
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E GRAVIDADE DE PACIENTES INTERNADOS EM UTIS PÚBLICAS E PRIVADAS

Lilia de Souza Nogueira¹, Regina Marcia Cardoso de Sousa², Katia Grillo Padilha³, Karina Mitie Koike⁴

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: lilianogueira@usp.br

² Professora Doutora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. São Paulo, Brasil. E-mail: vian@usp.br

³ Professora Doutora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEUSP. São Paulo, Brasil. E-mail: kgpadilh@usp.br

⁴ Graduanda em Enfermagem pela EEUSP. Bolsista CNPq. São Paulo, Brasil. E-mail: karina.koike@usp.br

RESUMO: Este estudo objetivou comparar as características clínicas, evolução e gravidade de pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva públicas e privadas. Trata-se de uma análise retrospectiva, longitudinal e quantitativa de 600 pacientes admitidos em quatro Unidades de Terapia Intensiva em São Paulo, Brasil. Diferenças foram encontradas entre os pacientes admitidos nos hospitais privados e públicos em relação às seguintes variáveis: idade, procedência, tempo de internação e mortalidade na unidade crítica, insuficiências cardíaca, hematológica, neurológica e renal, além de algumas comorbidades. Tais resultados revelam a importância de se analisar detalhadamente as características clínicas e a assistência prestada aos pacientes admitidos em instituições públicas, frente a maior mortalidade encontrada. O Enfermeiro de Terapia Intensiva pode contribuir para alterar esse panorama, visto que detém um papel de liderança no planejamento assistencial e na provisão de recursos necessários para assistência intensiva.

DESCRIPTORES: Setor público. Setor privado. Unidades de Terapia Intensiva. Evolução clínica. Enfermagem.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERITY OF THE PATIENTS ADMITTED TO THE PUBLIC AND PRIVATE ICUS

ABSTRACT: This study aimed to compare clinical characteristics, evolution and severity of adult patients admitted in public and private Intensive Care Units. It is a retrospective, longitudinal and quantitative analysis of 600 patients admitted in four Intensive Care Units of São Paulo, Brazil. Differences were found between patients admitted in private and public hospitals regarding the following variables: age, origin, length of stay and mortality in the critical unit, cardiac, hematological, neurological and kidney failures and some comorbidities. The results reveal the importance of analyzing in detail clinical characteristics and healthcare of patients admitted in public institutions, because of the high mortality found. The Intensive Care Nurse can contribute to change this scenario, because she/he has a leadership role in planning and provision of resources for intensive care.

DESCRIPTORS: Public sector. Private sector. Intensive Care Units. Clinical evolution. Nursing.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GRAVEDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI PÚBLICAS Y PRIVADAS

RESUMEN: La investigación tuvo como objetivo comparar las características clínicas, evolución y gravedad de pacientes adultos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos públicas y privadas. Este es un estudio retrospectivo, longitudinal y cuantitativo de 600 pacientes ingresados en cuatro Unidades de Cuidados Intensivos en São Paulo, Brasil. Fueron encontradas diferencias entre los pacientes de los hospitales privados y públicos para las variables: edad, procedencia, tiempo de internación y mortalidad en la unidad crítica, insuficiencia cardíaca, hematológica, neurológica y renal, además de algunas comorbilidades. Los resultados revelan la importancia de se analizar las características clínicas y la asistencia prestada en las instituciones públicas, en comparación a la tasa de mortalidad. La Enfermera de Cuidados Intensivos puede ayudar a cambiar esta situación, ya que tiene un papel de liderazgo en la planificación de la atención y la provisión de recursos para cuidados intensivos.

DESCRIPTORES: Sector público. Sector privado. Unidades de Terapia Intensiva. Evolución clínica. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são unidades de alto custo, devido à necessidade de espaço físico diferenciado, equipamento de alta tecnologia e equipe multidisciplinar qualificada. É crescente o número de pacientes críticos admitidos nessas unidades e, conseqüentemente, a necessidade de caracterizá-los para melhor distribuição de recursos humanos e materiais, visando à qualidade da assistência.

