

Artigo

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE DOS SETORES
INTENSIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE MACAPÁ/AP**

**EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF INTENSIVE CARE UNIT MORTALITY
IN A PUBLIC HOSPITAL IN MACAPÁ/AP**

Micaelle Kisságora Rodrigues Oliveira¹

Sigelfrann Soares Alencar²

Cláudio Alberto Gellis de Mattos Dias³

Amanda Alves Fecury⁴

RESUMO - Objetivou-se estudar o perfil epidemiológico da mortalidade dos setores intensivos de um hospital público de Macapá/AP. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, com análise documental (registros médicos e Livros de Ordem e Ocorrência da Enfermagem) dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e Unidade Semi-intensiva entre os anos de 2015 e 2017. Em ambos os setores, houve predomínio de óbitos na faixa etária dos 38 aos 77 anos (n=107 e 153, respectivamente), do sexo masculino (n=141 e 174) e das doenças do aparelho circulatório (n=100 e 171). No tocante ao tempo de internação, na UTI faleceram os internados acima de oito dias (n=124), enquanto na USI foram os abaixo de sete dias (n=223). Ratificando a literatura, predominou o sexo masculino e doenças circulatórias, entretanto em idade mais precoce do que a referida pela mesma. Possivelmente, isso ocorra devido a resistência/negação de cuidados com a saúde pelos homens e pelo maior consumo de sódio e gordura na população mais jovem. Diante disso, conclui-se que são

¹ Bacharel em Fisioterapia, Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil. Rua Nove, 199, Marabaixo 1, Macapá/AP, CEP 68906-519, Telefone: (96) 98411-1118/ (96) 98405-5964, E-mail: mik_kaele@yahoo.com.br;

² Licenciado em Ciências Biológicas, Mestre em Biodiversidade Tropical, Universidade do Estado do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil;

³ Licenciado em Ciências Biológicas, Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Instituto Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil;

⁴ Bacharel em Biomedicina, Doutora em Medicina Tropical, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil.



Artigo

necessárias medidas públicas mais eficazes voltadas ao público masculino, especialmente nos adultos jovens, juntamente com mais investimentos e treinamento no atendimento dos setores intensivos, podendo resultar em diminuição das taxas de mortalidade, tempo de internação, custos para instituição e déficits psicossociais para os sobreviventes.

Palavras-chaves: Mortalidade Hospitalar; Cuidados críticos; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT - This study aimed to study the epidemiological profile of intensive care unit mortality in a public hospital in Macapá / AP. This is a descriptive, quantitative and retrospective study with documentary analysis (medical records and Nursing Order and Occurrence Books) of patients admitted to the Intensive Care Unit and Semi-intensive Unit between 2015 and 2017. In both In some sectors, there was a predominance of deaths in the age group from 38 to 77 years (n = 107 and 153, respectively), males (n = 141 and 174) and circulatory system diseases (n = 100 and 171). Regarding the length of stay, in the ICU those hospitalized over eight days died (n = 124), while in the ICU were those below seven days (n = 223). Ratifying the literature, male and circulatory diseases predominated, however at an earlier age than that referred to by the literature. Possibly this is due to the resistance / denial of health care by men and the higher intake of sodium and fat in the younger population. In view of this, it is concluded that more effective public measures aimed at the male public are needed, especially in young adults, together with more investment and training in the care of intensive sectors, which may result in reduced mortality rates, length of stay, costs for institution and psychosocial deficits for survivors. The objective was to study the epidemiological profile of mortality in intensive care units of a public hospital in Macapá / AP. This is a descriptive, quantitative and retrospective study with documentary analysis (medical records and Nursing Order and Occurrence Books) of patients admitted to the Intensive Care Unit and Semi-intensive Unit between 2015 and 2017. In both In some sectors, there was a predominance of deaths in the age group from 38 to 77 years (n = 107 and 153, respectively), males (n = 141 and 174) and circulatory system diseases (n = 100 and 171). Regarding the length of stay, in the ICU those hospitalized over eight days died (n = 124), while in the ICU were those below seven days (n = 223). Ratifying the literature, male and circulatory diseases predominated, however at an earlier age than that referred to by the literature. Possibly



Artigo

this is due to the resistance / denial of health care by men and the higher intake of sodium and fat in the younger population. In view of this, it is concluded that more effective public measures aimed at the male public are needed, especially in young adults, together with more investment and training in the care of intensive sectors, which may result in reduced mortality rates, length of stay, costs for institution and psychosocial deficits for survivors.

