

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

EDUARDO LUCHI

**DESAFIOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: IDOSOS COM SEPSE EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**VITÓRIA
2018**

EDUARDO LUCHI

**DESAFIOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: IDOSOS COM SEPSE EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.
Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Carlota de Rezende Coelho

**VITÓRIA
2018**

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L936d Luchi, Eduardo.
Desafios às políticas públicas : idosos com SEPSE em
unidade de terapia intensiva / Eduardo Luchi. - 2018.
60 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2018.

1. Idosos – cuidado e tratamento. 2. Políticas públicas.
3. SEPSE - idosos. 4. Doenças do idoso. I. Coelho, Maria Carlota
de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 618.970231

EDUARDO LUCHI

**DESAFIOS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: IDOSOS COM SEPSE EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 2 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

**Profª Drª Maria Carlota de Rezende
Coelho**
**Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória**
Orientadora

Profª Drª Rosana Alves
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
**Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória**

Profª Drª Janine Pereira da Silva
**Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de Misericórdia de Vitória**

*Dedico esta Dissertação a minha esposa e nossos filhos.
Nossa vida, juntos, é uma luz (e uma sombra).*

À Escola Superior da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), pela
oportunidade de fazer a Pós-Graduação *stricto sensu* – Mestrado em Saúde Pública
e Desenvolvimento Local.

Ao Hospital Metropolitano, onde realizei este estudo.

À Profa. Dra. Maria Carlota, pela compreensão e orientação.

RESUMO

O estudo aborda dados sobre a sepse, que é uma síndrome de alta incidência e letalidade, em pacientes especialmente idosos, internados em ambiente de terapia intensiva em um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória, os correlaciona com diversas variáveis e verifica a sua relevância diante de ações de política pública de saúde. Os objetivos são: contribuir para a ampliação do conhecimento no diagnóstico de sepse em idosos, principalmente aqueles que não preencheram os critérios de SRIS; descrever e relacionar variáveis do perfil demográfico, clínico, de comorbidades e diagnóstico (em relação a sepse) de idosos com diagnóstico de sepse em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória. O estudo é observacional analítico, tipo coorte retrospectiva, realizado por meio de revisão de prontuários da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória. Participaram da pesquisa 199 pacientes internados na UTI com diagnóstico de sepse, de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Os resultados apontam que a maioria dos pacientes (70,9%) eram idosos, do sexo feminino (51,8%), procedentes do domicílio (73,4%), 54,8% apresentavam SRIS, 75,9% poderiam ser considerados graves pelos critérios de SOFA e apresentaram uma letalidade de 32,1%. Demonstra-se ainda que há uma correlação entre idade elevada e mortalidade, e uma tendência à ausência de critérios de SRIS com a presença de idade superior a 60 anos. Conclui-se que os critérios de SRIS representam apenas uma fração do que se pode utilizar como recurso para a definição de sepse, especialmente em idosos, e que as políticas públicas de saúde devem levar em consideração os dados atuais da sepse para atualizar o atendimento de seus usuários.

Palavras-chave: Sepse. Idoso. Políticas públicas.

ABSTRACT

The study analyze data on sepsis, a syndrome with high incidence e letality, in patients, especially the elderly, hospitalized in an intensive care setting in a private hospital in the Metropolitan Region of Vitória, correlates them with several variables and verifies their relevance to public health policy actions. The objectives are: to contribute to the expansion of knowledge in the diagnosis of sepsis in the elderly, especially those who did not meet SRIS criteria, in an Intensive Care Unit of a private hospital in the Metropolitan Region of Vitória; to describe and associate variables of the demographic, clinical, comorbidities and diagnostic (related to sepsis) profile in the elderly with a diagnosis of sepsis in an Intensive Care Unit of a private hospital in the Metropolitan Region of Vitória. The study is an observational, retrospective cohort study, performed by means of a review of medical records of the Intensive Care Unit of a private hospital in the Metropolitan Region of Vitória. A total of 199 patients admitted to the ICU with a diagnosis of sepsis, from January 2014 to December 2015, participated in the study. The results indicate that the majority of the patients (70.9%) were elderly, female (51.8%) from the household (73.4%), 54.8% presented SIRS, 75.9% could be considered critical according to SOFA criteria and presented a lethality of 32.1%. It's also demonstrated that there is a correlation between high age and mortality, and a tendency to absent SRIS criteria with the presence of age over 60 years. It is concluded that SRIS criteria represent only a fraction of what can be used as a resource for the definition of sepsis, especially in the elderly, and that public health policies should take current sepsis data into account in order to update the service offered to its users.

Keywords: Sepsis. Elderly. Public policy.

LISTA DE SIGLAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
EMESCAM	Escola de Superior de Ciência da santa Casa de Misericórdia de Vitória
ILAS	Instituto Latino-Americano de Sepsis
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
mmHg	Milímetro de Mercúrio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PaCO ₂	Pressão Parcial Arterial de Dióxido de Carbono
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assesment</i>
SPREAD	<i>Sepsis Prevalence Assessment Database</i>
SRIS	Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica
SSC	<i>Surviving Sepsis Campaign</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos pacientes de acordo com a idade (n = 199)	32
Tabela 2 – Perfil dos pacientes quanto ao sexo (n =199)	33
Tabela 3 – Perfil dos pacientes de acordo com a procedência (n = 199).....	33
Tabela 4 – Perfil de comorbidades (n= 199)	34
Tabela 5 – Perfil quanto ao uso de medicações (n = 199)	35
Tabela 6 – Perfil dos pacientes de acordo com os critérios de SRIS (n = 199).....	36
Tabela 7 – Perfil dos pacientes de acordo com os critérios de SOFA (N = 199).....	37
Tabela 8 – Perfil dos pacientes de acordo com o diagnóstico sindrômico (n = 199) .	38
Tabela 9 – Perfil de acordo com o foco da infecção (n = 199)	39
Tabela 10 – Perfil de acordo com os resultados de culturas (n = 199).....	40
Tabela 11 – Perfil dos pacientes de acordo com o desfecho (n = 199).....	41
Tabela 12 – Dados comparativos entre idade e presença de critérios de SRIS (n = 199) (p = 0,12).....	42
Tabela 13 – Dados comparativos entre critérios de SOFA e desfecho (n = 199) (p = 0,2).....	43
Tabela 14 – Dados comparativos entre presença de SRIS e desfecho (n = 199) (p = 0,06)	43
Tabela 15 – Dados comparativos entre idade e desfecho (n = 199) (p = 0,02).....	44
Tabela 16 – Dados comparativos entre critérios de SOFA e de SRIS (n = 199) (p = 0,04)	45
Tabela 17 – Dados comparativos entre critérios de SRIS e níveis séricos de lactato (n = 199) (p = 0,01).....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 METODOLOGIA	16
3.1 LOCAL DE ESTUDO	16
3.2 TIPO DE ESTUDO	16
3.3 POPULAÇÃO	16
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	16
3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA	17
3.6 COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS	17
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	17
3.8 QUESTÕES ÉTICAS	18
4 REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A ATENÇÃO AO PACIENTE GRAVE	19
4.2 EPIDEMIOLOGIA DA SEPSE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	21
4.3 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SEPSE	23
4.4 A SEPSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE NA PESSOA IDOSA	26
4.5 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	28
4.6 ASPECTOS INTEGRATIVOS PRESENTES NAS POLÍTICAS VOLTADAS AO IDOSO	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6 CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – MODELO DE TABELA EXCEL PARA COLETA DE DADOS	55
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	57
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	60

1 INTRODUÇÃO

O objeto do estudo versa sobre a utilização dos critérios da Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) para o diagnóstico de sepse em idosos durante a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado da Região Metropolitana da Grande Vitória. Tal estudo insere-se na área de concentração “Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local” e alinhado à linha de pesquisa “Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais” do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

O envelhecimento é um estágio do desenvolvimento humano com importantes alterações funcionais, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, que podem promover a redução da adaptação ao ambiente, provocando aumento da susceptibilidade às doenças graves que podem causar internações prolongadas em UTI e até a morte (RIBEIRO; SCHUTZ, 2007). Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em setembro de 2015, atualmente pode-se contabilizar, no mundo, cerca de 900 milhões de pessoas maiores de 60 anos, ou seja, idosos. Esse número corresponde a 12,3% da população mundial. A projeção para o ano de 2050 é de cerca de 2 bilhões de idosos. O que torna essa estimativa mais relevante, em se tratando do impacto dessa população na utilização de recursos, é o reconhecimento de que, para além do crescimento do quantitativo absoluto, essa população deverá corresponder a 21,5% dos habitantes do planeta.

No Brasil, ainda segundo a OMS, existem hoje cerca de 23 milhões de idosos, correspondendo a 12,5% do total da população. Estima-se que, em 2025, a população idosa será de 32 milhões, quando o nosso país constituirá então o sexto do mundo em número de idosos (SCHEIN, 2010). Em 2050, a previsão é de que haverá 64 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade, responsável por aproximadamente 30% da população brasileira. Esses dados e tais projeções demonstram que cresceremos acima da média mundial.

O envelhecimento populacional no Brasil foi influenciado pela rápida queda da fecundidade e redução da mortalidade, em função de fatores biológicos, econômicos,

ambientais, científicos e culturais (OLIVEIRA, 2012). O Brasil é uma nação que envelhece, acompanhando a tendência mundial, com o aumento da expectativa de vida e a diminuição da natalidade, porém isso ocorre de forma mais veloz em nosso país do que o processo que se deu em países europeus, por exemplo, que levaram cerca de um século para se tornar mais envelhecidos. Esse fato pode ser explicado pela concomitância histórica da redução da taxa de natalidade em relação à melhoria das condições socioeconômicas gerais da população.

A relação entre o crescimento do número absoluto e, de forma mais impactante, do quantitativo relativo de pessoas idosas no Brasil, como também a incidência de afecções de saúde, especialmente a sepse, se impõem como algo extremamente relevante, ao se considerar a elaboração de políticas públicas de saúde desenhadas especificamente ao citado grupo populacional. Segundo uma publicação recente¹, esses dois fatores estão intimamente relacionados, assim como também o crescimento do número de pacientes portadores de doenças crônicas (em sua maioria, idosos).

Antes de explicitar as definições de sepse e toda a discussão atual sobre o tema, é importante esclarecer uma entidade nosológica, denominada Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), que é determinante para a compreensão da evolução conceitual de sepse. A SRIS pode ocorrer como uma resposta do organismo a insultos variados, sejam eles de origem infecciosa, como pneumonias e infecções urinárias, ou de origem não infecciosa, como traumatismos e cirurgias de grande porte. Objetivamente, na prática médica, a SRIS é caracterizada pela presença de variáveis clínicas e laboratoriais alteradas, de fácil mensuração e acesso.

Historicamente, as definições para o diagnóstico de sepse e suas variações (sepse grave e choque séptico) foram definidos em 1992, em uma reunião consensual entre o *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine* (BONE et al., 1992), e foram apresentados da seguinte forma: sepse é a síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS), desencadeada por um processo infeccioso; sepse grave é a sepse associada a disfunção orgânica ou hipoperfusão ou hipotensão; e choque séptico é a hipoperfusão ou hipotensão refratárias a medidas iniciais de

¹ *Sepse: um problema de saúde pública* (2016), parceria entre o Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM)

tratamento com a reposição adequada de fluidos. Nota-se facilmente, portanto, a importância do conhecimento da SRIS para a compreensão da definição de sepse.