No Brasil, o setor público sempre foi majoritário no financiamento dos recursos destinados às ações de saúde. No entanto, este panorama vem apresentando modificações nos últimos 20 anos, com o crescimento expressivo do setor privado.¹⁻²

A análise da evolução da assistência hospitalar pública e privada de 1986 a 1996, isto é, após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), revelou que a assistência hospitalar pública não apresentou crescimento em números absolutos no período e indicou que houve migração seletiva de pacientes para o sistema privado, em busca de um sistema alternativo de assistência com melhores condições do que as oferecidas pelo SUS.¹ Estatística recente apresentada pela Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) mostra que a taxa de cobertura de planos de saúde no ano de 2000 foi de 18,1% e revela crescimento constante nos anos subsequentes, atingindo o percentual de 24,4 em 2011.² Além disso, dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) revelam predomínio de UTIs mantidas pelo setor privado.³

No Brasil, são poucas as investigações que diferenciam em suas análises a assistência médico-hospitalar dos sistemas público e privado. Revisão de literatura feita pelos autores desta pesquisa permitiu identificar apenas 11 estudos que investigaram a assistência a saúde frente à natureza jurídica das instituições.^{1,4-13} Algumas dessas pesquisas evidenciam ausência de equidade nas características clínicas dos pacientes internados em UTIs públicas e privadas, bem como diferenças relacionadas aos recursos humanos e estruturais entre essas unidades.^{5-6,9-12}

Neste contexto, justifica-se o interesse em conhecer as características dos pacientes admitidos em UTIs de hospitais públicos e privados, explorando variáveis ainda não analisadas, na tentativa de fornecer informações aos gestores e profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, sobre o perfil e evolução clínica da população assistida, visando à identificação das

necessidades de recursos para o atendimento e a facilitação da elaboração de um planejamento estratégico voltado à qualidade da assistência e segurança do paciente crítico.

No atual modelo de atenção hospitalar, a enfermagem desempenha um papel fundamental no processo de atendimento ao paciente, tanto no sistema público como no privado, visto que esses profissionais são responsáveis pela gestão das necessidades de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, pautada principalmente nas características clínicas dos pacientes atendidos.¹⁴

Diante deste cenário e do interesse em identificar e solidificar evidências relacionadas às características dos pacientes admitidos em unidades críticas de diferentes naturezas jurídicas foi proposta a realização do presente estudo, que teve por objetivo analisar comparativamente as características clínicas, evolução e gravidade de pacientes adultos internados em UTIs de instituições públicas e privadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo comparativo, retrospectivo, longitudinal, com abordagem quantitativa, de pacientes adultos internados em UTIs de dois hospitais públicos e dois privados.

Dados armazenados em arquivo eletrônico de pacientes internados nessas unidades foram a fonte primária desta pesquisa. O estudo que originou esta planilha de dados foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições (Pareceres nº SMS52/2006, HU650/06, HSL2006/03 e AE06/510).

O cálculo do tamanho da amostra que compôs o arquivo baseou-se nos resultados da literatura sobre readmissões e mortalidade em UTIs do Município de São Paulo. Visando obter na amostra, no mínimo, 40 casos de readmissão, estimou-se a necessidade de 400 sobreviventes perante a taxa de readmissão de cerca de 10%.¹⁵ A mortalidade média de aproximadamente 33%, observada nas UTIs do município de São Paulo,¹⁶ requereu o acréscimo de aproximadamente 200 pacientes ao número de sobreviventes, totalizando a estimativa da amostra em cerca de 600 pacientes.

Os critérios para seleção das instituições foram: porte médio, grande ou extra grande, localizadas no município de São Paulo, dotadas de UTI geral e Unidade Semi-Intensiva, além de número de leitos de UTI superior a 6% do número total de leitos hospitalares e no mínimo cinco leitos de Semi-Intensiva.¹⁷

Todos pacientes internados nos locais do estudo durante a coleta de dados, com 18 anos ou mais de idade e permanência mínima de 24 horas na UTI, foram incluídos nesta investigação.

A casuística compôs-se de 600 pacientes, 301 admitidos em hospitais privados e 299 em públicos, entre agosto de 2006 a janeiro de 2007.

O risco de morte (RM) dos pacientes analisados foi mensurado pelos índices *Simplified Acute Physiology Score II* (SAPS II)¹⁸ e *Logistic Organ Dysfunction Score* (LODS).¹⁹ A evolução da gravidade segundo estes índices foi analisada considerando a diferença do risco de morte calculado pelos índices entre o 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).

O tratamento dos dados foi realizado nos programas *Stata for Windows 8.0* e *SPSS 13.0 for Windows*.