Keywords: Hospital Mortality; Critical Care; Epidemiology; Public Health.

INTRODUÇÃO

A Guerra da Crimeia (1854) foi o marco inicial para a concepção de cuidados intensivos através da enfermeira Florence Nightingale, onde a mesma idealizou um ambiente reservado para monitorização dos pacientes graves e que resultou em diminuição da taxa de mortalidade de 40% para 2%. Quase um século depois, durante a pandemia de poliomielite e com o início dos primeiros Ventiladores Mecânicos (“Pulmão de aço”), a ideia de Florence foi novamente posta em ação em Baltimore, EUA, por Peter Safar, onde este comprovou sua eficácia e iniciou definitivamente a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tornando-se o primeiro médico intensivista (EL-FAKHOURI *et al*, 2016; FRANÇA *et al*, 2013).

Define-se UTI como o setor aonde são internados pacientes graves que necessitam de monitorização contínua e de atendimento especializado (profissional, tecnológico e terapêutico). Enquanto a Unidade de Terapia Semi-intensiva (USI), admite pacientes cuja gravidade clínica já foi estabilizada, não necessitam mais de cuidados médicos intensivos, mas sim dos fornecidos pelos demais profissionais intensivistas (exemplo: enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, etc.) e não possuem condições de transferência para setores com menor monitorização (BRASIL, 2010; CREMEC, 2002).

A primeira UTI brasileira foi criada em 1967 no Rio de Janeiro, RJ, todavia 50 anos depois a quantidade de leitos de UTI existentes no país ainda é insuficiente para atender a demanda. Atualmente, há uma grande discrepância entre a quantidade de leitos hospitalares “sem UTI” (452.755 – 92%) e os “com UTI” (41.741 – 8%), o equivalente a 2,19 leitos em UTI para cada 10.000 habitantes, demonstrando ações contrárias ao aumento da expectativa de vida e morbidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Artigo

(DCNT). A maioria dos leitos é de UTI com atendimento especializado em Adultos, sendo a especialista em Queimados a de menor quantidade (27.709 vs. 244) (AMIB, 2016; FRANÇA *et al*, 2013; MORITZ *et al*, 2010).

A região Norte do Brasil possui 5,2% dos leitos “com UTI”, tendo a menor proporção de leito/habitantes do país (1,37), enquanto o Sudeste possui a maior concentração (53,4%) e maior proporção de leitos/habitantes (2,78). O Estado do Amapá (AP) possui 5,4% das unidades de saúde com UTI da região Norte (4 públicos, 2 privados e 1 filantrópico) e 0,4% a nível nacional. Não sendo registrado nenhum leito de UTI na região interiorana do estado, enquanto a capital (Macapá) apresenta 28 de UTI Adulto, 23 Neonatal e 5 Pediátrica (AMIB, 2016).

O conhecimento epidemiológico da mortalidade dos setores intensivos é de fundamental importância, possibilitando bases para melhor atuação dos profissionais dos setores e criação de programas preventivos, com possibilidade de redução dos custos para as instituições. No entanto, apesar dessa importância, a região Norte possui poucos estudos epidemiológicos sobre aqueles ambientes. Tal déficit é mais presente a nível local, onde não foi encontrado nenhum estudo publicado semelhante ao proposto.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade da UTI e USI de um hospital público de Macapá/AP, durante os anos de 2015 e 2017.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na UTI e USI do Hospital de Emergências Dr. Oswaldo Cruz (HEOC), situado em Macapá (AP), na região norte do Brasil, e de atendimento exclusivamente público através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Constituiu-se de pesquisa quantitativa, descritiva e retrospectiva, tendo por ferramenta de consulta os Livros de Ordem e Ocorrência da Enfermagem dos setores intensivos supracitados, bem como os registros médicos dos pacientes internados naqueles durante os anos de 2015 e 2017 e que evoluíram para óbito. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, tempo de internação e patologias de admissão, agrupadas pela décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10), sendo essas contabilizadas individualmente.

