

## **Características dos pacientes reinternados em unidade de terapia intensiva**

### **Characteristics of readmitted patients in the intensive care unit**

DOI:10.34117/bjdv7n10-204

Recebimento dos originais: 18/09/2021

Aceitação para publicação: 18/10/2021

#### **Fernanda Gonçalves Martin Pinto**

Enfermeira especialista em cuidados críticos.

Instituição: Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu -FMB

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.

E-mail: fernandamartinpg@gmail.com

#### **Meire Cristina Novelli e Castro**

Doutora em Enfermagem

Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu FMB.

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.

E-mail: enfermeire.uti@fmb.unesp.br

#### **Silmara Meneguim**

Professora Dra. Associada do Departamento de Enfermagem- Faculdade de Medicina de Botucatu FMB.

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.

E-mail: s.meneguim@unesp.br

#### **Marla Andréia Garcia de Ávila**

Professora Dra. Assistente do Departamento de Enfermagem- Faculdade de Medicina de Botucatu FMB

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.

E-mail: marla.avila@unesp.br

#### **Monique Antônia Coelho**

Enfermeira doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Cirurgia e Medicina Translacional - Departamento de Cirurgia e Ortopedia - Faculdade de Medicina de Botucatu FMB.

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.

E-mail: ma.coelho@unesp.br

#### **Priscila Masquetto Vieira de Almeida**

Doutora em Enfermagem

Departamento de Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu FMB.

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.  
E-mail: priscila.mvalmeida@gmail.com

**Hélio Rubens de Carvalho Nunes**

Professor Doutor Bioestatístico do Departamento de Enfermagem- Faculdade de Medicina de Botucatu FMB

Endereço: Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687.  
E-mail: hrcn@outlook.com.br

**RESUMO**

Objetivo: Descrever as características dos pacientes reinternados no serviço de terapia intensiva adulto e sua distribuição entre os anos de 2017 e 2019. Método: Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, com abordagem quantitativa, realizado entre os anos de 2017 a 2019. Resultados: A amostra constituiu-se de 94 pacientes, sendo 60,6% do sexo masculino e 61,7% idosos. Insuficiência respiratória aguda (23,4%) e choque séptico de foco pulmonar (19,1%) foram as maiores causas de reinternação. 59,6% dos pacientes foram a óbito e com maior ocorrência nos meses de setembro e maio. Os números de reinternações foram maiores em maio, julho e setembro. Conclusões: Constata-se que o desfecho das taxas de reinternação resultou majoritariamente em óbito de pacientes em sua maioria idosos e homens, Não foi encontrado nenhuma associação bivariada relevante ao óbito, a maioria dos pacientes são de procedência cirúrgica e reinternam mais nos meses de maio, julho e setembro, com diagnósticos de insuficiência respiratória e sepse pulmonar.

**Palavras-chaves:** Unidade de Terapia Intensiva; Readmissão do Paciente; Mortalidade; Alta do Paciente; Enfermagem.

**ABSTRACT**

Objective: To describe the characteristics of patients readmitted to the adult intensive care service and their distribution between the years 2017 and 2019. Methods: This is a retrospective study of document analysis, with a quantitative approach, carried out between the years 2017 to 2019 Results: The sample consisted of 94 patients, 60.6% male and 61.7% elderly. Acute respiratory failure (23.4%) and septic shock with pulmonary focus (19.1%) were the major causes of readmission. 59.6% of the patients died and had a higher occurrence in the months of September and May. The number of readmissions was higher in May, July and September. Conclusions: It appears that the fact that the readmission rates resulted mainly in death, of patients, mostly elderly and men, No relevant bivariate association was found with death, most patients are undergoing surgical procedures and readmission more in the months of May, July and September, with diagnoses of respiratory failure and pulmonary sepsis.

**keywords:** Intensive Care Unit; Patient Readmission; Mortality; Patient discharge; Nursing care.

## 1 INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTIs) são preparadas para assistir aos pacientes, cuja sobrevivência é afetada por patologias que causam disfunção de um ou mais sistemas fisiológicos com possibilidade de recuperação, denominando esses como pacientes críticos.