Para a análise das variáveis nominais (sexo, comorbidades conforme o Código Internacional das Doenças - CID10, tipo de insuficiência orgânica segundo o LODS, procedência e mortalidade) foi utilizado o teste de associação Qui-Quadrado de Pearson. Na vigência de frequência esperada <5 em mais de 80% das caselas, o teste de *Fischer* foi aplicado.

As variáveis numéricas foram primeiramente analisadas pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov* para identificar se a distribuição apresentada era normal ($p > 0,05$) ou não normal ($p \leq 0,05$). No caso de distribuição normal, foi aplicado o teste de *t-Student* para identificar se houve ou não diferença significativa entre os pacientes das instituições públicas e privadas. Quando a variável apresentava distribuição não normal, foi aplicado o teste de *Mann-Whitney*.

Todas as análises foram realizadas considerando-se $\alpha \leq 0,05$.

RESULTADOS

Dos 600 pacientes analisados, houve predominância do sexo masculino (56,50%). A idade média foi de 60,76 anos (DP=18,75), variação de 18 a 97 e mediana de 62. A categoria mais frequente de antecedentes, segundo CID-10, foi relacionada às doenças do aparelho circulatório (56,17%), seguida das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (27,83%) e neoplasias (18,83%). As principais procedências foram Centro Cirúrgico (36,06%) ou Pronto Socorro (35,39%). O tempo médio de

internação na UTI foi de nove dias e variação de um a 79 dias. A maioria dos pacientes apresentou uma (34,75%) ou duas (38,67%) indicações de insuficiência orgânica, sendo a insuficiência renal a mais frequente (69,68%). A média do risco de morte calculada pelo SAPS II e LODS na admissão foi de 25,50% e 21,43% e, na alta, de 23,14% e 20,73%, respectivamente, e a taxa de mortalidade geral de 20%.

Tabela 1 - Pacientes internados em UTIs (n=599*) de acordo com o tipo de instituição e procedência. São Paulo, 2006-2007

Procedência	Tipo de instituição				p†
	Pública		Privada		
	n	%	n	%	
Unidade de internação	24	8,03	33	11,00	
Semi-intensiva	17	5,69	51	17,00	
Pronto socorro	93	31,10	119	39,67	0,00
Centro cirúrgico	158	52,84	58	19,33	
Outras	7	2,34	39	13,00	

* missing: 1 hospital privado, † teste Qui-Quadrado.

A tabela 1 mostra que, nos hospitais públicos, a maioria dos pacientes foi admitida na UTI proveniente do Centro Cirúrgico (52,84%) e do Pronto Socorro (31,10%). O inverso ocorreu nas instituições privadas: Pronto Socorro (39,67%), seguido do Centro Cirúrgico (19,33%). Quanto à procedência, os pacientes diferiram entre si ($p=0,00$). Em relação ao sexo, os grupos foram semelhantes ($p=0,25$).

Na análise das comorbidades, segundo CID-10, os pacientes admitidos nos hospitais privados diferiram dos públicos em relação à presença dos seguintes antecedentes: algumas doenças infecciosas e parasitárias, 10,96% nas UTIs privadas versus 3,68% nas públicas ($p=0,00$); neoplasias, 31,23% privadas versus 6,35% públicas ($p=0,00$); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 31,89% privadas versus 23,75% públicas ($p=0,02$); doenças do sistema nervoso, 8,64% privadas versus 4,01% públicas ($p=0,02$); doenças dos aparelhos digestivo, 11,30% privadas versus 4,35% públicas ($p=0,00$); doenças do aparelho geniturinário, 15,95% privadas versus 9,70% públicas ($p=0,02$); e lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, 4,65% privadas versus 1,00% públicas ($p=0,01$). Em todas essas comorbidades, os pacientes dos hospitais privados apresentaram maiores valores do que os admitidos nas instituições públicas.

