



ARTIGO ORIGINAL

## PERFIL DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### **PERFIL DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO DE ADULTOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

### **PERFIL DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO DE ADULTOS DE UN HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Simone Spiazzi Favarin<sup>1</sup>  
Silviamar Camponogara<sup>2</sup>

**RESUMO: Objetivo:** o estudo objetivou traçar o perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital universitário. **Método:** estudo do tipo retrospectivo, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de formulário próprio, diretamente do prontuário dos pacientes e, após, sofreram um processo de análise quantitativa. **Resultados:** os resultados evidenciam que a população é predominantemente, do sexo masculino, idosa e procedente do pronto atendimento da instituição. As principais causas de internação foram as doenças infecciosas e as doenças neurológicas. O tempo médio de internação foi de 14 dias. A infecção hospitalar foi a complicação mais frequente. O índice de óbito foi de 50%. **Conclusões:** o conhecimento desses dados é fundamental para otimizar o processo de trabalho e de cuidado em unidades críticas, possibilitando, ao enfermeiro, melhor planejar ações de cuidado em saúde.

**Descritores:** Enfermagem; Unidades de terapia intensiva; Cuidados críticos.

**ABSTRACT: Objective:** this study aimed at drawing the profile of patients admitted to the adult Intensive Care Unit of a university hospital. **Method:** this is a retrospective and descriptive kind of study, with a quantitative approach. The data were collected through a specific form, directly from the patients' records and after that they were quantitatively analyzed. **Results:** the results showed that the population is mainly male, elderly and were admitted at the Emergency Room of the institution. The main causes of admittance to the hospital were the infectious diseases and the neurologic diseases. The average stay time was of 14 days. Hospital infection was the most frequent complication. Death rate was of 50%. **Conclusions:** these data are fundamentally important to optimize the work and care process in critical units, enabling the nurse to better plan actions in health care.

**Decriptors:** Nursing; Intensive care units; Critical care.

**RESUMEN: Objetivo:** el estudio objetiva mostrar el perfil de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivo de Adultos de un Hospital Universitario. **Método:** estudio de tipo retrospectivo, de carácter descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de formularios propios, directamente del historial de los pacientes y, después, sufrieron un proceso de análisis cuantitativo. **Resultados:** los resultados evidencian que la población es predominantemente, de sexo masculino, anciano y procedente de la atención de emergencia de la institución. Las principales causas de internación fueron las enfermedades infecciosas y las enfermedades neurológicas. El tiempo medio de internación fue de 14 días. La infección hospitalaria fue la complicación más frecuente. El índice de muertes fue del 50%. **Conclusiones:** el conocimiento de estos datos es fundamental para

<sup>1</sup>Enfermeira. E-mail: siufsm@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br



*optimizar el proceso de trabajo y de cuidado en unidades críticas, possibilitando, al enfermero, manejar mejor acciones de cuidado en la salud.*

**Descritores:** *Enfermería; Unidades de cuidados intensivos; Cuidados críticos.*

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os progressos da cirurgia invasiva e dos procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, vêm-se acompanhando da criação de unidades que contam, cada vez mais, com equipe especializada de médicos, enfermeiros e outros profissionais, apoiadas por equipamentos para monitorização e intervenções de emergência. Com o decorrer do tempo, proliferaram as unidades de recuperação pós-operatória, de assistência respiratória, as relacionadas ao choque e ao trauma e, por fim, as unidades, visando ao suporte cardiopulmonar de pacientes clínicos ou cirúrgicos graves, as quais deram origem às modernas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).<sup>1</sup>

A introdução de novos tratamentos, o desenvolvimento tecnológico, o aumento da expectativa de vida e o aumento do índice de adoecimento por doenças crônicas, que necessitam de cuidados intensivos, em algum momento, são fatores que têm determinado a rápida evolução de novas especialidades.<sup>2</sup> Por conseguinte, as UTIs têm sido uma estratégia para o oferecimento de um suporte especializado de assistência à saúde, envolvendo o uso de recursos tecnológicos e terapêuticos de ponta.