Para o cuidado desses pacientes, é necessária uma equipe qualificada, recursos tecnológicos avançados de monitorização, suporte de vida e as necessidades de cada paciente <sup>1,2</sup>. Nesse setor atuam duas grandes dimensões: a complexidade da assistência e os recursos necessários para o processo de trabalho em equipe, sendo este um custo muito elevado <sup>3</sup>.

Os cuidados prestados em UTIs evoluíram bastante nas últimas décadas e a monitorização intensiva é muito mais complexa e diversificada pelo avanço tecnológico. Essas condições pressupõem mais indicações de internação do paciente clinicamente mais grave, em sua maioria idosos, os quais representam cerca de 60% de ocupação dos leitos intensivos, com suas inúmeras comorbidades. Essas características demandam um aumento no número de intervenções, cuidados de enfermagem e a carga de trabalho da equipe <sup>1,4</sup>.

Diante da dificuldade do sistema de saúde brasileiro que não supre as demandas existentes com um número de leitos adequados, temos 17.940 leitos de UTIs credenciados em todo território, o alto custo dos cuidados, a necessidade oferecer recursos humanos que consigam gerenciar as unidades de forma a garantir a segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos e equalizar os recursos disponíveis, controle de custos hospitalares, os esforços para reduzir o tempo de permanência na unidade e a decisão de conceder a alta o mais rápido possível levam ao problema de o paciente ter uma alta antecipada, para a necessidade de liberação desses leitos <sup>1,3,5</sup>.

A alta antecipada desses pacientes para as enfermarias ou outras unidades de internação os expõe a níveis inadequados de cuidados, podendo resultar em óbitos indesejados ou readmissões nas unidades de terapia intensiva durante a mesma internação <sup>5</sup>.

As readmissões na Unidade de Terapia Intensiva consistem em uma adversidade que ocorre com frequência no paciente crítico. A taxa de readmissão para UTI varia entre 4.6% a 13.4%, englobando dois tipos: a readmissão precoce (até 72 horas após alta para enfermaria), tanto quanto a tardia (após 72 horas de alta para enfermaria). Essa situação expõe o paciente a uma probabilidade de quatro vezes maior de risco de morte variando

entre 13,3% a 41,5%, quanto maior o tempo de internação. Além disso, a transferência desse paciente, entre os profissionais das enfermarias e das UTIs, está vinculado a uma exposição maior a ocorrência de efeitos adversos <sup>2,5,7,8</sup>.

Estudos mostram que grande parte das readmissões são preveníveis e constituem um importante indicador que pode auxiliar no melhor planejamento da assistência desses pacientes. Uma forma de avaliação das reinternações é a utilização de escores de gravidade, através de instrumentos como o APACHE e SAPS II, que devem ser de uso rotineiro na prática clínica da equipe assistencial <sup>7,8</sup>. Os escores de gravidade baseiam-se na tomada de dados clínicos do paciente, considerando as variáveis fisiológicas e dados obtidos na avaliação clínica, caracterizando-os em níveis de complexidade.

A gestão desse paciente crítico readmitido, torna-se um desafio significativo ao sistema de saúde, que busca melhorar a qualidade e reduzir a assistência não planejada desse paciente. O impacto financeiro considerável que uma internação em unidade de terapia intensiva custa em torno de 30% dos custos do hospital <sup>8</sup>.

Nas UTIs os profissionais de enfermagem constatarem diariamente que o paciente grave exige prolongado tempo de assistência, tanto na assistência rotineira, como na admissão e em virtude das instabilidades orgânicas que se instalam ao longo de sua permanência na unidade. Assim a assistência ao paciente crítico é um desafio, visto que a dinâmica do serviço geralmente impossibilita momentos de reflexão sobre o cuidado e condutas terapêuticas entre os profissionais de saúde atuante do setor, gerando dificuldades para equilibrar a oferta adequada de serviços e o uso racional de recursos <sup>9,10</sup>.

O conhecimento do perfil de pacientes readmitidos pode colaborar para um planejamento melhor da assistência aos grupos de pacientes críticos, através do conhecimento dos desfechos mais favoráveis ao paciente.

Nesse contexto, esse presente estudo julga relevante caracterizar os pacientes readmitidos na unidade de terapia intensiva adulto, com a expectativa de que esses dados contribuam para uma melhor análise do perfil de reinternação, tem-se como pergunta: quais as características dos pacientes reinternados na UTI que contribuem para o conhecimento das reinternações?