Foram incluídos todos os pacientes de idade ≥ 18 anos que foram internados na UTI e USI do HEOC no período de 01º de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017,



Artigo

estando excluídos os internados fora desse período. No entanto, salienta-se que os pacientes admitidos em 2017, mas que permaneceram internados nos setores intensivos em 2018, tiveram esse tempo contabilizado, visando melhor conhecimento do desfecho.

Os resultados obtidos foram inseridos em planilha no software *Microsoft Excel* 2013[®] e BioEstat 5.3[®], onde foram analisados através de estatísticas descritiva (frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão) e inferencial (teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação de Normalidade, sendo realizada transformação com Log10 nos Não-paramétricos, e teste T de *Student* para comparação entre idade e tempo de internação dos setores), sendo considerados com significância estatística aqueles com $p < 0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (CEP/UNIFAP), conforme diretrizes contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo sido solicitada a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aprovada sob parecer 2.249.063.

RESULTADOS

Durante o período avaliado, foram admitidos na UTI e USI do HEOC 1117 pacientes (454 e 663, respectivamente) e destes 509 evoluíram para óbito (227 UTI e 282 USI), como demonstrado na tabela 1.



Artigo

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos da UTI e USI do HEOC de acordo com faixa etária, tempo de internação e sexo.

Idade	UTI				USI				Total
	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	
18 + 37 anos	20 (24,4)	15 (20)	20 (29,8)	1 (33,3)	20 (12,2)	7 (13)	17 (27)	-	100 (19,6)
38 + 57 anos	26 (31,7)	16 (21,3)	11 (16,4)	1 (33,3)	44 (26,8)	18 (33,3)	15 (23,8)	-	131 (25,7)
58 + 77 anos	25 (30,5)	17 (22,7)	10 (14,9)	1 (33,3)	41 (25)	16 (29,6)	18 (28,6)	1 (100)	129 (25,3)
78 + 97 anos	4 (4,9)	8 (10,7)	5 (7,5)	-	29 (17,7)	11 (20,4)	8 (12,7)	-	65 (12,8)
98 + 118 anos	-	-	1 (1,5)	-	1 (0,6)	-	-	-	2 (0,4)
Sem registro	7 (8,5)	19 (25,3)	20 (29,8)	-	29 (17,7)	2 (3,7)	5 (7,9)	-	82 (16,1)
Tempo de internação									
≤ 3 dias	18 (22)	18 (24)	20 (29,8)	-	102 (62,2)	16 (29,6)	34 (54)	-	208 (40,9)
4 a 7 dias	17 (20,7)	15 (20)	15 (22,4)	-	36 (21,9)	20 (37)	15 (23,8)	-	118 (23,2)
8 a 15 dias	30 (36,6)	20 (26,7)	15 (22,4)	2 (66,7)	19 (11,6)	9 (16,7)	9 (14,3)	-	104 (20,4)
≥ 16 dias	17 (20,7)	22 (29,3)	17 (25,4)	1 (33,3)	7 (4,3)	9 (16,7)	5 (7,9)	1 (100)	79 (15,5)
Sexo									
Masculino	48 (58,5)	49 (65,3)	42 (62,7)	2 (66,7)	99 (60,4)	29 (53,7)	45 (71,4)	1 (100)	315 (61,9)
Feminino	34 (41,5)	26 (34,7)	25 (37,3)	1 (33,3)	57 (34,7)	25 (46,3)	17 (27)	-	185 (36,3)
Sem registro	-	-	-	-	8 (4,9)	-	1 (1,6)	-	9 (1,8)
Total	82	75	67	3	164	54	63	1	509

Fonte: Dados da autora, 2018.

Houve predomínio, em ambos os setores intensivos, da faixa etária dos 38 aos 77 anos, desconsiderando-se os valores não registrados na UTI, nesta porém alterando tal ritmo em 2017, predominando as idades de 18 a 37 anos. Na USI, ocorreu mesmo fenômeno, predomínio dos 38 aos 77 anos, mas em 2017 foi 18 a 37 anos e 58 a 77 anos.