Nas unidades de terapia intensiva, o grande objetivo é a segurança de pacientes clinicamente instáveis, proporcionada pela vigilância contínua e rigorosa da enfermagem, havendo maior relação enfermeiro/paciente em comparação às demais unidades hospitalares.<sup>3</sup> Estas unidades ocupam espaço apropriado e, usualmente, dispõem de suporte tecnológico avançado para as intervenções médicas de difícil execução em enfermarias comuns, como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares.

O atendimento, nesses centros, fica aos cuidados de equipe permanente de médicos e de pessoal da enfermagem, além de outros profissionais da saúde. A equipe deve ter preparo e inclinação para o atendimento do tipo de doente em questão e, obviamente, conhecimentos teóricos relacionados à área específica da terapia intensiva. A experiência prática, conseqüente ao acompanhamento dos doentes que passam pela unidade, é também fator importante do sucesso da UTI, no que concerne à recuperação dos seus pacientes.<sup>1</sup>

Nos cuidados intensivos, o enfermeiro deve estar atento a uma gama variada de dados, incluindo sinais vitais, equilíbrio hídrico, necessidade quanto ao uso de drogas vasopressoras, administração precisa de antibioticoterapia prescrita, coleta adequada e acompanhamento de materiais biológicos para exames laboratoriais, avaliação acurada do nível de consciência, entre outros. A isso se soma a necessária atenção aos familiares. Sendo assim, o enfermeiro deve lidar, de forma integrada, com inúmeros fatores determinantes do prognóstico do paciente crítico.<sup>3</sup>

Dessa forma, nas UTIs, o cuidado de enfermagem se dá, normalmente, em um conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros. Esse panorama aponta para a necessidade de busca constante de manutenção de uma postura reflexiva, por parte dos profissionais, sobre o processo de trabalho em unidade de terapia intensiva, visando a uma assistência humanizada, o que envolve conhecer a realidade de trabalho e a clientela atendida pelo setor.<sup>4</sup>

Para tanto, o conhecimento sobre o perfil da clientela assistida em UTI é importante, no intuito de oferecer dados consistentes que permitam melhor planejar o processo de assistência à saúde dos pacientes. A importância desse conhecimento está relacionada ao direcionamento da



assistência prestada a esse tipo de clientela, com especial atenção aos efeitos da terapia, ao prognóstico e fatores de riscos aos quais estão expostos. No que tange à enfermagem, esses dados podem auxiliar a projetar as ações de enfermagem, a serem implementadas com pacientes em estado crítico, além de possibilitar a criação de instrumentos de avaliação de indicadores de assistência e de mensuração da carga de trabalho da enfermagem.

Tendo em vista essas considerações, o presente estudo tem como problema de pesquisa: qual é o perfil dos pacientes internados na UTI Adulto de um hospital universitário? Assim, objetivou-se caracterizar os pacientes internados em uma UTI de Adultos de um hospital universitário. A expectativa é de que esses dados contribuam com os serviços de saúde, para uma melhor assistência ao paciente crítico, minimizando, dentre outros, a mortalidade e os índices de infecção hospitalar.

## MÉTODO

A pesquisa foi de caráter quantitativo. Tratou-se de estudo documental, retrospectivo, do tipo descritivo, com a coleta de dados diretamente nos prontuários disponíveis no arquivo da instituição, por meio de um formulário próprio, previamente testado.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes que internaram na UTI-Adulto de um hospital universitário de grande porte, do interior do Rio Grande do Sul, no período de julho a dezembro do ano de 2010. A referida unidade possui 9 leitos, para internação de pacientes em estado crítico de vida, a partir dos 15 anos de idade. Foram excluídos do estudo os pacientes que permaneceram por menos de vinte e quatro horas na unidade e os que possuíam prontuários incompletos para a pesquisa. Do total de 144 internações na UTI Adulto, 104 prontuários atenderam aos critérios para o estudo. Foram excluídos 40 prontuários, sendo 19 de pacientes que permaneceram por menos de 24 horas na unidade e 21 por estarem incompletos, ilegíveis ou não localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2011. Para obtenção da listagem de pacientes que estiveram internados na unidade, no período delimitado para a coleta de dados, foi utilizado um caderno de registro próprio da unidade, que contém informações sobre os pacientes que foram internados, como iniciais do nome, número do prontuário, data de nascimento, unidade proveniente, diagnóstico de internação e se teve alta ou óbito. Posteriormente, foram analisados os prontuários, no arquivo da instituição. Para a caracterização dos pacientes internados na UTI Adulto foram apresentadas as variáveis relativas ao sexo; idade; diagnóstico e tempo de internação; unidade de procedência; desenvolvimento de infecções, seus focos e os microrganismos mais prevalentes; bem como, taxa de mortalidade e respectivas causas.