## **2 OBJETIVO**

### **Objetivo geral**

Descrever as características dos pacientes reinternados no serviço de terapia intensiva adulto e sua distribuição entre os anos de 2017 e 2019.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo retrospectivo de análise documental, com abordagem quantitativa.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas localizado em uma universidade pública do interior paulista, onde foi realizada uma busca de dados no prontuário eletrônico do paciente.

A instituição pertence ao Departamento Regional de Saúde VI, referenciando 68 municípios e quase 2 milhões de habitantes. O Serviço Especializado em Terapia Intensiva (SETI), é composto originalmente por 24 leitos, dividido em duas alas, onde recebem pacientes provenientes do pronto socorro, centro cirúrgico e enfermarias, atendendo a demanda da população pertencente a DRS vigente.

#### **3.3 POPULAÇÃO**

Foram considerados elegíveis para o estudo todos os registros de pacientes readmitidos na unidade, no período dos últimos três anos, compreendendo os anos de 2017 a 2019, através dos dados registrados pelo serviço de registro, onde obtém-se dados através de sistema de informações sobre o paciente.

Ao identificar os registros de pacientes readmitidos que tiveram saída da unidade, seja alta ou óbito, foram coletados dados referentes as características demográficas, conforme ficha em anexo (ANEXO I).

#### **3.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:**

Foi utilizado um formulário (ANEXO I) com dados demográficos do paciente, que incluem idade, sexo, cor/raça e situação conjugal e qual o local de internação (SETI ala I ou II).

Os dados clínicos incluem a procedência desse paciente antes da internação na UTI, que poderia ser do pronto socorro, enfermarias, centro cirúrgico ou outros. Os dados incluem data da internação na unidade, a especialidade e o tipo de admissão (clínica ou cirúrgica, de caráter emergencial ou não), diagnóstico da internação, datas de saída, readmissão e desfecho do caso.

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo os preceitos éticos, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil junto com todos os documentos solicitados e na plataforma de pesquisa da faculdade, juntamente com o termo de anuência assinado pela autora e instituição a ser pesquisada. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), e os dados foram coletados após aprovação do CEP.

Tratando-se de dados secundários, foi solicitada autorização institucional para extração dos dados. Ressalta-se que os dados dizem respeito às características clínicas e demográficas dos pacientes da unidade. Tal pesquisa não oferece riscos aos envolvidos e foram respeitados o sigilo e anonimato dos dados coletados.

O projeto foi aprovado pelo CEP através do parecer número CAAE29218220.1.0000.5411 (ANEXO II);

Para a construção dos vários bancos de dados definidos por tempos específicos foram utilizadas tabelas para a apresentação dos resultados, em planilhas no programa Excel<sup>®</sup>. A análise estatística foi realizada usando o software SPSS versão 21.0<sup>®</sup>. Foi realizada estatística descritiva dos dados de caracterização dos pacientes e também associações bivariadas para o risco de óbito. A comparação entre os meses foi feita utilizando o teste não paramétrico de Dunn. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se  $p < 0,05$ . Análise com o software R 3.4.3.

## 4 RESULTADOS

Os resultados estão divididos em características dos pacientes readmitidos, associações bivariadas para o risco de óbito na UTI e sazonalidade das readmissões e óbitos.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES READMITIDOS NA UTI

Os resultados apontam que entre 2017 a 2019 foram readmitidos na UTI de adultos 94 pacientes no serviço especializado de terapia intensiva (SETI), sendo 57 deles do sexo masculino (60,6%), composto da raça branca e/ou amarela (91,5%), 58 pessoas acima de 60 anos (61,7%), 53 deles o estado civil com companheiro e escolarizados até o ensino fundamental (60,6%).

Tabela 1- Distribuição dos dados demográficos e clínicos de pacientes reinternados na UTI entre 2017 a 2019, Botucatu 2021

<b>Dados demográficos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo Masculino	57	60,6
Sexo Feminino	37	39,4
Raça branca e/ou amarela	86	91,5
Raça parda ou preta	8	8,5
Idosos	58	61,7
Estado civil:		
Com companheiro	53	56,4
Sem companheiro	41	43,6
Escolaridade:		
Ensino fundamental	57	60,6
Ensino médio	31	33
Ensino Superior	6	6,4

Apesar das taxas de reinternação terem diminuído de 2017 para 2019, o desfecho dessas readmissões resultou em 38 altas (40,4%), onde os pacientes foram transferidos para enfermaria e 56 (59,6%) foram a óbito na UTI.