Igualmente importante é o conhecimento sobre como a sepse se insere no debate epidemiológico mundial e brasileiro. Gaieski e colaboradores (2013), estudando o índice de mortalidade em UTI, e Brun-Buisson e colaboradores (2004), fazendo uma reavaliação da epidemiologia e dos resultados da sepse grave em unidades de terapia intensiva na França, afirmam que a sepse grave é a principal causa de internação e óbito nessas unidades.

Em outro estudo que explicitou dados epidemiológicos importantes sobre a sepse, foi demonstrado que, apesar de todos os avanços no entendimento e no manejo da síndrome, a sepse ainda permanece como a maior causa de mortalidade em unidades de terapia intensiva gerais (não cardiológicas) nos Estados Unidos. Quando o quadro séptico é acompanhado de maiores sinais de gravidade é que, geral e idealmente, os pacientes são tratados em ambiente de terapia intensiva e, nesse caso, podem chegar a ser responsáveis por um quarto dessas internações e até metade dentre todos os dias de ocupação de leitos de UTI (MARTIN; MANNINO; MOSS, 2006).

No Brasil, o estudo de Zanon e colaboradores (2008) analisaram prospectivamente a ocorrência de sepse em pacientes admitidos em três UTIs da região de Passo Fundo/RS e concluiu que a mortalidade geral para sepse grave foi de 22,6% e, para choque séptico, de 64,8%. O estudo de Silva e colaboradores (2004) demonstrou, no período de maio de 2001 a janeiro de 2002, em UTIs brasileiras, uma mortalidade de 47,3% nos casos de sepse grave e de 52,2% naqueles de choque séptico.

O Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS) publicou o Relatório Nacional (2016), com dados epidemiológicos coletados de 119 centros de terapia intensiva brasileiros, incluindo um total de 32.694 pacientes analisados no período de 2005 a 2015. Concluiu-se que a mortalidade anual no Brasil por sepse grave foi de 24,5% em 2015 e vem decrescendo desde 2007, graças a uma difusão cada vez maior entre a população leiga e não leiga sobre a importância do seu reconhecimento precoce e graças também a um maior interesse da comunidade científica em estudar e desenvolver mais ferramentas para o seu manejo. A mortalidade anual por choque séptico foi de 60,8% no último ano. O mesmo ILAS realizou uma pesquisa do tipo

prevalência de um dia (estudo denominado SPREAD²), em 2015 e concluiu que 30% dos leitos de UTI do Brasil estavam ocupados com pacientes sépticos e que a letalidade por sepse naquele momento no Brasil era de 55%.

Alguns estudos vêm questionando a utilização dos critérios definidos através da SRIS para o diagnóstico de sepse, em todas as populações. Os estudos de Vincent e outros (1997, 2000, 2013) vêm sendo publicados com o objetivo de lançar luz sobre a necessidade de se rediscutir a validade e a acurácia dos critérios de SRIS na definição de sepse. No artigo de Vincent (1997), já se explicitava uma preocupação em relação ao uso dos critérios de SRIS na definição de sepse, uma vez que nesse período se observava alta sensibilidade, porém limitada especificidade, ao utilizá-los na admissão de pacientes sépticos.

Três anos depois, Abraham e colaboradores (2000), inclusive Vincent, mostraram, de forma mais detalhada e com a possibilidade de utilizar uma gama muito maior de dados disponíveis sobre o assunto, a insuficiência intrínseca dos critérios de SRIS em definir sepse e argumentaram que seu uso incorreria em randomizar populações muito heterogêneas de pacientes em um mesmo diagnóstico sindrômico. Vincent e colaboradores (2013) continuaram sua crítica e sugeriram a inserção da evidência de alguma disfunção orgânica nos critérios para sepse, com a justificativa de que, quando se fala em sepse, já se pressupõe alguma gravidade e, portanto, alguma alteração orgânica instalada. Dessa forma, utilizar somente os critérios de SRIS, que não levam em consideração tal paradigma, seria incorrer em erro.

Um dos estudos mais significativos foi o de Kaukonen e colaboradores (2015), em que se demonstra que 12% da população estudada com sepse exibia apenas um ou nenhum dos critérios de SRIS e a maioria desses pacientes era composta por indivíduos idosos. Algumas populações específicas de pacientes, cujo diagnóstico de sepse é feito baseado na definição ou na suspeição de infecção associada a um padrão clínico de gravidade, exibem apenas, à admissão, um ou até mesmo nenhum dos critérios de SRIS. Dentro dessas populações que não atendem aos critérios de sepse baseados na SIRS, a que mais se destaca é a de idosos.

² Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/spread.php>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Assim, surgiu o questionamento baseado na observação clínica e a necessidade de estudos que analisem tal contradição e que proponham novas soluções para o diagnóstico de sepse em determinadas populações. A população idosa é mais suscetível a apresentar infecções graves que não preenchem os critérios clássicos de SRIS e, portanto, o diagnóstico e o tratamento devem ser particularizados, especialmente no contexto técnico-científico, nos atendimentos de Setores de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva, bem como no contexto da Política Nacional do Idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para a ampliação do conhecimento no diagnóstico de sepse em idosos, principalmente aqueles que não preencheram os critérios de SRIS, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória e, dessa forma, colaborar para a elaboração de políticas públicas mais eficientes e eficazes no manejo desse segmento de pacientes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever o perfil demográfico, clínico e de comorbidades e o perfil diagnóstico de sepse segundo critérios de SRIS, em idosos com diagnóstico de sepse em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória.
- ✓ Correlacionar as variáveis clínico-laboratoriais encontradas para pesquisa de padrões específicos de comportamento na população estudada.

3 METODOLOGIA

3.1 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória, no Espírito Santo.

O Hospital possui atualmente quarenta leitos de pacientes críticos e é caracterizado por seu foco no tratamento de pacientes clínicos graves, especialmente pacientes idosos e com sepse. A UTI, cenário do presente estudo, conta atualmente com vinte leitos e desenvolveu, junto ao setor de Emergência do hospital, um método de trabalho específico para o atendimento da sepse, dada a relevância dessa doença na comunidade em que está inserida.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional analítico, tipo coorte retrospectiva, por meio de revisão de prontuários, realizado em um hospital privado da Região Metropolitana de Vitória.

3.3 POPULAÇÃO

Pacientes internados na UTI com diagnóstico de sepse realizado através de protocolo institucional, de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. Trata-se, então, de uma amostra por conveniência, totalizando 199 pacientes.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os prontuários dos pacientes com diagnóstico de sepse, baseado no protocolo de sepse da instituição, preenchidos por agentes capacitados.

Foram excluídos os prontuários dos pacientes cujos dados se encontravam incompletos ou ausentes do arquivo, no momento da coleta de dados.

3.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

O instrumento para a coleta de dados constou das seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino), idade (em anos, segundo a data de nascimento), origem (comunidade, assistência domiciliar e hospital), comorbidades (asma grave, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, neoplasia maligna, diabetes *mellitus*, doença renal crônica dialítica e infecção pelo HIV), uso prévio de medicamentos que interferem na condução do estímulo elétrico cardíaco (amiodarona, digital, betabloqueador e diltiazem), dados clínicos (referentes à história clínica e ao exame físico, incluindo frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, escala de coma de Glasgow, diurese, temperatura corporal, fluxo de oxigênio suplementar, uso de drogas vasoativas e outros mais específicos, de acordo com o foco infeccioso) e laboratoriais (hemograma, lactato, gasometria arterial, creatinina, culturas e outros mais específicos para a definição do foco infeccioso e agente etiológico) na admissão e na evolução da internação na UTI.

3.6 COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

Os dados foram coletados pelo autor e organizados em tabela Excel (APÊNDICE A). As variáveis categóricas foram organizadas por frequências e percentuais; já as numéricas foram resumidas por meio de medidas como média, mediana e desvio padrão.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A associação entre variáveis foi verificada pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher (em caso de valores esperados menores do que 5). A análise foi realizada no programa *SPSS* versão 23 segundo um nível de significância de 5%, ou seja, valores de *p* menores do que 0,05 foram considerados significativos.

3.8 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, sob o nº 2.032.098 (ANEXO A). O estudo dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma pesquisa que utilizará registros em prontuários como fonte de dados. A justificativa para dispensa do TCLE se dá em função de tratar-se de pacientes internados que evoluíram para óbito ou alta, o que implica no alto risco de perdas dos casos em função de mudança de endereço e em função da possibilidade de desencadear desconforto à família pela possibilidade de reviver o luto ou o período de internação em UTI.

A instituição, cenário do presente estudo, concedeu autorização para realização da pesquisa, através da assinatura do Termo de Autorização Institucional (ANEXO B).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A ATENÇÃO AO PACIENTE GRAVE

Em meados do século XIX, durante a Guerra da Criméia, ao observar pacientes vítimas de trauma e sua evolução decorrente dos ferimentos, a enfermeira Florence Nightingale percebeu a importância de manter uma área geográfica separada para pacientes mais graves e, numa situação dramática de conflito, os agrupou e aproximou do posto de enfermagem para que pudessem ser monitorados mais de perto e de forma mais constante. Com esse ato, criou a primeira ideia de uma Unidade de Tratamento Intensivo da História.

Muitos anos depois, em 1923, o médico Walter Dandy criou uma unidade específica para o seguimento de pacientes graves provenientes de neurocirurgias no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, nos Estados Unidos. Nos anos subsequentes, universidades norte-americanas e europeias desenvolveram unidades separadas para o cuidado de pacientes mais graves que eram provenientes dos mais variados procedimentos cirúrgicos (VINCENT, 2013).

O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva no mundo, como a conceituamos e conhecemos nos dias atuais, com a inclusão de pacientes clínicos e o uso de equipamentos específicos para a manutenção do suporte básico de vida do paciente, se deu devido a uma necessidade de se criar uma solução para a epidemia de poliomielite em Copenhague, no ano de 1952. Mais especificamente, pacientes que exibiam manifestações respiratórias decorrentes do *deficit* de força muscular relacionado à doença necessitavam de algum tipo de suporte que mantivesse a ventilação dos pulmões. Dessa forma, foi criada a necessidade de atender a um grande número de pacientes gravemente doentes. Ventiladores mecânicos rudimentares já existiam e eram utilizados prioritariamente em modalidades anestésicas para a realização de procedimentos cirúrgicos.

Durante a epidemia de poliomielite dinamarquesa, equipamentos para ventilar mecanicamente acabaram sendo utilizados pela primeira vez em pacientes clínicos, através de traqueostomias, para que se mantivesse o suporte de vida básico até que

a fase aguda da doença cessasse. Apesar de muitos desses equipamentos serem baseados numa ventilação manual (estima-se que, nos primeiros oito dias dessa iniciativa, todos os pacientes com insuficiência respiratória decorrente da poliomielite admitidos foram ventilados manualmente, notando-se que havia uma média de 6 a 12 novas admissões diárias com esse perfil), foi possível salvar muitas vidas, servindo-se de sua utilização. Com essa iniciativa, a mortalidade por poliomielite caiu de cerca de 80-85% para 40% naquela coorte de pacientes, especialmente no Hospital Bleggham, em Copenhagen (KELLY et al., 2014).

De alguma maneira, portanto, podemos afirmar que a ideia de se criar um ambiente específico para o tratamento intensivo de pacientes críticos surgiu a partir de complicações infecciosas graves, o que de forma indireta pode nos remeter ao objeto do presente estudo (REISNER-SÉNÉLAR, 2011; VINCENT, 2013).

