ARTIGO ORIGINAL

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em unidade de terapia intensiva de hospital universitário: estudo longitudinal prospectivo

Clinical-epidemiological profile of university hospital intensive care patients: prospective longitudinal study

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes en unidad de cuidados intensivos universitaria: estudio longitudinal prospectivo

Rabelo, Edla Gabriela Ventura da Silva;[1] Silva, Adaline Dâmaris Santos;[2] Bomfim, Larissa Lopes;[3] Feitosa, Antônia Vitória das Mercês;[4] Bezerra, Maria Fernanda Gomes;[5] Siqueira, Vitória de Barros[6]

RESUMO

Objetivo: investigar a associação entre variáveis epidemiológicas e terapêuticas e os desfechos em saúde de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Método:** estudo longitudinal prospectivo, com coleta de dados primários nas primeiras 24 horas de internação e após o desfecho (alta ou óbito). Foram coletadas variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas, além de parâmetros de consciência, hemodinâmica, respiração e mobilidade. Realizaram-se análises descritivas e regressão logística. **Resultados:** participaram 115 pacientes, majoritariamente do sexo masculino (80; 69,6%), com mediana de 50 anos; 49,6% apresentavam comorbidades. Após análise multivariada, a imobilidade funcional apresentou associação estatisticamente significativa com o óbito. **Conclusão:** a imobilidade funcional foi o único fator independentemente associado ao óbito, destacando a importância da avaliação funcional e do monitoramento sistemático da mobilidade na terapia intensiva.
Descritores: Unidades de terapia intensiva; Mortalidade; Cuidados críticos

ABSTRACT

***Objective**: to investigate the association between epidemiological and therapeutic variables and health outcomes in patients admitted to an intensive care unit. **Method**: prospective longitudinal study, with primary data collected within the first 24 hours of admission and after the outcome (discharge or death). Sociodemographic, clinical, and therapeutic variables were collected, as well as parameters of consciousness, hemodynamics, respiratory function, and mobility. Descriptive analyses and logistic regression were performed. **Results**: 115 patients participated, mostly male (80; 69.6%), with a median age of 50 years; 49.6% had comorbidities. After multivariate analysis, functional immobility showed a statistically significant association with death. **Conclusion**: functional immobility was the only factor independently associated with death, highlighting the importance of functional assessment and systematic mobility monitoring during intensive care.*
***Descriptors**: Intensive care units; Mortality; Critical care*

1 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: edla.ventura@discente.univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0009-0007-1040-9992
2 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: adaline.damaris@discente.univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0009-0008-3354-3040
3 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: larissa.l@discente.univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0009-0004-6867-5781
4 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: antonia.vitoria@discente.univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0009-0009-2713-9209
5 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: maria.fernandag@discente.univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0009-0002-4643-9089
6 Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Petrolina, Pernambuco (PE). Brasil (BR). E-mail: vitoria.barros@univasf.edu.br ORCID: http://orcid.org/0000-0001-5133-1959

Como citar: Rabelo EGV, Silva ADS, Bomfim LL, Feitosa AVM, Bezerra MFG, Siqueira VB. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em unidade de terapia intensiva de hospital universitário: estudo longitudinal prospectivo. J. nurs. health. 2026;16(2):e1630562. DOI: https://doi.org/10.15210/jonah.v16i2.30562

RESUMEN

Objetivo: *investigar la asociación entre variables epidemiológicas y terapéuticas y los desenlaces en salud de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.* ***Método:*** *estudio longitudinal prospectivo, con recolección de datos primarios en las primeras 24 horas de ingreso y después del desenlace (alta o fallecimiento). Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, además de parámetros de conciencia, hemodinámica, función respiratoria y movilidad. Se realizaron análisis descriptivos y regresión logística.* ***Resultados:*** *participaron 115 pacientes, predominantemente hombres (80; 69,6%), con mediana de edad de 50 años; 49,6% presentaban comorbilidades. Después del análisis multivariado, la inmovilidad funcional mostró asociación estadísticamente significativa con el fallecimiento.* ***Conclusiones:*** *la inmovilidad funcional fue el único factor independientemente asociado con el fallecimiento, destacando la importancia de la evaluación funcional y del monitoreo sistemático de la movilidad durante la estancia en cuidados intensivos.*

