

Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva

Verônica Cunha Rodrigues de Oliveira¹

Líliã de Souza Nogueira²

Rafaela Andolhe³

Katia Grillo Padilha⁴

Regina Marcia Cardoso de Sousa⁵

O estudo comparou a evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos, internados em Unidades de Terapia Intensiva, localizadas em São Paulo, Brasil. Trata-se de estudo retrospectivo-longitudinal, do tipo comparativo. Participaram 279 adultos (≥ 18 e < 60 anos), 216 idosos (≥ 60 e < 80 anos) e 105 muito idosos (≥ 80 anos). Os adultos diferiram dos outros grupos em relação à unidade de destino e evolução da gravidade, segundo Simplified Acute Physiology Score II. Foi mais prevalente o encaminhamento dos adultos para unidades de internação, porém, os idosos e muito idosos, sobreviventes à internação na unidade crítica, apresentaram melhora mais acentuada antes da alta. Entre adultos e idosos ocorreu diferença em relação à mortalidade, com maior taxa no grupo mais velho; entretanto, a mortalidade dos muito idosos e adultos foi similar. Em geral, os resultados indicaram que a idade mais avançada não foi fator associado aos desfechos indesejáveis da assistência intensiva.

Descritores: Grupos Etários; Índice de Gravidade de Doença; Unidades de Terapia Intensiva; Idoso; Idoso de 80 Anos ou mais.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: vcr@usp.br.

² Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). E-mail: lillianogueira@usp.br.

³ Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: rafaelaandolhe@usp.br.

⁴ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: kgpadilh@usp.br.

⁵ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: vian@usp.br.

Endereço para correspondência:

Verônica Cunha Rodrigues de Oliveira
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: vcr@usp.br

Clinical evolution of adult, elderly and very elderly patients admitted in Intensive Care Units

This study compared clinical outcomes among adult, elderly and very elderly patients admitted to Intensive Care Units (ICUs) located in São Paulo, Brazil. This retrospective, longitudinal and comparative study included 279 adult (≥ 18 and < 60 years), 216 elderly (≥ 60 and < 80 years) and 105 very elderly (≥ 80 years) patients. Adult patients differed from other groups regarding the unit to which they were referred and severity, according to the Simplified Acute Physiology Score II. Adults were most frequently sent to hospitalization wards; elderly and very elderly patients who survived hospitalization in critical units showed sharper improvement before discharge. There were differences in relation to mortality between adult and elderly patients, with a higher rate in the elderly group; however, the mortality rate of very elderly and adult patients was similar. In general, the results indicated that older age was not associated with undesirable outcomes in ICUs.

Descriptors: Age Groups; Severity of Illness Index; Intensive Care Units; Aged; Aged, 80 and over.

Evolución clínica de adultos, ancianos y muy ancianos internados en Unidades de Terapia Intensiva

El estudio comparó la evolución clínica de adultos, ancianos y muy ancianos internados en Unidades de Terapia Intensiva localizadas en Sao Paulo, Brasil. El estudio fue retrospectivo longitudinal, del tipo comparativo. Participaron 279 adultos (≥ 18 y < 60 años), 216 ancianos (≥ 60 y < 80 años) y 105 muy ancianos (≥ 80 años). Los adultos difirieron de los otros grupos en relación a la unidad de destino y evolución de la gravedad, según Simplified Acute Physiology Score II. Fue más frecuente el encaminamiento de los adultos para unidades de internación, sin embargo los ancianos y muy ancianos sobrevivientes de la internación en la unidad crítica presentaron mejoría más acentuada antes del alta. Entre adultos y ancianos ocurrió diferencia en relación a la mortalidad, con mayor tasa en el grupo más viejo; entretanto, la mortalidad de los muy ancianos y adultos fue similar. En general, los resultados indicaron que la edad más avanzada no fue factor asociado a los resultados indeseables de la asistencia intensiva.

Descriptorios: Grupos por Edad; Índice de Severidad de la Enfermedad; Unidades de Terapia Intensiva; Anciano; Anciano de 80 o más Años.

