

DESFECHO CLÍNICO DE USUÁRIOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE INTENSIVA CORONARIANA

Clinical outcome of patients hospitalized in a coronary intensive care unit

Desfecho clínico de usuários internados em uma unidade intensiva coronariana

Lizziane Campos e Silva¹, Suellen Rodrigues de Oliveira Maier², Danielle Santana Soares³, Mayara Rocha Siqueira Sudré⁴, Michele Salles da Silva⁵, Graciano Almeida Sudré⁶

Como citar este artigo:

Silva LC, Maier SRO, Soares DS, Sudré MRS, Silva MS, Sudré GA. Desfecho clínico de usuários internados em uma unidade intensiva coronariana. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:586-592. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8936>.

RESUMO

Objetivo: verificar quais os desfechos clínicos dos usuários internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital no sul de Mato Grosso. **Método:** estudo do tipo coorte retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa, com 593 usuários durante o ano de 2017. **Resultados:** verificou-se significância em relação ao desfecho clínico óbito no bloco de distúrbios mecânicos, em relação ao número menor de admissões e proporcionalmente um aumento do desfecho óbito com 36,3% o que reflete a associação estatística entre as variáveis (p -valor=0,0184); Também é imperativo destacar a relação entre o número de altas e de óbitos a partir do décimo sexto dia de internação, ocorrendo associação entre as variáveis (p -valor= 0,00001). **Conclusão:** espera-se que a partir dos dados sociodemográficos e clínicos dos usuários atendidos, a instituição consiga implementar a assistência ofertada, com foco no atendimento especializado, de modo a repercutir na redução do desfecho óbito na Unidade Coronariana.

Descritores: Desfecho clínico; Doenças cardiovasculares; Envelhecimento; Unidade Terapia intensiva coronariana; Óbito.

- 1 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Sinop. Especialista em Saúde do Adulto e Idoso pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis. Enfermeira do Hospital Regional de Rondonópolis.
- 2 Graduada e Licenciada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis.
- 3 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar Universitário Júlio Muller.
- 4 Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis.
- 5 Graduada em Enfermagem pela Universidade de Cuiabá, Campus Universitário de Cuiabá Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Recursos Naturais da Universidade Federal de Campina Grande. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis.
- 6 Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus Universitário de Rondonópolis.

ABSTRACT

Objective: to verify the clinical outcomes of patients hospitalized in a Coronary Intensive Care Unit of a hospital in the south of Mato Grosso.

Method: a retrospective, documental cohort study with a quantitative approach, with a sample of 593 users during the year 2017. **Results:** significance was verified regarding the clinical outcome of death in the block of mechanical disorders, in relation to the lower number of admissions and proportionately an increase in the death outcome with 36.3%, which reflects the statistical association between the variables (p -value = 0.0184); It is also imperative to highlight the relationship between the number of discharges and deaths from the sixteenth day of hospitalization, with an association between the variables (p -value = 0.00001). **Conclusion:** based on the socio-demographic and clinical data of the patients served, the institution is able to implement the offered assistance, focusing on the specialized care, so as to pass on the reduction of the death outcome in the Coronary Unit.

Descriptors: Clinical outcome; Cardiovascular diseases; Aging; Coronary intensive care unit; Death.

RESUMÉN

Objetivo: verificar los resultados clínicos de los usuarios internados en una Unidad de Terapia Intensiva Coronaria de un hospital en el sur de Mato Grosso. **Método:** estudio del tipo cohorte retrospectivo, documental, con abordaje cuantitativo, con muestra de 593 usuarios durante el año 2017. **Resultados:** se verificó significancia en relación al desenlace clínico óbito en el bloque de disturbios mecánicos, en relación al número menor de admisiones y proporcionalmente un aumento del desencadenamiento óbito con 36,3% lo que refleja la asociación estadística entre las variables (p -valor = 0,0184); También es imperativo destacar la relación entre el número de altas y de muertes a partir del décimo sexto día de internación, ocurriendo asociación entre las variables (p -valor = 0,00001). **Conclusión:** se espera que a partir de los datos sociodemográficos y clínicos de los usuarios atendidos, la institución consiga implementar la asistencia ofrecida, con foco en la atención especializada, para repercutir en la reducción del desenlace muerto en la Unidad Coronaria.