Descriptores: *Unidades de cuidados intensivos; Mortalidad; Cuidados críticos*

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor do hospital projetado para fornecer cuidados intensivos e especializados a pacientes críticos e com chances de sobrevida. As UTIs são em geral equipadas com tecnologia avançada de monitoramento e suporte vital,[1] e são administradas por uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde capacitados para aquela área, incluindo médicos intensivistas, enfermeiros especializados em terapia intensiva, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos.[2]

Esse setor tem como base a promoção de segurança dos pacientes instáveis, e dentro dos recursos humanos os profissionais de enfermagem desempenham um papel fundamental, dada sua proximidade com os pacientes e sua habilidade em identificar e atender às necessidades individuais, tornando-os essenciais na promoção de práticas de segurança que deve ser proporcionada pela equipe de enfermagem por meio de vigilância contínua e rigorosa. O espaço se diferencia pelo suporte tecnológico avançado, para intervenções que não são possíveis em setores de baixa complexidade, ventiladores mecânicos, monitores cardíacos e drogas vasoativas frequentes, trazendo ao paciente mais suporte e possibilitando através de medidas terapêuticas um cuidado mais específico.[3-4]

No entanto, admissões tardias em UTI somado aos atrasos e negligências de tratamento, podem se configurar como marcadores significativos no aumento de piores desfechos clínicos em pacientes críticos.[5]

Assim, há uma necessidade de aumento dos recursos terapêuticos e a melhoria do atendimento nessas unidades como meio de diminuir o tempo de internação e melhorar a rotatividade de leitos. É nesse cenário que o conhecimento sobre o perfil clínico dos pacientes assistidos na UTI assume extrema importância como fonte de dados úteis na melhoria do planejamento da assistência à saúde dos internados.[6]

O perfil sociodemográfico dos pacientes que dão entrada nas UTI's brasileiras é bem conhecido, tratam-se, em sua maioria, de pessoas do sexo masculino com idade superior a 50 anos predominando os idosos, casados, raça parda ou branca com acometimentos cardiovasculares. No entanto, as intervenções terapêuticas utilizadas em pacientes críticos são pouco abordadas nas pesquisas.[7]

No que tange a taxa de mortalidade em Unidades de Terapias Intensivas, o Brasil teve entre os anos de 2010 a 2020 cerca de 600.000 mortes, para cerca de 10 milhões de internamentos. Estudar e analisar essa taxa permite identificar o índice de qualidade da UTI e além disso analisar as abordagens utilizadas, possibilita maior entendimento das mudanças necessárias para mitigar esse desfecho.[8]

Identificar o perfil clínico do paciente que é admitido na UTI associado aos desfechos em saúde traz clareza sobre as reais necessidades daquele setor e as medidas necessárias para minimizar esses agravos, desenvolver uma assistência, com singular atenção aos efeitos da terapia empregada, ao prognóstico e aos fatores de risco que estão expostos. A qualidade da assistência prestada depende dos dados clínicos de morbimortalidade de uma unidade hospitalar e é informação essencial para tomada de decisões.[9]

Intervenções terapêuticas utilizadas em pacientes críticos são pouco abordadas nas pesquisas o que justifica a necessidade desse estudo pois, ao analisar o perfil clínico dos pacientes que dão entrada na UTI associando com os desfechos em saúde é possível dar visibilidades aos padrões, direcionando melhor os recursos e intervenções oferecidos aos pacientes e contribuir com informações para UTI no semiárido pernambucano onde acontece a pesquisa.

O objetivo do estudo foi investigar a associação entre variáveis epidemiológicas e terapêuticas com os desfechos em saúde de pacientes de UTI.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, prospectivo, quantitativo, com dados primários, conduzido conforme as diretrizes do STROBE. É um recorte de um estudo maior intitulado: "Validade preditiva da escala de Evaruci para pacientes de terapia intensiva: um estudo longitudinal prospectivo". Embora o estudo maior tivesse como foco a validação da escala Evaruci, as variáveis relacionadas ao risco de lesão por pressão não compõem o objeto de análise deste recorte.

Este estudo ocorreu por meio da amostragem não probabilística consecutiva, de todos os pacientes elegíveis admitidos durante o período do estudo que foram incluídos consecutivamente. Foram considerados como critérios de inclusão todos os pacientes maiores de 18 anos de idade, admitidos na UTI-HU UNIVASF entre outubro de 2023 a junho de 2024 e foram excluídos os pacientes com menos de 48 horas de permanência no setor e com lesões por pressão no momento da admissão (critérios de exclusão do estudo maior).[10]

O estudo foi realizado no setor de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Doutor Washington Antônio de Barros localizado no município de Petrolina-PE, o HU-UNIVASF é referência para os 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco – PEBA, formada por seis microrregionais de saúde e abrangendo uma população de, aproximadamente, 2.077.000 habitantes nos estados de Pernambuco e Bahia.

