health care network issues.

Keywords: Elderly. Hospitalization. ICU.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....07

2 MÉTODOS.....09

3 RESULTADOS.....11

4 DISCUSSÃO.....17

5 CONCLUSÃO.....19

6 REFERÊNCIAS.....20

INTRODUÇÃO

A dinâmica populacional tem sofrido alterações ao longo dos anos devido ao crescimento da população produtiva e idosa, aliado ao aumento da expectativa de vida. Ao ano, a taxa de crescimento populacional de idosos é quase o dobro quando comparado à taxa de crescimento geral (FLAATTEN; GARROUSTE-ORGEAS, 2015). No Brasil, o processo de transição demográfica em curso tem levado a um progressivo envelhecimento da estrutura etária da população, com a diminuição do peso relativo da população de menores de 15 anos e aumento do grupo de 60 anos e mais, segundo dados do IBGE. Especificamente no Estado de Goiás, essa proporção era de 34 de idosos para cada grupo de 100 jovens em 2010 e passará para 95 em 2030, corroborando com as proporções encontradas no Centro-Oeste (IBGE, 2012).

A mudança de perfil epidemiológico exige a adoção de novas políticas públicas voltadas para a saúde dos idosos. Porém, apesar dos avanços conquistados em relação à atenção primária, o aumento da expectativa de vida também demanda recursos para a atenção de maior complexidade, evidenciado pela proporção e aumento da internação de idosos em leitos de Unidade de Terapia Intensiva, em relação à população em geral (FUCHS *et al*., 2012).

No Brasil, com base na análise de dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH), a proporção de internações em UTI, na população 60 anos ou mais, varia entre 6,5% a 9,85%. Segundo o Ministério da Saúde, outro aspecto a ser considerado é que o número de internações assim estimado reflete apenas a necessidade de internações da população residente no local. Assim, no caso das capitais, como Goiânia, e de municípios maiores é necessário incorporar a demanda dos não residentes. Estes, no caso de Goiânia, representam quase 40% da população internada (DATASUS, 2012).

Vários fatores estão associados ao maior risco de admissões de idosos em UTI e são, comumente, relacionados a condições potencialmente preveníveis, como a redução do risco de traumas que poderiam ser minimizadas com instruções de comportamento, ajuste na dosagem das medicações e alterações na logística domiciliar. Além disso, observa-se uma diminuição da mortalidade pelas doenças infecciosas, aliada ao crescimento das doenças crônicas degenerativas e dos distúrbios mentais (FUCHS *et al*., 2012).

No Brasil, segundo Santos *et al*. (2016), que avalia o desfecho em UTI e desfecho após 180 dias, no tempo de permanência de 7 dias na UTI, os óbitos corresponderam a

26,30% e após 180 dias de alta corresponderam a quase 50%, além de uma diminuição da qualidade de vida do idoso pós-alta. Portanto, a lógica para admitir um paciente idoso na UTI não deve se restringir a uma gestão de curto prazo da doença aguda, mas deve visar a sua recuperação com qualidade e vida satisfatória.

Diante do exposto, fica claro que o aumento da proporção de idosos na população reflete no aumento desse grupo em leitos de UTI, considerando ainda a prevalência de doenças crônico-degenerativas. Dessa forma, os profissionais de saúde devem avaliar o risco-benefício da internação de um idoso na UTI e direcionar a assistência com mais qualidade e menor risco, a partir do conhecimento prévio de suas características clínicas, pessoais, físicas e funcionais.

Este estudo tem como objetivos, determinar o perfil epidemiológico e clínico de idosos em Unidade de Terapia Intensiva e os fatores relacionados ao prognóstico desses pacientes, em um hospital público de Goiânia.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo longitudinal retrospectivo, quantitativo, com base no levantamento de prontuários, que partiu do pressuposto que a admissão e a alta de pacientes idosos em UTI, de forma criteriosa, otimiza o gerenciamento de leitos e melhora a qualidade de vida dos idosos durante a internação e alta hospitalar.