Com relação ao tempo de internação, a maior frequência de óbitos teve discrepância entre os ambientes, ocorrendo naqueles internados acima de oito dias na UTI. À medida que na USI foram mais precoces, com tempo de internação inferior a sete dias.

Durante todo o estudo, existiu maior frequência do sexo masculino dentre os óbitos, apresentando uma diferença de 25,6% entre esses. Além disto, houve diminuição da quantidade de óbitos na UTI, isto não se repetindo na USI.



Artigo

As médias de idade e tempo de internação também apresentaram diferença entre os setores intensivos (tabela 2), sendo as médias das idades encontradas na UTI menor que as da USI (Geral: 50,5 ± 19,6 anos vs. 57,9 ± 19,7 anos), enquanto no tempo de internação foi o contrário, isto é, maior na primeira que na segunda (Geral: 13,3 ± 18,4 dias vs. 6,4 ± 11,5 dias).

Tabela 2 – Médias de idade e tempo de internação e valor de p do perfil epidemiológico da mortalidade dos setores intensivos do HEOC.

Anos	UTI				USI				Teste T de Student	
	Idade (anos)		Tempo de Internação (dias)		Idade (anos)		Tempo de Internação (dias)		p (Idade)	p (Tempo de Internação)
	Médias	D.P.*	Médias	D.P.*	Médias	D.P.*	Médias	D.P.*		
2015	50,9	18,4	10,7	10,2	59,3	19,8	4,6	7,1	0,0015	<0,0001
2016	52,9	19,9	15	20,2	59,6	17,7	9,8	12,3	0,0354	0,0287
2017	47,4	21	12,7	16,2	52,5	20,4	6,3	9,7	0,1732	0,0018
2018	44	23,1	57,7	82,6	75 ⁺	-	124 ⁺	-	-	-
Geral	50,5	19,6	13,3	18,4	57,9	19,7	6,4	11,5	0,0001	<0,0001

*D.P: Desvio Padrão; ⁺valores registrados do único paciente admitido em 2017, mas que permaneceu internado na USI em 2018.

Fonte: Dados da autora, 2018.

As doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em ambos os setores (n = 100 UTI e 171 USI), tendo o sexo feminino maior ocorrência na UTI, enquanto na USI foi o masculino, como apresentado na tabela 3.



Artigo

Tabela 3 – Distribuição dos grupos de patologias, segundo CID 10, por ano e sexo, que resultaram em óbitos da UTI do HEOC.

CID 10	2015		2016		2017		2018		Total (%)
	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	
A00 - B99: Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11 (6,2)	11 (6,2)	7 (5,8)	5 (4,2)	8 (6,8)	5 (4,2)	-	-	47 (11,2)
C00 - C97: Neoplasias	4 (2,2)	-	2 (1,7)	2 (1,7)	-	-	-	-	8 (1,9)
D50 - D89: Sangue e outros órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	-	2 (1,1)	1 (0,8)	1 (0,8)	2 (1,7)	-	-	-	6 (1,4)
E00 - E90: Endócrinas, nutricionais e metabólicas	6 (3,4)	7 (3,9)	-	6 (5)	3 (2,5)	3 (2,5)	-	-	25 (6)
G00 - G99: Sistema Nervoso	1 (0,6)	2 (1,1)	-	1 (0,8)	3 (2,5)	1 (0,8)	-	-	8 (1,9)
I00 - I99: Aparelho Circulatório	21 (11,8)	26 (14,6)	17 (14,2)	12 (10)	10 (8,5)	13 (11)	-	1 (25)	100 (23,8)
J00 - J99: Aparelho Respiratório	5 (2,8)	10 (5,6)	5 (4,2)	2 (1,7)	3 (2,5)	4 (3,4)	-	-	29 (6,9)
K00 - K93: Aparelho Digestivo	3 (1,7)	2 (1,1)	3 (2,5)	2 (1,7)	-	2 (1,7)	-	-	12 (2,9)
M00 - M99: Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	-	-	-	2 (1,7)	1 (0,8)	3 (2,5)	-	-	6 (1,4)
N00 - N99: Aparelho Geniturinário	12 (6,7)	6 (3,4)	8 (6,7)	6 (5)	4 (3,4)	6 (5,1)	-	-	42 (10)
O00 - O99: Gravidez, Parto e Puerpério	-	1 (0,6)	-	-	-	-	-	-	-
R00 - R99: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1 (0,6)	-	-	-	2 (1,7)	1 (0,8)	-	-	4 (1)
S00 - T98: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	11 (6,2)	2 (1,1)	8 (6,7)	-	7 (5,9)	1 (0,8)	1 (25)	1 (25)	31 (7,4)
V01 - Y98: Causas externas de morbidade e mortalidade	7 (3,9)	1 (0,6)	6 (5)	-	9 (7,6)	2 (1,7)	-	-	25 (6)
Z00 - Z99: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	15 (8,4)	10 (5,6)	18 (15)	2 (1,7)	17 (14,4)	5 (4,2)	1 (25)	-	68 (16,2)
Sem diagnóstico descrito	1 (0,6)	-	2 (1,7)	2 (1,7)	2 (1,7)	1 (0,8)	-	-	8 (1,9)
Total por sexo	98 (55,1)	80 (44,9)	77 (64,2)	43 (35,8)	71 (60,2)	47 (39,8)	2 (50)	2 (50)	420
Total por ano	178		120		118		4		