Tabela 2 - Desfecho das reinternações de pacientes reinternados na UTI entre 2017 a 2019, Botucatu 2021

<b>Desfecho reinternações</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alta	38	40,4
Óbito	56	59,6

As especialidades cirúrgicas, envolvendo em sua maioria cirurgia geral, cirurgia vascular, gastroenterologia cirúrgica e neurocirurgia são responsáveis por cerca de 59% dos pacientes internados; As patologias mais prevalentes são as neoplasias de crânio (28,5%), de trato gastrointestinal (28,5%) e hemorragia subaracnóidea (HSA) 33,3%; Aneurismas (5.3%), trauma raquimedular (3,5%), abdome agudo em sua totalidade, incluindo perfurativo, obstrutivo e oclusivo (8,92%) e trombozes (5.3%).

As especialidades clínicas, abrangem 39,3% das internações, envolvendo em destaque clínica geral, neurologia, gastroenterologia clínica. As patologias mais prevalentes foram acidente vascular isquêmico (AVCi) em sua totalidade pela neurologia clínica, choque séptico (32,4%) e doenças de trato respiratório (24,3%) tais como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pneumonia e insuficiência respiratória aguda; Neoplasias e cirrose hepática (8,1%) e pancreatite (5.4%) aparecem com menor relevância.

Tabela 3 - Principais diagnósticos das internações na UTI, entre 2017 e 2019, Botucatu 2021.

Diagnóstico Internação	%
Neoplasia de Crânio	28,5
Neoplasia de Trato Gastrointestinal	28,5
Hemorragia Subaracnóidea	33,3
Aneurismas	5,3
Acidente Vascular Isquêmico	8,1
Choque séptico	32,4
Doenças de trato respiratório	24,3

Tabela 4- Diagnósticos mais prevalentes na reinternação de pacientes na UTI, entre 2017 e 2019, Botucatu 2021

Diagnóstico Reinternação	%
Insuficiência Respiratória Aguda	23,4
Choque séptico foco pulmonar	19,1
Choque séptico foco abdominal	13,8
Choque séptico foco urinário	4,25

Investigando os motivos de reinternação, a causa mais predominante foi insuficiência respiratória aguda (IRpa) (23,4%), causada em sua grande maioria por broncoaspiração, broncoespasmo, pneumonias, edema agudo de pulmão e em alguns casos evolução da doença de base associado ao rebaixamento de nível de consciência. Choque séptico de foco pulmonar (19,1%), abdominal (13,8%), urinário (4,25%) e de corrente sanguínea, as doenças de etiologia infecciosa também ganham destaque, incluindo traqueíte e ventriculite.

#### 4.2 ASSOCIAÇÕES BIVARIADAS PARA O RISCO DE ÓBITO NA UTI

A tabela 5 apresenta os riscos bivariados sociodemográficas para o óbito durante as internações. Diante das variáveis apresentadas, não foi possível considerar nenhuma das correlações relevantes associados ao óbito.

Tabela 5- Associações bivariadas para o risco de óbito de pacientes reinternados na UTI entre 2017 a 2019, Botucatu, 2021