Para a análise dos dados, utilizou-se distribuição de frequências absoluta e relativa e análise por tabulação simples das variáveis. Foi construído um banco de dados, em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007, os quais foram analisados e apresentados por meio de estatística simples.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, sob o número 0161.0.243.000-11. O estudo seguiu todas as recomendações constantes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>5</sup>

## RESULTADOS

Os resultados apontam que, do total de 104 prontuários analisados, 60 (58%) são de pacientes do sexo masculino e 44 (42%) são de pacientes do sexo feminino. Constatou-se que, a maior parcela das internações (n=27) foi de pessoas na faixa etária de 61 a 70 anos

(26%), seguida por 19 na faixa de 51 a 60 anos (18%) e, 16 na faixa de 71 a 80 anos (15%). Observou-se idade mínima de 19 anos e máxima de 84 anos. A idade média foi de 64,8 anos ( $\pm 5,65$ ). Dentre os internados, 49 (47%) eram idosos, ou seja, acima de 60 anos.

Quanto à unidade de procedência, observou-se predominância de pacientes ( $n=41$ ) que eram da unidade de emergência (Pronto Atendimento) com 39%, seguido por 19 da Unidade de Clínica Médica com 18% e, 18 da Sala de Recuperação Anestésica (17%). Os demais, 19% ( $n=20$ ) provieram de outras unidades da instituição. Além disso, 7% ( $n=6$ ) eram provenientes de outras instituições do município e de outras cidades da região.

No que se refere ao tempo de internação, verificou-se que 32 pacientes permaneceram internados na unidade por um período de 2 a 5 dias, o que corresponde a 30%. Outros 24 pacientes ficaram internados por um período de 6 a 10 dias (23%). Os demais 48 (47%) permaneceram na unidade de terapia intensiva por 16 dias ou mais. O tempo de maior permanência registrado foi de 95 dias, e o tempo médio de internação foi de 14 dias ( $\pm 3,45$ ).

A investigação sobre os motivos que levaram à internação na UTI identificou que as principais causas foram as doenças infecciosas em 38 pacientes (28%) e as neurológicas em 34 pacientes (25%), seguidas pelas doenças metabólicas em 17 (12%), respiratórias, igualmente, em 17 pacientes (12%). Além desses, outros 09 internaram por problemas cardiovasculares (7%), 09 por lesões e/ou doenças traumáticas (7%), 06 por neoplasias (4%) e 07 por outras causas (5%). Ressalta-se que uma elevada parcela dos pacientes internou por mais de um motivo. Além disso, cabe destacar que, a instituição que se constituiu em cenário do estudo, também possui uma unidade de cardiologia intensiva, onde internam pessoas com distúrbio cardiovascular, o que pode explicar o baixo percentual de internações por este motivo, na UTI investigada.

Ao fazer-se uma verificação detalhada sobre os diagnósticos de internação, identificou-se que, dentre as doenças infecciosas pode-se destacar: sepse e choque séptico, pneumonia, tétano, meningite bacteriana. Já, entre as doenças neurológicas, citam-se: trauma crânio-encefálico, acidente vascular encefálico hemorrágico e isquêmico. Dentre as doenças metabólicas, há predominância de casos de insuficiência renal, cetoacidose diabética e insuficiência hepática. Insuficiência respiratória, doença pulmonar obstrutiva crônica e tromboembolismo pulmonar, configuram as doenças respiratórias prevalentes.

Quanto às morbidades adquiridas durante a internação, foram identificados 52 casos de infecções hospitalares, o que pode ser analisado por meio da tabela 1.

**Tabela 1** - Topografias das infecções hospitalares dos pacientes que internaram na UTI Adulto, no período de julho a dezembro de 2010. Santa Maria, RS, 2011.