Tem sua atenção voltada a urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumato-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia bucomaxilofacial, clínica médica e cirurgia plástica restauradora, com atendimento multidisciplinar das equipes de saúde. A UTI contava com 16 leitos, que atendiam, prioritariamente, pacientes com acometimentos neurológicos e traumato-ortopédicos.[11]

A coleta de dados foi realizada por cinco discentes de enfermagem, previamente treinadas pela docente e pesquisadora responsável a fim de padronizar a coleta do paciente e minimizar o viés de mensuração.

Os dados foram coletados por meio do preenchimento de um formulário elaborado pelas pesquisadoras com questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico. A coleta ocorreu através do prontuário e exame físico, sendo realizada nas primeiras 24 horas de admissão, 48 horas após a admissão e o desfecho alta do setor ou óbito foi registrado ao final do internamento.

Este estudo seguiu as normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[12] e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UNIVASF sob parecer nº 6.341.116 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 71772523.8.0000.0282.

As variáveis independentes foram sociodemográficas: idade (mediana) e sexo (feminino, masculino); Clínicas: causa da internação (traumática ou não traumática), comorbidades (sim ou não), nível de consciência (consciente, colaborativo, reativo, arreativo), mobilidade (independente, dependente mas se movimenta, pouca mobilidade, sem mobilidade); Medidas terapêuticas: hemodinâmica (sem suporte, com expansão, com dopamina ou dobutamina, com adrenalina e noradrenalina), respiratório (com baixa necessidade de O2, com alta necessidade de O2, com suporte respiratório, com ventilação mecânica). O desfecho avaliado foi óbito ou alta do setor.

Foi realizada análise descritiva dos resultados com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis qualitativas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis quantitativas. A variável quantitativa de idade foi apresentada por meio de mediana, uma vez que não apresentou distribuição normal (teste Kolmogorov-Smirnov p>0,05). O teste Mann-Whitney foi realizado para verificar a diferença de mediana entre os grupos com desfecho óbito ou alta. A variável idade foi ainda dicotomizada com o corte na mediana em maior que 44 anos e menor igual a 44 anos de idade.

Para identificação dos fatores associados ao desfecho óbito, realizou-se inicialmente análise bivariada entre as variáveis independentes e o desfecho, utilizando-se o cálculo do risco relativo (RR), respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e valor de p no teste qui-quadrado. Foram elegíveis para composição do modelo multivariado as variáveis que apresentaram p<0,20 na análise bivariada, considerando-se também a relevância clínica e epidemiológica das variáveis investigadas.

Posteriormente, realizou-se regressão logística binária multivariada utilizando-se o método *Enter* para inserção simultânea das variáveis independentes selecionadas, tendo como variável dependente o desfecho clínico (óbito). O modelo foi ajustado pelas variáveis comorbidades, causa da internação e mobilidade. As medidas de associação foram expressas por Odds Ratio (OR), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Considerou-se associação estatisticamente significativa quando p<0,05. As análises foram realizadas no software JAMOVI versão 2.6.[13]

RESULTADOS

Durante o período do estudo houve 271 admissões de pacientes maiores de 18 anos na UTI. Foram excluídos 25(9,22%) devido LPP prévia e 52 (19,18%) por permaneceram menos de 48h na UTI.

Dos 194 elegíveis não foram incluídos 42 (21,64%) pacientes por estarem sem acompanhantes/responsáveis para assinatura do TCLE e 37 (19,07%) por recusa em participar do estudo. A amostra final desse estudo constitui-se de 115 pacientes.

A mediana de idade foi de 50 anos, idade mínima de 18 anos e máxima de 93, a maioria do sexo masculino (80;69,6%), internados por causas não traumáticas (79;68,7%). A maioria apresentava alteração de consciência (70;60,8%), necessitavam de expansão volêmica (86;74,7%), apresentavam mobilidade prejudicada (79;68,6%) e necessitavam de algum suporte de oxigênio (Tabela 1).