A partir da década de 1960, Unidades específicas para o cuidado intensivo de pacientes gravemente enfermos já haviam se tornado uma realidade em outras partes do mundo, com destaque para Estados Unidos e Grã-Bretanha. Durante os anos seguintes, a especialidade de Medicina Intensiva se desenvolveu como uma ciência de base multidisciplinar, na medida em que depende da colaboração de diversas áreas do conhecimento da saúde para que seja capaz de prover o melhor cuidado para o paciente crítico (VINCENT, 2013).

No Brasil, a primeira Unidade de Terapia Intensiva surgiu na cidade de São Paulo, em 1971, em um hospital privado, por iniciativa de cirurgiões que viam a necessidade de um cuidado especializado para pacientes que desenvolviam ou possuíam potencial para desenvolver eventos graves no período do pós-operatório imediato³.

Os primeiros médicos a prestar serviços em Unidades de Terapia Intensiva foram clínicos gerais, cirurgiões e anestesiológicos, uma vez que não era reconhecida até então a necessidade de uma atuação médica específica para pacientes graves. A especialidade “Medicina Intensiva” começou a surgir a partir da observação de que os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva poderiam apresentar uma

³ Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/saude/as-utis-no-brasil>>. Acesso em: 1º mar. 2017.

evolução e complicações semelhantes entre si e independentes dos motivos pelos quais foram admitidos num primeiro momento (VINCENT, 2013).

A partir da década de 1970, as unidades de terapia intensiva, no mundo e no Brasil, evoluíram muito, principalmente em seus aspectos tecnológicos. A unidade de terapia intensiva é, sem dúvida, o setor que concentra os maiores avanços e recursos tecnológicos da área hospitalar. O surgimento de aparelhos modernos e sofisticados trouxe benefícios e agilidade na luta contra as doenças graves. A industrialização acarretou a modernização e os grandes avanços tecnológicos, mas provocou também a intensa valorização da ciência, em detrimento do ser humano e de seus valores. (BARRA et al., 2006).

O aparato tecnológico, criado pelo homem e a serviço do homem, tem colaborado em grande medida para a solução de problemas anteriormente insolúveis e, que certamente, contribuiu com melhorias nas condições de vida e saúde de pacientes gravemente enfermos.

4.2 EPIDEMIOLOGIA DA SEPSE NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Mundialmente, a sepsé hoje se tornou uma questão de saúde pública das mais relevantes, levando-se em consideração que é a maior responsável pela mortalidade em unidades de terapia intensiva não cardiológicas. Os dados têm variado e, ao longo dos anos, à medida que o entendimento sobre a sepsé evolui, há uma tendência de queda na mortalidade, especialmente em países desenvolvidos. No entanto, ainda há taxas percentuais de mortalidade que podem ser consideradas elevadas. A taxa de letalidade por sepsé (chance de óbito por sepsé entre os pacientes que possuem a síndrome) nas UTIs dos Estados Unidos é de 42,9%; no Canadá, de 50,4%; na Alemanha, de 43,4% e na Austrália, de 32,6% (NORITOMI et al., 2014). Por outro lado, em um estudo que demonstrou a letalidade por sepsé, especificamente em UTIs australianas, a taxa chegou a ser tão baixa quanto 18% (KAUKONEN et al., 2014).

Estima-se que cerca de 17 milhões de casos de sepsé ocorram anualmente em nosso planeta. Dados norte-americanos mostram um aumento exponencial e gradual do número de casos relatados de sepsé, passando de 415 mil em 2003 para 700 mil em

2007. Nesse mesmo período, os custos necessários saltaram de 15,4 bilhões de dólares para 24,3 bilhões (LAGU et al., 2012). Um paciente com sepse em hospitais europeus custa cerca de 26 a 32 mil dólares, enquanto nos Estados Unidos esse valor se eleva para 38 mil dólares. De forma aproximada, pode-se dizer que entre 20 e 40% do custo total das UTIs são direcionados a pacientes sépticos. Em UTIs americanas, cerca de um quarto das internações estão relacionadas à sepse e, quando pensamos em dias de internação, esse número pode chegar a até metade de todos os leitos intensivos ocupados nos Estados Unidos (MARTIN; MANNINO; MOSS, 2006).

No Brasil, a realidade epidemiológica acompanha a tendência mundial, apesar da maior escassez de dados fidedignos até o momento. O estudo SPREAD, conduzido pelo ILAS, foi realizado em 227 UTIs brasileiras, selecionadas aleatoriamente, e mostrou dados baseados em um dia de internação: quase 30% dos leitos intensivos do nosso país estão ocupados com pacientes sépticos. Nossa taxa de letalidade é uma das mais altas do mundo, podendo chegar a 67,4% (NORITOMI et al., 2014). Outros trabalhos demonstram uma variação de 34,4% de letalidade para casos de sepse grave e 65,3% para casos de choque séptico (TANRIOVER et al., 2006).

Um dado muito pertinente, especialmente no contexto das políticas públicas de saúde, é o de que a letalidade por sepse em ambientes intensivos brasileiros varia significativamente, se compararmos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aqueles ligados aos serviços de saúde suplementar. Em um estudo, a taxa de letalidade de 21 UTIs brasileiras foi analisada, entre as quais aquelas ligadas ao SUS apresentaram um valor de 49,1% contra 36,7% dos hospitais privados (CONDE et al., 2013). Não se pode afirmar, de forma definitiva até o momento, quais seriam as razões para tal discrepância. Todavia, a falta relativa de leitos de UTI em hospitais do SUS, gerando a internação de pacientes mais graves na unidade; a mais baixa qualificação dos profissionais de saúde; o desconhecimento dos sinais de alerta para sepse; a subestimação da importância da rapidez com que as medidas iniciais devem ser instituídas; a falta de estrutura e o número inadequado de profissionais para atendimento provavelmente contribuem de forma determinante.

Existe, portanto, grande importância em se reconhecer a sepse como um problema de saúde pública, com a explicitação dos dados apresentados, uma vez que podemos evoluir muito no diagnóstico e no tratamento dessa síndrome, ao reconhecermos o

panorama atual das UTIs em todo o mundo. Tal evolução é teoricamente possível por ser a sepse uma síndrome descrita recentemente e uma entidade separada que necessita de cuidados específicos. Nosso aprendizado está em processo evolutivo e possui ainda um enorme espaço para crescer, tanto do ponto de vista da assistência quanto do ponto de vista da melhor definição dos critérios para o diagnóstico.

4.3 CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE SEPSE

A discussão sobre qual seria a maneira definitiva de conceituar sepse e alcançar o diagnóstico ainda está em aberto. Depois de vários anos de estudos e experiências em lidar com a síndrome, muito foi aprendido sobre suas repercussões nos mais diversos tipos de pacientes. Talvez por envolver respostas genéticas ainda a serem elucidadas, por incluir múltiplas causas, muitos agentes etiológicos diferentes, diversos focos, como também por afetar indivíduos com realidades muito particulares do ponto de vista médico (comorbidades associadas, uso de antibiótico prévio, uso de outras medicações etc.), a sepse possua uma gama tão vasta de manifestações. Assim, há grande dificuldade dos profissionais de saúde em encontrar um conceito objetivo, abrangente o suficiente para que todos os pacientes que se apresentem no setor de Urgência recebam o diagnóstico.

Como dito anteriormente, a primeira iniciativa para se encontrar critérios que pudessem ser utilizados para definir sepse foi em 1992, por Bone e colaboradores, na revista *Chest*, em um trabalho consensual de duas Sociedades médicas (o *American College of Chest Physicians* e a *Society of Critical Care Medicine*), publicado com grande entusiasmo, pela visão da importância de se reconhecer uma entidade até então pouco valorizada e conhecida e, melhor, pela proposta de se poder tratar com impacto na morbimortalidade.

Durante o período de 1992 a 2016, foram publicados diversos trabalhos, incluindo artigos originais, editoriais e diretrizes, com o intuito de indicar os critérios mais sensíveis e específicos, como também se teriam validade para a definição de sepse. Dentre todos os estudos, certamente a *Campanha sobrevivendo à sepse (Surviving sepsis campaign - SSC)* é a mais importante, pelo seu alcance, sua relevância técnica e sua abrangência sobre o assunto. Historicamente, essa diretriz foi publicada pela

primeira vez em 2004 e é revisada a cada quatro anos pelas *Society of Critical Medicine* e a *European Society of Intensive Care Medicine*. Portanto, quatro diretrizes desse tipo já foram lançadas em 2004, 2008, 2012 e, a última, em 2016.

Nos anos iniciais da *Surviving Sepsis Campaign*, a recomendação que concernia à definição de sepse era embasada pela utilização dos critérios de SRIS, ou seja, pela manifestação de duas ou mais das quatro seguintes variáveis:

1. Temperatura corporal maior do que 38°C ou menor do que 36°C.
2. Frequência cardíaca maior do que 90 batimentos por minuto.
3. Frequência respiratória maior do que 20 incursões por minuto ou uma pressão parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) menor do que 32 mmHg à mensuração sérica.
4. Hemograma com contagem sérica de leucócitos maior do que 12000/mm³ ou menor do que 4000/mm³ ou maior do que 10% de formas leucocitárias jovens (chamadas bastões).

De forma complementar, eram utilizadas as seguintes variáveis conceituais, conforme já referido: sepse é a síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS) desencadeada por um processo infeccioso; sepse grave é a sepse associada à disfunção orgânica ou hipoperfusão ou hipotensão; e choque séptico é a hipoperfusão ou hipotensão refratárias a medidas iniciais de tratamento, com a reposição adequada de fluidos. Com o passar dos anos e a tentativa de elaboração de alternativas aos critérios de SRIS, já que se mostravam na prática cada vez menos específicos, apesar de sua grande sensibilidade, a SSC publicou, em sua versão de 2012, uma nova proposta de definição envolvendo variados critérios, além dos de SRIS, como dosagem sérica de procalcitonina, alteração do estado mental e hiperglicemia, entre outros. Obviamente o objetivo era gerar uma alternativa para que profissionais ligados à saúde de todo o mundo, que até então se encontravam, de certa forma, perdidos no momento do diagnóstico de sepse, principalmente em certas populações de pacientes, pudessem enfim exercer uma prática mais acurada e com maior especificidade. Por outro lado, discussões mais atuais, realizadas em Congressos e

Fóruns, reforçam que as definições de 2012 geraram grande confusão e não foram capazes de refinar ou melhorar o diagnóstico.

Durante quase quatro anos, médicos emergencistas, intensivistas e de outras especialidades, cuja realidade inclui o manejo da sepse, em sua maioria permaneceram atuando segundo as definições prévias a 2012. A pergunta que surgia, de forma incômoda, era: como tratar algo que não se pode reconhecer adequadamente?

Até o ano de 2015, nenhum trabalho científico consistente e relevante foi publicado para que se tentasse responder à pergunta acima. O que se impunha como questão científica era, portanto, o reconhecimento dos pacientes com sepse que não preenchiam critérios de SRIS e, mais detalhadamente, quantos seriam no contexto da síndrome e qual seria seu perfil. Em 2015, então, Kaukonen e colaboradores demonstraram que 12% dos pacientes portadores de sepse não preenchiam o mínimo de dois critérios de SRIS necessários e, de forma complementar, propuseram a utilização dos critérios de *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) para a identificação de sinais de gravidade nos pacientes sépticos (de qualquer faixa etária). Dessa maneira, vincularam dados objetivos de disfunção orgânica ao diagnóstico de infecção, dando início assim a uma definição mais específica de sepse.