A fonte de dados utilizada foi os prontuários de pacientes com 60 anos ou mais, internados em Unidade clínica de terapia Intensiva do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) no período de janeiro a junho de 2020.

Os Critérios de inclusão foram pacientes acima de 60 anos internados na UTI clínica por mais de 24 horas, no período de janeiro a junho de 2020. Foram excluídos os pacientes cujos prontuários estavam incompletos ou não foram encontrados.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários registrados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUGO nos meses de novembro e dezembro de 2020.

Foi utilizado como instrumento de coleta um formulário contendo dados pessoais, diagnósticos de internação e diagnósticos secundários, presença de comorbidades e/ou doenças incapacitantes, internação advinda de queda, paciente previamente acamado, déficit cognitivo anterior à internação, GLASGOW da internação, protocolo utilizado para internação, segundo a classificação de critérios para internação em UTI, uso de ventilação mecânica e tempo de utilização, uso de drogas vasoativas e tempo de uso, ocorrência ou não de administração de antibióticos, sedação, terapia de substituição renal, PCR durante internação, se houve ou não ressuscitação cardiovascular, descrição da capacidade funcional na alta da UTI, evolução clínica (alta ou óbito), dia de alta/óbito da UTI, dia de alta/óbito hospitalar.

Para análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft ® Excel para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa SPSS® for Windows®, versão 22.0. Para avaliar a influencia da variável evolução na UTI em relação às variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, procedência e residência, diagnósticos referentes à internação, comorbidades, condições prévias à internação (doença incapacidade, acamado, queda ou fratura, déficit cognitivo e Escala de Glasglow), protocolos de internação, condições clínicas da internação (ventilação mecânica, drogas vasoativas, antibióticos, sedação, terapia de substituição renal, parada cardiorrespiratória e ressuscitação pulmonar) e evolução da UTI, evolução hospitalar e capacidade funcional na alta, foi utilizada o teste Analise Regressão

Logística Univariada e para os valores de p<0,200 foi realizado o teste Analise Regressão Logística Multivariada. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% (p<0,05).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética e pesquisa do HUGO em Dezembro de 2020, com o número 32609619.5.3001.0033, e pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica em Junho de 2020, com o número 32609619.5.0000.0037, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

RESULTADOS

No período de janeiro a junho de 2020, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), foram internados 397 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, representado mais de 48% das internações nesse setor. Dos 397 prontuários disponíveis, foram excluídos 71 (17,9%) prontuários de períodos de internação iguais ou inferiores a 24 horas e 42 (10,6%) prontuários incompletos, ficando, então, 284 prontuários para estudo.

Dos 284 prontuários analisados, 101 (35,6%) eram de idosos entre 60 e 69 anos, conforme mostrado na figura 1 abaixo. Quanto ao sexo, dos 284 idosos, 177 (62,3%) eram homens e 107 (37,7%) mulheres, e em relação ao estado civil, 167 (64,2%) eram solteiros, viúvos ou divorciados e 93 (35,8%) eram casados ou mantinham união estável.