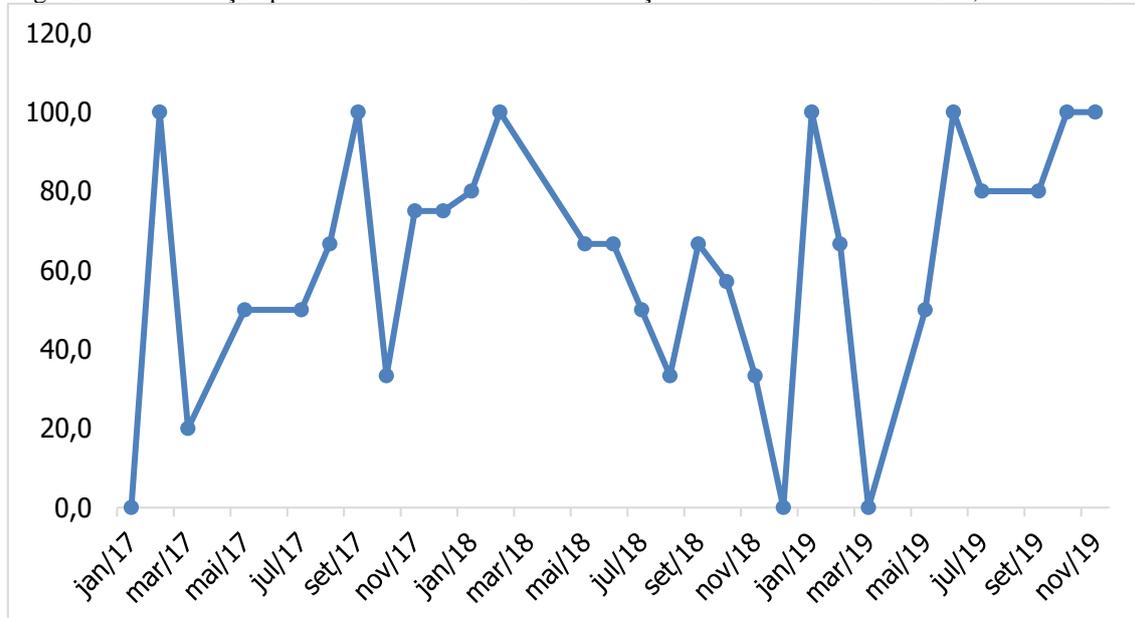
Variável	RR	IC95%	p	
Ano da readmissão (Ref. = 2017)			0,644	
2018	0,98	0,52	1,86	0,955
2019	1,30	0,69	2,45	0,425

Idade (anos)	1,01	1,00	1,03	0,140
Sexo masculino	0,87	0,51	1,47	0,593
Raça preta ou parda	1,05	0,42	2,64	0,911
Estado civil sem companheiro	1,04	0,62	1,77	0,877
Escolaridade				0,306
Até fundamental				
Médio	0,61	0,33	1,15	0,126
Superior	0,97	0,35	2,73	0,961

### 4.3 SAZONALIDADE DAS REINTERNAÇÕES E ÓBITOS NA UTI

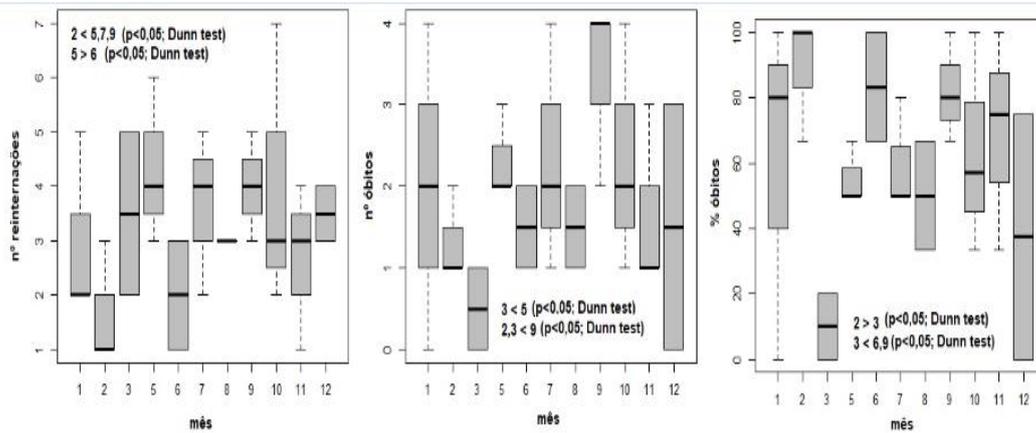
A seguir, apresenta-se os dados referentes a sazonalidade da internações nos anos de 2017 a 2019, relacionados aos meses dos respectivos anos.

Figura 1 - Distribuição percentual dos óbitos nas reinternações entre 2017 e 2019 na UTI, Botucatu 2021



Na figura 1, as 29 observações correspondem aos meses com ocorrência de óbitos decorrentes das reinternações, sendo os meses com maiores porcentagens de óbitos (100%) em fevereiro e setembro de 2017, fevereiro de 2018, janeiro, junho, outubro e novembro de 2019.

