

Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva

Clinical profile of long-living elderly at an intensive care unit

Perfil clínico de longevos en una unidad de terapia intensiva

Joice Barbosa Vilas Boas da Silva¹
Larissa Chaves Pedreira¹
Jessica Lane Pereira Santos¹
Cláudia Silva Marinho Antunes Barros¹
Rose Ana Rios David¹

Descritores

Idoso de 80 anos ou mais; Idoso; Serviços de saúde para idosos; Unidade de terapia intensiva

Keywords

Aged, 80 and over; Aged; Health services for the aged; Intensive care units

Descriptorios

Anciano de 80 o más años; Anciano; Servicios de salud para ancianos; Unidades de cuidados intensivos

Submetido

16 de Outubro de 2017

Aceito

15 de Fevereiro de 2018

Autor correspondente

Jessica Lane Pereira Santos
<http://orcid.org/0000-0001-6528-0689>
E-mail: jessicalane84@gmail.com

DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800007>



Resumo

Objetivo: Identificar o perfil clínico e sócio demográfico de longevos em uma unidade de terapia intensiva.

Métodos: Estudo transversal, retrospectivo e quantitativo, realizado na UTI de um hospital privado de Salvador. Participaram os longevos admitidos entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015, internados por um período igual ou superior a 24 horas. Os dados foram coletados nos prontuários eletrônicos dos pacientes. O instrumento de coleta foi construído a partir das informações contidas principalmente no histórico de enfermagem, para registro das variáveis sócio demográficas e clínicas. Os dados coletados foram digitados no programa Excel 2010 e analisados por meio de um Software estatístico. Para a comparação entre as variáveis foi utilizado o teste χ^2 de Pearson. Os resultados são apresentados em tabelas e sua discussão respaldada em evidências sobre o tema.

Resultados: Dos 252 longevos identificados, 64,3% eram do sexo feminino. 63,9% tiveram como procedência a unidade de emergência, fator estatisticamente significante se relacionado com a mortalidade, e 91,3% deles apresentavam comorbidades, destacando-se as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as afecções cardiovasculares (81,7%) e a diabetes mellitus (32,9%). As manifestações não infecciosas (84,5%) foram as principais causas de internação. Na admissão, 71,0% apresentavam-se hidratados, 65,1% eutróficos, 39,3% em ventilação espontânea ao ar ambiente, 57,5% com diurese espontânea e 77,0% com pele íntegra. O tempo de internação prevaleceu entre 11 e 20 dias (24,6%), com grande desfecho de óbito (51,6%).

Conclusão: Mesmo em condições favoráveis na admissão, os longevos tiveram alta permanência na unidade e elevado percentual de óbito.

Abstract

Objective: To identify the clinical and sociodemographic profile of long-living elderly at an intensive care unit.

Methods: Cross-sectional, retrospective and quantitative study, developed at the ICU of a private hospital in Salvador. The participants were long-living elderly admitted between January 2014 and December 2015, hospitalized for 24 hours or longer. The data were collected in the patients' electronic charts. The data collection instrument was constructed based on the information contained mainly in the nursing history, aiming to register the sociodemographic and clinical variables. The collected data were typed in Excel 2010 and analyzed using statistical software. For the sake of comparison between the variables, Pearson's χ^2 test was used. The results are presented in tables and their discussion rests on evidence about the theme.

Results: Among the 252 long-living elderly identified, 64.3% were female. 63.9% came from the emergency service, a statistically significant factor if related to mortality, and 91.3% of them presented comorbidities, particularly non-transmissible chronic conditions, mainly cardiovascular conditions (81.7%) and diabetes mellitus (32.9%). Non-infectious manifestations (84.5%) were the main causes of hospitalization. Upon admission, 71.0% were hydrated, 65.1% eutrophic, 39.3% breathing environmental air spontaneously, 57.5% with spontaneous diuresis and 77.0% with intact skin. The prevailing length of hospitalization was between 11 and 20 days (24.6%), with death as the main outcome (51.6%).

Conclusion: Even in favorable conditions upon admission, the duration of hospitalization at the unit was long and the percentage of deaths was high.