Topografia	Frequência	
	N	%
Respiratória	30	57
Corrente sanguínea	12	23
Urinária	06	12
Sítio cirúrgico	02	04
Acesso vascular	01	02
Outros	01	02
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Conforme pode ser visualizado na tabela 1, as infecções hospitalares incidiram em 50% da população estudada, sendo as infecções respiratórias as que mais apareceram, com 57%, seguidas das infecções da corrente sanguínea com 23% e das infecções urinárias

com 12%. Sepses e choque séptico, também, apareceram entre as morbidades mais frequentemente adquiridas, durante a internação. Os demais 50% estão representados por insuficiência respiratória, pneumotórax, pneumonia aspirativa, derrame pleural, rebaixamento do sensorio, piora da função renal, insuficiência renal, parada cardiorrespiratória, embolia pulmonar, convulsões, desenvolvimento de úlceras por pressão e choque hipovolêmico. Durante a internação, também, houve a ocorrência de morbidades isoladas e associadas.

Com relação aos microrganismos encontrados nos exames culturais dos pacientes internados na UTI, durante o período de estudo, tem-se a predominância dos seguintes, conforme exposto na tabela 2.

**Tabela 2** - Frequência de microrganismos associados aos casos de infecções hospitalares dos pacientes que internaram na UTI, no período de julho a dezembro de 2010. Santa Maria, RS, 2011.

Microorganismo	Frequência	
	N	%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14	27
<i>Acinetobacter baumannii</i>	14	27
<i>klebsiella pneumoniae</i>	07	14
<i>Enterobacter species</i>	03	06
<i>Empedobacter brevis</i>	03	06
Outros	11	18
Total	52	100

Por meio da tabela 2, pode-se verificar que a maior parte das infecções é causada por *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii/haemolyticus*. Além disso, outros microrganismos figuram entre os causadores de infecção hospitalar na instituição investigada, tais como: *klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter species* e *Empedobacter brevis*.

Quanto à evolução do quadro, os dados mostraram que 52 (50%) pacientes admitidos foram a óbito e 52 (50%) tiveram alta, dos quais 2 (2%) evoluíram para a alta hospitalar. Os demais foram transferidos para outras unidades da instituição. Dentre as causas de óbito, o choque séptico e a sepses foram responsáveis por 38% dos óbitos, o que corresponde a 40 casos. Outros 21 pacientes (20%) tiveram, como causa do óbito, falência de múltiplos órgãos. A insuficiência respiratória causou óbito em 16 pacientes (16%) e, a insuficiência renal em 11 (10%). Outras causas levaram 16 pacientes (16%) ao óbito na Unidade de Terapia Intensiva investigada. Observou-se que 47 pacientes (48%) tiveram óbito resultante de causas infecciosas, sendo, alguns, com múltiplas causas associadas.

## DISCUSSÃO

Em comparação com um estudo semelhante<sup>6</sup>, os dados encontrados sobre o sexo dos pacientes confirmaram a predominância do sexo masculino com 59,3%. As características demográficas em relação ao sexo confirmam a presente realidade dos sistemas de saúde de muitos países, uma vez que, o número de homens admitidos nas UTIs foi consideravelmente maior que de mulheres. Essas evidências são verificadas em muitos países, onde os homens são mais comumente admitidos em UTI e apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivo que as mulheres.<sup>2</sup>



Em relação à faixa etária dos pacientes, resultado semelhante ao da presente pesquisa, foi encontrado em estudo<sup>7</sup>, no qual ocorreu maior demanda de idosos (60%), em uma população de 384 pacientes pesquisados. A demanda de idosos pelo atendimento em unidades críticas tende a acontecer porque o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, tem sido alvo de discussões das áreas de planejamento e políticas de saúde, tendo em vista as projeções estatísticas brasileiras indicarem que a população idosa passará de 7,5%, em 1991, para 15%, em 2025.<sup>8</sup>

Os resultados permitem inferir que a população idosa utiliza os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, implicando maiores custos, duração do tratamento e recuperação mais lenta. De um modo geral, as UTI recebem, cada vez mais, pacientes em idade avançada, com doenças crônicas agudizadas, que exigem tratamentos complexos, muitas vezes, combinados com recursos limitados.<sup>9</sup> A redução da capacidade de responder ao estresse e à multiplicidade de perdas (parentes e amigos) como, também, as mudanças físicas associadas ao próprio processo de envelhecimento, podem combinar-se e colocar a pessoa em condição de alto risco e de vulnerabilidade a doenças.