Introdução

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) centralizam pacientes graves e recuperáveis que necessitam de cuidados contínuos, oferecendo suporte a esses pacientes, sob a forma de recursos físicos, materiais e humanos especializados, a fim de possibilitar a reversão de distúrbios que colocam em risco a vida do paciente⁽¹⁾. Esses recursos se mostram cada vez mais sofisticados ao longo das últimas décadas e, por consequência, expressivamente onerosos.

O envelhecimento da população mundial oferece desafios médicos e socioeconômicos aos órgãos

governamentais e à sociedade. À medida que se apresenta a mudança demográfica, com aumento expressivo da expectativa de vida, observa-se aumento da população idosa, inclusive dentro das UTIs⁽²⁾.

Estudos têm apontado que qualquer que seja o indicador de saúde analisado, os resultados mostram maior proporção de agravos aos indivíduos com mais de 60 anos, decorrentes de doenças crônicas, que devem ser precocemente identificadas, tratadas e monitoradas, visando reduzir a mortalidade e os custos com a saúde⁽³⁻⁴⁾.

O processo de envelhecimento é considerado fisiológico, porém, é retratado pela diminuição progressiva da reserva funcional orgânica. Em situações de sobrecarga, a manutenção do equilíbrio homeostático é prejudicada, tornando o idoso mais suscetível a agravos e doenças^(3,5). Além disso, a resposta ao tratamento do idoso, quando comparada aos mais jovens, pode ser prejudicada perante a escassa reserva fisiológica, natural do envelhecimento.

O delineamento da evolução, portanto, na UTI, dessa clientela cada vez mais expressiva na população e que apresenta características fisiológicas distintas, sujeita a maior risco de agravamento e óbito, pode favorecer seu atendimento, visto que evidencia resultados, a qualidade da assistência prestada nessas unidades e auxilia na provisão dos recursos necessários para a continuidade do tratamento após a alta da UTI.

Muitos parâmetros podem ser utilizados na caracterização dessa evolução, sendo que, no atual estudo, os parâmetros mortalidade, readmissão na UTI durante a mesma internação hospitalar, evolução da gravidade do paciente durante permanência na UTI e unidade de destino foram selecionados.

A mortalidade é frequente indicador de qualidade de assistência em UTI que, no processo de análise, não pode ser desvinculado da gravidade do paciente⁽⁶⁻⁷⁾. Neste estudo, os indicadores de gravidade utilizados foram o *Simplified Acute Physiology Score II* (SAPS II)⁽⁸⁾ e o *Logistic Organ Dysfunction Score* (LODS)⁽⁹⁾, ambos muito utilizados na literatura e de fácil aplicação. As readmissões precoces mostram-se reconhecidos indicadores da qualidade do cuidado intensivo, com associação às altas prematuras para unidades de internação⁽¹⁰⁾.

A unidade de destino e a evolução da gravidade do doente na UTI são parâmetros também importantes para facilitar a gestão dos serviços no sentido de oferecer indícios para a continuidade do tratamento do paciente.

Sumarizando, este estudo teve como objetivo comparar a evolução clínica de pacientes adultos, idosos e muito idosos, internados em UTI. Essa proposta pretende buscar subsídios para qualificar o tratamento e o planejamento estrutural do atendimento intensivo, à luz de possíveis especificidades desses grupos etários.

Métodos

Trata-se de estudo retrospectivo-longitudinal, do tipo comparativo. A fonte primária desta pesquisa foi um arquivo eletrônico de dados de pacientes internados em quatro UTIs de dois hospitais governamentais e dois não governamentais. Os pacientes incluídos nesse banco de dados foram acompanhados da admissão na UTI até a alta

hospitalar, a fim de se obter dados das primeiras e últimas 24 horas de permanência nessas unidades e identificar eventuais readmissões.

Os campos de estudo atenderam aos seguintes critérios: hospitais de porte médio, grande ou extragrande, localizados no município de São Paulo que contavam com UTIs e Unidades Semi-intensiva com mais de cinco leitos ativos e UTIs gerais, dotadas de número de leitos superior a 6% do número total de leitos hospitalares⁽¹¹⁾. As unidades que atendiam clientela exclusivamente pediátrica foram excluídas da seleção.