O SOFA consiste da análise dos seguintes critérios clínico-laboratoriais: contagem de plaquetas séricas, bilirrubina sérica, gasometria arterial, escala de coma de Glasgow (escala que define pontos para abertura ocular, resposta verbal e resposta motora), creatinina sérica e pressão arterial média. De forma que, quanto mais alteradas essas variáveis estiverem, mais se pontua e, portanto, maior o número e/ou a gravidade das disfunções de órgãos. Usualmente, considera-se um SOFA positivo quando é maior do que 2.

Tal cenário propiciou o surgimento de uma posição mais radical, com a publicação das definições consensuais chamadas Sepse-3, no início de 2016, que excluiu por completo os critérios de SRIS do conceito de sepse e introduziu a possibilidade de incluir um escore para mensuração de disfunção orgânica. Além disso, a denominação “sepse grave” passou a ser apenas “sepse”, entendendo-se que, ao se perceber a ocorrência de sepse, já se pressupõe alguma gravidade ou disfunção, e não apenas

infecção e SRIS associadas. No fim do ano de 2016, foi publicada, então, a última versão do SSC, que retirou do seu texto os critérios de SRIS, porém, de forma inversa, não recomendou abandoná-los.

Atualmente, nos encontramos em um quadro de fortalecimento do que pode se definir como sepse, na medida em que passamos a compreender melhor a complexidade dos eventos que se sucedem após um processo infeccioso que se tornará grave, porém ainda permanecemos com dificuldades em definir a síndrome de forma objetiva, para que se possam utilizar critérios na linha de frente, no momento em que temos o paciente sob nosso cuidado assistencial inicial, principalmente o paciente idoso, perfil principal de paciente séptico com ausência de critérios de SRIS (KAUKONEN et al., 2015).

4.4 A SEPSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE NA PESSOA IDOSA

Desde a percepção inicial da comunidade científica médica mundial de que era necessário reconhecer e estudar as repercussões sistêmicas de pacientes com infecção, bem como com a publicação do trabalho de Bone e outros (1992), aprendemos muito sobre a sepse. Com o avançar das investigações e a gradativa robustez dos artigos publicados sobre o tema, várias questões foram surgindo. Uma delas, com certeza das mais importantes, apareceu a partir da observação do comportamento da sepse no organismo de pacientes idosos, cuja idade mais avançada e presença de comorbidades eram determinantes para uma apresentação clínico-laboratorial diferenciada. Em uma quantidade significativa dessa população de pacientes, era possível concluir que a sepse se manifestava de forma mais grave, porém menos aparente sob a luz dos critérios até então vigentes para a definição de sepse e suas variantes. Mais objetivamente, pode-se dizer que não se podia mais ignorar o fato de que os critérios de SRIS frequentemente não estavam presentes em pacientes idosos com sepse.

Dessa forma, uma parcela importante da população, a de idosos, responsável por grande parte das internações em unidade de terapia intensiva de hospitais do mundo inteiro, incluindo o Brasil, pode apresentar-se de forma atípica em casos de sepse. Se compararmos a incidência anual de sepse em UTIs norte-americanas, com base no

critério de idade, podemos observar que pacientes idosos contabilizam 26,2 casos por mil habitantes, enquanto pacientes mais jovens são responsáveis por apenas 3 casos por mil habitantes (ANGUS et al., 2001). Esses mesmos autores indicam, de forma estimada, uma incidência de 939.000 casos de sepse anuais nos Estados Unidos. Ao analisarmos de forma comparativa a idade média de pacientes diagnosticados com sepse grave em dois estudos, concluímos que houve um aumento de 63,8 para 68,2 anos, o que mostra uma tendência de aumento da idade de pacientes idosos acometidos pela síndrome (ANGUS et al., 2001; MARTIN et al., 2006).

Se pensarmos na incidência de sepse em idosos, comparados com a população em geral, percebemos, de forma alarmante, que, apesar de contabilizarem apenas 20% da população dos Estados Unidos, os idosos são responsáveis por, aproximadamente, 70% dos pacientes admitidos com sepse em hospitais norte-americanos.

O estudo de Koury, Lacerda e Barros Neto (2006) aponta que, em todo o mundo, os idosos adoecem mais e têm maior risco de apresentar doenças graves, portanto, com necessidade de internação em UTI. Nos resultados desse estudo, em que foram incluídos 199 pacientes, 67,8% dessa população foi composta por idosos acima de 65 anos.

Adelman, Berger e Macina (1994), por sua vez, mencionaram que cerca de metade de todos os pacientes internados na UTI tem mais de 65 anos de idade, embora os idosos representem apenas 12% da população geral, nos Estados Unidos. O relatório do *Center for Disease Control and Prevention, Healthy aging*, de 2002, afirma que os idosos representam de 42 a 52% das internações na UTI e quase 60% de todos os pacientes-dia da UTI. O processo de envelhecimento conduz a alterações das variáveis fisiológicas, morfológicas e funções do corpo humano como um todo e isso torna os idosos potencialmente mais vulneráveis a infecções.

O estudo de Palomba e outros (2015) demonstrou que, dentro de uma amostra de 848 pacientes com sepse em um hospital brasileiro, 62,6% eram idosos. Taniguchi e colaboradores publicaram, em 2014, uma revisão das declarações de óbito no Brasil do período de 2002 a 2010 e verificaram que o número de mortes associadas à sepse aumentou de 9,7% para 16,4% no período. Em casos mais específicos, a mortalidade

por sepse foi maior em indivíduos maiores de 60 anos de idade e, nesse aspecto, os dados demonstram uma enorme diferença entre os grupos etários: enquanto a taxa de mortalidade associada à sepse em pacientes de 0 a 19 anos foi de 19,3/100 mil habitantes e de 34,2/100 mil na faixa de 20 a 59 anos, na população maior de 60 anos de idade a mortalidade foi de 297,3/100 mil habitantes.

Com base nos argumentos apresentados, é possível concluir que a população idosa apresenta uma evolução mais grave diante de um processo infeccioso. Apesar disso, percebeu-se na prática médica e, mais recentemente, por meio de dados objetivos baseados em evidência, que o envelhecimento paradoxalmente pode ser responsável por uma apresentação clínica atípica da sepse. Dessa forma, a discussão referente à utilização dos critérios de SRIS para a definição de sepse obteve um grande impulso, ao se evidenciar dados que demonstravam ser significativamente prevalente a ausência desses critérios em perfis específicos de pacientes, sendo o principal desses perfis a população com idade acima de 60 anos.

4.5 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O conceito de integralidade, em qualquer cenário de atenção à saúde, deve ser compreendido em uma evolução histórica do que seria importante no tratamento dado ao paciente pelas diversas equipes hoje presentes num ambiente nosocomial, sejam elas a equipe médica, a enfermagem, os fisioterapeutas, os psicólogos, os técnicos, entre outros. Ao longo de diversos anos de experiência no tratamento de pacientes graves, as equipes multidisciplinares se encontravam com a preocupação de prestar o melhor atendimento do ponto de vista técnico-científico, porém dedicando pouca atenção ao paciente como indivíduo único, com suas características íntimas e pessoais (FURUYA et al., 2011).

A fragmentação inerente a esse tipo de atenção à saúde, com seus aspectos como foco na doença, descuido com os aspectos subjetivos do paciente, cerceamento do acesso da família ao paciente, criação de ambientes considerados frios e impessoais nos hospitais e outras unidades, entre outros, foi o fator gerador de desconforto do ponto de vista humano e integral para que houvesse uma maior atenção ligada às

questões aqui discutidas. Assim, tornou-se imperativa a reanálise de postura frente ao paciente por parte de toda a estrutura administrativo-assistencial responsável por oferecer o cuidado à saúde do paciente. Tal reanálise se torna cada vez mais importante nas unidades de atendimento de saúde, seja qual for seu porte e nível tecnológico; seu protagonismo, demonstrado em literatura, se equipara atualmente à administração de medicamentos ou ao suporte de vida com aparelhos. Apesar disso, no Brasil, especialmente em Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não podemos contar com essa mudança de paradigma na prática assistencial de forma disseminada.

Pode-se entender a integralidade como possuidora de três pilares centrais: o acolhimento, o cuidado e a humanização. O acolhimento se constitui do vínculo que deve ser gerado entre profissionais e usuários, como também na relação interprofissional. Deve compreender a pluralidade do paciente e de toda a equipe responsável por tornar a sua internação a mais pessoalizada possível. O cuidado deve ser entendido como a amplitude da capacidade de escutar a subjetividade do paciente e, com abertura e disponibilidade, atuar face a suas demandas, tornando a relação entre a equipe e o paciente muito mais próxima e fluida. Esse ato de cuidar é algo que se aproxima mais do próprio paciente como indivíduo do que especificamente da sua necessidade de intervenções terapêuticas e procedimentais, apesar de essas também estarem incluídas. A humanização é o aspecto da assistência ao paciente ao permitir que a equipe de saúde enxergue a individualidade do usuário, especialmente aquela relacionada a sua posição sociocultural e econômica, tornando o cuidado mais compreensivo e compassivo.

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é comum se verificar a presença forte de um saber técnico, focado nos procedimentos físicos e nos métodos de gestão dos corpos, em prejuízo da valorização necessária das relações humanas. Um exemplo é o fator estressor gerado quando se informa ao paciente e aos familiares que o tratamento deverá ser feito na UTI; ou, ao chegar, as dificuldades encontradas por esses atores quanto a luminosidade excessiva, agressão sonora, horários de procedimentos e sensação de isolamento social (MARTINS et al., 2008). Uma oportunidade de se criar laços com o paciente e sua família é relegada a um nível menor de importância, quando, de fato, é a posição relacional que a equipe de saúde adota a maior geradora

de vínculo e, portanto, a responsável por garantir que o acesso e a aceitação do cuidado médico sejam contemplados. Sem isso, não há relação, não há comunicação e não há tratamento.

Quando pensamos todos os aspectos abordados de integralidade, mas agora voltados para o idoso, devemos considerar ainda mais a sua importância, uma vez que frequentemente, nessa faixa etária, doenças crônicas e degenerativas estão presentes, principalmente aquelas relacionadas para este estudo (diabetes *mellitus*, neoplasia maligna, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras); maior grau de dependência e fragilidade também, além de aspectos como hipoacusia, *deficits* visuais, patologias cutâneas e vasculares, dor crônica, demências etc. Vê-se, facilmente, que o idoso centraliza na sua figura o protótipo do paciente que mais necessita e mais se beneficia dos cuidados centrados na humanização das relações, principalmente em ambientes de terapia intensiva, para onde convergem diversos questionamentos no pensamento do paciente, como a expectativa da necessidade de que sejam realizados em si procedimentos desconfortáveis, quando não dolorosos, as possibilidades de sequelas e até mesmo a morte.

4.6 ASPECTOS INTEGRATIVOS PRESENTES NAS POLÍTICAS VOLTADAS AO IDOSO

Diversas são as políticas que versam sobre as questões mais vinculadas ao cuidado com o idoso e, no geral, são mais abrangentes e inclusivas, dada a maior necessidade de proteção pelo Estado desse segmento da população. Sob o ponto de vista normativo, pode-se dizer que o envelhecimento no Brasil é protegido por políticas muito claras. A dificuldade maior se encontra na incorporação dessas políticas ao cotidiano prático da vida dessas pessoas, quando percebemos um claro destacamento entre o que está escrito e validado, e o que é de fato cumprido e respeitado (MOTTA, 2007).