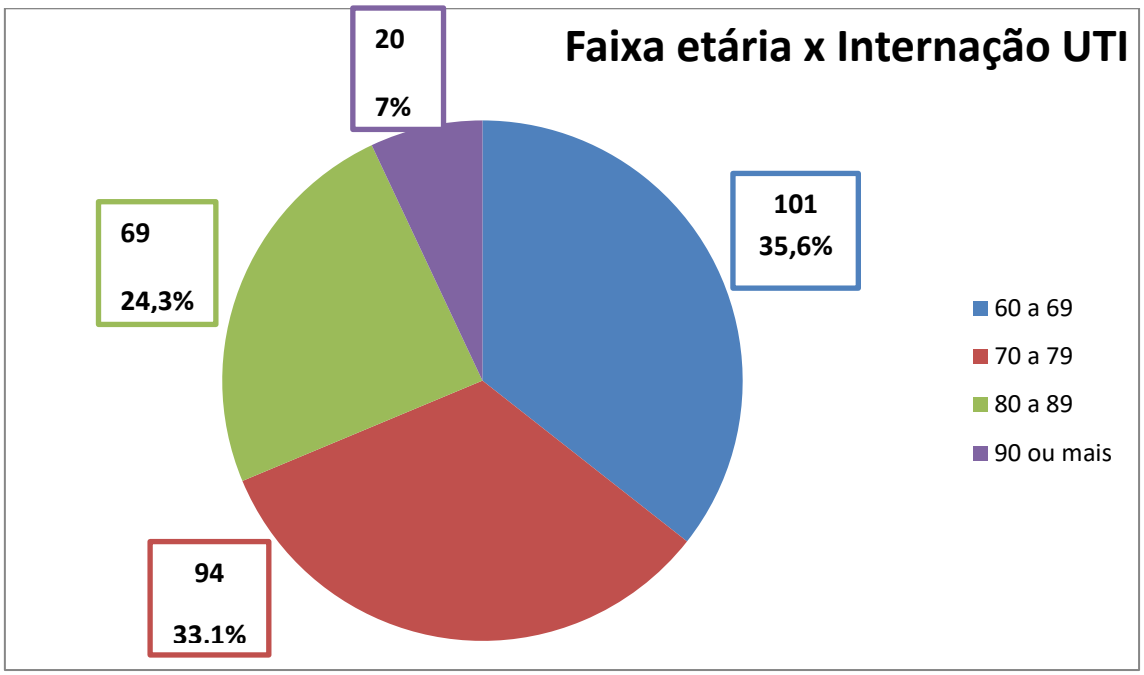

Figura 1. Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária dos idosos internados na UTI

Em relação aos diagnósticos na internação, os principais foram Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs), com 63 (22,2%) casos de AVE hemorrágico e 36 (12,7%) casos de AVE isquêmico. Conforme mostrado na tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico de internação e evolução clinica.

Fator/Evolução UTI	Alta		Óbito		Total	
	n	%	n	%	n	%
DIAGNÓSTICO						
AVEI	13	10,1	23	14,8	36	12,7
AVEH	24	18,6	39	25,2	63	22,2
PNM	14	10,9	15	9,7	29	10,2
TCE	14	10,9	16	10,3	30	10,6
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	8	6,2	6	3,9	14	4,9
ABDOME AGUDO	15	11,6	18	11,6	33	11,6
QUEDA/FRATURA	9	7,0	12	7,7	21	7,4
CRISES CONVULSIVAS	5	3,9	3	1,9	8	2,8
HEMORRAGIA DIGESTIVA	5	3,9	5	3,2	10	3,5
OUTROS (menos de 2%)	22	17,1	18	11,6	40	14,1
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0

.

Em relação à ocorrência de comorbidades, 48 (19,1%) idosos não possuía, 73 (29,1%) apresentava uma comorbidade, 87 (34,7%), duas comorbidades, 31 (12,4%), três e, 12 (4,8%) mais de três.

Sobre as condições clínicas anteriores à internação, apenas 24 (8,6%) idosos foram admitidos com alguma doença incapacitante. 36 (12,7%) tiveram admissão relacionada à queda ou fratura e 54 (20,7%) idosos apresentavam déficit cognitivo à internação na UTI. **(Tabela 2).**

Tabela 2. Distribuição da amostra conforme a condição clínica no momento da internação na UTI e a evolução clínica.

Fator/Evolução UTI	Alta		Óbito		Total	
	n	%	n	%	n	%
DOENÇA INCAPACITANTE						
Sim	15	11,8	9	5,9	24	8,6
Não	112	88,2	143	94,1	255	91,4
Total	127	100,0	152	100,0	279	100,0
QUEDA OU FRATURA						
Sim	10	7,8	26	16,9	36	12,7
Não	119	92,2	128	83,1	247	87,3
Total	129	100,0	154	100,0	283	100,0
ACAMADO						
Sim	21	16,3	21	14,1	42	15,1