Tabela 2 - Medidas descritivas das variáveis numéricas de acordo com o tipo de instituição. São Paulo, 2006-2007

Variáveis	Tipo de instituição				p*
	Pública		Privada		
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	
Idade	57,51 (18,82)	58 (18-94)	63,98 (18,08)	69 (18-97)	0,00
Tempo de internação	10,59 (11,04)	6 (1-54)	7 (10)	3 (1-79)	0,00
SAPS II [†] admissão	24,68 (21,72)	16,70 (0,50-95,70)	26,21 (22,46)	19,60 (0,00-94,10)	0,44
SAPS II [†] alta	22,99 (24,61)	12,80 (0,00-98,10)	23,64 (23,31)	16,70 (0,00-98,10)	0,24
LODS [‡] admissão	21,52 (17,33)	15,00 (3,20-92,00)	21,28 (19,92)	15,00 (3,20-92,00)	0,15
LODS [‡] alta	21,77 (21,67)	15,00 (3,20-92,00)	19,75 (20,94)	10,40 (3,20-98,40)	0,15

* teste Mann-Whitney [†]Simplified Acute Physiology Score II [‡]Logistic Organ Dysfunction Score.

Observa-se na tabela 2 que houve diferença significativa entre os pacientes analisados em relação à idade ($p=0,00$), sendo que o grupo de pacientes admitidos no hospital privado manteve o maior valor da média e mediana. Quanto ao tempo de permanência na UTI ($p=0,00$), os pacientes admitidos nos hospitais públicos apresentaram média de dias de internação na unidade consideravelmente superior aos dos hospitais privados. O risco de morte calculado pelo SAPS II e LODS, tanto na admissão quanto na alta da UTI, foi semelhante entre os grupos analisados.

Em relação ao número de insuficiências orgânicas calculado pelo LODS, os dois grupos apresentaram maioria de indivíduos com uma ou duas indicações de insuficiência orgânica, totalizando 73,40% dos pacientes nos hospitais públicos e 72,42% nas instituições privadas. Pelo p-valor (0,30) identificado por meio do teste Mann Whitney, verificou-se que não houve diferença significativa entre os pacientes analisados em relação a esta variável.

Tabela 3 - Pacientes internados em UTIs (n=587*) de acordo com o tipo de instituição e insuficiência orgânica apresentada. São Paulo, 2006-2007

Insuficiência orgânica	Tipo de instituição				p
	Pública		Privada		
	n	%	n	%	
Cardiológica	56	19,11	78	26,53	0,03 [†]
Hematológica	16	5,46	34	11,56	0,01 [†]
Neurológica	67	22,87	44	14,97	0,01 [†]
Renal	219	74,74	190	64,63	0,01 [†]
Pulmonar	148	50,51	145	49,32	0,77 [†]
Hepática	2	0,68	3	1,02	1,00 [‡]

* missing: sete hospital privado, seis hospital público, [†] teste Qui-Quadrado, [‡] teste Fisher.

A tabela 3 demonstra que, segundo o LODS, a insuficiência renal foi a mais frequente nos dois tipos de instituições, seguida da insuficiência pulmonar. Os pacientes diferiram entre si em relação à presença das seguintes insuficiências: cardiológica ($p=0,03$), hematológica ($p=0,01$), neurológica ($p=0,01$) e renal ($p=0,01$).

Tabela 4 - Pacientes internados em UTIs (n=600) de acordo com o tipo de instituição e mortalidade. São Paulo, 2006-2007

Variável	Categorias	Tipo de instituição				p*
		Pública		Privada		
		n	%	n	%	
Mortalidade	Sim	76	25,42	44	14,62	0,00
	Não	223	74,58	257	85,38	

* teste Qui-Quadrado.

A tabela 4 ressalta o fato de que houve maior taxa de mortalidade nas UTIs das instituições públicas, taxa esta aproximadamente duas vezes maior do que a encontrada nas instituições privadas (25,42% versus 14,62%). A variável mortalidade apresentou diferença estatisticamente significante entre os pacientes analisados ($p=0,00$).

Conforme apresentado na tabela 5, não houve diferença significativa na evolução dos pacientes calculada pelos índices SAPS II e LODS, mesmo quando grupos específicos (sobreviventes e não sobreviventes) foram analisados.