De uma forma mais geral, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), explicita o dever da preservação da integridade física, moral e da autonomia da pessoa, valoriza o cuidado baseado na integralidade e expõe a importância das decisões baseadas em dados epidemiológicos. Em seu artigo 7º,

versa sobre a integralidade, cujos atributos devem estar baseados em três pontos principais: as práticas profissionais, a organização da prestação de serviços e o feedback governamental. Esses pontos podem estar em conjunto colocados a serviço de políticas públicas para segmentos específicos da população, em que devem estar englobados os idosos (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS/GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006), em consonância com a Lei nº 8.080/1990, visa a atingir a população idosa com os objetivos propostos em seu texto, fundamentando as ações da promoção de saúde e prevenção de doenças nesse escopo populacional. Dessa forma, preconiza a promoção do envelhecimento saudável, a recuperação e a reabilitação na medida da necessidade, da prevenção de agravos e da melhora na capacidade funcional daqueles cujo *status* orgânico demonstra qualquer redução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Por fim, vale a pena citar o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), cuja importância recai sobre a relação entre o conceito de intersetorialidade e o direito à saúde. Especialmente no âmbito da gerontologia, ou seja, o estudo sobre o envelhecimento, a noção inter-relacional entre diversas formas de saber e áreas do conhecimento se faz intrinsecamente ligada, já que o processo de envelhecimento do organismo e seu contexto psicossocial permeiam todos os aspectos da vida.

No contexto deste trabalho, se faz particularmente importante citar o art. 18 do Estatuto do Idoso, conforme se segue:

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003).

Vamos perceber, a seguir, que a discussão dos resultados da coleta de dados e sua análise estatística devem ser entendidas no bojo da importância da especificidade da saúde do idoso e a necessidade de sua proteção como indivíduo dotado de características únicas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo foi realizado por meio da coleta de dados em prontuários de pacientes com sepse, sepse grave ou choque séptico, na admissão em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital da rede privada da Grande Vitória, internados entre os anos de 2014 e 2015. Os dados referentes à mortalidade foram coletados durante todo o período de internação na referida UTI. No período, foram contabilizadas 642 internações, das quais 199 foram realizadas em decorrência de sepse, sepse grave ou choque séptico, ou seja, 30,99%. No entanto, esse número subestima o quantitativo global de pacientes sépticos presentes na UTI, já que a doença pode se desenvolver também durante o período de permanência, pode não ter relação com o motivo da admissão e pode ocorrer mais de uma vez no tempo de internação do paciente.

Tabela 1 – Perfil dos pacientes de acordo com a idade (n = 199)

Idade ≥ 60 anos	Frequência	%
60	58	29,1
> 60	141	70,9
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Conforme demonstrado pela Tabela 1, dos 199 pacientes sépticos, 141 tinham idade superior a 60 anos. Esse dado demonstra que 70,9% dos pacientes internados por alguma síndrome séptica eram idosos. Resultado similar foi identificado no estudo de Palomba e colaboradores (2015), quando demonstraram que, dentro de uma amostra de 848 pacientes com sepse em um hospital brasileiro, 62,6% eram idosos. O estudo de Koury, Lacerda e Barros Neto (2006) indica que, em todo o mundo, os idosos adoecem mais e têm maior risco de apresentar doenças graves, portanto, com necessidade de internação em UTI. Quanto à idade dos pacientes estudados, observou-se que a média de idade foi de 68 anos, sendo a idade mínima de 18 e a máxima de 102 anos.

Tabela 2 – Perfil dos pacientes quanto ao sexo (n =199)

Sexo	Frequência	%
Feminino	103	51,8
Masculino	96	48,2
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Podemos observar, na Tabela 2, que 51,8% dos pacientes são do sexo feminino e 48,2%, do sexo masculino. A predominância do sexo feminino é sustentada pelo estudo da Lima e Bueno (2009), quando afirmam que, embora a velhice não seja universalmente feminina, há um forte componente de gênero como consequência da maior mortalidade masculina, por isso as razões envolvendo tal gênero vêm diminuindo paulatinamente no Brasil.

Em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. Em 2050, essa relação será de 100 idosas para 76 idosos do sexo masculino. Ainda entre os mais idosos, que têm 80 anos ou mais, para cada 100 mulheres o número de homens deverá cair entre 2000 e 2050, de 71 para 61. Haveria, portanto, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem entre os mais idosos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009, p. 21).

Tabela 3 – Perfil dos pacientes de acordo com a procedência (n = 199)

Procedência	Frequência	%
Domicílio	146	73,4
Assist. Domiciliar	8	4,0
Hospital	45	22,6
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Em relação à procedência dos pacientes antes da admissão na Unidade de Terapia Intensiva, 73,4% dos pacientes eram provenientes da comunidade, 22,6% eram transferidos de algum outro hospital e apenas 4%, originários de algum serviço de assistência domiciliar de saúde, conforme a Tabela 3. Esse dado diverge de outros estudos brasileiros por não ser demonstrado como perfil de procedência, mas sim como origem da infecção, o que pode gerar uma pequena incongruência na apresentação dos dados, como deve demonstrar simplesmente uma diferença de

característica institucional, possivelmente com menos internações em UTI de pacientes provenientes do hospital por motivos que variam desde maior eficácia do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar até mesmo maior quantidade de subdiagnósticos de infecção durante a internação.

Conde e colaboradores (2013) demonstraram, em uma análise de 19 instituições públicas e privadas brasileiras, que 45,7% das sepSES diagnosticadas eram de origem comunitária, ou seja, os pacientes eram provenientes do domicílio. O Relatório Nacional do ILAS (2016) mostrou que 54,04% dos pacientes sépticos eram provenientes do pronto-socorro, ou seja, poderiam ser considerados como uma amostra sugestiva de possuir uma origem comunitária para a infecção, porém, como pacientes presentes na UTI ou na enfermaria, também poderiam ser considerados de comunidade. A depender do tempo em que estiverem internados no setor, deve existir um pequeno viés, porém pode-se considerar relevante essa comparação de dados, uma vez que o relatório incluiu um número considerável de pacientes (32.694), o que o torna a mais relevante ferramenta de dados brasileira sobre a sepse.

Tabela 4 – Perfil de comorbidades (n= 199)

Comorbidades	Frequência	%
Asma grave	1	0,5
Ausente	108	54,3
Cirroze hepática	1	0,5
Diabetes <i>Mellitus</i>	29	14,6
Diabetes + DPOC	2	1,0
Diabetes + neoplasia	3	1,5
DPOC	21	10,6
DRC dialítica	5	2,5
HIV	1	0,5
Neoplasia	24	12,1
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Entre as comorbidades presentes nos idosos investigados, as mais frequentes foram diabetes *mellitus*, com um total de 19,1%; neoplasia maligna, com um número relativo de pacientes de 13,6%, e DPOC, com 11,6%. Aqui se faz importante deixar claro que a listagem de comorbidades investigada se limita às que estão expostas na Tabela 4,

ou seja, não foram investigadas, neste estudo, outras comorbidades, além das que estão nomeadas. Portanto, os pacientes considerados como “ausente” na tabela, que preenchem a maioria (54,3%), podem possuir alguma outra doença que não as investigadas. Optou-se por investigar esse número limitado de comorbidades porque foram consideradas as mais importantes e relevantes na população estudada, escolhidas com base em trabalhos de outros autores.

Angus e colaboradores (2001), ao realizarem um estudo sobre a epidemiologia da sepse nos Estados Unidos, descrevem que DPOC e neoplasia são as mais incidentes na população estudada, correspondendo a 12,3 e 11,6%, respectivamente. Os dados são muito próximos daqueles encontrados neste estudo. A diferença se encontra na comorbidade “diabetes *mellitus*” que, no estudo americano, foi responsável por apenas 3,2% dos pacientes, porém deve-se notar que, nesse caso, foram considerados apenas os casos de diabetes complicado, o que deve ser o fator responsável pela diferença estatística entre os estudos. Interessante notar ainda que o trabalho de Angus e colaboradores (2001) limita em 55,5% os pacientes que possuem qualquer comorbidade (incluindo aquelas especificadas); logo, os pacientes estudados que tinham ausência de comorbidades foi responsável por 44,5% dos casos.

Conde e colaboradores (2013), em seu estudo sobre a epidemiologia da sepse no Brasil, concluíram que 70,45% possuíam qualquer comorbidade, porém não especificaram quais seriam, pois apenas classificaram por sistemas afetados, como respiratório, renal etc.; portanto, não é possível reconhecer uma comparação aceitável em relação a esses dados com o presente estudo.

Tabela 5 – Perfil quanto ao uso de medicações (n = 199)

Medicações	Frequência	%
Amiodarona	2	1,0
Amiod. + Beta bloqueador	1	0,5
Beta bloqueador	44	22,5
Beta bloqueador + digital	1	0,5
Digital	5	2,5
Diltiazem	3	1,5
Não	141	70,9
Sem informação	2	1,0
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Entre as medicações em uso estudadas, percebeu-se que 23,1% dos pacientes usavam betabloqueador, porém a maioria dos pacientes, ou seja, 70,9% não usavam nenhuma das medicações dentre as que foram questionadas, conforme a Tabela 5. O objetivo desta investigação, proposta na Tabela 5, foi o de quantificar aqueles pacientes nos quais era administrado algum tipo de medicação que poderia modificar a FC (para baixo, ou seja, fazer uma *down regulation* através da inibição dos estímulos elétricos do nó atrioventricular). A relevância desse dado pode ser justificada pelo fato de que a FC é um dos critérios de SRIS e, portanto, se ela for modificada cronicamente, conforme explicitado, ela pode estar ausente na admissão do paciente com sepse. Isso tornaria irrelevante tal variável no grupo de pacientes em uso de quaisquer das medicações pesquisadas. Não foram evidenciadas, em nenhum estudo pesquisado, informações específicas como as apresentadas neste estudo, concernentes ao uso de medicações.

Tabela 6 – Perfil dos pacientes de acordo com os critérios de SRIS (n = 199)

Critérios de SRIS	Frequência	%
0	34	17,1
1	56	28,1
2	60	30,2
3	39	19,6
4	10	5,0
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Conforme demonstrado na Tabela 6, quando analisamos os pacientes segundo a presença e a quantificação dos critérios de SRIS, podemos notar que 45,2% dos pacientes não preenchem tais critérios. Entre esses, o número relativo de pacientes com ausência total de critérios é 17,1% e aqueles com apenas 1 critério são responsáveis por 28,1% dos pacientes. Por outro lado, 54,8% dos pacientes possuem SRIS, sendo que 30,2% atendem 2 critérios; 19,6%, 3 critérios e apenas 5%, todos os 4 critérios.

Kaukonen e colaboradores (2015) sustentam dados divergentes em relação ao presente estudo, quanto ao número de critérios de SRIS observados nos pacientes sépticos estudados e se nota a maior diferença nos extremos desses critérios.

Podemos verificar, no estudo desse autor, que 2,4% dos pacientes apenas não exibiam critério algum de SRIS e 25,7% preenchiam todos os 4 critérios.

Tabela 7 – Perfil dos pacientes de acordo com os critérios de SOFA (N = 199)

SOFA	Frequência	%
Menor que 2	44	22,1
Maior ou igual 2	151	75,9
Sem informação	4	2,0
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Em relação à gravidade inicial, 22,1% dos pacientes não possuíam critérios de gravidade na admissão pelo SOFA, enquanto 75,9% possuíam SOFA maior ou igual a 2, ou seja, eram considerados graves. Apenas 2% dos pacientes não puderam ser quantificados em relação ao SOFA por falta de dados nos prontuários (Tabela 7).

Atualmente, os critérios de SOFA, em muitos estudos, são considerados como parte da definição da sepse, estando obrigatoriamente presentes em número maior ou igual a 2 em todos os pacientes sépticos. Portanto, esse tipo de mensuração demonstrada (presente ou ausente, ou seja, maior ou igual a 2 ou menor que 2, respectivamente) se tornou, nos dias atuais, improdutivo de se verificar.