Não	108	83,7	128	85,9	236	84,9
Total	129	100,0	149	100,0	278	100,0
DÉFICIT COGNITIVO						
Sim	29	24,2	25	17,7	54	20,7
Não	91	75,8	116	82,3	207	79,3
Total	120	100,0	141	100,0	261	100,0
GLASGOW						
ECG 13-15 (trauma leve)	49	38,9	26	17,0	75	26,9
ECG 9-12 (trauma moderado)	23	18,3	17	11,1	40	14,3
ECG 3-8 (trauma grave)	15	11,9	24	15,7	39	14,0
Pcte sedado	39	31,0	86	56,2	125	44,8
Total	126	100,0	153	100,0	279	100,0

Referente às condições clínicas durante a internação, 199 (70,1%) dos idosos fizeram uso de Ventilação Mecânica (VM), 158 (55,6%) necesstaram de drogas vasoativas (DVA), 232 (81,7%) recebeu antibioticoterapia (ATB), 180 (63,4%) foram sedados (SED) e 50 (17,6%) necessitou de terapia de substituição renal (TSR). Além disso, dentre os 284 pacientes de estudo, 22 (7,7%) tiveram parada cardiorrespiratória (PCR) durante a internação, sendo realizada a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em 19 (86,4%) desses **(Tabela 3)**. Em relação à duração dessas condições, 8 dias foi a média aproximada de uso de cada uma delas, menos a sedação que apresentou uma média de quase 5 dias de uso, porém o tempo de uso não foi relevante em relação ao desfecho clínico desses pacientes.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a Condição clínica durante a internação na UTI

Fator/Evolução UTI	**Alta**		**Óbito**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
VENTILAÇÃO MECANICA						
Sim	54	41,9	145	93,5	199	70,1
Não	75	58,1	10	6,5	85	29,9
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
DROGAS VASOATIVAS						
Sim	36	27,9	122	78,7	158	55,6
Não	93	72,1	33	21,3	126	44,4
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
ANTIBIÓTICOS						
Sim	98	76,0	134	86,5	232	81,7
Não	31	24,0	21	13,5	52	18,3

Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
SEDAÇÃO						
Sim	46	35,7	134	86,5	180	63,4
Não	83	64,3	21	13,5	104	36,6
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
TSR						
Sim	13	10,1	37	23,9	50	17,6
Não	116	89,9	118	76,1	234	82,4
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
PCR						
Sim	3	2,3	19	12,3	22	7,7
Não	126	97,7	136	87,7	262	92,3
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0
Não	126	97,7	136	87,7	262	92,3
RCP						
Sim	3	2,3	16	10,3	19	6,7
Não	126	97,7	139	89,7	265	93,3
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0

Em relação ao desfecho da internação, dos 284 idosos internados na UTI, 155 (54,6%) foram a óbito e 129 (54,6%) foram para a enfermaria, destes, 23 (17,8%) evoluíram para óbito e, os restantes 126 (82,2%) receberam alta. Sobre a capacidade funcional dos pacientes que receberam alta da UTI para a enfermaria, 68 (55,7%), encontrava-se hipoativo no leito, seguido de 20 ativos no leito (16,4%) e 20 inertes no leito (16,4%). Do restante, 05 (4,1%) pacientes apresentaram-se acamados e 07 (5,7%) com algum tipo de déficit motor.

Analisando tempo de internação, foram divididas as internações com menos de 10 dias de duração e as internações com 10 dias ou mais. Dos pacientes internados na UTI por menos de 10 dias a evolução para óbito representou 50,5% de um total de 202 analisados. Já em relação às internações com tempo igual ou superior a 10 dias**,** a evolução para óbito representou 64,6% dos 82 pacientes que tiveram esse tempo de internação.

À análise de regressão logística univariada, as que apresentaram relevância (valores de p<0,200) no desfecho da internação dos idosos na UTI, ou seja, aquelas relacionadas a um maior risco de óbito foram: estado civil, queda ou fratura, Escala de Coma de Glasgow, Protocolo de Internação, ventilação mecânica, drogas vasoativas, antibióticos, sedação, terapia de substituição renal, parada cardiorrespiratória, ressuscitação pulmonar e tempo de internação na UTI **(Tabela 4)**.