Descriptorios: Desventaja clínica; Enfermedades cardiovasculares; Envejecimiento; Unidad terapia intensiva coronaria; Muerte.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem sido crescente o número de óbitos por doenças cardiovasculares (DCV), estima-se que em 2015 foram a óbito 17,7 milhões de pessoas, destes, 7,4 milhões ocorreram devido doenças cardiovasculares, o que representa 31% do total de óbitos no mundo.¹

As doenças cardiovasculares são aquelas que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos, estas, são classificadas como doenças crônicas, não transmissíveis, podem apresentar complicações de modo a comprometer o prognóstico favorável do paciente, como, cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica.²

As complicações podem estar aliadas a fatores de riscos modificáveis isolados, como o sedentarismo, tabagismo, etilismo, ou associadas aos fatores de riscos não modificáveis, como a hiperglicemia, hipertensão, hiperlipidemia e obesidade.¹ Os fatores de riscos modificáveis são considerados

preveníveis, ao passo que mudanças no estilo de vida são realizadas, impedindo o desenvolvimento do quadro patológico ou melhorando o manejo e o tratamento da doença já instalada.¹

Após instaladas às DCV, com o avançar da idade aliadas à existência de outras comorbidades, o portador deste grupo de doença pode necessitar de um suporte terapêutico intensivo especializado, com recursos tecnológicos, caracteristicamente, disponíveis nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), estas são definidas como um setor hospitalar destinado ao cuidado de usuários graves, que necessitam de atenção contínua de uma equipe multidisciplinar e aporte tecnológico para diagnóstico, monitorização e terapia medicamentosa, com intuito de restabelecer a condição de saúde, pretendendo-se a alta do usuário. Existem também as UTIs especializadas, sendo aquelas destinadas à prestação de assistência a usuários com determinadas doenças selecionadas, no caso deste estudo referindo-se à Unidade de Terapia Coronariana.³

Apesar de todo aporte tecnológico e profissional, o usuário pode permanecer por um longo período nessas unidades intensivas, devido às complicações relacionadas ao tratamento, comprometendo desta forma o desfecho clínico.⁴ O desfecho clínico pode ser conceituado como uma variável utilizada para registrar o resultado da intervenção dada à saúde dos usuários, como por exemplo, a cura (alta) ou a piora clínica, que pode levar ao óbito.⁵

Nesta perspectiva, questiona-se: Quais têm sido os desfechos clínicos de pacientes admitidos em uma Unidade Coronariana localizada na região sul de Mato Grosso? E quais fatores sociodemográficos podem estar relacionados aos desfechos clínicos? Com vistas a responder tal questionamento buscou-se verificar quais os desfechos clínicos dos usuários internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital no sul de Mato Grosso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo coorte retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer substanciado aprovado em 17 de fevereiro de 2017, sob o n.º 1.931.153 e certificação de apreciação ética CAAE: 62895316.8.0000.8088, seguindo os preceitos éticos e legais em pesquisa com seres humanos disponíveis na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.⁶

O estudo foi realizado com usuários internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto Coronariana (UCO) de um hospital filantrópico na região sul do Estado de Mato Grosso. A unidade em estudo possui nove leitos intensivos e atende a 19 municípios da região sul de Mato Grosso.

A população do estudo foi composta por 593 prontuários de usuários internados, na respectiva Unidade, de janeiro a dezembro de 2017, obedecendo ao seguinte critério único: ter data de admissão entre primeiro de janeiro a trinta e um de dezembro de dois mil e dezessete.

Os dados foram coletados somente após autorização da institucional e aprovação deste estudo pelo CEP, no período de outubro de 2017 a abril de 2018 utilizando-se de dois

momentos, sendo eles, o acesso ao livro registro de admissões de usuários na Unidade, para o levantamento dos dados sociodemográficos, e logo após esta etapa, foi acessado o sistema de prontuário eletrônico do hospital, o qual gerencia informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas de cada usuário.