Entre os pacientes, 57;49,6% apresentaram alguma comorbidade, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), correspondendo ao grupo mais frequente entre os participantes, seguido por doenças endócrinas e metabólicas, com elevada ocorrência de diabetes mellitus, como um paciente poderia apresentar mais de uma comorbidade foram identificadas 163 ocorrências (Tabela 2).

A taxa de mortalidade registrada foi de 20,86. A mediana de idade entre os pacientes que foram a óbito foi de 63 anos e a dos pacientes que receberam alta foi de 44 anos (p>0,05). Na análise bivariada idade maior que 44 anos (p=0,02), comorbidade (p=0,01), causas não traumáticas (p=0,08), e mobilidade alterada (p=0,08) apresentaram significância estatística com o desfecho óbito. (Tabela 3). Após regressão logística permaneceu estatisticamente associada

ao desfecho óbito a mobilidade alterada (Tabela 4).

Tabela 1. Características sociodemográfica e clínica dos pacientes internados em uma UTI. Petrolina (PE), 2024

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	35	30,4
Masculino	80	69,6
Total	115	100,0
Comorbidades		
Sim	57	49,6
Não	58	50,4
Causa da Internação		
Traumática	36	31,3
Não traumática	79	68,7
Consciência		
Consciente	45	39,1
Colaborativo	13	11,3
Reativo	13	11,3
Arreativo	44	38,3
Hemodinâmica		
Sem suporte	29	25,2
Com expansão	53	46,1
Com dopamina e dobutamina	4	3,5
Com adrenalina e noradrenalina	29	25,2
Mobilidade		
Independente	11	9,6
Dependente, mas se movimenta	50	43,5
Pouca mobilidade	39	33,9
Sem mobilidade	15	13,0
Ventilação		
Com baixa necessidade de O2	43	37,4
Com alta necessidade de 02	3	40,0
Com suporte respiratório	8	47,0
Com ventilação mecânica	61	50,0

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 2. Distribuição das comorbidades por grupo clínico dos pacientes internados em uma UTI. Petrolina (PE), 2024

Variável		N	%
Grupo de comorbidade	Condições incluídas		
Cardiovasculares e cerebrovasculares	HAS (68), arritmia (2), ICC (1), estenose aórtica (1), trombose (1), AVC (1), HSA-Fisher IV (1), coronariopata (1)	76	46,6
Endócrinas e metabólicas	DM (41), dislipidemia (2), obesidade (2),	45	27,6
Hábitos de vida e fatores de risco	Tabagista (4), etilista (3), ex-tabagista (3)	10	6,1
Renais	Doença Renal Crônica (8)	8	4,9
Ortopédicas / vasculares periféricas	Artrite séptica (2), MID (1), amputação transtibial (1), amputação Lisfranc (1), artrite gotosa (1), DAOP (1)	7	4,3
Neurológicas	Epilepsia (3), Alzheimer (1), hérnia de disco (1), paresia (1)	6	3,7
Respiratórias	Asma (2), DPOC (2)	4	2,5

Endócrinas não metabólicas	Hipotireoidismo (1), hipertireoidismo (1)	2	1,2
Infecciosas / inflamatórias	Hanseníase anterior (1), PNM broncoaspirativa (1)	2	1,2
Hematológicas	Anemia ferropriva (1)	1	0,6
Urológicas	Hiperplasia prostática benigna (1)	1	0,6
Oncológicas	Mieloma múltiplo (1)	1	0,6

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 3. Avaliação das variáveis do estudo com relação ao desfecho óbito. Petrolina (PE), 2024

Variável	Óbito	Alta	Total	RR*	IR 95%**	p-valor
Sexo						
Feminino	9	26	35	1,37	0,66-2,83	0,39
Masculino	15	65	80			
Idade						
Maior que 44 anos	18	45	63	2,48	1,06-5-78	0,02
Até 44 anos	06	46	52			
Comorbidades						
Sim	17	40	57	2,47	1,10-5,50	0,01
Não	7	51	58			
Causa da internação						
Não traumática	20	59	36	2,27	0,83-6,18	0,08
Trauma	04	32	79			
Consciência						
Consciência alterada	13	44	57	1,2	0,58-2,45	0,61
Consciente/colaborativo	11	47	58			
Hemodinâmica						
Sem drogas vasoativas	18	64	82	1,21	0,52-2,77	0,65
Com drogas vasoativas	6	27	33			
Mobilidade						
Pouca ou sem mobilidade	15	39	54	1,88	0,89-3,94	0,08
Leve ou nenhuma limitação	9	52	61			
Respiratório						
Em suporte	16	53	69	1,33	0,66-2,85	0,45
Baixa necessidade	8	38	46			

*RR= Risco Relativo ** Intervalo de confiança
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Tabela 4. Modelo multivariado de regressão logística para fatores associados ao óbito dos pacientes avaliados. Petrolina (PE), 2024.