Figura 2- Comparação entre reinternações, óbitos e porcentagem de óbitos entre 2017 e 2019 na UTI, Botucatu 2021



A comparação entre os meses foi feita utilizando o teste não paramétrico de Dunn. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas se  $p < 0,05$ , através da análise com o software R 3.4.3.

Quanto ao número de reinternações, os meses de maio, julho e setembro são os que apresentam maior ocorrência ( $p < 0,05$ ). Os meses com maior número de óbitos foram respectivamente setembro e maio ( $p < 0,05$ ). Os meses de maior porcentagem de óbitos foram respectivamente fevereiro, junho e setembro ( $p < 0,05$ ).

## 5 DISCUSSÃO

Um estudo realizado em Rondônia ressalta que a tomada de decisão para a alta do paciente da UTI, não depende apenas de sua estabilidade hemodinâmica, mas também incluem vertentes como disponibilidade de leitos para a unidade de destino e jornada de trabalho; além de também reinterar que o paciente crítico é passível de complicações devido a sua gravidade clínica esperada. Essas complicações tendem a ser menores, quando os critérios de alta são corretamente determinados, assim resultando numa menor estadia na UTI durante a internação, proporcionando um cuidado adequado e de qualidade e consequentemente resultando numa queda nas taxas de reinternação e mortalidade <sup>14, 15, 18</sup>.

O atendimento não efetivo à internação inicial e /ou alta precoce, eleva as taxas de readmissões de 22 a 44%; O que contribui para a elevação dessas taxas, pode ser explicado pela baixa disponibilidade dos leitos de UTI e a urgência de rotação dos mesmos, necessitando antecipar a alta de pacientes de menor gravidade para ceder lugar aos internados de maior gravidade <sup>15, 18</sup>.

As taxas de readmissão são visualizadas muitas vezes como métrica de qualidade, como foi sugerida em um relatório da *European Society of Intensive Care Medicine*. A Associação de Médicos de Cuidados Críticos recomenda utilizar essas taxas como indicador de qualidade da assistência, podendo refletir na qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI. Esses pacientes poderiam requerer maior permanência na UTI ou cuidados semi-intensivos de uma unidade intermediária em vez de uma enfermaria <sup>16, 18</sup>.

Uma revisão sistemática em um hospital universitário no Canadá, mostrou que a readmissão dos pacientes está relacionada a altos escores em escala de gravidade (usualmente usado APACHE e SAPS), idade mais avançada, maior tempo de internação no hospital e uma maior mortalidade do que os não readmitidos <sup>17</sup>.

A maioria das reinternações do presente estudo são constituídas de pacientes do sexo masculino. Estudos mostram predominância do gênero masculino, sendo justificado provavelmente pela baixa adesão dos homens ao sistema de saúde preventivo, assim apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivo que as mulheres, facilitando o advento de doenças crônicas degenerativas <sup>11, 15</sup>.

Em relação a faixa etária, o estudo apresenta uma taxa maior de reinternação de idosos. A literatura mostra que com o envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, nota-se um aumento na taxa de internação de pacientes nessa idade, na terapia intensiva; além de apresentarem maior probabilidade de comorbidade, a função cognitiva e o estado funcional traduzirem a cuidados intensivos agudos relacionados a manifestação agudizada de doenças crônicas, implicando em maiores custos, maior tempo de internação e recuperação mais lenta combinada a recursos muitas vezes limitados. A resposta lentificada ao tratamento e as mudanças associadas ao próprio processo de envelhecimento, combinam-se e colocam esse paciente em alto risco de vulnerabilidade a doenças e um desfecho de óbito da internação <sup>11 12 13 23</sup>

Este estudo mostra que a maioria dos pacientes reinternados são de procedência cirúrgica. A literatura mostra que pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos estão predispostos a permanecerem internados por mais tempo na UTI, devido aos fatores de risco relacionados a patologia, comorbidades e estilo de vida prévios. Vale ressaltar que o sucesso na recuperação eficaz do paciente pós operatório se deve à junção de uma equipe multiprofissional em sintonia com o cliente <sup>15</sup>.