A busca pelas informações foi realizada a partir dos dados disponíveis nos referidos bancos de informações da instituição, contendo as seguintes variáveis: idade, diagnóstico do usuário, sexo, tipo de convênio, a procedência, o tempo de internação na UCO, desfecho clínico, incluindo transferência ou óbito.

Os dados foram inseridos no programa *Epi Info* 3.5.1, por meio de dupla digitação, para a correção das inconsistências e posteriormente, para a análise estatística. O desfecho clínico foi considerado a variável dependente e as demais variáveis independentes. As variáveis quantitativas foram analisadas a partir da estatística descritiva, obtendo frequência simples, percentual. Nas variáveis numéricas (faixa etária e tempo de internação) foram estabelecidos cálculos da amplitude da frequência para viabilizar a estratificação destas.

A associação entre as variáveis foi realizada por meio do teste *qui-quadrado* (X^2) de Pearson. A análise dos dados foi realizada com os resultados apresentados em tabelas contendo a frequência absoluta (N) e a frequência relativa (%), com nível de significância *p-valor* <0,05.

RESULTADOS

Foram internados 593 usuários na Unidade Coronariana, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. Foram avaliados, neste estudo, os livros de registros da Unidade e os prontuários de cada usuário admitido no período supracitado. Dos prontuários analisados verificou-se a predominância de usuários do sexo masculino (n=348) e feminino (n=245). Com relação ao desfecho clínico 300 (59,2%) do sexo masculino receberam alta da Unidade Intensiva, 44 (55%) foram a óbito e 4 (66,7%) foram transferidos para outro hospital. Nesta perspectiva, percebe-se que não houve associação estatística entre o sexo e o desfecho clínico (*p-valor*=0,7206).

Tabela 1 - Distribuição dos usuários admitidos na Unidade Coronariana de acordo com variáveis clínicas e sociodemográficas relacionado com o desfecho clínico. Mato Grosso, Brasil, 2017.

Variáveis	Desfechos			p-valor	
	nTotal (593)	Alta n (%)	Óbito n (%)		Outros n (%)
Sexo					
Masculino		300 (59,2)	44 (55,0)	4 (66,7)	0,7206
Feminino		207 (40,8)	36 (45,0)	2 (45,0)	
Faixa Etária					
16 - 25 anos		7 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,4417
25 - 34 anos		13 (2,6)	3 (3,8)	0 (0,0)	
34 - 43 anos		36 (7,1)	2 (2,5)	0 (0,0)	
43 - 52 anos		56 (11,0)	7 (8,8)	1 (16,7)	
52 - 61 anos		104 (20,5)	10 (12,5)	1 (16,7)	
61 - 70 anos		129 (25,4)	18 (22,5)	3 (50,0)	
70 - 79 anos		106 (20,9)	23 (28,8)	1 (16,7)	
79 - 88 anos		43 (8,5)	14 (17,5)	0 (0,0)	
88 - 97 anos		12 (2,4)	3 (3,8)	0 (0,0)	
97 - 106 anos		1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Procedência					
Unidade de Internação Clínica		55 (10,8)	13 (16,3)	0 (0,0)	0,0831
Centro Cirúrgico		166 (32,7)	13 (16,3)	1 (16,7)	
Unidade de Emergência		259 (51,1)	46 (57,5)	4 (66,7)	
Ambulatórios		1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Outros		26 (5,1)	8 (10,0)	1 (16,7)	
Hipótese Diagnóstica					
Doença Arterial Coronariana		252 (49,7)	30 (37,5)	2 (33,3)	0,0184
Distúrbios Mecânicos		93 (18,3)	29 (36,3)	2 (33,3)	
Distúrbios de Condução		57 (11,2)	8 (10,0)	0 (0,0)	
Cirurgias Cardíacas		83 (16,4)	8 (10,0)	1 (16,7)	
Outros		22 (4,3)	5 (6,3)	1 (16,7)	

Variáveis	Desfechos			p-valor	
	nTotal (593)	Alta n (%)	Óbito n (%)		Outros n (%)
Tempo de internação					
00 - 04 dias		362 (71,4)	34 (42,5)	4 (66,7)	0,00001
04 - 08 dias		98 (19,3)	21 (26,3)	0 (0,0)	
08 - 12 dias		25 (4,9)	9 (11,3)	0 (0,0)	
12 - 16 dias		13 (2,6)	6 (7,5)	0 (0,0)	
16 - 20 dias		5 (1,0)	7 (8,8)	0 (0,0)	
20 - 24 dias		3 (0,6)	2 (2,5)	0 (0,0)	
24 - 28 dias		1 (0,2)	1 (1,3)	0 (0,0)	
28 - 32 dias		0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	
Total		507 (100,0)	80 (100,0)	6 (100,0)	

Fonte: Dados dos autores.