Resumen

Objetivo: Identificar el perfil clínico y sociodemográfico de longevos en una unidad de terapia intensiva.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo, cuantitativo, realizado en UTI de hospital privado de Salvador. Participaron los longevos admitidos entre enero de 2014 y diciembre de 2015, internados por período igual o superior a 24 horas. Datos recolectados de historias clínicas electrónicas de los pacientes, mediante instrumento construido a partir de la información incluida en el histórico de enfermería, para registro de variables sociodemográficas y clínicas. Los datos fueron registrados en planilla Excel 2010 y analizados por Software estadístico. Se utilizó test χ^2 de Pearson para comparación entre variables. Resultados presentados en tablas, discusión respaldada en evidencias temáticas.

Resultados: De 252 longevos identificados, 64,3% era de sexo femenino, 63,9% provenía de servicio de urgencias, factor estadísticamente significativo al relacionárselo con mortalidad, y 91,3% presentaba comorbidades, destacándose enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente afecciones cardíacas (81,7%) y diabetes mellitus (32,9%). Las principales causas de internación fueron manifestaciones no infecciosas. En admisión, 71,0% estaba hidratado, 65,1% eutrófico, 39,3% en ventilación espontánea ambiental, 57,5% con diuresis espontánea y 77,0% con integridad dérmica. Prevaleció tiempo de internación entre 11 y 20 días (24,6%), con notable desenlace en fallecimiento (51,6%).

Conclusión: Inclusive en condiciones favorables de admisión, los longevos tuvieron largas estadías en la unidad y elevado porcentaje de fallecimientos.

Como citar:

Silva JB, Pedreira LC, Santos JL, Barros CS, David RA. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2018; 31(1):39-45.

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento têm gerado mudanças na estrutura etária da população brasileira, com crescente aumento no número de idosos.⁽¹⁾ Tal fato, promove também, incremento na demanda de hospitalização dessas pessoas, inclusive em unidades de terapia intensivas (UTI), onde essa realidade vem sendo percebida pelos profissionais de saúde.⁽²⁾

No que tange ao longo, estudo prospectivo realizado por um período de 30 meses, em uma UTI geral do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, publicado em 2016, identificou que 18,2% dos pacientes admitidos no período tinham 80 anos de idade ou mais. Entre estes, a mortalidade na UTI foi de 26,3%, a intra-hospitalar de 45,7% e de 48,4% nos 180 dias pós-admissão hospitalar.⁽¹⁾ No Canadá, estudo publicado em 2015, realizado em 22 hospitais, acompanhando o longo após 24 horas de internamento e por um período de 12 meses, identificou mortalidade de 14% destes na UTI, 26% no hospital e 44% no domicílio, após a alta hospitalar.⁽³⁾

O tempo de internação prolongado pode inferir em perda da autonomia, prognóstico desfavorável e mortalidade aumentada dos longevos, podendo relacionar-se com a ocorrência de eventos adversos. Assim, recomenda-se uma avaliação criteriosa sobre a decisão de internamento e o momento adequado da alta, com o intuito de garantir o tempo mínimo de permanência, redução de complicações e dos custos hospitalares.⁽⁴⁾

Nesse sentido, políticas de saúde que incentivem a qualificação profissional focada no cuidado ao idoso são primordiais para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, possam prestar uma assistência de qualidade. Logo, é importante que a equipe multiprofissional atente para o perfil dos longevos internados na UTI, para que possa conhecer e atender às suas particularidades que demandam um cuidado específico, necessário para evitar iatrogenias e desfechos clínicos desfavoráveis.

Diante de tais constatações, o estudo objetivou identificar o perfil clínico e sócio demográfico de longevos em uma unidade de terapia intensiva.

Métodos

Tipo de desenho de pesquisa

Estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Local

Realizado na UTI de um hospital privado de Salvador. Essa unidade possui 30 leitos de cuidados intensivos para adulto/idoso, com demandas clínicas e cirúrgicas. Foi escolhida devido ao grande número de longevos admitidos.

Amostra

A amostra do estudo foi de conveniência, participaram todos os longevos, com 80 anos ou mais, admitidos na UTI entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2015 e que permaneceram nesta unidade por período igual ou superior a 24 horas.