Vincent e colaboradores (1998) demonstraram um perfil de pacientes através dos critérios de SOFA em separado, ou seja, de acordo com cada órgão afetado, e não de acordo com a presença geral de critérios de forma independente. Por conseguinte, apesar de ser um estudo-referência nesse propósito, não se pôde fazer uma análise comparativa com o presente estudo. De fato, observa-se, em pesquisas mais recentes, como a de Palomba e colaboradores (2015), que os critérios de gravidade, segundo sistemas, são frequentemente utilizados, porém os critérios de SOFA nem sempre são validados como referenciais para a mensuração de disfunção orgânica. No estudo de Kaukonen e colaboradores (2015), os critérios de SOFA foram utilizados como referência, porém não foram publicados como detalhe do estudo.

Tabela 8 – Perfil dos pacientes de acordo com o diagnóstico sindrômico (n = 199)

Diagnóstico	Frequência	%
Choque séptico	47	23,6
Sepse	14	7,0
Sepse grave	138	69,3
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Pela Tabela 8, ao analisarmos o diagnóstico sindrômico dentro do escopo da sepse, 23,6% apresentavam choque séptico, 69,3% apresentavam sepse grave e apenas 7%, sepse. Foi considerada ainda a expressão “sepse” como a presença de SRIS em um paciente com infecção, porém sem gravidade, de acordo com denominações anteriores ao estudo Sepse-3, conforme já explicitado. A condição “sepse grave” é o que se convencionou atualmente, a partir do estudo mencionado, como sepse, ou seja, há a necessidade de critérios de gravidade. A opção de usar as definições antigas parte de um aspecto de necessidade diante da presença de poucos estudos que já considerem as novas definições, o que poderia precarizar e dificultar o entendimento para o aspecto comparativo dos resultados.

O Relatório Nacional do ILAS (2016) mostrou dados referentes apenas a pacientes com sepse grave e choque séptico, antecipando a mudança factual nas definições da síndrome e excluindo os pacientes considerados com sepse, porém sem disfunção orgânica. Dessa forma, os dados são os seguintes: 62,8% com sepse grave e 37,2% com choque séptico. Esses valores podem ser considerados semelhantes aos encontrados neste estudo, mesmo que, nesta análise, tenham sido considerados os pacientes com apenas sepse.

Os dados encontrados em UTIs norte-americanas se baseiam muitas vezes na análise de prontuários, de acordo com os códigos de doença. Dessa forma, Gaieski e colaboradores (2013) demonstraram que 49,1% dos pacientes foram classificados como “sepse”; 30,6%, como “sepse grave”, e o restante, como “choque séptico”. Essa análise demonstra um número elevado de pacientes sem disfunção de órgãos, pois a coleta partiu de pacientes de quaisquer setores do hospital e, portanto, não se priorizaram pacientes mais graves em unidades de terapia intensiva.

Tabela 9 – Perfil de acordo com o foco da infecção (n = 199)

Foco da infecção	Frequência	%
Abdome	24	12,1
Cateter	2	1,0
Corrente sanguínea	8	4,0
Espondilodiscite	2	1,0
Faringoamigdalite	2	1,0
Indefinido	44	22,1
Mediastino	1	0,5
Pele e partes mole	14	7,0
Pulmão	54	27,1
Pulmão e urinária	2	1,0
Sist nervoso central	2	1,0
Traqueobrônquico	2	1,0
Urinária	38	19,1
Urin./corrente sang.	1	0,5
Urin. e partes moles	1	0,5
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Segundo a Tabela 9, o foco mais frequente de infecção nos pacientes foram os pulmões, com 29,1%. Em seguida, verifica-se que 22,1% apresentaram infecção urinária, 12,1% possuíam foco abdominal e 7,5%, em pele e partes moles. Em 22,1% das admissões, não foi possível identificar de imediato o foco, sendo considerado como “indefinido”. Um estudo recente, do tipo meta-análise, demonstrou dados semelhantes aos encontrados, considerando então o foco pulmonar como o mais frequentemente encontrado em casos de sepse, conforme demonstrado por Kempker e Martin (2016).

Dentre as pesquisas brasileiras, devemos citar o Relatório Nacional do ILAS como referência, dado o quantitativo de pacientes, e observamos que 53,4% dos pacientes sépticos foram diagnosticados com foco pulmonar e 17,9%, com foco urinário. Importante notar que o “foco indefinido”, considerado no presente trabalho, não foi considerado no citado relatório. Portanto, todos os pacientes do relatório foram classificados como possuidores de algum foco determinado. Os pacientes classificados como “indefinidos” correspondem àqueles pacientes cujo foco não foi possível se identificar na admissão na UTI.

Tabela 10 – Perfil de acordo com os resultados de culturas (n = 199)

Culturas	Frequência	%
Acinetobacter	1	0,5
Blastocistis hominis	1	0,5
Candida albicans	1	0,5
Citrobacter koseri	1	0,5
Escherichia coli	16	8,0
E. coli e MRSA	1	0,5
E. coli e ESBL	4	2,0
Enterobacter	3	1,5
Enterob. e ESBL	1	0,5
Enterococcus	2	1,0
Klebsiella pneumo	6	3,0
Kleb/pneu e ESBL	1	0,5
Morganella morganii	1	0,5
MRSA	2	1,0
Culturas negativas	133	66,8
Neisseria meningitidis	1	0,5
Pseudomonas aeruginosas	7	3,5
Proteus mirabilis	2	1,0
Prot. mirab.ESBL/staf.	5	2,5
Serratia	1	0,5
Stafilococcus coagulase	5	2,5
Stenotrophomonas maltop.	1	0,5
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Observa-se, pela Tabela 10, que em 66,8% dos casos os pacientes não tiveram seu diagnóstico etiológico confirmado por culturas, ou seja, apresentaram as culturas negativas. Esse dado excede, de forma discreta, os dados da literatura, em que pode haver um grau de positividade de culturas que varia de cerca de 30 a 60%. Como exemplo, podemos citar o dado obtido por Koury, Lacerda e Barros Neto (2006), em que em 59,9% dos pacientes não foi possível o diagnóstico etiológico pela análise de exames de cultura.

O microrganismo mais frequentemente encontrado nas culturas foi a *Escherichia coli*. A literatura é bem diversa nesse quesito, expondo características bastante específicas de cada país e de cada serviço, porém podemos dizer que, no geral, as infecções por

bactérias Gram-negativas são as mais frequentes, conforme demonstrado por Kempker e Martin (2016), apesar de notarmos uma realidade cada vez mais interessante em relação ao crescimento da incidência de infecções por bactérias Gram-positivas e fungos.

Tabela 11 – Perfil dos pacientes de acordo com o desfecho (n = 199)

Desfecho	Frequência	%
Alta	133	66,8
Óbito	62	31,2
Transferência	4	2,0
Total	199	100

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Quando analisamos o desfecho da população estudada (Tabela 11), nota-se que 66,8% dos pacientes obtiveram alta da UTI, 2% foram transferidos de hospital e houve letalidade de 31,2%. O estudo de Kaukonen e colaboradores (2015) demonstrou uma letalidade de 23,4%, sendo atualmente uma das menores taxas encontradas no mundo.

O Relatório Nacional do ILAS demonstrou que existe uma diferença no desfecho de pacientes que são atendidos em hospitais privados e públicos, com uma letalidade claramente maior em instituições do SUS. A letalidade global observada variou de 34,5% a 58,7%.

Pode-se concluir, diante de uma variável tão importante quanto à letalidade, que o presente estudo demonstra um valor baixo, se comparado a outros hospitais do Brasil, como também quando comparamos a realidade de outros países, conforme já previamente demonstrado.

Tabela 12 – Dados comparativos entre idade e presença de critérios de SRIS (n = 199) (p = 0,12)

Idade		SRIS		
		Negativo	Positivo	Total
Até 60 anos	Contagem	22	36	58
	% em Idade	37,9%	62,1%	100,0%
	% em SRIS	24,4%	33,0%	29,1%
	% do Total	11,1%	18,1%	29,1%
60 anos ou mais	Contagem	68	73	141
	% em Idade	48,2%	51,8%	100,0%
	% em SRIS	75,6%	67,0%	70,9%
	% do Total	34,2%	36,7%	70,9%
Total	Contagem	90	109	199
	% em Idade	45,2%	54,8%	100,0%
	% em SRIS	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	45,2%	54,8%	100,0%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Ao correlacionarmos a variável “idade” com a presença ou ausência de SRIS (Tabela 12), observamos que 51,8% dos pacientes idosos preencheram os critérios de SRIS, enquanto 48,2% não tinham essa característica. Esse dado se mostra interessante, se compararmos o percentual de pacientes menores de 60 anos que preenchiam os critérios de SRIS, que foram 62,1%. No entanto, essa análise não se configurou como estatisticamente significativa.

Inversamente, podemos observar que 75,6% dos pacientes que não preencheram critérios de SRIS eram idosos. Tal dado mostra uma predominância considerável de idosos entre aqueles pacientes sépticos que possuem uma resposta inflamatória sistêmica pouco exacerbada. Kaukonen e colaboradores (2015) mostraram que a idade média de pacientes com ausência de SRIS tende a ser maior. Assim, pacientes com SRIS exibiam uma idade média de 65,8 anos, enquanto pacientes sem SRIS possuíam 68,3 anos de idade como média.

Tabela 13 – Dados comparativos entre critérios de SOFA e desfecho (n = 199) (p = 0,2)

SOFA		Desfecho		
		Alta	Óbito	Total
< 2	Contagem	32	10	42
	% em SOFA	76,2%	23,8%	100,0%
	% em Desfecho	24,4%	16,7%	22,0%
	% do Total	16,8%	5,2%	22,0%
> = 2	Contagem	99	50	149
	% em SOFA	66,4%	33,6%	100,0%
	% em Desfecho	75,6%	83,3%	78,0%
	% do Total	51,8%	26,2%	78,0%
Total	Contagem	131	60	191
	% em SOFA	68,6%	31,4%	100,0%
	% em Desfecho	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	68,6%	31,4%	100,0%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Tabela 14 – Dados comparativos entre presença de SRIS e desfecho (n = 199) (p = 0,06)

Desfecho		SRIS		
		Positivo	Negativo	Total
Alta	Contagem	67	66	133
	% em SRIS	63,2%	74,2%	68,2%
	% do Total	34,4%	33,8%	68,2%
Óbito	Contagem	39	23	62
	% em SRIS	36,8%	25,8%	31,8%
	% do Total	20,0%	11,8%	31,8%
Total	Contagem	106	89	195
	% em SRIS	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	54,4%	45,6%	100%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Tabela 15 – Dados comparativos entre idade e desfecho (n = 199) (p = 0,02)

Idade		Desfecho		
		Alta	Óbito	Total
Até 60 anos	Contagem	45	12	57
	% em Idade	78,9%	21,1%	100,0%
	% em Desfecho	33,8%	19,4%	29,2%
	% do Total	23,1%	6,2%	29,2%
60 anos ou mais	Contagem	88	50	138
	% em Idade	63,8%	36,2%	100,0%
	% em Desfecho	66,2%	80,6%	70,8%
	% do Total	45,1%	25,6%	70,8%
Total	Contagem	133	62	195
	% em Idade	68,2%	31,8%	100,0%
	% em Desfecho	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	68,2%	31,8%	100,0%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Ao analisarmos quais condições estariam envolvidas diretamente e de forma importante no desfecho do paciente, pudemos comparar três variáveis consideradas mais relevantes: idade, presença de gravidade (pelo escore SOFA) e presença de resposta inflamatória sistêmica (pelos critérios de SRIS). Segundo a Tabela 13, os pacientes com escore SOFA maior ou igual a 2 possuem uma tendência maior ao óbito (33,1% de óbitos em pacientes considerados graves contra 22,7% de óbitos em pacientes com escore SOFA menor do que 2). Entre os pacientes que foram analisados pelos critérios de SRIS, observamos que 36,8% dos pacientes com 2 ou mais critérios foram a óbito, contra 25,8% dos pacientes que não preenchiam esses critérios (Tabela 14).