A idade dos usuários admitidos na Unidade variou entre 16 e 98 anos. Com o intuito de melhor apresentar os dados foi realizado o cálculo de amplitude da frequência, com vistas à apresentação da idade, por meio de 10 grupos etários, com predominância dos grupos etários com idade entre 51 e 79 anos. O grupo com maior número de admissões foi o de usuários entre 61 e 70 anos, totalizando 150 admitidos, destes 129 (25,4%) receberam alta da Unidade Intensiva, 18 (22,5%) foram a óbito e 3 (50%) foram transferidos para outro hospital, nesta perspectiva não houve significância estatística (p -valor=0,4417), que permitisse inferir a associação entre as variáveis.

Com relação à procedência do paciente buscou-se classificar a variável conforme os registros internos encontrados na Unidade, para tal, os autores organizaram como procedentes de Unidades de Internação Clínica, sendo compreendida unidades do hospital em questão ou de outros; Centro Cirúrgico, congregando todos os usuários que fossem remetidos à Unidade Intensiva especializada após cirurgia; Unidade de Emergência, incluindo todos os admitidos provenientes de unidades desta natureza, sendo eles do Pronto Atendimento do próprio hospital ou de serviços de emergência públicos; Ambulatórios, referindo-se a todos os usuários provenientes de consultório médico particular ou referenciados, pelo centro de especialidades médicas do município; e por fim o grupo denominado Outros, que englobou todos os usuários provenientes de outros hospitais ou reinternações realizadas. Nesta variável houve predominância dos usuários admitidos provenientes das unidades de emergência, totalizando 309 admissões, destas, 259 (51,1%) receberam alta da Unidade, 46 (57,5%) foram a óbito e 4 (66,7%) foram transferidos para outros hospitais, não havendo associação estatística com a variável desfecho clínico (p -valor= 0,0831).

As hipóteses diagnósticas descritas na admissão foram classificadas conforme o grupo de agravos estabelecidos pelos autores, como, Doença Arterial Coronariana (DAC), compreendendo: (Infarto Agudo do Miocárdio com ou sem supradesnivelamento de segmento ST; Anginas Estável e

Instável); Distúrbios Mecânicos: (Insuficiência Cardíaca Congestiva, Choque Cardiogênico, Edema Agudo de Pulmão); Distúrbios de Condução: (Arritmia, *Flutter*, Bloqueio Átrio Ventricular, Fibrilação Atrial, Taquiarritmias Supraventriculares/ Taquicardia Ventricular, Taquicardia Atrial, Bradicardia, Doença de Chagas); Intervenção Cirúrgica Cardíaca: (Troca De Válvulas Aórtica/ Mitrál e Revascularização do Miocárdio), ou seja, usuários admitidos em períodos pós-operatórios imediatos. Houve predominância dos usuários admitidos apresentando DAC, no total de 284, sendo que 252 (49,7%) receberam alta da Unidade Intensiva, 30 (37,5%) foram a óbito e 2 (33,3%) foram transferidos para outra instituição hospitalar; os distúrbios mecânicos mostraram um número menor de admissões e proporcionalmente um aumento do desfecho óbito, de um total de 125, 29 (36,3%) evoluíram para óbito, uma porcentagem significativa e reflete a associação estatística entre as variáveis, (p -valor=0,0184).

Por fim, com relação ao tempo de internação houve variação entre 1 e 32 dias de permanência de usuários na Unidade Intensiva, a permanência em dias foi estratificada a partir do cálculo de amplitude de frequência. Houve predominância do período de internação de até quatro dias, 400 usuários permaneceram minimamente por quatro dias na Unidade, todavia, é imperativo destacar a relação entre o número de altas e o número de óbitos a partir do décimo sexto dia de internação, sendo estabelecida associação entre as variáveis (p -valor= 0,00001).