Coleta e análise de dados

A coleta dos dados ocorreu através da busca nos prontuários dos pacientes, entre maio e junho de 2016. No local do estudo os prontuários são eletrônicos. Assim, o acesso e a coleta dos dados foram realizados através da senha de serviço de uma das pesquisadoras, após autorização do serviço, aluna residente do Programa de Residência em Enfermagem Intensivista da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, que no momento exercia atividades práticas na Unidade.

Inicialmente, foram selecionados todos os prontuários das pessoas internadas na unidade no intervalo de tempo de interesse. Posteriormente, foram selecionados aqueles cujo paciente tivesse idade igual ou superior a 80 anos, completados até a data de admissão. A partir daí, foi aplicado o critério de inclusão relacionado ao tempo de permanência maior ou igual a 24 horas. O critério de exclusão definido foi retirar do estudo os longevos que tivessem prontuários incompletos, sem instrumentos de registros como histórico de enfermagem, ficha de cadastro e última evolução médica. Assim, foi obtida uma população total de 252 longevos que atenderam aos critérios de inclusão, em que todos

estavam com os prontuários completos, não sendo necessárias as exclusões.

O instrumento de coleta foi construído previamente, a partir das informações contidas no histórico de enfermagem da instituição, ficha de cadastro do paciente e última evolução médica (registro do desfecho), para identificação das variáveis sócio demográficas: sexo, idade, cidade de origem, procedência e religião; e variáveis clínicas: comorbidades, motivo da internação, suspeita diagnóstica, estado geral de saúde na admissão, dias de internação e desfecho. Não foi utilizada a variável diagnóstico na admissão, e sim suspeita diagnóstica, pois o histórico de enfermagem, preenchido na admissão, ainda não identificava um diagnóstico médico fechado.

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado para este fim, utilizando o programa Excel 2010 e, posteriormente, foram importados e analisados no *Software* estatístico IBM SPSS *Statistics* 14. Para a comparação entre as variáveis foi utilizado o teste χ^2 de Pearson, considerando diferenças estatisticamente significantes ao nível de 5%. A apresentação dos resultados foi organizada em tabelas e sua discussão foi respaldada em evidências científicas sobre o tema.

O projeto teve a concordância do Hospital e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com o número do Parecer 1.519.251, sendo solicitada a dispensa do Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, por se tratar de coleta de dados secundários. Para se garantir o anonimato dos pacientes, os formulários foram identificados através de números e os dados tratados de forma agrupada.

Resultados

Do total de 1.099 pacientes admitidos na UTI no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, 732 (66,6%) possuíam idade acima de 60 anos. Destes, 252 (34,4%) eram longevos e participaram do estudo. A caracterização sócio demográfica dessa população é demonstrada na tabela 1.

Foi possível observar que a maioria dos longevos hospitalizados eram mulheres que viviam na capital

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica da população

Variáveis sócio demográficas	n (%) (n=252)	p-value
Faixa etária		0,142
80 e 90 anos	200 (79,4)	
> 90 anos	52 (20,6)	
Sexo		0,436
Masculino	90 (35,7)	
Feminino	162 (64,3)	
Cidade		0,338
Capital (Salvador – BA)	231 (91,7)	
Interior	21 (8,3)	
Religião		0,053
Católico	148 (58,7)	
Evangélico	36 (14,3)	
Espírita	7 (2,8)	
Testemunha de Jeová	2 (0,8)	
Candomblé	2 (0,8)	
Não responderam	57 (22,6)	
Procedência		0,000
Emergência	161 (63,9)	
Unidade de internação	25 (9,9)	
Centro cirúrgico	24 (9,5)	
Outras Instituições de saúde	42 (16,7)	

do Estado, Salvador, autodeclaradas católicas e procedentes da unidade de emergência. Parte expressiva foi transferida de outras instituições de saúde, tanto da capital, quanto de outros municípios.