O choque séptico se mostrou um diagnóstico frequente, contribuindo em 19,1% dos casos. A sepse é a principal causa de morte nos Estados Unidos, com taxas entre 20 a 80%. e no mundo acomete cerca de 19 milhões de pessoas. Em território brasileiro,

mostra uma incidência de sepse e choque séptico de 27% e 23% respectivamente<sup>19</sup>. Diversos estudos mostram que infecções hospitalares em UTI estão relacionados aos procedimentos invasivos como cateter venoso central, sonda vesical de demora, ventilação mecânica, hospitalização prolongada, prescrição indiscriminada de antibióticos e colonização por bactérias multirresistentes, principalmente *S. aureus resistente à meticilina*, necessitando de antibióticos de amplo espectro muitas vezes já resistentes à terapêutica proposta.<sup>20,22</sup>

Um estudo brasileiro, evidenciou que a topografia mais comum das infecções foi de foco pulmonar (43%) e abdominal (35%), destacando a importância das doenças pulmonares, corroborando com os dados do presente estudo. A aquisição de tal infecção, pode estar relacionada a elevada microbiota endógena do trato respiratório e digestivo, podendo facilitar a infecção em pacientes imunocomprometidas. A causa mais prevalente das sepSES é a pneumonia, enfatizando que o trato respiratório é uma das principais fontes onde desenvolvem processos infecciosos, conduzindo a um tempo maior de ventilação invasiva e conseqüentemente de internação em leito intensivo<sup>20</sup>.

Os estímulos ambientais, dependendo da disposição climática em que o paciente é exposto, pode ser um fator desencadeador para o agravamento de patologias pré-existentes e também uma predisposição a um novo processo de adoecimento e até mesmo levando ao óbito. As estações mais frias do ano, são responsáveis pelo aumento de mortalidade na população, relacionando-se principalmente a patologias do sistema cardiovascular e de trato respiratório, uma vez que o inverno está intimamente relacionado aos agravos mortais, pela maior demanda da termorregulação humana e maior exposição a fatores de risco ambientais<sup>21</sup>.

O presente estudo mostra que nos três anos analisados sobre as reinternações, 59,6% evoluíram ao óbito. Esse desfecho corrobora com a literatura, onde mostra que os pacientes reinternados tem os maiores scores de gravidade, independente da escala mensurada ou o tipo de UTI internado, levando a uma maior taxa de mortalidade do que os não reinternados. Além de que a necessidade de uso de drogas vasoativas, o maior tempo de internação e as readmissões provenientes da enfermaria, a própria evolução natural da doença, quando todas as possibilidades terapêuticas foram esgotadas, e a limitação de recursos humanos são fatores imprescindíveis para a contribuição desse desfecho<sup>7,14,17</sup>.

## 6 CONCLUSÃO

Em síntese, quanto às características demográficas dos pacientes a maioria são idosos, do sexo masculino, de raça branca e/ou parda, estado civil com companheiro e com escolaridade até o fundamental.

Os diagnósticos mais prevalentes de internação foi neoplasia de crânio, hemorragia subaracnóidea e choque séptico.

Quanto ao desfecho dessas reinternações 59,6% evoluíram ao óbito e os diagnósticos mais prevalentes relacionados à esse desfecho foi insuficiência respiratória e choque séptico de etiologia pulmonar e abdominal.

As associações bivariadas para o risco de óbito não foram possível considerar nenhuma das correlações associadas relevantes ao óbito.

Em relação à sazonalidade, em relação aos 29 meses observados, os meses de maior número de óbitos ocorreram em maio e setembro, os meses com maior porcentagem de óbitos foram fevereiro, junho e setembro e os meses que mais reinternaram pacientes foi em maio, junho e setembro.

A limitação do estudo foi o fato de os dados serem coletados em uma única unidade, não permitindo generalizações.