Porém, somente a variável “idade” se mostrou significativa do ponto de vista estatístico (com p = 0,02), quando tratamos sobre desfecho dos pacientes (Tabela 15). Assim, foi possível demonstrar que, entre todos os pacientes que morreram em decorrência da sepse, 80,6% eram idosos. Foi observada uma letalidade de 36,2% nos pacientes idosos e de 21,1% em pacientes menores de 60 anos. Nessa comparação, 4 pacientes foram excluídos devido à incompletude de dados.

Vários estudos publicados demonstram as correlações apresentadas aqui, entre desfecho e as variáveis SRIS, SOFA e idade. Como exemplo, podemos citar Kaukonen e colaboradores (2015), ao comprovarem que a mortalidade aumentou linearmente com cada adição de critérios de SRIS.

Angus e colaboradores (2001) demonstraram que a mortalidade de pacientes sépticos é exponencialmente crescente a partir dos 19 anos de idade e se torna mais aguda e importante a partir de idades próximas àquelas consideradas como sendo de idosos. A partir dos 60 anos de idade, a curva de mortalidade continua em crescimento até o último parâmetro analisado, que corresponde aos pacientes com 85 anos ou mais.

Vincent e colaboradores (1998) demonstraram, de forma inequívoca, a correlação entre critérios de gravidade de SOFA e o pior desfecho (óbito), assim como vários outros estudos subsequentes. Tal fato motivou a inserção de critérios de gravidade até mesmo nas definições de sepse, o que aconteceu a partir de 2015. Dessa forma, as análises correlacionais deste estudo no quesito “desfecho” foram coerentes com os achados da literatura mundial.

Tabela 16 – Dados comparativos entre critérios de SOFA e de SRIS (n = 199) (p = 0,04)

SOFA		SRIS		
		Positivo	Negativo	Total
> = 2	Contagem	89	62	151
	% em SRIS	82,4%	71,3%	77,4%
	% do Total	45,6%	31,8%	77,4%
< 2	Contagem	19	25	44
	% em SRIS	17,6%	28,7%	22,6%
	% do Total	9,7%	12,8	22,6%
Total	Contagem	108	87	195
	% em SRIS	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	55,4%	44,6%	100,0%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Tabela 17 – Dados comparativos entre critérios de SRIS e níveis séricos de lactato (n = 199) (p = 0,01)

Lactato		SRIS		Total
		Positivo	Negativo	
< 2	Contagem	43	49	92
	% em SRIS	42,2%	59,8%	50,0%
	% do Total	23,4%	26,6%	50,0%
> = 2	Contagem	59	33	92
	% em SRIS	57,8%	40,2%	50,0%
	% do Total	32,1%	17,9	50,0%
Total	Contagem	102	82	184
	% em SRIS	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	55,4%	44,6%	100,0%

Fonte: Elaboração do autor (2017).

Um dado observado, ao correlacionarmos as variáveis mais implicadas nas tentativas atuais de definição e classificação da sepse (SRIS e SOFA), aponta uma possibilidade de pensarmos sobre a validade de tais critérios. Demonstrou-se, no presente estudo, com significância estatística (p = 0,04), que 82,4% dos pacientes que preenchem os critérios de SRIS também poderiam ser considerados graves, com escore SOFA maior ou igual a 2 (Tabela 16). Ao correlacionar também os pacientes com hiperlactatemia, esse dado ainda se sustenta estatisticamente (p = 0,01), já que foi demonstrado haver uma correlação entre os níveis de lactato e a presença de SRIS. Observa-se que 57,8% com SRIS apresentavam níveis séricos elevados de lactato (maior do que 2) e que, ao contrário, 59,8% dos pacientes que não preenchem os critérios de SRIS, apresentavam normolactatemia (Tabela 17).

Tais achados podem ser considerados inéditos sob a perspectiva das definições propostas de sepse neste trabalho. Sendo assim, não foram replicados em outros artigos de que se tem conhecimento.

6 CONCLUSÃO

Este estudo foi realizado utilizando como principal referência metodológica o trabalho de Kaukonen e colaboradores (2015), quando foi pesquisado um banco de dados australiano e neozelandês em que pacientes com sepse grave e choque séptico (definidos de acordo com os critérios tradicionais, criados originalmente por Bone e colaboradores em 1992) foram investigados, segundo a presença de critérios de SRIS. Esta investigação se deu sob duas óticas diferentes: primeiro, se os critérios de SRIS eram presentes (pacientes SRIS-positivos) ou ausentes (pacientes SRIS-negativos) e, de forma complementar, os pacientes foram divididos de acordo com o número de critérios de SRIS presentes.

Ao compararmos os dados do presente estudo com os de Kaukonen e colaboradores (2015), percebemos que a média de idade dos pacientes é semelhante (68 e 66 anos, respectivamente), porém apenas no presente estudo temos dados referentes especificamente à população idosa como categoria em separado.

Houve uma diferença considerável, se compararmos o quantitativo de pacientes considerados SRIS-negativos entre os dois estudos (45,2% dos pacientes neste estudo contra 12,1%). Isso pode ter ocorrido devido à grande diferença no quantitativo absoluto de pacientes estudados e porque, no presente estudo, não foram excluídos os pacientes com diagnóstico de sepse (mais propensos a serem SRIS-negativos, conforme demonstrado neste estudo, 7% do total de pacientes apresentavam apenas sepse, conforme demonstrado anteriormente, e a grande maioria — mais de 70% desses — eram SRIS-negativos).

Houve também uma diferença determinante entre a porcentagem de pacientes de acordo com a quantidade de critérios de SRIS presentes. No presente estudo, se observa um maior quantitativo de pacientes com poucos critérios e apenas 5% de pacientes com o número máximo de critérios, enquanto no artigo de Kaukonen e colaboradores se observa uma pequena quantidade de pacientes com ausência de qualquer critério (apenas 2,4%) e mais de um quarto (25,7%) do total de pacientes com todos os 4 critérios preenchidos. Novamente, esta dessemelhança pode ter ocorrido pelos mesmos motivos apresentados quando comparados os pacientes SRIS-positivos e SRIS-negativos.

A letalidade observada na literatura para pacientes em UTIs brasileiras é consistentemente mais alta do que a observada neste estudo, seja quando consideramos todos os pacientes, seja quando separamos por categorias, como a de pacientes idosos, por exemplo. A análise em conjunto de pacientes com sepse daqueles com sepse grave e choque séptico justifica apenas minimamente essa diferença, uma vez que os pacientes com sepse representam um número muito pequeno, mesmo ao considerarmos o quantitativo absoluto de pacientes deste estudo. Alguns estudos contemplados também levam em consideração esse perfil de pacientes.

A proposta utilizada neste trabalho de definição de sepse, sepse grave e choque séptico, mantida ainda sob critérios descritos por Bone e colaboradores em 1992, pode ser parcialmente justificada pela sua opção de uso no estudo de Kaukonen e colaboradores, para que houvesse uma coerência na escolha da população estudada. Pode-se mencionar também que as fontes de dados utilizadas, dos anos 2014 e 2015, ainda levavam em conta as definições antigas de sepse, já que os estudos que foram capazes de modificar essas definições foram publicados apenas no fim do ano de 2015.

A metodologia escolhida para a realização deste trabalho foi semelhante àquela do estudo de Kaukonen e colaboradores, se considerarmos a característica da apresentação de dados, com dados absolutos e percentuais, como também, em alguns casos necessários, médias. Considerando a análise estatística de diferenças, ambos os estudos utilizaram o teste qui-quadrado e nenhuma suposição foi feita em análises com dados faltantes, mesmo que parcialmente. Portanto, as análises multivariáveis foram feitas somente nos casos com completude de informações.

Apesar de não se encontrar relação significativa entre pacientes idosos e presença ou ausência de critérios de SRIS, este estudo demonstrou uma tendência de que pacientes idosos sejam SRIS-negativos. Interessante notar que, no estudo de Kaukonen e colaboradores, a observação feita sobre a relação entre essas duas variáveis simplesmente é inexistente, porquanto se afirma que pacientes SRIS-positivos foram “mais jovens”; porém, como não foi apresentada uma categoria em separado de pacientes idosos (apesar de a média de idade ter sido de 68 anos), não foi possível pelos autores afirmar que havia correlação entre elas. Portanto, este

estudo pode demonstrar a necessidade de maior quantidade de estudos que investiguem mais aprofundadamente esses fatores, possivelmente com melhores resultados se houver um número maior de pacientes na população estudada e se houver maior detalhamento estatístico para se avaliar a relação e as diferenças entre grupos mais finamente separados.

Dessa maneira, podemos concluir que o idoso configura um perfil de paciente com maior risco de óbito em vigência de sepse, sepse grave ou choque séptico e, por isso, deve receber uma atenção especial na admissão e no atendimento em unidades de Emergência e Terapia Intensiva. Apesar de ter sido demonstrada uma tendência de paciente mais idoso apresentar menor frequência de SRIS, essa conclusão não pôde ser reproduzida neste trabalho com veracidade estatística.

As políticas públicas vigentes atualmente não tendem a considerar o aspecto da importância da sepse no idoso e claramente também não demonstram uma preocupação com a atualidade do conhecimento dessa síndrome. Se considerarmos a população idosa presente em UTIs brasileiras; se considerarmos o número desse segmento da população de pacientes críticos que possui sepse; se considerarmos a letalidade relacionada à sepse; se considerarmos toda a importância no entorno da sepse no idoso, podemos perceber facilmente a fragilidade com que nossas políticas públicas lidam com um tema de tão grande importância.

As limitações do presente estudo podem ser percebidas no quantitativo de pacientes estudados, se analisarmos toda a literatura com que se pôde comparar os dados, possuidora de números absolutos mais elevados e, portanto, mais estatisticamente importantes. Podemos dizer também que, como vantagem, aparece a grande multiplicidade de variáveis estudadas e, entre elas, de forma coerente com o objetivo e de forma pouco usual em comparação com a literatura médica, a consideração da categoria “idoso” em separado. Ainda se pensarmos conforme uma abrangência nacional, temos correlacionados, a essa categoria, aspectos concernentes a políticas públicas de saúde que foram demonstrados como muitos importantes ao se manejar a sepse.

Novos estudos poderiam ser realizados, tendo em vista uma realidade multicêntrica, especialmente em instituições que prestam serviços ligados ao Sistema Único de

Saúde, com um perfil semelhante a este estudo de análise de variáveis e, se possível, incluindo pacientes desde o momento zero do atendimento, ou seja, ainda na Sala de Emergência. Isso possibilitaria a coleta de dados ainda mais fidedignos, especialmente nas horas iniciais de admissão hospitalar. A possibilidade de incluir dados de custo-efetividade pode ser considerada, diante da realidade conhecida da escassez de recursos e seu questionável manejo pelo poder público.