Quando associados ao desfecho, observa-se que a procedência desses pacientes foi a única característica estatisticamente significativa, e revelou que os longevos que deram entrada pelo serviço de emergência, antes da admissão na UTI, tiveram como desfecho o óbito.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos longevos pela presença de uma ou mais comorbidades/ agravos e as principais, as causas da internação e as suspeitas diagnósticas na admissão, além de suas relações com o desfecho.

Um percentual expressivo dos longevos (91,3%) tinha comorbidades. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram as que mais apareceram, destacando-se as cardiopatias com alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (90,8%), diabetes melitos (DM) e neoplasias, nessa ordem. Das comorbidades relacionadas às doenças neurológicas, prevaleceu nos longevos as sequelas de AVC e algum quadro de demência, em especial a demência de Alzheimer presente em 82,1% dos longevos portadores dessa condição.

Quanto as principais causas de internação, a maioria estava relacionada a ocorrências não infec-

Tabela 2. Distribuição dos longevos internados na Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis clínicas	n(%) (n=252)	p-value
Comorbidades/agravos		0,732
Uma	74 (29,4)	
Duas	87 (34,5)	
Três	69 (27,4)	
Nenhuma	22 (8,7)	
Principais comorbidades/agravos*		
Doenças crônicas não transmissíveis**		
Cardiopatias	206 (81,7)	
DM	83 (32,9)	
Neoplasia	25 (9,9)	
Doença respiratória crônica	06 (2,4)	
Doenças neurológicas		
AVC	43 (17,1)	
Demência	28 (11,1)	
Parkinson	04 (1,6)	
Outras		
Tabagismo	18 (7,1)	
Doença osteo-articular	10 (4,0)	
Causas de internação		0,533
Manifestações não infecciosas	213 (84,5)	
Manifestações infecciosas	17 (6,7)	
Sem registro	22 (8,7)	
Suspeita diagnóstica		0,478
Relacionada a causas não infecciosas	126 (50,0)	
Relacionada a causas infecciosas	63 (25,0)	
Sem registro	63 (25,0)	

*Para as Principais comorbidades/agravos, "Doenças Crônicas Não Transmissíveis", "Doença respiratória crônica", "Doenças neurológicas" e "Outras", muitos longevos apresentavam mais de uma, também por isso não foi possível o cálculo do p-valor.

**As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram agrupadas tomando-se como referência o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, entre 2011 e 2022.⁽⁹⁾

ciosas, com destaque para o rebaixamento do nível de consciência em 36,6% e a dispnéia em 20,2% desses longevos. As causas de internação relacionadas às ocorrências infecciosas tiveram como manifestação principal a hipertermia. Vale ressaltar que em 8,7% dos históricos de enfermagem investigados esse dado não estava preenchido.

Outras causas para a internação foram encontradas com menor frequência, como dor abdominal, dor precordial, vômito, síncope, enterorragia, hematêmese e queda da própria altura, além de crises convulsivas e diarreia.

Das suspeitas diagnósticas, as mais frequentes também estiveram relacionadas às causas não infecciosas, presentes na metade dos longevos, com evidência para o AVC em 32,5%, e o IAM em 10,3% destes, seguidas das causas infecciosas, com destaque para a sepse em 41,3% dos longevos, a infecção respiratória em 34,9% e o choque séptico em 23,8% destes. Não foram encontrados registros so-

Tabela 3. Condições de saúde de longevos internados na Unidade de Terapia Intensiva

Variáveis	n(%) (n=252)	p-value
Condição de hidratação		0,005
Hidratado	179(71,0)	
Desidratado	59(23,4)	
Sem registro	14(5,6)	
Estado nutricional		0,138
Eutrófico	164(65,1)	
Sobrepeso	67(26,5)	
Desnutrido	21(8,3)	
Estado neurológico		0,000
Lúcido e orientado	108(42,9)	
Sedado	27(10,7)	
Confuso	48(19,0)	
Não responsivo	68(27,0)	
Sem registro	1(0,4)	
Estado ventilatório		0,000
Ventilação espontânea ao ar ambiente	99(39,3)	
Uso de oxigênio em baixo fluxo	73(29,0)	
Ventilação mecânica	49(19,4)	
Máscara não reinalante	18(7,1)	
Máscara de Venturi	13(5,2)	
Condição da pele		0,001
Íntegra	194(77,0)	
Lesões	58(23,0)	0,226
Condição de eliminação		
Diurese espontânea	145(57,5)	
Sonda vesical de Foley	101(40,1)	
Cistostomia	1(0,4)	
Incontinente	1(0,4)	
Sem informação	4(1,6)	
Dias de internação		0,059
1 a 2	38(15,0)	
3 a 5	42(16,7)	
6 a 10	54(21,4)	
11 a 20	62(24,6)	
> 20	56(22,2)	
Desfecho		
Óbito	130(51,6)	
Alta	112(44,4)	
Transferência	10(4,0)	