O cálculo do tamanho da amostra baseou-se nos dados da literatura sobre readmissões e mortalidade em UTIs, no município de São Paulo. Visando obter, na amostra, no mínimo 40 casos de readmissões, estimou-se a necessidade de 400 sobreviventes perante a taxa de readmissão com cerca de 10%⁽¹²⁾. A mortalidade média de aproximadamente 33%, observada nas UTIs do município de São Paulo⁽¹³⁾, demandava o acréscimo de aproximadamente 200 pacientes ao número de sobreviventes, totalizando a estimativa da amostra em 600 pacientes.

Foram incluídos na casuística todos pacientes com idade ≥ 18 anos, que consentiram participar do estudo, admitidos nas UTIs selecionadas no período de coleta de dados. Essa atividade foi iniciada em agosto de 2006, diariamente, até que se completou o número de 150 pacientes por hospital, em janeiro de 2007.

Os pacientes foram divididos em três categorias: 279 adultos (≥ 18 e < 60 anos), 216 idosos (≥ 60 e < 80 anos) e 105 muito idosos (≥ 80 anos).

A gravidade, ou risco de morte (RM) dos pacientes analisados, foi mensurada pelos índices SAPS II⁽⁸⁾ e LODS⁽⁹⁾. Todos pacientes tiveram a evolução da gravidade calculada segundo esses dois índices e essa evolução foi estimada pelo resultado da diferença do RM no primeiro e último dia de internação do paciente na UTI (RM SAPS II admissão – RM SAPS II alta ou óbito e RM LODS admissão – RM LODS alta ou óbito).

No SAPS II, pontos são atribuídos a 12 variáveis fisiológicas (frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, temperatura, pressão arterial de oxigênio dividida pela fração inspirada de oxigênio, débito urinário, ureia sérica, leucócitos, potássio sérico, sódio sérico, bicarbonato sérico, bilirrubina e escala de coma de Glasgow), além da idade, tipo de admissão (cirurgia programada, não programada ou internação clínica) e presença de doença crônica (imunodeficiência adquirida, neoplasia com metástases e neoplasia hematológica)⁽⁸⁾. O LODS avalia RM e disfunção orgânica de pacientes na UTI, utilizando variáveis fisiológicas e identifica de um a três níveis de disfunção

para seis sistemas orgânicos: neurológico, cardiovascular, renal, pulmonar, hematológico e hepático⁽⁹⁾.

No cálculo do SAPS II e LODS, cada variável recebe uma pontuação (que varia segundo os dados do paciente) e, no final, esses valores são somados, obtendo-se o escore total - quanto mais elevado maior é a gravidade observada. A somatória fornece um escore que pode ser traduzido em RM.

Para a análise das variáveis nominais (mortalidade, readmissão na UTI e unidade de destino) foi utilizado o teste de associação qui-quadrado de Pearson. Inicialmente esse teste foi aplicado para analisar conjuntamente os três grupos. Quando o resultado identificou diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), realizou-se análise complementar entre os pares de grupos: adultos versus idosos, idosos versus muito idosos e adultos versus muito idosos, a fim de identificar, entre os três grupos, aqueles que diferiam.

As variáveis numéricas foram primeiramente analisadas, segundo o tipo de distribuição pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. No caso de distribuição normal ($p > 0,05$), foi aplicado o teste de Anova One-Way. Na vigência de distribuição não normal ($p \leq 0,05$), o teste de Kruskal-Wallis foi utilizado. Na aplicação desse teste, quando detectada diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, foi realizado o teste de comparação

múltipla de Kruskal-Wallis, com a finalidade de identificar, entre os pares de grupos, quais diferiam.

O tratamento dos dados foi realizado nos programas Stata for Windows 8.0 e SPSS 13.0 for Windows, e todas as análises foram realizadas considerando-se nível de significância de 5%.

O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (nº 845/2009/CEP-EEUSP).