## REFERÊNCIAS

1. Cyrino CMS, Dell'Acqua MCQ, Castro MCN, Oliveira EM, Deodato S, Almeida PMV. Nursing Activities Score nos sítios assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva. Esc. Anna Nery. 2018 ;22( 1 ): e20170145.
2. Lin WT, Chen WL, Chao CM, Lai CC. The outcomes and prognostic factors of the patients with unplanned intensive care unit readmissions. *Medicine* (2018) 97:26.
3. Castro MCN, Dell'Acqua MCQ, Unger IC, Cyrino CMS, Almeida PMV. Gravidade e carga de trabalho de enfermagem em pacientes candidatos à vaga na UTI. Esc. Anna Nery. 2018 22( 1 ): e20170167.
4. Guia CM, Biondi RS, Sotero SL, Lima AA, Almeida KJ, Ferreira F. Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. *Comun. Ciênc. Saúde* ; 2015 JUN 15;26(1/2):9-19.
5. Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco JW. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* [Internet]. 2013 Mar; 25( 1 ): 32-38
6. Silva M, Sousa R, Padilha K. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. lat.-am. enferm*;19(4):911-9.
7. Ponzoni CR, Corrêa TD, Filho RR, Neto AS, et al. Readmission to the Intensive Care Unit: incidence, risk factors, resource use, and outcomes. A Retrospective Cohort Study. *AnnalsATS* Volume 14 Number 8| August 2017.
8. Wong EG, Parker AM, Leung DG, Brigham EP, Arbaje AI. Association of Severity of Illness and Intensive Care Unit Readmission: A Systematic Review. *Heart Lung*. 2016 ; 45(1): 3–9.e2.
9. Nobre RAS, Rocha HMN, Santos FJ, et al. Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em diferentes tipos de UTI s: uma revisão integrativa. *EnfGlobal*. Nº 56, outubro 2019.
10. Altafin JAM, Grion CMC, Tanita MT, Festti J, Cardoso LTQ, Veiga CFFetal. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Rev. bras. ter. intensiva*; 2014 Sep .26( 3 ): 292-298.
11. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *RevEnferm UFSM* 2012 Mai/Ago;2(2):320-329
12. Prece A, Cervantes J, Mazur CS, Visentin A. Perfil de pacientes em terapia intensiva: necessidade do conhecimento para organização do cuidado cad. *Da esc. De saúde, curitiba*, v.2 n.16: 35-48

13. Freitas, ERF. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mai-jun 2010; 18(3):[07 telas].
14. **Lopes D, Fernandes LM, Alves DCI, Tonini NS, Oliveira JLC.** Factors associated with readmissions to an adult intensive care unit at a university hospital. *Rev Rene.* 2020;21:e43724.
15. Rittiela RS, Pinheiro FA, Carvalho ACM, Oliveira CABO e et al. Prevalência de readmissões após alta em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do interior de Rondônia. *REAS/EJCH* |Vol.Sup.n.42| e2871|
16. Mendes CR, Campos MEP, Oliveira FJP, Viera JM, Taniguchi LU. Fatores na admissão à unidade de terapia intensiva associados à readmissão em pacientes onco-hematológicos graves: estudo retrospectivo de coorte. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2016 Mar [cited 2021 Jan 12] ; 28( 1 ): 33-39
17. Wong EG, Parker AM, Leung DG, Brigham EP, et al. Association of severity of illness and intensive care unit readmission: a systematic review. *Heart Lung.* 2016; 45(1): 3–9.e2.
18. Araújo TG, Rieder MM ; Kutchak FM, Franco JW. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2013, vol.25, n.1, pp.32-38.
19. Carvalho RH, Vieira JF, Gontijo PPF, Ribas RM. Sepsis, sepsis grave e choque séptico: aspectos clínicos, epidemiológicos e prognóstico em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2010 Oct [cited 2020 Dec 30] ; 43( 5 ): 591-593.
20. Barros LLS, Ferraz MCS, Chagas MM. Fatores de risco associados ao agravamento de sepsis em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Dec 30] ; 24( 4 ): 388-396..
21. Marsilio C, Susin AC, Molin RS. Perfil de Atendimento em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Filantrópico da Serra Gaúcha; *Saúde Em Foco: Temas Contemporâneos* – 2020;3:502-06.
22. Pires HFM, Ribeiro MS, Silva JDG. Sepsis em unidade de terapia intensiva em um hospital público: estudo da prevalência, critérios diagnósticos, fatores de risco e mortalidade ; *J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 53755-53773 jul. 2020.
23. Silva IVTC, Bordin D, Skupien SV, Grden CRB, Cabral LPA. Fatores associados ao tempo de internação de idosos em um hospital de ensino. *BrazilianJournal of DevelopmentBraz. J. of Develop.*,Curitiba, v.6, n.11,p.85488-85500, nov.2020.