bre suspeita diagnóstica em 25% dos prontuários, provavelmente porque o histórico de enfermagem foi preenchido antes do registro desse dado.

A associação entre essas variáveis clínicas e o desfecho não revelou significância estatística.

Os dados coletados sobre as condições de saúde são apresentados na tabela 3. A maioria dos longevos permaneceu internada na UTI por um período entre 11 e 20 dias, seguido por um período de internamento superior a 20 dias. Mais da metade destes, no momento da admissão, estavam com peso considerado normal, hidratados, sem lesões na pele, lúcidos, orientados e respirando espontaneamente.

Pouco mais da metade dos longevos estudados foram a óbito. O estado de hidratação, o estado neurológico, o estado ventilatório e a condição da pele, foram fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa para o desfecho de morte.

Discussão

No estudo, houve um predomínio de mulheres longevas internadas, o que pode ser reflexo da maior expectativa de vida destas, em relação aos homens, seguindo a tendência mundial da feminilização da velhice.⁽⁶⁾

Esse resultado, porém, diverge de outras pesquisas que apontam uma prevalência de internações de pacientes do sexo masculino, justificado pelo fato de que os homens são mais negligentes com a sua saúde, estando em maior risco de descompensação clínica.^(2,7-9)

A maior parte dos longevos chegou à UTI pela unidade de emergência, cujas comorbidades mais prevalentes foram: hipertensão, diabetes e outras cardiopatias, sendo que hipertensão e diabetes juntas estavam presentes na maioria. Ademais, a causa da internação esteve associada, em grande parte, as manifestações não infecciosas, com prevalência do rebaixamento do nível de consciência e da dispnéia, seguidos da tosse. Dados semelhantes foram observados em outra pesquisa, onde as principais disfunções orgânicas apresentadas pelos longevos, à admissão na UTI, foram de origem respiratória (86,5%), cardíaca (48,7%), neurológica (40,1%), renal (28,1%) e infecciosa (21,7%).⁽¹⁰⁾

A presença e a quantidade de comorbidades encontradas, não teve relação com o desfecho de óbito, o que também foi constatado em outro estudo realizado no Rio Grande do Norte com pessoas idosas internadas na UTI.⁽¹¹⁾ Tal estudo observou que comorbidades e doenças crônicas prévias, não se relacionaram à sobrevivência das pessoas idosas em estudos de sobrevivência com acompanhamento inferior a 30 dias; entretanto, a presença de comorbidades esteve associada a desfechos desfavoráveis em idosos internados, quando o acompanhamento foi superior a 30 dias.

As DCNT compõem um grupo de patologias de origem multifatorial, que se desenvolvem ao longo da vida e são de longa duração, ocasionando complicações que podem levar a necessidade de hospitalização do idoso. Estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam estas como um sério problema de saúde pública, responsáveis por um total de 38 milhões de mortes ocorridas em todo o mundo no ano de 2012.⁽¹²⁾ No Brasil, aproximadamente 74,0% das mortes estão associadas às DCNT.^(13,14)

Em relação a suspeita diagnóstica no momento da admissão, àquelas relacionadas às causas não infecciosas prevaleceram, com destaque para o AVC e o IAM. Com relação a suspeita diagnóstica relacionada às causas infecciosas, a sepse, a infecção respiratória e o choque séptico tiveram destaque, nesta ordem. Um estudo apontou como diagnóstico mais prevalente em idosos admitidos na UTI, entre 80 e 85 anos, as doenças coronarianas. Estes, em sua maioria, como no estudo em tela, também tiveram como procedência a unidade de emergência.⁽²⁾ Ademais, em outro estudo, a sepse teve impacto na mortalidade de idosos internados em uma UTI, independente do tempo de internação.⁽¹¹⁾