Tabela 5 - Evolução do SAPS II e LODS dos pacientes internados nas UTIs (n=600), dos sobreviventes (n=480) e dos não sobreviventes (n=120). São Paulo, 2006-2007

Diferença admissão/alta	Índice	Tipo de instituição				p
		Pública		Privada		
		Média (DP)	Mediana (Variação)	Média (DP)	Mediana (Variação)	
Sobreviventes e não sobreviventes	SAPS II	+1,69 (21,57)	+2,10 (-78,70 H+ +59,50)	+2,57 (20,77)	0,00 (-80,60 H+ +75,70)	0,81*
	LODS	-0,24 (20,91)	0,00 (-87,20 H+ +73,40)	+1,53 (19,34)	0,00 (-83,50 H+ +73,30)	0,78*
Sobreviventes	SAPS II	+6,81 (14,64)	+3,80 (-66,10 H+ +59,40)	+5,69 (15,01)	+1,30 (-45,90 H+ +75,70)	0,09*
	LODS	+4,87 (14,20)	+1,60 (-48,30 H+ +73,40)	+4,92 (14,26)	0,00 (-29,80 H+ +73,30)	0,12*
Não sobreviventes	SAPS II	-13,36 (30,10)	-7,35 (-78,70 H+ +59,50)	-15,62 (35,65)	-7,25 (-80,60 H+ +54,90)	0,71†
	LODS	-15,26 (28,88)	-15,95 (-87,20 H+ +54,30)	-18,27 (30,46)	-10,30 (-83,50 H+ +38,00)	0,60†

* teste Mann-Whitney, † teste t-Student.

DISCUSSÃO

Em relação às características demográficas, o sexo masculino predominou nas UTIs públicas e privadas. Na análise comparativa, a distribuição das vítimas quanto ao sexo foi semelhante nos dois tipos de instituições. Resultado similar foi encontrado em investigação realizada nos Estados Unidos da América⁷ e também no nosso país.⁹

Quanto à idade, os pacientes dos hospitais privados apresentaram maior valor na média e mediana. O mesmo perfil foi identificado na pesquisa que analisou a mortalidade e o tempo de permanência hospitalar: 62 anos nas instituições privadas e 59 nas públicas.⁴ No presente estudo, os pacientes das instituições analisadas diferiram em relação a esta variável. Resultado semelhante foi encontrado em investigação sobre a incidência de sepse em UTIs no Brasil.⁵

Autores que compararam pacientes idosos atendidos pela rede privada e pelo SUS indicaram que a idade média na internação pelo SUS é menor, se comparada com os demais pacientes internados.¹³

O maior número de idosos internados em UTI vem acompanhando o aumento da expectativa de vida, fato este confirmado no estudo que analisou as características de 35.327 pacientes internados em UTIs entre os anos de 1980 e 1995.²⁰ Entretanto, a falta de vagas de UTI em hospitais públicos é uma realidade brasileira e, consequen-

temente, a recusa na admissão dos pacientes para a unidade crítica é frequente. Pesquisa que analisou os fatores associados a não internação na UTI de pacientes referenciados identificou que a idade superior a 70 anos foi um dos motivos de recusa.²¹

Portanto, a presença de pacientes mais jovens nos hospitais públicos encontrada neste estudo pode estar relacionada à escassez de leitos de UTIs frente à demanda, fazendo com que a idade seja um dos fatores decisivos na triagem e admissão dos pacientes nessas unidades críticas.

Neste estudo, as comorbidades que diferiram significativamente entre os grupos analisados apresentaram maior frequência nos hospitais privados. Pesquisa que correlacionou antecedentes e tipos de UTIs (governamentais e não governamentais) identificou diferença significativa entre os grupos em relação a neoplasias e esta também foi uma comorbidade mais frequente em hospitais privados.⁹

Na atual pesquisa, este resultado pode ser relacionado com a idade mais avançada desse grupo de pacientes. 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 susceptível a agravos e doenças; portanto, não é muito comum que um indivíduo atinja a velhice sem o desenvolvimento de uma doença crônica.²²

Além disso, vale ressaltar frente a esse resultado que em nosso país há um limitado financiamento do SUS e esta limitação mantém uma demanda reprimida de assistência à saúde de pessoas de menor condições econômicas.¹ Essa deficiência de cobertura, provavelmente resulta em falhas nos diagnósticos precoces de comorbidades, contribuindo para menor frequência desses antecedentes em pacientes da rede pública.

Na análise da procedência, os pacientes diferiram entre si, sendo que a maioria foi admitida do Centro Cirúrgico nos hospitais públicos e, do Pronto Socorro, nos privados. O mesmo resultado foi encontrado em outras pesquisas^{6,9} e pode estar relacionado a maior incidência de intervenções cirúrgicas emergenciais nas instituições públicas.