A permanência na UTI depende de vários fatores como, por exemplo, a natureza da doença básica e as exigências terapêuticas decorrentes das complicações. É habitual que o tempo de internação em UTI seja curto, sendo citadas, na literatura, permanências de duração de 1 dia e de 2 a 4 dias; contudo, há internações de 5 a 10 dias.<sup>1</sup> Estudo revelou um tempo médio de permanência na unidade de terapia intensiva de 10,5 dias.<sup>7</sup> Assim, o presente estudo evidenciou que o tempo médio de internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva foi de 14 dias. A maioria dos pacientes admitidos (30%) permaneceu internada de 2 a 5 dias e 23% de 6 a 10 dias, o que vem ao encontro dos dados da literatura.

No que se refere aos diagnósticos de internação, resultado semelhante a este estudo foi encontrado em outra investigação<sup>10</sup>, na qual prevaleceram admissões por doenças infecciosas (71,3%), com destaque para sepse, sepse grave e choque séptico encontrados em 36,4%; 27,8% e 35,8%, respectivamente; 29,8% dos pacientes foram internados na UTI por problemas neurológicos, e 24,3% por doenças respiratórias. Outro estudo constatou que, as patologias respiratórias foram as maiores motivadoras das internações, na UTI do Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP, no período de 2002 e 2003, com 21,8% dos 357 pacientes estudados, seguidos de 19,8% de pacientes em pós-operatório e 14,8% de internações por choque séptico.<sup>11</sup> Enquanto que, em outra investigação,<sup>1</sup> os diagnósticos que mais motivaram internações na Unidade de Terapia Intensiva foram: infarto agudo de miocárdio, insuficiência respiratória aguda, angina instável, choque séptico, hemorragia digestiva alta e edema agudo de pulmão.

Interessante destacar que, na instituição investigada na presente pesquisa, já existe uma unidade de cardiologia intensiva, para onde são encaminhados pacientes com dano cardiovascular. Dessa forma, os dados encontrados são relativos à internação em UTI geral, excluindo-se as patologias cardíacas. Também cumpre destacar que, a referida UTI atende a grande demanda de pacientes do município e região, constituindo-se na única unidade que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa uma alta demanda reprimida, tendo em vista que o número de leitos é insuficiente para tal. Com isso, há uma grande parcela de pacientes que já internam com estado bastante agravado de saúde, muitas vezes, já portando complicações de sua doença de base.

Os pacientes em terapia intensiva podem apresentar instabilidade grave de um ou mais sistemas fisiológicos principais ou podem apresentar alto risco de instabilidade de um desses sistemas. Por isso, devem ser mantidos: acesso venoso; controle de via aérea; monitorização do eletrocardiograma (ECG); previsão para administração imediata de medicações utilizáveis em caso de parada cardiorrespiratória; solicitação de exames,

monitorização específica clínica e invasiva. Os procedimentos invasivos como: cateterismo venoso central, cateterismo urinário de longa permanência, intubação orotraqueal, traqueostomia, uso de ventilação mecânica e a permanência prolongada na UTI são fatores preditivos para a ocorrência de infecção hospitalar.

Assim, nesta pesquisa, no que diz respeito às complicações adquiridas durante a internação, observou-se que 50% dos pacientes admitidos na UTI Adulto apresentaram algum tipo de infecção. Em relação às infecções, em outros estudos<sup>6,10</sup> observaram-se taxas um pouco maiores de infecções com 53,4% e 53,8% respectivamente. Diferentemente do presente estudo, outra investigação realizada sobre o tema<sup>6</sup>, aponta que o sítio mais prevalente foi o urinário, com 43%; em segundo lugar apareceu a pneumonia associada à ventilação mecânica com 30% e a infecção da corrente sanguínea incidiu em 14% da população estudada. Dentre os microrganismos isolados, houve um predomínio de fungos (*Candida albicans*, *Candida glabrata* e outras leveduras) (48,1%) e *Pseudomonas aeruginosa* (29,6%) nas infecções do trato urinário, de *Pseudomonas sp* (29,5%) e *Staphylococcus aureus* (21,1%) nas pneumonias hospitalares e de *Staphylococcus sp* (33,3%) nas infecções de sítio sanguíneo.<sup>6</sup>