Tabela 4. Análise das diferentes variáveis em relação ao desfecho clinico da amostra

Fator/Evolução	Alta	Óbito	Total	P	OR	IC

UTI									95%	
	n	%	n	%	n	%			Inferior	Superior
ESTADO CIVIL										
Solteiro	62	56,4	105	70,0	167	64,2		1,30	1,02	1,65
Casado	48	43,6	45	30,0	93	35,8		0,72	0,54	0,95
Total	110	100,0	150	100,0	260	100,0	0,024	1,81	1,08	3,02
PROCEDENCIA										
Goiânia	5	4,7	10	6,8	15	5,9				
Goiás	39	36,8	78	53,1	117	46,2				
Outros estados	62	58,5	57	38,8	119	47,0				
Outro país	0	0,0	2	1,4	2	0,8				
Total	106	100,0	147	100,0	253	100,0	0,032	0,64	0,43	0,96
QUEDA OU FRATURA										
Sim	10	7,8	26	16,9	36	12,7		1,39	1,10	1,76
Não	119	92,2	128	83,1	247	87,3		0,58	0,34	0,99
Total	129	100,0	154	100,0	283	100,0	0,025	2,42	1,12	5,22
GLASGOW										
ECG 13-15 (trauma leve)	49	38,9	26	17,0	75	26,9				
ECG 9-12 (trauma moderado)	23	18,3	17	11,1	40	14,3				
ECG 3-8 (trauma grave)	15	11,9	24	15,7	39	14,0				
Pcte sedado	39	31,0	86	56,2	125	44,8				
Total	126	100,0	153	100,0	279	100,0	0,000	1,63	1,34	1,99
VENTILAÇÃO MECANICA										
Sim	54	41,9	145	93,5	199	70,1		6,19	3,44	11,15
Não	75	58,1	10	6,5	85	29,9		0,31	0,24	0,39
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,000	20,14	9,70	41,79
DROGAS VASOATIVAS										
Sim	36	27,9	122	78,7	158	55,6		2,95	2,17	4,00
Não	93	72,1	33	21,3	126	44,4		0,31	0,23	0,42
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,000	9,55	5,54	16,45
ANTIBIÓTICOS										
Sim	98	76,0	134	86,5	232	81,7		1,43	1,01	2,03
Não	31	24,0	21	13,5	52	18,3		0,71	0,54	0,93
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,025	2,02	1,09	3,72
SEDAÇÃO										
Sim	46	35,7	134	86,5	180	63,4		3,69	2,49	5,45
Não	83	64,3	21	13,5	104	36,6		0,32	0,25	0,42
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,000	11,51	6,42	20,65
TSR										
Sim	13	10,1	37	23,9	50	17,6		1,47	1,19	1,81
Não	116	89,9	118	76,1	234	82,4		0,52	0,32	0,85
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,003	2,80	1,41	5,53

PCR										
Sim	3	2,3	19	12,3	22	7,7		1,66	1,36	2,04
Não	126	97,7	136	87,7	262	92,3		0,28	0,10	0,82
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,005	5,87	1,70	20,31
Não	126	97,7	136	87,7	262	92,3		0,28	0,10	0,82
RCP										
Sim	3	2,3	16	10,3	19	6,7		1,61	1,28	2,01
Não	126	97,7	139	89,7	265	93,3		0,33	0,12	0,95
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,014	4,83	1,38	16,98
TEMPO DE INTERNAÇÃO NA UTI										
< 10 dias	100	77,5	102	65,8	202	71,1		0,78	0.63	0,96
≥ 10 dias	29	22,5	53	34,2	82	28,9		1,40	1,01	1,94
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,031	1,79	1,05	13,04
PROTOCOLO DE INTERNAÇÃO										
Protocolo 1	34	26,4	77	49,7	111	39,1				
Protocolo 2	70	54,2	43	27,7	113	39,8				
Protocolo 3	25	19,4	35	22,6	60	21,1				
Total	129	100,0	155	100,0	284	100,0	0,026	0,70	0,51	0,96