Fonte: Dados da autora, 2018.



Artigo

Tabela 4 – Distribuição dos grupos de patologias, segundo CID 10, por ano e sexo, que resultaram em óbitos da USI do HEOC.

CID 10	2015			2016			2017			2018		Total (%)
	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n SNR* (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n SNR* (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	n SNR* (%)	n Masc. (%)	n Fem. (%)	
A00 - B99: Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20 (6,3)	11 (3,4)	-	1 (0,9)	4 (3,7)	-	11 (9,6)	5 (4,4)	-	1 (33,3)	-	53 (9,7)
C00 - C97: Neoplasias	3 (0,9)	1 (0,3)	-	2 (1,8)	-	-	-	-	-	-	-	6 (1,1)
D50 - D89: Sangue e outros órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	2 (0,6)	2 (0,6)	-	1 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-	5 (0,9)
E00 - E90: Endócrinas, nutricionais e metabólicas	17 (5,3)	12 (3,8)	-	6 (5,5)	4 (3,7)	-	4 (3,5)	6 (5,3)	-	-	-	49 (9)
G00 - G99: Sistema Nervoso	2 (0,6)	8 (2,5)	-	3 (2,7)	2 (1,8)	-	-	-	-	-	-	15 (2,8)
I00 - I99: Aparelho Circulatório	50 (15,7)	49 (15,4)	4 (1,2)	20 (18,3)	20 (18,3)	-	16 (14)	11 (9,6)	1 (0,9)	-	-	171 (31,4)
J00 - J99: Aparelho Respiratório	21 (6,6)	15 (4,7)	-	11 (10,1)	10 (9,2)	-	9 (7,9)	11 (9,6)	-	1 (33,3)	-	78 (14,3)
K00 - K93: Aparelho Digestivo	13 (4,1)	6 (1,9)	-	2 (1,8)	2 (1,8)	-	2 (1,8)	1 (0,9)	-	1 (33,3)	-	27 (5)
M00 - M99: Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	-	3 (0,9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 (0,6)
N00 - N99: Aparelho Geniturinário	11 (3,4)	14 (4,4)	-	3 (2,7)	3 (2,7)	-	1 (0,9)	-	-	-	-	32 (5,9)
O00 - O99: Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R00 - R99: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3 (0,9)	1 (0,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 (0,7)
S00 - T98: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	20 (6,3)	-	-	7 (6,4)	1 (0,9)	-	17 (14,9)	-	-	-	-	45 (8,3)
V01 - Y98: Causas externas de morbidade e mortalidade	8 (2,5)	-	2 (0,6)	1 (0,9)	-	-	5 (4,4)	2 (1,8)	-	-	-	18 (3,3)
Z00 - Z99: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	9 (2,8)	5 (1,6)	-	2 (1,8)	1 (0,9)	-	7 (6,1)	2 (1,8)	-	-	-	26 (4,8)
Sem diagnóstico descrito	3 (0,9)	2 (0,6)	2 (0,6)	-	3 (2,7)	-	3 (2,6)	-	-	-	-	13 (2,4)
Total por sexo	182 (57,1)	129 (40,4)	8 (2,5)	59 (54,1)	50 (45,9)	-	75 (65,8)	38 (33,3)	1 (0,9)	3 (100)	-	545
Total por ano		319		109			114			3		

*SNR: Sexo não registrado.