Outro estudo<sup>12</sup> revelou taxas maiores, sendo que o sítio mais prevalente foi o respiratório, igualmente ao encontrado no estudo em questão, com uma taxa de 71%, seguido do trato urinário com 4% e feridas cirúrgicas com incidência de 3%. Os patógenos mais isolados foram bacilos gram-negativos (*Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter sp* e *Acinetobacter sp*) em 53,2% dos casos e coccus gram-positivos em 30,4%. Muitos estudos apontam alta incidência de infecção urinária, em decorrência de diferentes tipos de sondagens. Entretanto, o uso de cateter uretral de longa permanência tem sido associado a 80% das infecções do trato urinário.<sup>11</sup> Essa parece ser uma realidade também no contexto de muitas UTIs, nas quais os pacientes precisam permanecer internados por longos períodos, além de necessitarem do uso de cateter de longa permanência, especialmente em função das alterações do nível de consciência e necessidade de controle rigoroso do balanço hídrico. Inevitavelmente essa situação demanda atenção especial quanto ao controle de infecções, especialmente para a equipe de enfermagem.

Já as infecções da corrente sanguínea estão entre as mais comumente relacionadas à assistência à saúde. Dentre os mais frequentes fatores de risco conhecidos, podemos destacar o uso de cateteres vasculares centrais, principalmente os de curta permanência.<sup>13</sup> Os cateteres podem ser contaminados com a flora bacteriana da pele do paciente, mãos dos profissionais que manuseiam o sistema, por disseminação hematogênica de foco a distância, por meio de soluções e conexões contaminadas ou, por transdutores contaminados, utilizados para monitorização hemodinâmica dos pacientes.<sup>3</sup> Além disso, um dos grandes riscos do hospital é a transmissão de bactérias e outros patógenos entre pacientes colonizados/infectados para pacientes suscetíveis e profissionais da saúde, contribuindo para o aumento das infecções hospitalares.<sup>14</sup> Situações associadas com o simples ato de não lavar as mãos, não utilização dos Equipamentos de Proteção Individuais e inadequado manejo dos materiais usados nos procedimentos invasivos, podem originar e proliferar as infecções na UTI.

Também cabe destacar que, um dos fatores que contribuem para a alta taxa de infecção na UTI, possivelmente, está associado ao uso de antimicrobianos, durante o prolongado tempo de internação.<sup>15</sup> Neste contexto, destaca-se que o uso adequado e controlado de antibióticos, a vigilância de exames de microbiológicos, utilização de precauções (luvas, aventais, máscaras), isolamentos e a lavagem das mãos são medidas de suma importância no controle de bactérias multirresistentes.

A busca por uma assistência de qualidade, direcionada às necessidades de cada cliente, deve corresponder à meta dos profissionais da enfermagem. Assim, como o

cuidado é o foco principal de trabalho, considera-se de grande valia e importância que este seja organizado de forma a integrar as necessidades humanas. Desta forma, cabe ressaltar que os membros de comissões de controle de infecção têm a responsabilidade de estabelecer uma política institucional para prevenir e controlar a infecção, porém, o sucesso do programa dependerá do envolvimento de todos os profissionais que atuam na prestação da assistência hospitalar. De nada adianta o conhecimento do fenômeno e das medidas preventivas, se quem presta assistência não as adota no seu fazer profissional. A enfermagem, por meio do cuidado prestado, integra o trabalho dos demais profissionais, possibilitando incrementar esta política institucional de controle de infecção hospitalar.<sup>16</sup>

Muitos fatores tornam complexa a decisão para dar alta ao paciente de UTI, em razão da grande variabilidade de condições clínicas observadas na clientela dessas unidades. Com frequência, é difícil identificar os indicadores do “lugar” do paciente de alto risco, após a alta. A existência de unidades de tratamento intermediário, também denominadas semi-intensivas, facilitam a gestão do serviço, no sentido de racionalizar o uso dos leitos, particularmente, das unidades críticas, otimizando custos e favorecendo o bem-estar do cliente, uma vez que, na maioria dos casos, permitem a permanência do acompanhante, e as visitas são mais liberadas.<sup>17</sup>

A qualidade da assistência ao paciente crítico está diretamente relacionada às atividades do enfermeiro, tanto pelo seu papel no planejamento da estrutura e processos desenvolvidos nas unidades hospitalares como também, pela sua participação na decisão sobre a alta do paciente. Assim, é papel do enfermeiro adequar a transferência do paciente da UTI a outra unidade que atenda suas demandas.