Observa-se assim, que as demandas clínicas dos longevos na UTI se sobressaem frente às cirúrgicas, possivelmente devido à agudização de problemas crônicos. Um estudo identificou que os agravos clínicos de caráter agudo e a idade acima de 80 anos, estão associados a mortalidade nos estudos de sobrevivência com acompanhamento menor que 30 dias, e que situações como rebaixamento do nível de consciência, uso de ventilação mecânica e doenças respiratórias são fatores que pioram esse desfecho.⁽¹¹⁾

A mortalidade do longo neste estudo foi elevada (51,6%), e pode ter relação, também, além da elevada procedência da unidade de emergência, com o internamento prolongado. Grande parte (24,6%) permaneceu internada por um período entre 11 e 20 dias, apresentando tempo superior quando comparado a outros estudos.⁽¹¹⁾

Pesquisa que investigou os fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em idosos críticos, embora não tenha relacionado estes à faixa etária longa, identificou, naqueles que não sofreram

eventos adversos, uma média de 5,06 dias de internação na UTI e, nos que sofreram, um tempo de permanência de 10,62 dias; para àqueles que apresentaram tais eventos de forma moderada a grave, a taxa de mortalidade foi de 38,3%.⁽⁴⁾

Neste estudo, mesmo os longevos apresentando, em sua maioria, um bom estado geral de saúde no momento da admissão, com pele íntegra, diurese e ventilação espontânea, lucidez e orientação preservadas; o tempo de internação foi expressivo, tornando-os mais frágeis, dependentes e vulneráveis ao desfecho desfavorável. Nesse sentido, o estudo aponta para a necessidade de retirar o longevo da UTI o quanto antes e de forma segura, a fim de evitar danos. Entretanto, para isso, é preciso capacitar toda a equipe do hospital para realizar um cuidado de qualidade a essas pessoas, visando à preservação da sua autonomia.

Observou-se a presença de alguns fatores de risco para mortalidade, como a utilização da ventilação mecânica, instalada em 19,4% dos longevos. No que se refere ao estado funcional e cognitivo pré-hospitalização, o primeiro dado não foi encontrado nos prontuários e, com relação à cognição, 27,0% se encontravam não responsivos na admissão. Com relação à mortalidade, os desfechos desfavoráveis estavam associados àqueles longevos provenientes da unidade de emergência, com condição neurológica, estado ventilatório, condição da pele e de hidratação comprometidas à admissão, o que também é relatado por outros autores.^(1,2,15)

Diante do exposto, aponta-se para a necessidade de discussões sobre os critérios para internamento das pessoas idosas em UTI, visto que os profissionais sentem dificuldade em estabelecer critérios seguros para admissão dessas pessoas, e ainda existem incertezas relacionadas a quando o benefício é maior que o risco.⁽¹¹⁾ Sobre isso, a utilização da pontuação do APACHE II, que avalia 12 parâmetros fisiológicos, tem sido apontada como padrão ouro para prever a mortalidade em pacientes idosos, após ensaios clínicos favoráveis.⁽²⁾

Ademais, é preciso rever os instrumentos utilizados na abordagem ao idoso, pois dados importantes para o seu acompanhamento e prognóstico, não estão sendo avaliados ou valorizados, como estado funcional prévio, estado civil, contexto de vida en-

tre outros, relevantes para o planejamento do cuidado e da alta.