O tempo de internação na UTI foi superior no hospital público, sendo identificada diferença significativa entre os grupos. Pode-se observar resultado semelhante em outras investigações.^{6,10} A baixa rotatividade do leito de UTI agrava o problema da falta de vagas nas instituições públicas, gerando acúmulo de pacientes que necessitam de cuidados intensivos em outros setores do hospital; por outro lado, o tempo de internação elevado na unidade crítica implica diretamente no aumento dos custos hospitalares.

Pesquisa realizada em hospital público no Rio de Janeiro evidenciou que a probabilidade de sobreviver à internação sem eventos adversos relacionados à medicação é de 96%, 93% e 73% em internações de até 30, 60 e 100 dias, respectivamente.²³ Tais resultados apontam para estratégias que visem reduzir esses eventos e, também, os períodos de internação.

Quanto ao risco de morte calculado pelo SAPS II e LODS, tanto na admissão, quanto na alta, os pacientes das diferentes instituições foram semelhantes entre si. O mesmo não foi encontrado em pesquisa que comparou instituições públicas e privadas em Trinidad e Tobago, cujos resultados demonstraram diferença significativa entre as instituições em relação ao risco de morte calculado pelo SAPS II, com valores superiores nos hospitais públicos.¹⁰ Não foi encontrado na literatura estudo que analisasse o LODS neste contexto. Entretanto, outros índices de gravidade são utilizados na comparação dos tipos de instituição, como *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II* (APACHE II)^{5,7} e *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA).⁵

A taxa de mortalidade nas UTIs das instituições públicas foi superior ao das instituições privadas e esta variável apresentou diferença

estatisticamente significativa entre os grupos analisados. O mesmo resultado foi encontrado em outras pesquisas realizadas no Brasil.^{4,5} Estudo realizado nos Estados Unidos da América revelou que a diferença encontrada entre as instituições em relação à mortalidade, está associada a maior gravidade dos pacientes internados nos hospitais públicos, calculada pelo APACHE II.⁷

Estudo realizado em cidade do nordeste do Brasil mostrou que a letalidade por infarto agudo do miocárdio foi de 19,5% em hospitais públicos e de 4,8% em hospitais privados. Adicionalmente, indivíduos atendidos na rede pública receberam mais tardiamente tratamento e tiveram percentual de internação na UTI de 8% contrastando com 94% dos atendidos em hospitais privados.⁸

A falta de leitos de UTI nos hospitais públicos e a possível demora na admissão dos pacientes para o tratamento intensivo gera um agravamento do estado de saúde do doente.²¹ Entretanto, na admissão nas UTIs, foi similar a gravidade desses pacientes, quando analisada frente aos doentes internados nas instituições privadas. Tal fato pode estar relacionado à composição dos índices de gravidade aplicados nesta investigação, que consideram para estimar a gravidade do doente, além de dados fisiológicos, a idade mais avançada e a presença de comorbidades, características que foram frequentes nos pacientes das UTIs privadas.

Corroborando com esse pressuposto, a análise do risco de morte de pacientes SUS e não SUS constatou que não houve diferença estatística entre esses grupos de pacientes, porém foi observado que o risco de morte elevou quase seis vezes quando aumentou o número de doenças associadas.¹³

A razão de mortalidade padronizada, conhecida como *Standardized Mortality Ratio* (SMR), é calculada por meio da divisão da mortalidade observada pela mortalidade esperada. Valores de SMR maiores que 1 indicam que a mortalidade observada foi superior a esperada, refletindo uma possível falha na qualidade da assistência.²⁴

No presente estudo, a SMR dos hospitais públicos foi 1,02, segundo SAPS II e 1,18, segundo LODS. Nos hospitais privados, os valores encontrados foram 0,56 pelo SAPS II e, 0,69 pelo LODS. Embora a análise desses dados possa apontar diferenças na qualidade da assistência prestada nos hospitais públicos e privados, a evolução do SAPS II e LODS calculada na amostra total, nos sobreviventes e nos não sobreviventes, foi semelhante nas diferentes instituições. Ainda que a existência de melhores condições de infraestrutura de

recursos humanos e materiais nas instituições privadas seja uma realidade frente às públicas, com possíveis repercussões na qualidade da assistência, aspectos relacionados ao próprio paciente podem justificar a maior mortalidade observada nas UTIs deste estudo.