DISCUSSÕES

Neste estudo evidenciou-se a predominância de usuários do sexo masculino em internações ocorridas no ano de 2017 na Unidade de Terapia Intensiva Coronária. Em estudos nacionais realizados no nordeste⁴ e na região sul⁷ trouxeram a predominância de internações do sexo masculino, em unidades de terapias intensivas geral e especializadas, sendo respectivamente 51,7% e 61,6%, corroborando com um estudo norte americano onde 57% dos participantes admitidos

eram do sexo masculino.⁸ Nota-se também que 44 (55%) do sexo masculino teve como desfecho o óbito, observa-se que nos homens as taxas de internações vêm aumentando significativamente entre 2009 e 2015, conforme dados do Ministério da Saúde.⁹ As interferências de fatores associados no momento da internação, juntamente com as condições clínicas do usuário interferem no desfecho, considera-se que a busca tardia pelo atendimento, a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e a resolutividade da adversidade, podem favorecer o desfecho negativo.^{4,10}

O processo de envelhecimento é definido por alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e emocionais, que devem ser consideradas como um agrupamento de transformações progressivas, que propiciam aos indivíduos o surgimento de patologias ligadas à funcionalidade do organismo, essas são causadas por reduções da dinâmica celular, que refletem o enfraquecimento de estruturas do organismo, desenvolvendo dificuldades para que o mesmo mantenha sua capacidade funcional intacta.¹¹ Apesar de se ter ciência das mudanças relacionadas ao envelhecimento humano, elas podem não acompanhar a cronologia, pois têm que ser levado em consideração o fator saúde, níveis de dependência, entre outros. No Brasil, idoso é uma pessoa com 60 anos, o que está definido na Política Nacional do Idoso (PNI), bem como em instrumentos administrativos e políticos, que regulamentam e garantem o direito do idoso.^{12, 13}

Neste estudo, a idade dos usuários admitidos na Unidade variou entre 16 e 98 anos. O grupo com maior número de admissões foi o de usuários entre 61 e 70 anos, totalizando 150 admitidos, dado este que corrobora com achados de um estudo realizado no Estado de Goiás, no centro-oeste brasileiro¹⁴, no qual a maior parte das internações foi na faixa de 65 a 74 anos, e de um estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul, no sul do Brasil, no qual a maior porcentagem de admissões/internações foi de usuários entre 61 a 70 anos.¹⁰ Ainda nesta faixa etária 129 (25,4%) receberam alta da Unidade Intensiva, 18 (22,5%) foram a óbito e 3 (50%) foram transferidos para outro hospital e/ou reinternações.

Salienta-se de acordo com a tabela 1, apesar do número de admissões, na faixa etária de 70 a 79 anos ser menor do que a destacada anteriormente, o número de óbito nesta foi elevado 23(28,8%), do total de usuários admitidos, que foi de 106 (20,9%), o número de óbitos aumenta de acordo com o aumento da idade. Em uma pesquisa realizada com dados de todo território brasileiro, em ambos sexos, a principal causa de morte da população idosa foram as doenças do aparelho circulatório, sendo respectivamente por 34,1% e 35,2% dos óbitos masculinos e femininos.¹²

Simultaneamente ao aumento da expectativa de vida da população, também aparece o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas ao estilo de vida, aos altos índices de sedentarismo e desconhecimento do processo de envelhecimento, por parte do indivíduo e

da população, o que resulta no aumento de internações de idosos, no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva.