Cabe lembrar que a taxa de mortalidade encontrada na UTI da instituição, no presente estudo, foi de 50% e o choque séptico e a falência de múltiplos órgãos foram as condições clínicas que registraram as mais altas porcentagens de evolução dos casos para o óbito. Ressalta-se que, alguns dos óbitos, continham múltiplas causas associadas. Índices semelhantes de mortalidade foram encontrados na literatura, variando de 46,6% a 58%.<sup>6,9,11</sup> Similar à presente pesquisa, dois estudos constaram que as principais causas dos óbitos na UTI foram choque séptico (27,4%), disfunção orgânica múltipla (25,9%) e insuficiência respiratória (25,2%).<sup>6,9</sup>

A sepse se configura em grande desafio para a assistência à saúde, no Brasil e em todo o mundo, especialmente, em UTIs. Um estudo que congregou um número significativo de UTIs, em todo o país, evidenciou que a mortalidade global dos pacientes sépticos foi de 46,6%. Quando se avaliaram os pacientes com choque séptico, a mortalidade encontrada foi de 65,3%, e com sepse grave, foi de 34,4%.<sup>18</sup> Dessa forma, o diagnóstico precoce e a intervenção rápida melhoram as condições clínicas e diminuem a mortalidade. O enfermeiro é o profissional que permanece à beira do leito, que assiste o paciente em todas as suas necessidades e detém os conhecimentos necessários para uma avaliação crítica das condições do paciente grave, podendo e devendo discutir, com a equipe, as intervenções e condutas a serem realizadas.<sup>3</sup> A padronização da assistência de enfermagem direciona o pensamento do enfermeiro para decisões apropriadas sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes, os resultados que se quer alcançar e quais os melhores cuidados para atender às necessidades, considerando os resultados desejáveis.<sup>19</sup>

A uniformização dos cuidados, somada à educação permanente e a qualificação para manejo dos recursos tecnológicos, é fator que possibilita, aos profissionais, prestar cuidado de boa qualidade técnica. No entanto, é preciso que a equipe esteja sempre atenta às necessidades individuais de cada paciente e da sua família. A educação permanente deve constituir parte do pensar e fazer dos trabalhadores, propiciando o crescimento pessoal e profissional, a fim de contribuir para a organização do trabalho. A prática da enfermagem, baseada em evidências científicas, a divulgação de pesquisas relacionadas ao cuidado de enfermagem e a capacidade de padronizar o cuidado, de supervisionar o trabalho da equipe e





de priorizar e prestar o cuidado direto ao paciente crítico servirão de subsídios à enfermeira, para a realização de cuidado humanizado e de qualidade.<sup>19</sup>

## CONCLUSÃO

Tão importante quanto à aplicação de recursos em novos tratamentos e tecnologias de ponta nas unidades de tratamento intensivo, o conhecimento de dados epidemiológicos da população atendida é uma necessidade que se impõe, ante ao seu crescente custo no atendimento de saúde. Dessa forma, por meio desse estudo, pode-se concluir que os pacientes internados na UTI investigada, caracterizam-se como predominantemente do sexo masculino, idosos, sendo a maior parcela procedente da Unidade de Pronto Atendimento da instituição. O tempo médio de internação foi de 14 dias, com índice de mortalidade de 50%. As doenças infecciosas foram a principal causa de internação e a infecção respiratória a principal co-morbidade adquirida durante a hospitalização.