Variável	N	Óbito	OR	p-valor	95%**
Idade maior que 44 anos	63	18	1,78	0,34	0,53-5,93
Comorbidade sim	57	17	2,30	0,14	0,75-7,02
Causa do internamento (não traumática)	79	20	1,84	0,39	0,44-7,81
Imobilidade	54	15	2,86	0,03	1,05-8,32

*Odds ratio ** Intervalo de confiança
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Os pacientes que foram excluídos da amostra por passarem menos de 48 horas na UTI apresentaram taxa de mortalidade de 15,4%. Não houve diferença na incidência de óbitos entre os incluídos e excluídos (RR=1,10 p=0,88).

DISCUSSÃO

Analisar as características epidemiológicas e terapêuticas com os desfechos em saúde de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, permite trazer informações que ultrapassam as concepções do senso comum e subsidiam a elaboração de

protocolos baseado em evidências que visem melhorar a assistência a esse público.

A população estudada era majoritariamente masculina e em idade economicamente ativa, dado que merece atenção sob a perspectiva da saúde pública, uma vez que internações nessa faixa etária impõem impactos individuais, familiares e socioeconômicos consideráveis. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de os homens não serem a maioria nos serviços de promoção à saúde e prevenção de doenças e, quando acometidos por alguma doença, ela já está em fase mais avançada, necessitando de algum tipo de internação. Essa vulnerabilidade masculina ao adoecimento grave reflete padrões culturais e comportamentais que limitam a busca por cuidado preventivo[14] e pela maior vulnerabilidade masculina às causas externas.[15]

A mediana de idade observada foi de 50 anos, relativamente jovem para um perfil de UTI. A idade foi testada nas análises e, na análise bivariada, os pacientes que evoluíram para óbito eram mais velhos do que os que receberam alta, sugerindo uma tendência esperada e consistente com a literatura, que frequentemente aponta a idade como preditor independente de mortalidade em UTI.[16] Contudo, essa associação não se manteve após o ajuste multivariado, o que indica que o efeito da idade sobre o óbito pode ter sido mediado ou confundido por outras variáveis presentes no modelo, como imobilidade e comorbidades, condições que tendem a ser mais prevalentes em pacientes mais idosos. Assim, a idade pode atuar indiretamente sobre o desfecho, sendo seu efeito captado por essas variáveis no modelo ajustado.

A taxa de mortalidade registrada foi de 20,86%, valor que se alinha ao intervalo descrito na literatura para UTIs gerais de hospitais públicos brasileiros, que frequentemente reportam taxas entre 15% e 30%, a depender do perfil de gravidade e da estrutura assistencial da unidade.[4] Esse resultado sugere que a UTI estudada opera dentro de um padrão compatível com o cenário nacional, o que confere maior credibilidade ao perfil de gravidade identificado na amostra e reforça a pertinência dos achados para a realidade das UTIs públicas do Nordeste

O perfil clínico evidenciou elevada gravidade na admissão, com importante comprometimento neurológico, funcional e necessidade frequente de suporte avançado, refletindo a complexidade típica de pacientes críticos. Esse cenário é coerente com o padrão de admissão em UTIs gerais, nas quais predominam disfunções orgânicas graves e necessidade de intervenções intensivas, associadas a piores prognósticos.[4]

A elevada frequência de comorbidades observada na amostra (49,6%) evidencia um perfil clínico mais complexo e vulnerável, marcado principalmente pela presença de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Destaca-se ainda a elevada ocorrência de multimorbidade, condição em que um mesmo paciente apresenta duas ou mais doenças crônicas simultaneamente, identificada em 163 ocorrências entre os 57 pacientes com comorbidades. Esse cenário reflete o impacto crescente das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas internações em UTI, especialmente porque essas condições frequentemente chegam à admissão hospitalar em estágios avançados, muitas vezes associados a dificuldades no acompanhamento longitudinal pela atenção básica e na adesão ao tratamento. Não por acaso, as DCNT permanecem entre as principais causas de hospitalização no estado de Pernambuco.[17]