Resultados

Para os 600 pacientes analisados, houve variação de idade de 18 a 97 anos e, quando somadas as categorias de indivíduos com mais de 60 anos, a maioria da casuística (53,5%) era dos grupos de idosos e muito idosos. A idade média dos pacientes que compuseram a amostra foi de 60,8 e a mediana de 62 anos. O tempo médio de internação na UTI foi de 8,9 dias ($dp=10,9$), mediana de 5 e variação de 1 a 79 dias. Os pacientes foram procedentes, em maior frequência, do centro cirúrgico (36,1%) ou pronto-socorro/pronto atendimento (35,4%). Na admissão, a média do RM do SAPS II e do LODS foi de 25,5 e 21,4%, respectivamente. O RM médio na admissão, calculado por grupos, segundo os índices SAPS II e LODS, foram: 15,3 e 19,2%, nos adultos, 32,2 e 22,4%, nos idosos, e 38,3 e 25,2%, nos muito idosos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes, de acordo com a faixa etária, mortalidade (n=600) e readmissão na unidade (n=473*). São Paulo, SP, Brasil, 2006-2007

Variável	Categorias	Faixas etárias						p†
		Adultos (≥18 e <60 anos)		Idosos (≥60 e <80 anos)		Muito idosos (≥80 anos)		
		n	%	n	%	n	%	
Mortalidade	Sim	44	15,8	55	25,5	21	20,0	0,03
	Não	235	84,2	161	74,5	84	80,0	
Readmissão	Sim	19	8,3	16	10,0	8	8,7	0,84
	Não	210	91,7	144	90,0	84	91,3	

*missing: 6 na faixa etária entre ≥18 e <60 anos, 1 entre ≥60 e <80 anos

†teste qui-quadrado

A taxa de mortalidade entre os 600 pacientes foi de 20,0%. De acordo com os dados da Tabela 1, houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias analisadas em relação à mortalidade ($p=0,03$) e na comparação dos pares de grupos pelo qui-quadrado, somente os idosos apresentaram diferença significativa em relação aos adultos ($p=0,01$). A mortalidade foi mais prevalente no grupo de idosos que no grupo de adultos.

Somente 43 pacientes foram readmitidos na UTI durante a mesma internação, representando o total de 9,1% dos pacientes que sobreviveram à internação na unidade. Conforme observado nos dados da Tabela 1, não houve diferença significativa entre as faixas etárias em relação à readmissão na UTI, e a incidência dessas readmissões entre os grupos foi bastante semelhante.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes sobreviventes à internação em UTI (n=480), de acordo com a faixa etária e unidade de destino, após a alta da UTI. São Paulo, SP, Brasil, 2006-2007

Unidade de destino	Faixas etárias						p*
	Adultos (≥18 e <60 anos)		Idosos (≥60 e <80 anos)		Muito idosos (≥80 anos)		
	n	%	n	%	n	%	
Unidade de internação	97	41,3	41	25,5	20	23,8	0,00
Semi-intensiva	129	54,9	119	73,9	63	75,0	
Outros	9	3,8	1	0,6	1	1,2	

*teste qui-quadrado

Dos 480 pacientes que receberam alta da UTI, 158 foram encaminhados à Unidade de Internação, 311 para a Semi-intensiva e 11 para outros locais (dez para outros hospitais e um diretamente para casa). Em todas as faixas etárias, mais da metade dos pacientes foi encaminhada à Unidade Semi-intensiva.

De acordo com os dados da Tabela 2, houve diferença significativa entre as faixas etárias e a unidade de destino após alta da UTI (p=0,00). Na análise comparativa dos pares dos grupos pelo qui-quadrado, verificou-se que o encaminhamento para Unidade de Internação foi mais prevalente no grupo de adultos do que nos grupos de idosos (p=0,00) e dos muito idosos (p=0,01).