Teste: Analise Regressão Logística univariada

Na análise de regressão logística multivariada, foram selecionadas as variáveis com significância demonstradas pela análise univariada (p<0,200) e aplicadas duas rodadas. Na primeira, as variáveis com valor de significância foram: queda ou fratura, Escala de Coma de Glasglow, ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas. Na segunda, apenas a Escala de Coma de Glasglow não mostrou significância estatística, mostrando que a ventilação mecânica, o uso de drogas vasoativas e motivo de internação por queda ou fratura são fatores independentes de risco de óbito em idosos, conforme mostrado na tabela 5 abaixo.

Tabela 5. Analise dos fatores de risco de óbito em idosos internados em UTI

Fator/Evolução UTI	p	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
QUEDA OU FRATURA	0,011	3,67	1,34	10,03
VENTILAÇÃO MECANICA	0,000	10,75	4,70	24,60
DROGAS VASOATIVAS	0,000	3,90	2,05	7,41

Teste: Analise Regressão Logística Multivariada

DISCUSSÃO

No período de janeiro a junho de 2020, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), houve uma prevalência de 48% de ocupação por idosos, com 60 anos ou mais, sendo a maioria pertencente às faixas de 60 a 69 anos (35,6%) e de 70 a 79 anos (33,1%). O desfecho de óbito nas faixas analisadas não teve relevância estatística. Segundo Fuchs, o fator idade, em um primeiro momento, não impede desfechos favoráveis em UTI, porém, segundo dados de seu estudo, após os 75 anos, a idade passa a ser um fator de risco independente para óbito. Tal fator deve ser considerado, então, na decisão sobre admitir esse paciente em uma UTI, já que pode influenciar a evolução e desfecho, assim como condutas durante a internação, como o uso de ventilação mecânica (FUCHS *et al.*, 2012).

No presente estudo, os principais diagnósticos para internação de idosos em UTI foram AVE (34,9%), Abdome agudo (11,6%), TCE (10,6%) e Pneumonia (10,2%). A condição prévia de queda ou fratura esteve presente em apenas 36 idosos de 284 admissões na UTI, porém esse grupo teve uma taxa de óbito de 72%, apresentando a maior prevalência e relevância quanto a esse desfecho. Esses achados são consistentes com o estudo de Bonfada *et al.* (2017) que relata a morte devido à internação pós-fratura como fator de alerta, pois este evento tem sido descrito como sendo de pior prognóstico. Dessa forma, é necessário focar em estratégias de prevenção primária, para a redução de eventos traumáticos nessa população.

A ventilação mecânica (VM) foi uma condição clínica da internação presente em 199 (70,1%) dos idosos internados. Destes, 73% evoluíram com óbito, demonstrando ser importante fator de mau prognóstico relacionado ao desfecho, corroborando com o estudo de Lima *et al.* (2017), em que os idosos internados em UTI que apresentaram maior tempo de internação e necessitaram de ventilação mecânica tiveram uma menor sobrevida. Então, torna-se importante analisar a chance de sobrevida desses pacientes, considerando não só a indicação de uma VM, mas também a capacidade funcional e cognitiva prévia e o prognóstico relacionado à condição clinica da internação.

Em relação ao uso de drogas vasoativas (DVA), a análise dos dados demonstrou que 158 (55,6%) pacientes utilizaram deste recurso e, entre eles, 77,2% evoluíram para óbito como consequência. As DVA são muito utilizadas nesse ambiente por participarem ativamente da regulação de funções vitais do organismo, no entanto apresentam respostas terapêuticas bastante variáveis. Assim como a VM, as DAV, apresentando importante relação

com o desfecho de óbito, necessitam ter suas indicações discutidas e avaliadas levando em consideração as condições de cada paciente (MELO, 2016).