Diante disto, as instituições devem desenvolver ações voltadas ao enfrentamento do atendimento à população nesta faixa etária, pois de acordo com os dados apresentados verificou-se o maior número de internações e de óbitos, nas faixas etárias correspondentes aos idosos. Acredita-se que a implementação do cuidado voltado ao atendimento de usuários idosos possa favorecer na adoção de práticas do cuidado qualificado, voltadas aos usuários acima de sessenta anos.^{15,7}

A predominância neste estudo foi dos usuários admitidos provenientes das unidades de emergência, totalizando 309 admissões. Em um estudo brasileiro realizado em Santa Catarina, Estado localizado na região sul⁷, verificou-se que o predomínio das internações foram provenientes do Centro Cirúrgico com (52,5%), em segundo lugar aparece a procedência das unidade de urgência e emergência (24,6%), corroborando com outro estudo semelhante, realizado no Estado do Piauí, no nordeste brasileiro⁴, referindo-se à procedência, sua maioria das unidades de internação (49,5%); este corrobora com um estudo realizado no Estado do Rio Grande do Sul¹⁰, onde observou-se predominância que 39%, de usuários eram da Unidade de Emergência (Pronto Atendimento). Destaca-se também o desfecho aos usuários admitidos dessas unidades, pois, 259 (51,1%) receberam alta da Unidade, 46 (57,5%) foram a óbito e 4 (66,7%) foram transferidos para outros hospitais e/ou reinternações. Considera-se que este percentual do desfecho óbito reflete a complexidade dos casos, devido à idade avançada, às doenças crônicas agudizadas, necessitando de tratamento especializado.¹⁰

Com uma representatividade de 30,8% de todas as mortes, nos Estados Unidos, a *American Heart Association* indica que, as taxas de mortalidades atribuídas a doenças cardiovasculares entre 2003 e 2013, sofreram declínio, porém, essas doenças são desencadeadoras de uma em cada três mortes, sendo a Doença Arterial Coronariana responsável por uma em cada sete mortes, nessa mesma expansão.

No Brasil, os recursos e investimentos estão sendo aumentados com enfoque em medidas de promoção e prevenção de saúde e mesmo assim as doenças cardiovasculares representam 80% dos atendimentos médicos, contribuindo para o aumento da hospitalização.¹⁶

Ao analisar as hipóteses diagnósticas dos usuários admitidos, ocorre predominância na DAC, no total de 284, sendo que 252 (49,7%) receberam alta da Unidade Intensiva, 30 (37,5%) foram a óbito e 2 (33,3%) foram transferidos para outra instituição hospitalar. Destaca-se também que apesar de um número de admissões menor, os Distúrbios Mecânicos apresentam quantidade significativa do desfecho, sendo 29 óbitos (36,3%).

Neste estudo, aponta-se como principais doenças cardiovasculares dois grandes grupos: Doença Arterial Coronariana (DAC) e Distúrbios Mecânicos, pois, apresentam

o maior percentual de admissão e maior número de óbitos entre os admitidos na unidade; corrobora com o estudo realizado no Estado de Goiás¹⁴, aponta como prevalentes morbidades cardiovasculares o IAM e ICC, doenças as quais se encaixam respectivamente nos grupos mais prevalentes neste estudo. As DACs apresentam uma considerável taxa de mortalidade em países em desenvolvimento, como o Brasil, pois sua prevalência na população adulta é estimada entre 5% a 8%.¹⁷ Já a Insuficiência Cardíaca, representando destaque no bloco de Distúrbios Mecânicos é consequência da maioria das doenças cardíacas, resultando em altos índices de hospitalização e reinternações frequentes.¹⁸

De acordo com o tempo de internação pode-se inferir com este estudo que, a relação entre o número de altas e o número de óbitos, a partir do décimo sexto dia de internação, se aproxima, evidenciando que quanto maior o tempo de internação, maior a possibilidade de prognósticos desfavoráveis, fator este que corrobora com um estudo realizado no centro-oeste brasileiro, o qual apresentou que 27% das internações com mais de 8 dias teve desfecho óbito, indicando como uma complicação, o tempo de permanência prolongado.¹⁴

O estudo possui limitações no que concerne à população, visto que, reflete apenas a realidade local em um município de referência na região sul do Estado de Mato Grosso, ao atendimento de usuários que, necessitem de assistência intensiva em Unidade de Terapia Intensiva Especializada.

CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível verificar que o desfecho clínico óbito apresenta-se em sua maioria em usuários do sexo masculino, com proporção significativa na faixa etária de 70 a 79 anos, quando provenientes de unidades de urgência e emergência como principal hipótese diagnóstica de DAC e Distúrbios Mecânicos proporcionalmente utilizando um maior tempo de internação em unidades de terapias intensivas. Considera-se como limitação do estudo o fato de tais características refletirem apenas a realidade local.