Fonte: Dados da autora, 2018.



Artigo

Houve distinção quanto ao segundo lugar das patologias mais frequentes, predominando na UTI “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, sendo contabilizados desta classe apenas os “Pós-operatórios” (n = 68; 16,2%), enquanto na USI foram doenças do aparelho respiratório (n = 78; 14,3%). No tocante a terceira posição, foi igual nos dois setores: doenças infecciosas e parasitárias (n = 47; 11,2% e 53; 9,7%, respectivamente).

Dentre os subgrupos das patologias predominantes, destacaram-se na UTI: Acidente Vascular Cerebral (AVC; n = 38), Pós-operatórios de cirurgias do abdômen (n = 43) e Sepses (n = 34). Ao passo que na USI foram: AVC (n = 60), Pneumonia (n = 37) e Sepses (n = 35).

DISCUSSÃO

Os setores intensivos do HEOC apresentaram alta taxa de mortalidade durante o período estudado, apesar de demonstrar diminuição dessa ao longo dos anos. Entretanto, tais valores ainda encontram-se acima dos citados na literatura, com 73 e 144 óbitos, respectivamente (GUIA *et al*, 2015; SOUSA *et al*, 2010/14).

Tal variância encontrada possivelmente decorra do HEOC ser a primeira porta de atendimento público de urgência/emergência de média e alta complexidade, atendendo tanto os residentes em Macapá quanto de regiões circunvizinhas, além de servir como centro de referência para casos mais complexos (MADERS; CUNHA, 2015).

A maior frequência dos óbitos ocorreu nos pacientes com idades entre 38 e 57 anos, faixa etária mais jovem do que obtidas por El-Fakhouri *et al* (2016) (70-79 anos) e Sousa *et al* (2014) (71-80 anos). Referida precocidade pode resultar da admissão de pacientes oriundos de outros municípios, com quadro clínico mais grave, além de, devido a diminuta quantidade de leitos públicos de terapia intensiva adulta existentes no AP, a idade ser considerada como fator de triagem para admissão nesses, especialmente dentre os mais idosos (≥ 80 anos) (AMIB, 2016; NGUYEN *et al*, 2011).

Todavia, houve considerável quantidade de idades não registradas nos setores intensivos do HEOC (16,1%), o que poderia alterar a frequência acima citada. Tais déficits também foram relatados por Padilha *et al* (2014), onde os mesmos verificaram que dos registros de enfermagem analisados de uma UTI pública, apenas 46% puderam ser classificados como Completos, apesar de bem abaixo da meta estipulada pelos autores



Artigo

de > 80%, seguidos de 43% Incompletos, 10% Não preenchidos e 1% Incorretos. A categoria de Dados de Identificação dos pacientes obteve 60% de preenchimento incompleto, estando atrás de Condições de Alta (78%).

Corroborando com os autores acima, Silva *et al* (2012) demonstrou que 45% dos dados de uma USI pública estavam Completos, 25,3% Incompletos e 29,7% Não preenchidos, onde Dados de Identificação foi o que mais se aproximou do ideal (>80%), apresentando 74,8% dos dados preenchidos.

O tempo de internação foi distinto entre a UTI e USI do HEOC, nesta sendo nos internados com período \leq sete dias, enquanto na primeira nos de tempo \geq oito dias. Apesar de quando analisado o tempo e setores intensivos de forma integral, predominar os internados por três ou menos dias. Este achado condiz com os de Vieira *et al* (2019), ratificando a precocidade dos óbitos dentro dos setores intensivos, apesar do autor apresentar uma média de tempo de internação maior do que a obtida nesta pesquisa (20 vs. 13,3 UTI e 6,4 dias USI). Entretanto, contraria os de Olaechea *et al* (2016) e Guia *et al* (2015), cujas mortes ocorreram além das duas semanas de internação.