Para análise do tempo de internação, a amostra do estudo foi dividida em dois grupos: pacientes internados em UTI por menos de 10 dias (202 idosos) e pacientes internados em UTI por 10 dias ou mais (82 idosos). Ao comparar os dois grupos, evidenciou-se que aqueles em que o tempo de internação foi maior que 10 dias tiveram maior porcentagem (64,6%) de óbito em relação ao outro grupo (50,5%). O crescimento das taxas de óbito com o aumento dos dias de internação levanta a questão sobre o prolongamento de internações em UTI, pensando em sua relação com o sofrimento do paciente e a qualidade de internação a que ele se apresenta.

Um estudo realizado pela Universidade Columbia, em NY, com pacientes internados em UTI com mais de 66 anos também constatou que o tempo de internação possui direta relação com o prognóstico. Dentre os sobreviventes, aqueles que permaneceram entre 7 e 13 dias na UTI, mais de 50% tiveram pelo menos uma falha orgânica e dentre os que permaneceram por mais de 21 dias, 75% tiveram uma ou mais falências orgânicas (MOITRA *et al*., 2016).

O modelo de tratamento em UTI ainda é pautado no intervencionismo e no curativismo, prevalecendo sobre a real necessidade do paciente em todas suas dimensões. Os recursos utilizados nesse ambiente, muitas vezes não incluem o respeito à autonomia do paciente e a preocupação com a não maleficência. Há a necessidade, então, de reflexão sobre as condições do paciente, uma discussão contínua e compartilhada com os familiares sobre prognóstico, principalmente dos pacientes idosos, considerando suas vontades e de sua família; além de uma equipe de cuidados voltada a qualidade de internação desses pacientes.

Nesse sentido, a prática desejável de cuidados paliativos, integrada aos cuidados, deve levar em conta maior abertura para o diálogo à beira do leito, com intuito de que a evolução das condutas tenha a participação dos pacientes e seus familiares, almejando excelência da assistência e prevenção do sofrimento, além de dever-se levar em conta a adequada alocação de leitos e recursos de UTI, considerando a discussão dos riscos e benefícios na tomada de decisão em internar um paciente idoso na UTI e no tempo estritamente necessário dessa internação.

Ressalta-se ainda, a necessidade de intensificação de programas voltados à promoção de saúde de idosos, no sentido principalmente, de evitar quedas e fraturas nesse grupo populacional.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que a maioria dos idosos (35,6%), internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de Goiânia, está com idade entre 60 e 69 anos, do sexo masculino, internada por menos de 10 dias. Dentro da amostra do nosso estudo, a maior parte dos idosos foi submetida ao uso de ventilação mecânica (70,1%), drogas vasoativas (55,6%), antibioticoterapia (81,7%) e sedação (63,4%).

Com relação aos determinantes para internação de pacientes idosos em UTI, destacam-se os acidentes vasculares encefálicos, tanto isquêmicos quanto hemorrágicos, abdome agudo, trauma cranioencefálico e pneumonia. Além disso, mais de 80% dos idosos apresentavam pelo menos uma comorbidade e cerca de 13% tiveram internação relacionada a queda ou fratura.

Um dos fatores de risco mais relevantes para desfecho de óbito na nossa pesquisa, a variável queda ou fratura, está associado a uma condição prevenível demonstrando que ainda há uma falha na assistência ao idoso. Outros fatores relacionados ao prognóstico dos idosos internados em UTI foram a ventilação mecânica e o uso de drogas vasoativas, demonstrando que esses recursos utilizados em larga escala contribuem para um pior desfecho.

O melhor cuidado a esses pacientes deve ser realizado mediante um olhar holístico, considerando a condição clínica, prognóstico do paciente e preocupando-se sempre em redução de sofrimento e qualidade de internação e alta do idoso. Dessa forma, a decisão por internar ou não essa população em ambiente de UTI deve ser analisada com base na condição clínica do paciente e possibilidades terapêuticas, com paciente e/ou familiares em plena consciência desses fatores, podendo agir de forma ativa na definição da conduta, juntamente a equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ANGUS, DC. **Admitting Elderly Patients to the Intensive Care Unit - Is it the Right Decision?.** *JAMA October 17, 2017 Volume 318, Number 15***.**