Espera-se que a partir dos dados sociodemográficos e clínicos dos usuários atendidos, a instituição consiga implementar a assistência ofertada com foco no atendimento especializado, de modo a repercutir na redução do desfecho óbito na Unidade Coronariana. Sugere-se como estratégias para tentar essa redução que as instituições contratem profissionais especializados; que a educação tanto continuada e permanente esteja presente e seja desenvolvida de uma maneira que instigue os profissionais a participar e por fim colocar em prática conhecimentos adquiridos no desenvolvimento da assistência pelo profissional.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Organização Mundial de Saúde. Organización Panamericana De La Salud. Doenças Cardiovasculares. OPS, [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun. 22]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839.
2. Freire AKS, Alves NCC, Santiago EJP, et al. Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago. 24]; vol.11, n.9. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/776/460>.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília, 2010.
4. Leão GM. Fatores associados ao desfecho clínico de idosos internados em unidades de terapia intensiva [Dissertação-Mestrado] [Internet]. Teresina: Universidade do Piauí; 2017. 75p. [acesso em 2018 set. 02]. Disponível em: <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/587/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL.pdf?sequence=1>.
5. Ferreira JF, Patino CM. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. ISSN 1806-3713. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jun. 22];43(1):5-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000021>.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/2012. Conselho Nacional de Saúde. Brasília [Internet]. 2012 [acesso em 2017 abril 11]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
7. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago. 21] Mar-Apr;69(2):210-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166902041>.
8. Chiarchiaro J, Olsen MK, Steinhauser KE, Tulsky JA. Admission to the Intensive Care Unit and well-being in patients with advanced chronic illness. *Critical Care Management*. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 dez. 15] v.22, n.3. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635931>.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília; 2018.
10. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos usuários internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 dez. 15] mai/ago;2(2):320-329. ISSN 2179-7692. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925178>.
11. Menezes JNR, Costa MPM, Iwata ACNS, Araujo PM, Oliveira LG, Souza CGD, et al. A Visão do Idoso Sobre o Seu Processo de Envelhecimento. *Revista Contexto & Saúde*. [Internet]. Editora Unijuí. 2018 [acesso em 2019 jan. 13] vol.18, n.35, jul./dez. 2018 – ISSN 2176-7114 p. 8-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.35.8-12>.
12. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. - Rio de Janeiro. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2016. 615 p.: il. gráfs. Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7811-290-5.
13. Alvarez AM, Sandri JVA. Population aging and the Nursing commitment. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 set. 18];71(suppl2):722-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871Sup201>.
14. Castro RR, Barbosa NB, 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* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 nov. 17]. DOI: 10.5585/rgss.v5i2.243.

15. Rigoto MF, Guimaraes Alves G, Aerts RGCD, Camara S. O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 nov. 17]; vol. 19, núm. 1, enero-marzo, pp. 35-44. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773004>.
16. Pompeo DA, Eid LP, Carvalho IG, Bertolli ES, Oliveira NS. Autoestima de pacientes com Doença Arterial Coronariana. Self-esteem of patients with coronary artery disease. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jan. 21];18(6):712-9. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000600002.
17. Silveira EL, Cunha LM, Pantoja MS, Lima AVM, Cunha ANA. Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de Doença Arterial Coronariana no Norte do Brasil. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 dez. 29];20(3):167-73. DOI: 10.23925/1984-4840.2018v20i3a9.
18. Estuque MGQ, Faria MLNMF. Atenção integrada a pessoas com Insuficiência Cardíaca na perspectiva terapêutico-ocupacional e psicológica: um relato de experiência. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jan. 21];6(1):123-129. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955422015>.

Recebido em: 13/04/2019

Revisões requeridas: 13/08/2019

Aprovado em: 14/08/2019

Publicado em: 13/04/2020

Autora correspondente

Lizziane Campos e Silva

Endereço: Av. dos Estudantes, 5055, Cidade Universitária

Rondonópolis/MT, Brasil

CEP: 78700-000

E-mail: lizzianecenf@gmail.com

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**