Esse achado pode estar associado a uma redução da resposta à terapêutica nos pacientes dos hospitais públicos, decorrente da baixa adesão ao tratamento de suas doenças, acarretando em menor reserva fisiológica orgânica para restabelecimento da saúde. Múltiplos fatores podem estar associados a esta baixa adesão, como: custo do medicamento, desvalorização e desconhecimento da eficácia e importância do tratamento, ocorrência de efeitos colaterais e falha na distribuição do medicamento pelo serviço público.²⁵⁻²⁶ Neste contexto, faz-se necessário a implantação de um planejamento estratégico que fortaleça o cuidado primário ao doente, por meio da forte atuação da equipe multidisciplinar como facilitadora da educação em saúde e adesão ao tratamento, possibilitando minimizar a gravidade da doença e possíveis sequelas.

A maior procedência de pacientes do Centro Cirúrgico para UTI nos hospitais públicos pode ser um fator que contribua para a elevada taxa de mortalidade. Uma dessas UTIs analisadas está inserida em um hospital, centro de referência para atendimento à vítima de trauma. Portanto, a maioria desses pacientes é admitida para cirurgias não programadas, fato este que acarreta em falta de tempo hábil para realização de uma avaliação completa pré-operatória e estabilização do doente para o procedimento cirúrgico.

O maior tempo de permanência na UTI nos hospitais públicos também pode ter contribuído para tais taxas, uma vez que os pacientes ficam mais suscetíveis a eventos adversos, como a infecção hospitalar, erros de medicação, entre outros.^{23,27}

Nesse sentido, estudo realizado em países europeus propôs a hipótese de que as condições econômicas de uma região podem influenciar a qualidade do cuidado e, conseqüentemente, intervir nos desfechos observados. Tal hipótese foi validada nos resultados encontrados que mostraram maior mortalidade, SMR e frequência de sepse nas UTIs localizadas em regiões de baixa renda frente às de média e alta renda. Os autores desta investigação apontam que o menor número de enfermeiros nas UTIs das regiões de média e baixa renda pode ter contribuído para essa maior taxa de sepse e mortalidade.²⁸

Tais afirmações são apenas suposições frente à escassez de estudos que comparam pacientes internados em instituições de diferentes naturezas jurídicas. Diante deste fato, novas pesquisas comparativas com enfoque nas características clínicas, evolução e gravidade dos pacientes internados em UTIs de instituições públicas e privadas precisam ser realizadas para uma melhor constatação das hipóteses levantadas.

O rigoroso critério de seleção dos hospitais por meio do estabelecimento de diferentes requisitos de qualificação, descritos no método, é uma limitação para generalização dos resultados deste estudo. Todos os hospitais selecionados tinham unidades semi-intensivas, número de leitos de UTI adequado em relação ao número de leitos do hospital e localizavam-se na cidade de São Paulo, inserida no estado com maior número de estabelecimentos com UTIs no Brasil.³ Portanto, tais achados não retratam a realidade nacional, caracterizada pela presença de regiões mais carentes de assistência intensiva.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apontaram que, independente do tipo de instituição, houve similaridade entre os pacientes de acordo com as variáveis: sexo, número de insuficiências orgânicas e presença de insuficiência pulmonar e hepática segundo o LODS, gravidade e evolução clínica dos pacientes internados em UTIs. Não obstante, diferenças foram evidenciadas em relação a: idade, comorbidades, procedência, tempo de internação na UTI, tipo de insuficiência orgânica (cardiológica, hematológica, neurológica e renal) segundo LODS e mortalidade.

A alta taxa de mortalidade nos hospitais públicos, não acompanhada da elevação da gravidade, remete à necessidade de outros estudos que comparem a natureza jurídica das instituições, uma vez que não se pode afirmar que tal fato esteja relacionado diretamente a falhas na qualidade da assistência.

A partir do panorama exposto neste estudo, cabe ao Enfermeiro considerar as características clínicas e gravidade dos pacientes encontradas nos diferentes tipos de UTIs na elaboração do planejamento assistencial e dimensionamento dos profissionais de enfermagem, assim como investigar possíveis particularidades da população atendida. Além disso, os princípios do modelo SUS, integralidade, universalidade e equidade, devem ser considerados e respeitados pela equipe mul-

tidisciplinar e gestores hospitalares, garantindo o atendimento ao paciente em UTI, sempre direcionado à busca da qualidade assistencial intensiva.