A caracterização de pacientes de UTI pode auxiliar nas diretrizes das admissões e altas dessa unidade, pois, o conhecimento do perfil dos doentes críticos favorece o estabelecimento de critérios objetivos para essa finalidade. A aplicação de critérios objetivos para admissão e alta da UTI pode promover o uso dos leitos de forma mais racional e evitar a exposição do paciente a riscos desnecessários. Dessa forma, conhecer os pacientes e esses critérios é, para o enfermeiro, informação essencial para planejar e organizar a assistência nas UTIs e nas unidades hospitalares que recebem os pacientes na sequência do tratamento.

Diante das informações obtidas neste estudo, entende-se que a forma de acompanhamento das doenças que acometem os pacientes atendidos em UTI precisa ser aprimorada. Tendo em vista a natureza do estudo, considerou-se uma das limitações importantes a precariedade dos registros.

Conclui-se que este estudo pode contribuir para o planejamento e/ou criação de instrumentos de avaliação e metodologia para a assistência de enfermagem e obter ganhos na evolução do quadro clínico do cliente em tratamento intensivo, minimizando, dentre outros, a mortalidade e os índices de infecção hospitalar. Por outro lado, sugere-se o desenvolvimento de estudos semelhantes, acrescidos de dados relativos ao uso de suporte tecnológico, no intuito de buscar-se ampliar dados sobre a caracterização da clientela e o impacto disso para o processo assistencial à saúde e processo de trabalho em Unidades de Terapia Intensiva.

## REFERÊNCIAS

1. Paiva SAR, Matai O, Resende N, Campana AO. Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva - estudo observacional de sete anos (1992 - 1999). *Rev Bras Ter Intensiva*. 2002;14(2):73-80.
2. Freitas ERF. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(3):317-23.
3. Viana RAPP. *Sepse para enfermeiros - As horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico*. Porto Alegre: Artes médicas; 2009.
4. Camponogara S, Santos TM, Seifert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Rev Enferm UFSM*. [internet] 2011 [acesso em 2012 mar 26];1(1):124-32. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2237>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.



6. Oliveira OA, Oliveira ALL, Pontes ERJVC, Oliveira SMVL, Cunha RV. Epidemiologia da infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. *Rev Pan Infect.* 2009;11(2):32-7.
7. Rocha MS, Caetano JA, Soares E, Medeiros F L. Caracterização da população atendida em Unidade de Terapia Intensiva: subsídio para a assistência. *Rev Enferm UERJ.* 2007; 15(3):411-6.
8. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Públ.* 2004;38:687-94.
9. Moraes R S, Fonseca JML, Leoni CBR. Mortalidade em UTI: fatores associados e avaliação do estado funcional após a alta hospitalar. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2005;17(2):80-4.
10. Zanon F, Caovilla JJ, Michel RS, Cabeda EV, Ceretta DF. Sepsis na Unidade de Terapia Intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20(2):128-34.
11. Garcia TPR, Romero MP, Poletti NAA, Cesarino CB, Ribeiro RCHM. Principais motivos de internação do paciente com Insuficiência Renal Aguda na Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(3):146-50.
12. Abelha FJ, Castro MA, Landeiro N M, Neves SCC. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. *Rev Bras Anestesiol.* 2006;56(1):34-45.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Infecção de Corrente Sanguínea. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. [Brasília]: ANVISA; 2010.
14. Gomes, DLC. Mecanismos de transmissão de doenças-precauções e isolamentos de pacientes. In: Amaral CFS. Infecção Hospitalar. Enciclopédia da Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
15. Nunes LVF, Miranda LN, Brasileiro ME. Principais infecções hospitalares que se desenvolvem nas unidades de terapia intensiva (UTI) e quais os procedimentos básicos para evitar sua proliferação - revisão bibliográfica. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;1(1):1-13.
16. Pereira MS, Prado MA, Sousa JT, Tipple AFV, Souza ACS. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(2):250-7
17. Silva MCM, Souza RMC, Padilha KG. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? *Rev Latinoam Enferm.* 2010;18(2):224-32.
18. Sales JALJ, et al. Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18(1):9-17.
19. Montanholi LL, Merighi MAB, Jesus MCP. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. *Rev Latinoam Enferm.* 2011;19(2):301-8.

Data de recebimento: 09/04/12

Data de aceite: 24/05/12

Contato com autor responsável: Silviamar Camponogara

Endereço: Rua Visconde de Pelotas, 1230/201. Santa Maria, RS

CEP: 97015-140

E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br