Tabela 3 - Evolução do SAPS II e LODS dos pacientes internados nas UTIs (n=600), dos não sobreviventes (n=120) e dos sobreviventes (n=480). São Paulo, SP, Brasil, 2006-2007

Diferença admissão/alta	Índice	Faixas etárias						p
		Adultos (≥18 e <60 anos)		Idosos (≥60 e <80 anos)		Muito idosos (≥80 anos)		
		Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	Média (dp)	Mediana	
Sobreviventes e não sobreviventes	SAPS II	+0,1 (18,1)	0,0	+2,6 (24,1)	+3,6	+6,5 (21,8)	+3,2	0,01*
	LODS	+0,5 (19,1)	0,0	-0,2 (22,2)	0,0	+2,8 (18,3)	0,0	0,91*
Não sobreviventes	SAPS II	-16,5 (31,6)	-8,2	-15,6 (33,2)	-8,6	-5,8 (30,4)	-6,6	0,42†
	LODS	-21,6 (27,3)	-21,6	-16,2 (32,5)	-17,6	-5,8 (22,6)	0,0	0,13†
Sobreviventes	SAPS II	+3,2 (12,0)	+0,8	+8,8 (16,0)	+5,3	+9,6 (18,0)	+3,9	0,00*
	LODS	+4,6 (13,7)	0,0	+5,3 (13,8)	0,0	+5,0 (16,6)	0,0	0,54*

*teste Kruskal-Wallis

†teste Anova *One-Way*

Nas medidas descritivas da evolução dos pacientes da Tabela 3, observa-se que o grupo dos que faleceram teve, em média, aumento do RM durante a internação na UTI, independente de sua faixa etária (RM admissão – RM óbito, apresentando resultado negativo), enquanto os que sobreviveram apresentaram diminuição desse risco (resultados dessa diferença positivos). Os muito idosos apresentaram diminuição mais acentuada do RM do que os adultos durante a internação na UTI. Considerando-se o grupo como um todo e os sobreviventes, constatou-se que as faixas etárias apresentaram evolução significativamente diferente, segundo o RM estabelecido pelo SAPS II (p=0,01 e p=0,00, respectivamente).

Após a aplicação do teste de comparação múltipla, verificou-se que, na amostra global, a melhora do quadro clínico dos adultos foi significativamente menor que nos muito idosos (p=0,01) e, na análise dos sobreviventes, essa melhora menos acentuada dos adultos foi observada tanto em relação aos idosos (p=0,00) quanto aos muito idosos (p=0,00).

Discussão

A análise da idade dos participantes deste estudo corroborou outras pesquisas que apontam clientela predominantemente de idosos nas UTIs⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No Brasil, a expectativa de vida vem aumentando progressivamente^(4,16) e, em consequência, o envelhecimento da população tem levado a maior número de internações de idosos em UTI. Estudo realizado na Suíça reafirmou esse pressuposto quando se analisou comparativamente as características de 35.327 pacientes internados em UTI, entre os anos 1980 e 1995, e mostrou que a idade média dos pacientes aumentou significativamente no período⁽¹⁷⁾.

Nesta investigação, observou-se que os idosos apresentaram maior incidência de morte (25,5%) em relação aos adultos (15,8%) e muito idosos (20,0%), porém, houve diferença significativa somente entre adultos e idosos. Corroborando tal observação, estudo que analisou a taxa de mortalidade em dois grupos, caso (>90 anos) e controle (20-69 anos), também, revelou que

não houve diferença significativa entre esses grupos⁽¹⁸⁾. Esses resultados sugerem que os extremos de idade não diferem em relação à mortalidade na UTI. Além disso, outros estudos evidenciaram que a mortalidade não está associada à idade isoladamente, mas às condições clínicas do doente e fatores associados, tais como a gravidade da disfunção aguda, as comorbidades e o estado funcional antes da admissão na UTI⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Na amostra estudada, 9,1% dos pacientes foram readmitidos na UTI durante a mesma internação e os grupos não apresentaram diferença entre si, perante essa variável. O percentual de readmissão encontrado nesta pesquisa foi semelhante ao estudo onde se investigou 4.684 pacientes admitidos em uma UTI clínica, durante 5 anos (9,6%)⁽²¹⁾, e, também, próximo ao observado em UTI do município de São Paulo, 10,7%⁽¹²⁾.

Inúmeros fatores podem contribuir para a readmissão dos pacientes na UTI e, entre eles, pode-se destacar a progressão da doença, a assistência inadequada prestada aos pacientes nas Unidades de Internação e as altas inadequadas, ou seja, indicadas precocemente. No atual estudo, a faixa etária não foi fator associado à readmissão em UTI, porém, dos pacientes que sobreviveram, 64,8% foram encaminhados à Unidade Semi-intensiva e 32,9% para a Unidade de Internação, após alta da UTI.