BECKER, S, Müller, J, Heerl, G, Braunel, S, Fuhrmannl, V, Klugel, S. **Clinical characteristics and outcome of very elderly patients ≥90 years in intensive care: a retrospective observational study.** *Ann. Intensive Care (2015) 5:53.*

BONFADA, D, Santos, MM, Lima, KC, Garcia-Altés, A. **Análise de sobrevida de idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2017; 20(2): 198-206.*

BOUMENDIL, A, Angus, DC, Guitonneau, AL, Menn, AV, Ginsburg, C, Takun, K, Davido, A, Masmoudi, R, Doumenc, B, Pateron, D, Garrouste-Orgeas, M, Somme, D, Simon, T, Aegerter, P, Guidet, B. **Variability of Intensive Care Admission Decisions for the Very Elderly.** *PLoS ONE 7(4): e34387. doi:10.1371/journal.pone.0034387*

CORDEIRO, P, Martins, M. **Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste.** *Rev Saude Publica. 2018;52:69.*

CURTIS, JR, Engelberg, RA, Teno, JM. **Understanding variability of end-of-life care in the ICU for the elderly.** *Intensive Care Med (2017) 43:94–96.*

FAUSTINO, TN, Pedreira, LC, Freitas, YS, Silva, RMO, Amaral, JB. **Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention.** *Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(4):678-85.*

FLAATTEN, H, Garrouste-Orgeas, M. **The very old ICU patient: a never-ending story.** *Intensive Care Med (2015) 41:1996–1998 DOI 10.1007/s00134-015-4052-2.*

FUCHS, L, Chronaki, CE, Park, S, Novack, V, Baumfeld, Y, Scott, D, McLennan, S, Talmor, D, Celi, L. **ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very**

elderly patients. *Intensive Care Med (2012) 38:1654–1661 DOI 10.1007/s00134-012-2629-6.*

GUIA, CM, Biondi, RS, Sotero, S, Lima, AA, Almeida, KJQ, Amorim, FF. **Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal.** *Com. Ciências Saúde. 2015; 26(1/2): 9-19.*

MARTINS, JJ, Nascimento, ERP. **Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI.** *Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 34, n 50 o. 2, de 2005.*

MENDES, ACG, Sá, DA, Miranda,GMD, Lyra, TM, Tavares, RAW. **Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras.** *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5):955-964, mai, 2012.*

MOITRA, VK, Guerra, C, Linde-Zwirble, WT, Wunsch, H**. Relationship Between ICU Length of Stay and Long-term.** *Crit Care Med. 2016 April ; 44(4): 655–662.*

NGUYEN, YL, Angus, DC, Boumendi, A, Guidet, B. **The challenge of admitting the very elderly to intensive care.** *Annals of Intensive Care 2011, 1:29.*

SANTOS, HS, Andrighetti, AP, Manfredini, MC, Rezende, E, Junior, JMS, Ventura, MM. **Indicações de internação e sua relação com mortalidade do paciente muito idoso em UTI.** *Geriatr Gerontol Aging 2016, Vol. 10, Num. 3, p.140-5.*

SCHEIN, LEC, Cesar, JA. **Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda**. *Rev Bras Epidemiol 2010; 13(2): 289-301.*

SILVA, JBVB, Pedreira, LC, Santos, JLP, Barros, CSMA, David, RAR. **Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva.** *Acta Paul Enferm. 2018; 31(1):39-45.*

SJODING, MW, Prescott, HC, Wunsch, H, Iwashyna, TJ, Cooke, CR. **Longitudinal changes in intensive care unit admissions among elderly patients in the United States.** *Crit Care Med. 2016 July ; 44(7): 1353–1360.*

WALLACE, DJ, Angus, DC, Seymour, CW, Barnato, AE, Kahn, JM. **Critical Care Bed Growth in the United States.** *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 191 Number 4 | February 15 2015.*

WENNBERG, JE. **Time to tackle unwarranted variations in practice.** *BMJ 2011; 342:d1513.*