A sepse, a meu ver, pode salvar a medicina. Salvá-la de uma visão puramente estatística, demasiado objetiva e estruturalmente neoliberal. Ao demonstrar toda a subjetividade inerente ao processo de gravidade de uma infecção, ao impossibilitar o médico e outros profissionais de saúde de enquadrar todos os casos em *checklists*, nos vemos diante da possibilidade de exercer uma assistência mais humanizada, mais individualizada e que considere uma gama infinita de características inter-relacionais em um paradigma entre doença e perfil fenogenotípico da pessoa cuidada.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, E. et al. Consensus conference definitions for sepsis, septic shock, acute lung injury, and acute respiratory distress syndrome: time for a reevaluation. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 232-235, 2000.
- ADELMAN, R. D.; BERGER, J. T.; MACINA, L. O. Critical care for the geriatric patient. **Clinics in geriatric medicine**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 19-30, 1994.
- ANGUS, D. C. et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 29, n. 7, p. 1303-1310, 2001.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [online], v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm>. Acesso em 13 mar. 2017.
- BONE, R. C. et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. **Chest**, [S.l.], v. 101, n. 6, p. 1644-1655, 1992.
- BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 fev. 2018.
- BRUN-BUISSON, C.; MESHAKA, P.; PINTON, P.; VALLET, B. EPISEPSIS: a reappraisal of the epidemiology and outcome of severe sepsis in French intensive care units. **Intensive Care Medicine**, [S.l.], v. 30, p. 580-8, 2004.
- CONDE, K. A. P. et al. Differences in sepsis treatment and outcomes between public and private hospitals in Brazil: a multicenter observational study. **PLoS One**, [S.l.], v. 8, n. 6, p. e64790, 2013.
- FURUYA, R. K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 158-62, 2011.
- GAIESKI, D. F.; EDWARDS, J. M.; KALLAN, M. J.; CARR, B. G. Benchmarking the incidence and mortality of severe sepsis in the United States. **Critical Care Medicine**, [S.l.], v. 41, p. 1167-74, 2013.
- INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. **Relatório Nacional**. São Paulo: ILAS, 2016. Disponível em: <<http://www.ilas.org.br/assets/arquivos/relatorio-nacional/relatorio-nacional.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. **Sepse**: um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2016.

KAUKONEN, K.-M. et al. Systemic inflammatory response syndrome criteria in defining severe sepsis. **New England Journal of Medicine**, [S.l.], v. 372, n. 17, p. 1629-1638, 2015.

KAUKONEN, K-M. et al. Mortality related to severe sepsis and septic shock among critically ill patients in Australia and New Zealand, 2000-2012. **Jama**, [S.l.], v. 311, n. 13, p. 1308-1316, 2014.

KELLY, F. E. et al. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. **Clinical medicine**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 376-379, 2014.

KEMPKER, J. A.; MARTIN, G. S. The changing epidemiology and definitions of sepsis. **Clin. Chest. Med.**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 165-79, jun. 2016.

KOURY, J. C. A.; LACERDA, H. R.; BARROS NETO, A. J. Características da população com sepse em unidade de terapia intensiva de hospital terciário e privado da cidade do Recife. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 52-8, 2006.

LAGU, T et al. Hospitalizations, costs, and outcomes of severe sepsis in the United States 2003 to 2007. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 754-761, 2012.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosos no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.

MARTIN, G. S.; MANNINO, D. M.; MOSS, M. The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 15-21, 2006.

MARTINS, J. J. et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 37, n. 1, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. New professional competences in the field of health and the aging Brazilian population: integrality, interdisciplinarity, intersectoriality. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NORITOMI, D. T. et al. Implementation of a multifaceted sepsis education program in an emerging country setting: clinical outcomes and cost-effectiveness in a long-term follow-up study. **Intensive care medicine**, [S.l.], v. 40, n. 2, p. 182-191, 2014.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiologia Serviço da Saúde**. Brasília, v. 21, n. 3, p.395-406, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe de situação e tendências: demografia e saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=458-informe-situacao-e-tendencias-demografia-e-saude-8&Itemid=965>. Acesso em: 23 fev. 2018.

PALOMBA, H. et al. Comparative analysis of survival between elderly and non-elderly severe sepsis and septic shock resuscitated patients. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 357-363, 2015.

REISNER-SÉNÉLAR, L. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. **Intensive care medicine**, [S.l.], v. 37, n. 7, p. 1084-1086, 2011.

RIBEIRO, A. P.; SCHUTZ, G. E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007.

SCHEIN, L. E.; CESAR, J. A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 289-301, 2010.

SILVA, E. et al. Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). **Critical Care**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. R251, 2004.

TANRIOVER, M. D. et al. Epidemiology and outcome of sepsis in a tertiary-care hospital in a developing country. **Epidemiology and infection**, [S.l.], v. 134, n. 2, p. 315-322, 2006.

TANIGUCHI, L. U. et al. Sepsis-related deaths in Brazil: an analysis of the national mortality registry from 2002 to 2010. **Critical Care**, [S.l.], v. 18, n. 6, p. 608, 2014.

VINCENT, J-L. Critical care-where have we been and where are we going?. **Critical Care**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. S2, 2013.

VINCENT, J-L. Dear SIRS, I'm sorry to say that I don't like you. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 25, n. 2, p. 372-374, 1997.

VINCENT, J-L. et al. Thirty years of critical care medicine. **Critical care**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 311, 2010.

VINCENT, J-L. et al. Sepsis definitions: time for change. **Lancet**, London/England, v. 381, n. 9868, p. 774, 2013.

VINCENT, J-L. et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. **Critical care medicine**, [S.l.], v. 26, n. 11, p. 1793-1800, 1998.

ZANON, F. et al. Sepsis na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. **Rev. bras. ter. Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 128-134, jun. 2008.

APÊNDICE A – MODELO DE TABELA EXCEL PARA COLETA DE DADOS

	FORMULÁRIO
NOME:	
DATA DE ADMISSÃO:	
IDADE:	
SEXO:	
NÚMERO DE ATENDIMENTO:	
ORIGEM DO PACIENTE:	
CO-MORBIDADES:	
USO DE MEDICAMENTOS:	
SIRS:	
TEMPERATURA:	
FC:	
FR:	
LEUCOCITOS E DIFERENCIAL:	
SOFA:	
FIO2:	
SAT:	
PO2:	
PLAQUETAS:	
CR:	
DIURESE/24H:	
GLASGOW:	
PA:	
PAM:	
DVA:	
DOSE DA DVA:	

BILIRRUBINA:	
DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO:	
DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO:	
CULTURAS:	
IMAGEM QUE DEFINE INFECÇÃO:	
MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:	
DESFECHO:	

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios às Políticas Públicas: idosos com infecção grave em unidade de terapia intensiva

Pesquisador: EDUARDO LUCHI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66626017.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.032.098

Apresentação do Projeto:

Este trabalho se propõe a investigar população idosa internada em uma unidade de terapia intensiva no período de 2014 a 2015, portadora de infecção grave (sepse) que não preenchem os critérios mundialmente aceitos para a definição desta síndrome. Pretende correlacionar os achados com as dificuldade de diagnóstico e consequentemente de tratamento da pessoa idosa e com a Política Nacional do Idoso. Os dados serão tratados estatisticamente. As variáveis quantitativas com distribuição simétrica, serão descritas em média e desvio padrão. O teste utilizado será o teste t de Student para amostras independentes ou teste de Mann Whitney segundo distribuição das variáveis. Serão descritas as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa, sendo comparadas pelo teste qui-quadrado. Como desfecho, espera-se com presente estudo contribuir para ampliação do conhecimento na utilização dos critérios de SRIS em idosos com sepse internados em unidade de terapia intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.032.098

Identificar o quantitativo de pacientes internados com diagnóstico de sepse em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital privado da Região Metropolitana de Vitória, que não preencheram os critérios de SRIS (Síndrome da Resposta Inflamatória sistêmica).

Traçar o perfil quanto a sexo, idade e comorbidades dos pacientes com diagnóstico de sepse que não preenchem os critérios de SRIS em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital privado da Região Metropolitana de Vitória.

Discutir a viabilidade de aplicação dos critérios de SRIS nos pacientes idosos com diagnóstico de sepse internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital privado da Região Metropolitana de Vitória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor, Compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo o sigilo e, os danos previsíveis, como danos ao material utilizado, serão evitados.

Benefícios:

Ampliação do conhecimento tanto na área da terapia intensiva, quanto no manejo de diagnóstico de sepse em idosos internados em terapia intensiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ao considerarmos o envelhecimento da população brasileira, entende-se a relevância do trabalho quando o autor busca um maior entendimento na abordagem de pacientes idosos internados em Unidades de terapia Intensiva, pois como aponta o próprio autor, existe "a necessidade da publicação de estudos que analisassem esta contradição e propusessem novas soluções para o diagnóstico de sepse em determinadas populações."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadas segundo a resolução 466/12

Apresentou folha de rosto assinada pela proponente

Apresentou carta de anuência do local de estudo, devidamente assinada e carimbada

O autor justifica de forma coerente a dispensa do TCLE

Recomendações:

Apresentar os dados após a realização da pesquisa para a Instituição de saúde onde foi realizada a pesquisa.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luzia

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.032.098

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_780251.pdf	03/04/2017 09:32:04		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/04/2017 09:30:22	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	20/03/2017 15:05:44	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	20/03/2017 15:05:14	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	20/03/2017 15:03:28	Maria Carlota de Rezende Coelho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 25 de Abril de 2017

Assinado por:
PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luzia **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Vitória, 26 de 12 de 2016

Carta De Anuência

Eu, Lia Marcia Massini Canedo, C.P.F 784.642.267.72, Diretora Clínica do Hospital Metropolitano, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa **"Desafio as políticas públicas: idosos com infecção grave em Unidade de Terapia Intensiva"**, em Hospital Privado da Grande Vitória. O pesquisador responsável será Eduardo Luchi sob a orientação de Maria Carlota de Rezende Coelho. Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.

Metodologia de trabalho:

1 Tipo de Estudo:

Estudo observacional analítico tipo coorte retrospectiva, com base em dados obtidos por informações contidas em prontuário médico fornecido pelo Hospital Metropolitano.

2 Técnica de coleta de dados:

A coleta de dados será realizada utilizando prontuários dos pacientes que possuem as informações necessárias associadas à síndrome.

2.1 Revisão de Prontuário

Será aguardada a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para então, resgatarmos o prontuário dos pacientes no sistema de informatização do Hospital Metropolitano a fim de realizara revisão desses documentos, com consulta da anamnese, exame físico e exames complementares.

2.2 Tabela

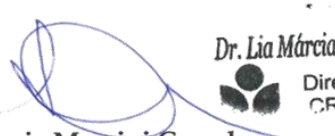
Será utilizada tabela onde serão consolidadas as seguintes variáveis: sexo, idade, comorbidades, uso prévio de medicamentos, dados clínicos e laboratoriais na admissão na UTI.

2.3 Pesquisa Bibliográfica

Para execução do trabalho será realizada busca de relatos de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálises nos bancos de dados Medline, Pubmed, LILACS e Scielo utilizando os unitermos "Sepse", "Saúde da pessoa idosa", "Politica Publica" e "Terapia Intensiva". Serão selecionados artigos publicados em revistas nacionais e internacionais com textos em português ou inglês.

2.4 Local do estudo

Este estudo será elaborado no Hospital Metropolitano na Av. Eudes Scherrer Souza, 488 - Laranjeiras, Serra - ES.


Dr.ª Lia Marcia Massini Canedo

Dr. Lia Márcia Massini Canedo
Diretora Clínica
CRM-ES 4085

Diretora Clínica do Hospital Metropolitano - ES