Na análise comparativa dos grupos, os adultos diferiram dos idosos e dos muito idosos em relação à unidade de destino, sendo que o percentual de internação na Semi-intensiva foi maior nos últimos dois grupos. Provavelmente, essa maior porcentagem deve estar associada à maior necessidade de vigilância nesses grupos, como consequência do próprio processo de envelhecimento.

Estudo no qual se analisou pacientes com idade superior a 60 anos, admitidos na UTI de um hospital não dotado de unidade de cuidados intermediários, revelou frequência de 68,8% de pacientes encaminhados à Unidade de Internação e maior tempo médio de permanência na UTI, 13,9 dias⁽²²⁾, perante 8,9 e 8,1 dias nos grupos de idosos e muito idosos do atual estudo. Os achados sugerem a importância da existência de Unidades Semi-intensivas na continuidade do tratamento dos pacientes admitidos em UTI, colaborando satisfatoriamente na rotatividade e otimização dos recursos e evitando a maior incidência de readmissão de idosos e muito idosos nessa unidade.

Observou-se que os valores do LODS na admissão aumentaram, conforme o aumento da faixa etária, assim como o SAPS II. O processo de envelhecimento pode ser conceituado como dinâmico e progressivo; as alterações funcionais que acompanham as mudanças morfológicas e estruturais interferem progressivamente no organismo e

favorecem sua suscetibilidade às agressões intrínsecas e extrínsecas⁽⁵⁾.

Não obstante, na análise da evolução do LODS, não se encontrou diferença entre os grupos, tanto na amostra total como na específica (sobreviventes e não sobreviventes), mostrando que, segundo esse escore, a diferença no comportamento da evolução dos pacientes não foi suficientemente grande e pode ser atribuída ao acaso.

O LODS, embora seja como o SAPS II, índice importante para medir gravidade e prever resultados do tratamento intensivo, difere, em sua concepção, do SAPS II por avaliar falências orgânicas de pacientes internados na UTI. Essa diferença do LODS pode ter contribuído para os resultados observados neste estudo e indicar que a evolução das falências orgânicas dos pacientes idosos e muito idosos, durante a internação na UTI, pode não apresentar o mesmo ritmo que a evolução da gravidade.

Sendo o LODS e o SAPS II índices que permitem comparar a mortalidade observada e esperada na UTI, ressalta-se que o risco médio de morte dos muito idosos (38,3 e 25,2% pelo SAPS II e LODS, respectivamente) foi maior do que a mortalidade observada no grupo, 20,0%. Nos idosos, o RM, pelo SAPS II, também foi mais elevado (32,2%) perante o percentual de mortes observadas (25,5%) e para o LODS esses valores foram próximos, 22,4 e 25,5%. Tais resultados falam, favoravelmente, à qualidade da assistência prestada a esses grupos nas UTIs campos de estudo e indicam os benefícios da internação dos idosos e muito idosos nessas unidades.

Durante a internação na UTI, os idosos e muito idosos sobreviventes tiveram melhora significativamente mais acentuada que os adultos, enquanto que a piora dos que morreram foi similar nos três grupos. Esses resultados contrapõem-se à percepção que os idosos respondem menos a medidas terapêuticas^(20,23), porém, é preciso considerar que os idosos e muito idosos foram admitidos na UTI com indicação de maior RM, necessitando de melhora acentuada para alcançar o patamar de estabilidade fisiológica que permitiu a alta da UTI.

Nesse sentido, vale comentar que o tempo médio de internação na UTI dos três grupos foi entre 8 e 9 dias, e as faixas etárias maiores não foram associadas à permanência prolongada. Portanto, na visualização do conjunto dos resultados pode-se considerar que a idade mais avançada não foi fator essencial para os desfechos indesejáveis da assistência intensiva. Provavelmente, a pouca reserva fisiológica dos idosos colaborou para sua maior gravidade na admissão na UTI, porém, os recursos e a qualidade de assistência dessas unidades facilitaram a compensação dos desequilíbrios fisiológicos inicialmente observados.