REFERÊNCIAS

- Rocha JSY, Simões BJG. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Rev Saúde Pública*. 1999 Fev;33(1):44-54.
- Agência Nacional de Saúde Complementar. Taxa de cobertura de planos de saúde [página na Internet]. Brasil; 2011 [acesso 2011 Nov 30]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_TX.DEF
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira [página na Internet]. Brasil; 2008 [acesso 2010 Set 2]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>
- Martins M, Blais R, Leite IC. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(suppl 2):S268-82.
- Silva E, Almeida MP, Sogayar ACB, Mohovic T, Silva CLO, Janiszewski M, et al. Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). *Crit Care*. 2004 Aug; 8(4):R251-60.
- Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospitais públicos e privados. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Jan-Fev;15(1):84-92.
- Burns R, Nichols LO, Graney MJ, Applegate WB. Mortality in a public and a private hospital compared: the severity of antecedent disorders in Medicare patients. *Am J Public Health*. 1993 Jul;83(7):966-71.
- Ferreira GMTM, Correia LC, Reis H, Ferreira Filho B, Freitas F, Ferreira GM, et al. Maior letalidade e morbidade por infarto agudo do miocárdio em hospital público, em Feira de Santana - Bahia. *Arq Bras Cardiol*. 2009 Ago; 93(2):97-104.
- Silva MCM, Sousa RMC. Unidades de Terapia Intensiva do Município de São Paulo: diferenças entre pacientes dos núcleos regionais de saúde e dos hospitais governamentais e não governamentais. *Rev bras ter intensiva*. 2001 Jan-Mar;13(1):6-14.
- Hariharan S, Chen D, Merritt-Charles L, Bobb N, Freitas L, Esdelle-Thomas A, et al. An evaluation of the intensive care unit resources and utilization in Trinidad. *West Indian Med J*. 2007 Mar; 56(2):144-51.
- Bittencourt RM, Gaiva MA, Rosa MKO. Perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT. *Rev Eletr Enferm* [on line]. 2010 [acesso em 2011 Nov 30]; 12(2). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a05.htm>
- Irfan S, Turton JF, Mehray J, Siddiqui SZ, Haider S, Zafar A, et al. Molecular and epidemiological characterisation of clinical isolates of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* from public and private sector intensive care units in Karachi, Pakistan. *J Hosp Infect*. 2011 Jun;78(2):143-8.
- Matos ACC, Sardenberg C, Carvalho COM, Rangel EB, Andreoli MCC, Oliveira M, et al. Índices de doenças coexistentes e idade avançada como preditores de sobrevida em pacientes em diálise. *Einstein*. 2007 Jul-Set; 5(3):239-45.
- Magalhães AMM, Riboldi CO, Agnol CMA. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jul-Ago; 62(4):608-12.
- Moura Jr DF, Guastelli LR, Laselva CR, Santos BFC, Knobel E. Risk of factors for readmission in the intensive care unit. *Critical Care*. 2003; 7(Suppl 3):S49.
- Silva MCM, Sousa RMC. Caracterização dos pacientes adultos e adolescentes das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev Paul Enferm*. 2002 Jan-Abr; 21(1):50-9.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 466/MS/SVS, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. *Diário Oficial da União, Brasília*, 5 Jun 1998.
- 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 Dec; 270(24):2957-63.
- Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S, Saulnier F, Alberti C, Artigas A, et al. The logistic organ dysfunction system: a new way to assess organ dysfunction in the Intensive Care Unit. *JAMA*. 1996 Sep; 276(19):802-8.
- Jakob SM, Rothen HU. Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. *Intensive Care Med*. 1997 Nov; 23(11):1165-70.
- Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. *Rev bras ter intensiva*. 2006 Abr-Jun; 18(2):114-20.
- Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Dez; 40(4):540-7.
- Roque KE. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011 Jul-Set; 15(3):595-601.
- Glance LG, Osler TM, Dick A. Rating the quality of intensive care units: is it a function of the intensive care unit scoring system? *Crit Care Med*. 2002 Sep; 30(9):1976-82.
- Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise

- com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Jun-Set; 14(3):332-40.
26. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2010 Dez; 26(12):2389-98.
27. Gallotti RMD. Eventos adversos - o que são? *Rev Assoc Med Bras.* 2004 Abr; 50(2):114
28. Mauritz W, Wilbacher I, Majdan M, Leitgeb J, Janciak I, Brazinova A, et al. Epidemiology, treatment and outcome of patients after severe traumatic brain injury in European regions with different economic status. *Eur J Public Health.* 2008 Dec; 18(6):575-80.