Tal precocidade possivelmente decorra da extrema gravidade clínica que o paciente pode ser admitido nos setores intensivos, decorrente do tempo de espera prolongado por um leito naqueles (como apresentado por Olaechea *et al* [2016] de média de 7,59 dias de espera), por evolução da doença ou até pela gravidade inicial da mesma, comum principalmente nas de origem traumática (RUIZ *et al*, 2016).

Apesar de Castro *et al* (2016), El-Fakhouri *et al* (2016) e Nogueira *et al* (2012) apontarem o sexo masculino como público predominante nos setores intensivos, sua taxa de mortalidade não é tão referenciada, sendo relatado nesta pesquisa e por Sousa *et al* (2014), mas contrariando França *et al* (2013) e Vieira *et al* (2019) que apontam as mulheres como predominantes. No entanto, salienta-se que tal informação geralmente não é divulgada ou não apresenta significância estatística no tocante à mortalidade, como presente em outros estudos, atendo-se às informações sobre idades e patologias desse público (EL-FAKHOURI *et al*, 2016; GUIA *et al*, 2015; NOGUEIRA *et al*, 2012; OLAECHEA *et al*, 2016).

A alta taxa de mortalidade masculina encontrada nesta pesquisa provavelmente decorra da cultura masculina, ainda presente no Brasil, de retardar ou, até mesmo, evitar a procura pelos serviços de saúde, fazendo-o apenas quando o quadro clínico está bastante agravado. Referente às mulheres, apesar de possuírem um maior cuidado com a saúde, resultando em tempo de vida maior que os homens, notável a partir dos 25 anos, segundo



Artigo

o Censo de 2010, elas podem ser vítimas de acometimentos mais graves e/ou fulminantes de patologias (IBGE, 2010).

As doenças do aparelho circulatório, em ambos os setores intensivos estudados, foram as principais responsáveis pelos óbitos, fato que condiz com El-Fakhouri *et al* (2016), Pauletti *et al* (2017), Rodriguez *et al* (2016) e Ruiz *et al* (2016). Isso pode resultar do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população brasileira, tais como a Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*, além de estar associada com a má alimentação contemporânea (excesso de gordura, sódio e açúcar) e inatividade física, conforme demonstrado pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013), cuja maioria das pessoas com diagnóstico médico de HAS e que foram internadas por causa da HAS ou sua complicação, encontram-se na faixa etária dos 30 a 59 anos (n = 2151) e destes, a maioria residia na zona urbana (n = 1821). O mesmo ocorre com o consumo excessivo de sal, que predomina naqueles com idades de 25 a 39 anos (n = 8044) e moradores da zona urbana (n = 7244) (IBGE, 2013).

CONCLUSÃO

No presente estudo, houve alta taxa de mortalidade, com predomínio do sexo masculino, de faixa etária dos 38 aos 77 anos e por principal fator admissional as doenças do aparelho circulatório, possivelmente decorrente da baixa procura daquela população por serviços de saúde, acarretando em maior gravidade dos casos quando internados, além de acometimento precoce das DCNT.

O tempo de internação dos que faleceram foi curto (\leq três dias), provavelmente em consequência da gravidade do caso clínico e dos investimentos insuficientes na saúde pública nas três esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal), frente à alta demanda de usuários.

Salienta-se que tais achados podem não retratar fidedignamente a realidade dos setores intensivos estudados, entretanto apesar das informações não localizadas, as encontradas podem servir para embasamento de melhoria das políticas de atendimento ao paciente. É necessário o reforço da importância do preenchimento completo e correto aos profissionais responsáveis por tal função.

Diante de todo o exposto, e ciente de que o HEOC é a primeira porta de atendimento de saúde público, de caráter de média e alta complexidade, não apenas dos



Artigo

residentes de Macapá, mas de todo o Amapá e regiões circunvizinhas, sem restrição de faixa etária, faz-se importante o conhecimento do público atendido em seus setores intensivos. Uma vez que, respeitando-se a individualidade de cada local, bem como de cada paciente, tais informações podem ser consideradas para assistência de referidos setores nos distintos hospitais locais que prestem assistência ao público estudado (idade \geq 18 anos).