Esses resultados corroboram estudo retrospectivo realizado em UTI, bem como revisão da literatura envolvendo diferentes UTIs adultas, que também identificaram elevada prevalência de multimorbidades entre pacientes críticos e a associação dessas condições com desfechos desfavoráveis.[4,18]

A associação entre comorbidades e maior risco de óbito encontra respaldo em estudos sobre populações críticas com doenças de base, incluindo investigação sobre pacientes com COVID-19, na qual hipertensão e diabetes foram associadas a pior prognóstico, possivelmente mediado

pela maior expressão de receptores ECA-2 e pela amplificação da resposta inflamatória sistêmica.[19] Entende-se, portanto, que a elevada carga de DCNT observada nesta amostra não é um achado isolado, mas sim expressão de uma vulnerabilidade estrutural que começa na atenção primária, onde o controle inadequado dessas condições acelera a progressão para quadros de maior gravidade e culmina na necessidade de cuidados intensivos. Essa perspectiva reforça que a prevenção da mortalidade em UTI não se restringe ao ambiente hospitalar, mas exige uma abordagem longitudinal e integrada do cuidado.

Embora, no presente estudo, a comorbidade não tenha atingido significância estatística na análise multivariada, o intervalo de confiança sugere uma tendência clinicamente relevante que pode não ter alcançado significância em razão do tamanho amostral.

A ventilação mecânica e o uso de drogas vasoativas são amplamente reconhecidos como marcadores de gravidade em pacientes críticos e frequentemente associados à mortalidade. No presente estudo, a necessidade de suporte ventilatório apresentou tendência de maior ocorrência de óbito, em concordância com o esperado para pacientes com maior comprometimento clínico, embora essa associação não tenha alcançado significância estatística. Por outro lado, o suporte hemodinâmico não apresentou o mesmo comportamento, sugerindo que sua utilização, nesta população, pode ter refletido diferentes perfis clínicos e respostas terapêuticas. Esses achados indicam que intervenções de suporte, embora essenciais no manejo do paciente crítico, nem sempre apresentam capacidade discriminatória isolada para predizer o óbito, especialmente em uma amostra composta predominantemente por pacientes de alta complexidade, na qual a necessidade de suporte ventilatório e hemodinâmico foi frequente.

A alteração do nível de consciência foi frequente entre os pacientes avaliados, refletindo o elevado grau de gravidade clínica da população estudada. Embora seja reconhecida como um importante marcador prognóstico em pacientes críticos, sua associação com o óbito não alcançou significância estatística neste estudo. Esse resultado sugere que a avaliação isolada do nível de consciência pode não ser suficiente para discriminar o prognóstico, uma vez que essa condição pode decorrer de diferentes situações clínicas e terapêuticas, incluindo sedação para suporte ventilatório e acometimentos neurológicos de distintas gravidades. Assim, a heterogeneidade dos pacientes quanto às causas da alteração do nível de consciência pode ter reduzido a capacidade dessa variável em diferenciar os desfechos clínicos.

Embora o hospital seja referência regional em trauma[20], observou-se predominância de internações por causas não traumáticas na UTI. Esse achado é compreendido à luz de uma característica estrutural do serviço: por ser a única referência de alta complexidade da macrorregião, a unidade absorve todos os pacientes críticos sem alternativa de encaminhamento, refletindo a demanda clínica global do território e não apenas sua vocação original em trauma. Esse cenário é consistente com as disparidades regionais na oferta de leitos intensivos no Brasil descritas na literatura[7] e tem implicação direta para o planejamento assistencial da unidade.

As causas não traumáticas estiveram associadas a maior risco de morte em relação às traumáticas, resultado que dialoga com a literatura ao apontar o trauma como fator de melhor prognóstico comparativo. Pacientes admitidos por causas não traumáticas apresentam maior propensão a instabilidades sistêmicas graves, como o choque séptico, com desfechos mais desfavoráveis do que aqueles admitidos por trauma.[21] Essa distinção fisiopatológica justifica a adoção de estratégias assistenciais diferenciadas para cada grupo e aponta para a necessidade de que a UTI estudada, historicamente voltada ao trauma, esteja igualmente preparada para lidar com a complexidade dos quadros clínicos não traumáticos, que hoje representam a maioria das internações. Ainda que a causa da internação não tenha atingido significância estatística na análise

multivariada, a tendência observada na amostra é relevante.