A falta dessas informações no prontuário foi uma limitação do estudo, que dificultou uma análise mais detalhada sobre o tempo de internação e o desfecho. Com relação ao estado funcional prévio, por exemplo, autores mostram a sua relação com a morbidade e a mortalidade em idosos internados, sendo um dado importante a ser colhido na admissão.⁽¹⁶⁾

Conclusão

O perfil clínico e sócio demográfico dos longevos no momento da admissão na UTI, mostrou que estes apresentavam, em sua maioria, um bom estado geral de saúde, com pele íntegra, diurese e ventilação espontânea, lucidez e orientação preservadas. Entretanto, o tempo de internação encontrado foi superior ao relatado na literatura, o que pode ter inferido com o desfecho desfavorável, já que mais da metade da população estudada foi a óbito durante a hospitalização na unidade. Ademais, o estado de hidratação, o estado neurológico, o estado ventilatório e a condição da pele, bem como os longevos que tiveram como procedência o serviço de emergência, antes da admissão na UTI, foram fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa para o desfecho de morte. Espera-se que, com esse estudo, o longevo admitido na UTI possa ganhar mais visibilidade, impulsionando discussões sobre essa temática, ainda carente em nosso cenário. Acredita-se na importância do conhecimento prévio das condições pessoais, clínicas, físicas e funcionais dessas pessoas, para que os profissionais de saúde possam pesar o risco-benefício de um internamento na UTI, e direcionar a assistência com mais qualidade e menos riscos.

Colaborações

Silva JBVB, Pedreira LC, Santos JLP, Barros CSMA e David RAR contribuíram com a concepção do projeto, coleta e banco de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Santos HS, Andrighetta AP, Manfredinia MC, Rezende E, Juniors JMS, Ventura MM. Hospitalization indications and its relation to mortality in very elderly patient in the ICU. *Geriatr Gerontol Aging*. 2016;10(3):140-5.
- Reyes JC, Alonso JV, Fonseca J, Santos ML, Jimenez MD, Braniff J. Characteristics and mortality of elderly patients admitted to the Intensive Care Unit of a district hospital. *Indian J Crit Care Med*. 2016;20(7):391-7.
- Heyland DK, Garland A, Bagshaw SM, Cook D, Rockwood K, Stelfox HT, et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Med*. 2015; 41(11):1911–20.
- Toffoletto MC, Barbosa RL, Andolhe R, Oliveira EM, Janzantte DA, Padilha KG. [Factors associated with the occurrence of adverse events in critical elderly patients]. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6):1039-45. Portuguese.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado 2017 Jun 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf [Links]
- Almeida AV, Mafra SC, Silva EP, Kanso, S. [The feminization of old age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk] *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2015;14 (1): 115-31. Portuguese.
- Levinson M, Mills A, Oldroyd J, Gellei A, Barrett J, Staples M, et al. The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over: health-related quality of life, functional status and burden versus benefit. *Internal Med J*. 2016;46(6):694-702.
- Cunha BS, Nascimento AS, Sá SP. [Clinical and sócio-demographic profile of elderly admitted to the emergency unit to the general hospital]. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. 2014;19 (1): 189-200. Portuguese.
- Al-Dorzi HM, Tamim HM, Mundekkadani S, Sohail MR, Arabi YM. Characteristics, management and outcomes of critically ill patients who are 80 years and older: a retrospective comparative cohort study. *Anesthesiology*. 2014;14(126):1-9.
- Maillet JM, Guerot E, Novara A, Le Guen J, Lahjibi-Paulet H, Kac G, et al. Comparison of intensive-care- unit-acquired infections and their outcomes among patients over and under 80 years of age. *J Hosp Infect*. 2014;87(3):152–158.
- Bonfada D, Santos MM dos, Lima KC, Garcia-Altés A. [Survival analysis of elderly patients in Intensive care units]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(2):197-205. Portuguese.
- World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 Aug 04]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 .
- World Health Organization (WHO). Mortality and burden of disease. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014: Brazil [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2017 Aug 04]. Available from: http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1 [Links]
- Malta DC, Oliveira TP, Santos MA, Andrade SS, Silva MM. [Progress with the strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases in Brazil, 2011-2015]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(2):373-90. Portuguese.
- Borges CL, Silva MJ, Clares JW, Bessa ME, Freitas MC [Frailty assessment of institutionalized elderly]. *Acta Paul Enferm*.. 2013;26 (4): 318-322. Portuguese.
- Palleschi L, Fimognari FL, Pierantozzi A, Salani B, Marsilli A, Zuccaro SM, et al. Acute functional decline before hospitalization in older patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14 (4): 769-77.