Conclusões

O avanço da idade não esteve relacionado, diretamente, ao aumento da mortalidade na UTI. Embora as readmissões tenham ocorrido de forma similar nas três faixas etárias, houve elevada prevalência de encaminhamento de idosos e muito idosos para Unidades Semi-intensivas, reforçando a importância da presença dessas unidades nas instituições hospitalares brasileiras, tendo em vista o crescimento exponencial da população idosa no país. A constatação da melhora mais acentuada dos idosos e muito idosos, durante a internação na UTI, segundo o SAPS II, juntamente com a análise da relação entre mortalidade esperada e observada, de acordo com os escores LODS e SAPS II, mostram que, com o avanço da idade, as pessoas podem se beneficiar de modo significativo da assistência intensiva.

Referências

1. Kimura M, Koizumi MS, Martins LMM. Caracterização das Unidades de Terapia Intensiva do Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 1997;31(2):304-15.
2. de Rooij SE, Abu-Hanna A, Levi M, Jonge E. Identification of high-risk subgroups in very elderly intensive care unit patients. *Crit Care*. 2007;11(2):R33.
3. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):540-7.
4. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):705-15.
5. Jacob W Filho, Souza RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho ET Filho, Papaléo M Netto. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 31-40.
6. Keegan MT, Gajic O, Afessa B. Severity of illness scoring systems in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2011;39(1):163-9.
7. Nogueira LS, Sousa RMC, Domingues CA. Gravidade das vítimas de trauma, admitidas em unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):1037-42.
8. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993;270(24):2957-63.
9. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Saulnier F, Alberti C, Artigas A, Teres D. The Logistic Organ Dysfunction system: a new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. *JAMA*. 1996;276(10):802-10.
10. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*. 2000;118(2):492-502.
11. Portaria 466, de 04 de junho de 1998 (BR). Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado. 1998. [acesso 22 out 2010]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm.
12. Moura Jr DF, Guastelli LR, Laselva CR, Santos BFC, Knobel E. Risk factors for readmission in the intensive care. *Critical Care*. 2003;7(Suppl 3):101.
13. Silva MCM, Sousa RMC. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev Paul Enferm*. 2002;21(1):50-9.
14. Ciampone JT, Gonçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):28-35.
15. Gonçalves LA, Garcia PC, Toffoleto MC, Telles SCR, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):56-60.
16. Costa MFL, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(4):189-201.
17. Jakob SM, Tothen HU. Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. *Intensive Care Med*. 1997;23(11):1165-70.
18. Demoule A, Cracco C, Lefort Y, Ray P, Derenne JP, Similowski T. Patients Aged 90 Years or Older in the Intensive Care Unit. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(1):129-32.
19. Rodríguez-Regañón I, Colomer I, Frutos-Vivar F, Manzarbeitia J, Rodríguez-Mañas L, Esteban A. Outcome of older critically ill patients: a matched cohort study. *Gerontology*. 2006;52(3):169-73.
20. Feijó CAR, Bezerra ISAM, Peixoto AA Júnior, Meneses FA. Morbimortalidade do idoso internado na unidade de terapia intensiva de hospital universitário de Fortaleza. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(3):263-7.
21. Rosenberg AL, Hofer TP, Hayward RA, Strachan C, Watts CM. Who bounces back? Physiologic and other predictors of intensive care unit readmission. *Crit Care Med*. 2001;29(3):511-8.
22. Sousa CR, Gonçalves LA, Toffoleto MC, Leão K, Padilha KG. Preditores de demanda de trabalho de enfermagem

para idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva.
Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(2):218-23.
23. Silva MCM, Sousa RMC, Padilha KG. Destino após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(2):224-32.

Recebido: 18.11.2010

Aceito: 11.10.2011

Como citar este artigo:

Oliveira VCR, Nogueira LS, Andolhe R, Padilha KG, Sousa RMC. Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dez. 2011 [acesso em:

/ /];19(6):[08 telas]. Disponível em: _____

dia

ano

mês abreviado com ponto

URL