A limitação da mobilidade foi a única variável independentemente associada ao óbito após análise multivariada, evidenciando sua relevância como marcador prognóstico em pacientes críticos. É importante, contudo, interpretar esse achado com cautela: por se tratar de estudo observacional, não é possível estabelecer relação causal entre imobilidade e mortalidade. Uma interpretação alternativa relevante é que a imobilidade funcione como marcador de gravidade clínica, pacientes mais graves tendem a apresentar maior restrição de mobilidade, de modo que a imobilidade pode ser uma consequência do quadro crítico e não necessariamente sua causa independente. Independentemente da direção causal, considera-se que esse achado tem implicação prática direta: a mobilidade do paciente crítico deve ser avaliada sistematicamente como indicador de gravidade e monitorada ao longo da internação como parte do cuidado multiprofissional.

O achado é consistente com a literatura que relaciona a limitação da mobilidade a piores desfechos clínicos e reforça a importância de protocolos de mobilização precoce na UTI. Um estudo retrospectivo sobre a influência da mobilização precoce em pacientes em uso de ventilação mecânica observou associação dessa intervenção com melhora da funcionalidade, redução do tempo de internação e da mortalidade.[22] Os achados também estão em consonância com as Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce, que apontam essa prática como meta primordial da equipe multidisciplinar.[23]

Os dados aqui apresentados devem ser interpretados considerando algumas limitações. O estudo foi realizado em uma única UTI, o que pode restringir a generalização dos achados. Além disso, foram incluídos apenas pacientes com permanência superior a 48 horas na UTI, critério adotado para avaliar fatores prognósticos após a implementação das condutas intensivas. O tamanho amostral (n=115) também pode ter limitado o poder estatístico para detectar associações significativas em algumas variáveis. Por outro lado, o estudo buscou minimizar o viés de mensuração por meio da padronização dos parâmetros avaliados e do treinamento prévio da equipe de coleta. Estudos multicêntricos, com amostras maiores, poderão confirmar e ampliar os achados apresentados.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que idade e comorbidades apresentaram associação significativa na análise bivariada e as causas não traumáticas apresentaram tendência de associação no modelo ajustado e, juntamente com as demais variáveis foram incluídas no modelo ajustado, no qual a imobilidade foi o único fator independentemente que permaneceu associada ao óbito na UTI. Este achado destaca que o prognóstico do paciente crítico é determinado não apenas pela gravidade aguda, mas pelo seu histórico clínico prévio, como doenças crônicas e pela capacidade funcional.

Esses achados reforçam a necessidade de ações preventivas voltadas ao controle das doenças crônicas na atenção básica e, no âmbito da UTI, a implementação de protocolos de mobilização precoce como estratégia prioritária para a redução da mortalidade.

DECLARAÇÃO DE USO DE RECURSOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

A elaboração deste trabalho contou com o apoio do modelo de inteligência artificial ChatGPT (GPT-5.5), desenvolvido pela OpenAI, empregado unicamente como recurso auxiliar para a organização lógica dos parágrafos da seção de discussão. A utilização da ferramenta limitou-se a atividades de apoio, não substituindo a análise crítica, a originalidade nem a responsabilidade intelectual dos autores. Todo o conteúdo produzido com esse auxílio foi cuidadosamente revisado e validado pelos autores, que assumem integralmente a responsabilidade pela versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1 Sanchez JO, Cardoso RFFS, Santiago TB, Pinto LA, Mathias GIP, Dutra LM, et al. Cuidados intensivos em pacientes críticos submetidos a cirurgias complexas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024;6(8):924-46. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p924-946

2 Freitas NLR, Guedes ME, Oliveira GS, Bezerra MA, Araújo JBS, Ferreira CC. A importância da equipe multidisciplinar no cuidado de pacientes críticos em UTI. Revista Cedigma. 2024;2(4):18-33. DOI: https://doi.org/10.70430/t3s4r538

3 Lacerda JCG, Sousa DA. A humanização do cuidado de enfermagem frente à utilização de tecnologias em unidade de terapia intensiva. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. 2022;11(3):283-94. DOI: https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n3.p283a294

4 Albuquerque AC. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa sobre diagnósticos, comorbidades e desfechos hospitalares. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2025;15(3):613-23. Disponível em: https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/11768

5 Kiekkas P, Tzenalis A, Gklava V, Stefanopoulos N, Voyagis G, Aretha D. Delayed admission to the intensive care unit and mortality of critically ill adults: systematic review and meta-analysis. BioMed Research International. 2022;2022:4083494. DOI: https://doi.org/10.1155/2022/4083494