REFERÊNCIAS

- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Censo AMIB 2016**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/amib-divulga-primeira-parte-do-censo-2016-com-mapeamento-das-utis-brasileiras/>>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC 7/2010**. 2010. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- CASTRO, R. R.; BARBOSA, N. B.; ALVES, T.; NAJBERG, E. Perfil das Internações em Unidades de Terapia Intensiva Adulto na Cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 2, p. 115–124, 2016.
- CREMEC. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará. **RESOLUÇÃO CREMEC Nº 26_2002**. Disponível em: <<http://www.cremec.com.br/resolucoes/res2602.htm>>. Acesso em: 1 jun. 2019.
- EL-FAKHOURI, S.; CARRASCO, H. V. C. G.; ARAÚJO, G. C.; FRINI, I. C. M. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, n. 3, p. 248–254, 2016.
- FRANÇA, C. D.; ALBUQUERQUE, P. R.; SANTOS, A. C. B. DA C. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital de reabilitação. **InterScientia**, v. 1, n. 2, p. 72–82, 2013.



Artigo

GUIA, C. M.; BIONDI, R. S.; SOTERO, S.; LIMA, A. A.; ALMEIDA, K. J. . Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, v. 26, n. 1/2, p. 9–19, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol4/default.shtm>.

Acesso em: 3 ago. 2019.

_____. **IBGE _ Brasil em Síntese _ Brasil _ Panorama**. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>>. Acesso em: 3 ago. 2019.

MADERS, G. R.; CUNHA, H. F. A. Análise da gestão e gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) do Hospital de Emergência de Macapá , Amapá , Brasil.

Engenharia Sanitaria e Ambiental, v. 20, n. 3, p. 379–388, 2015.

MORITZ, R. D.; MACHADO, F. O.; CHEREM, M.; ORTIZ JÚNIOR, H. A. Análise das UTIs do Estado de Santa Catarina e avaliação do perfil dos pacientes internados nesses setores. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 39, n. 4, p. 51–55, 2010.

NGUYEN, Y-L.; ANGUS, D. C.; BOUMENDIL, A. GUIDET, B. The challenge of admitting the very elderly to intensive care. **Annals of Intensive Care**, v. 1, p. 1–7, 2011.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G.; KOIKE, K. M.

Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIS públicas e privadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59–67, 2012.

OLAECHEA, P. M.; ÁLVAREZ-LERMA, F.; PALOMAR, M.; GIMENO, R.; GRACIA, M. P.; MAS, N.; RIVAS, R.; SEIJAS, I.; NUVIALS, X.; CATALÁN, M. Characteristics and outcomes of patients admitted to Spanish ICU : A prospective observational study from the ENVIN-HELICS registry (2006-2011). **Medicina Intensiva**, v. 40, n. 4, p. 216–229, 2016.



Artigo

PADILHA, E. F.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de Enfermagem em Terapia Intensiva: Avaliação por meio da Auditoria Retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 239–245, 2014.

PAULETTI, M.; OTAVIANO, M. L. P. O.; MORAES, A. S. T.; SCHNEIDER, D. S. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. **Aletheia**, v. 50, n. 1, p. 38–46, 2017.

RODRIGUEZ, A. H.; BUB, M. B. C.; PERÃO, O. F.; ZANDONADI, G.; RODRIGUEZ, M. J. H. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 229–234, 2016.

RUIZ, C.; DÍAS, M. A.; ZAPATA, J. M.; BRAVO, S.; PANAY, S.; ESCOBAR, C.; GODOY, J.; ANDRESEN, M.; CASTRO, R. Características y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público. **Revista Médica de Chile**, v. 144, p. 1297–1304, 2016.

SILVA, J. A.; GROSSI, A. C. M.; HADDAD, M. C. L.; MARCON, S. S. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 576–581, 2012.

SOUSA, M. N. A.; CAVALCANTE, A. M.; SOBREIRA, R. É. F.; BEZERRA, A. L. D.; ASSIS, E. V.; FEITOSA, A. N. A. Epidemiologia das Internações em uma Unidade de Terapia Intensiva. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, v. 7, n. 2, p. 178–186, 2014.

VIEIRA, A. M.; PARENTE, E. A.; OLIVEIRA, L. S.; QUEIROZ, A. L. BEZZERRA, I. S. A. M.; ROCHA, H. A. L. Características de óbitos dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de hospital terciário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 1, p. 26–31, 2019.