6 Viana FGS, Mota PHO, Germano BS, Passos KG. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva na Amazônia Ocidental. Enfermagem Bras. 2024;23(2):1601-10. DOI: https://doi.org/10.62827/eb.v23i2.4008

7 Aguiar LMM, Martins GS, Valduga R, Gerez AP, Carmo EC, Cunha KC, et al. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2021;33(4):624-34. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088

8 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Observatório de Política e Gestão Hospitalar. Pandemia diminui número e muda perfil de internações no SUS em 2020. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021. Disponível em: https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/pandemia-diminui-numero-e-muda-perfil-de-internacoes-no-sus-em-2020

9 Schilling MPR, Portela MC, Martins M. Razão de mortalidade hospitalar padronizada: limites e potencialidades do indicador para a avaliação do desempenho hospitalar no Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad. Saúde Pública (Online). 2024;40(2):e00080723. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT080723

10 Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciênc. Saúde Colet. (Impr.). 2000;5(1):187-92. https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016

11 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Institucional. Brasília: EBSERH; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/acesso-a-informacao/institucional

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 12 dez 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

13 The jamovi project. jamovi [computer software]. Version 2.6. Sydney: The jamovi project; 2024. Disponível em: https://www.jamovi.org

14 Dias EG, Barbosa ET, Freitas SRS, Campos LM, Caldeira MB. Comportamentos de saúde e fatores associados à procura dos homens pelo Serviço Primário de

Saúde. Espaço para a Saúde. 2022;23:e839. DOI: https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2022v23.e839

15 Martins AM, Vesco GRD, Dutra JCA, Carmo RMMR, Baptista CJ. Male mortality from external causes and its trend in three ecological clusters, 2010 to 2019: implications of schooling, race, and gender on the epidemiological profile and trends. Saude e pesqui. (Impr.). 2024;17(1):e11403. DOI: https://doi.org/10.17765/2176-9206.2024v17n1.e11403

16 Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC, Sanchez EC, Kochhann R, Schneider D, et al. Early and late mortality following discharge from the ICU: a multicenter prospective cohort study. Critical Care Medicines. 2020;48(1):64-72. DOI: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004024

17 Lima Filho CA, Lobo MJS, Gava PHR, Farias TCS, Cantarelli ALJ, Sabino PGS, et al. Perfil das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: um estudo descritivo. Nursing (São Paulo). 2023;26(302):9810-6. https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i302p9810-9816

18 Gonçalves AD, Evaldt TS, Comin MF, Gulbis KC, Dagostin VS, Tessmann M. Perfil dos pacientes atendidos no primeiro ano de funcionamento de uma unidade de terapia intensiva: um estudo retrospectivo. Revista Administração em Saúde. 2021;21(82):e276. DOI: https://doi.org/10.23973/ras.82.276

19 Martins MIS, Castro Júnior AR, Alcântara DG, Santos MAP, Abreu LDP, Moreira FJF. Gravidade respiratória e fatores sociodemográficos associados ao desfecho clínico de pacientes com COVID-19 no Ceará. Revista de Saúde Pública do Paraná. 2022;5(3):1-15. DOI: https://doi.org/10.32811/25954482-2022v5n3.663

20 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital da Rede Ebserh/MEC em Petrolina (PE) atende mais de 2,5 mil vítimas de acidentes de trânsito em 4 meses. Brasília: EBSERH; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/hospital-da-rede-ebserh-mec-em-petrolina-pe-atende-mais-de-2-5-mil-vitimas-de-acidentes-de-transito-em-4-meses

21 Medam S, Zieleskiewicz L, Duclos G, Baumstarck K, Loundou A, Alingrin J, et al. Risk factors for death in septic shock: a retrospective cohort study comparing trauma and non-trauma patients. Medicine. 2017;96(50):e9241. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009241

22 Rodrigues MD, Barbosa PGF, Silva PLS. Influência da mobilização precoce sobre a mortalidade de pacientes ventilados mecanicamente: estudo retrospectivo. Movimenta. 2023;16(1):1-9. DOI: https://doi.org/10.31668/movimenta.v16i1.13576

23 Aquim EE, Bernardo WM, Buzzini RF, Azeredo NSG, Cunha LS, Damasceno MCP, et al. Diretrizes brasileiras de mobilização precoce em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2019;31(4):434-43. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190084

Recebido em: 19/11/2025
Aceito em: 01/07/2026
Publicado em: 14/07/2026