

A DOENÇA TEM INDICAÇÃO DE UTI, MAS O PACIENTE NÃO..., CARO COLEGA

The disease is indicated for the ICU, but the patient is not..., dear colleague

Uma situação com a qual nós, geriatras, deparamos cada vez mais frequentemente na prática clínica consiste no embate com o médico que atende ao idoso nos serviços de emergência. Recentemente, em uma dessas situações, uma paciente minha de 90 anos de idade, em fase grave de uma demência de Alzheimer, buscou atendimento médico em um hospital privado de Brasília. Após uma semana de tratamento domiciliar com antibiótico para uma infecção das vias aéreas superiores, a paciente ainda apresentava febre baixa e apatia. Seu estado geral estava regular, sem dispneia e ainda alimentando-se por via oral, apesar de alguns episódios de disfagia. Os exames realizados na sua chegada apresentavam alterações compatíveis com uma infecção ainda corrente. Apesar de expressa verbalização dos filhos de não desejarem internar a paciente em uma unidade de terapia intensiva (UTI), o colega insistia em fazê-lo, mesmo após minhas recomendações de internação em nível de enfermaria. Após a contenda, com direito a expressões pouco técnicas, fui obrigado a dizer: “A doença tem indicação de UTI, mas o paciente não!”.

É simplório determinar que o sistema privado de saúde não está apto, nem técnica nem socialmente, a lidar com o idoso em fase final de vida. As experiências práticas mostram-nos cotidianamente o viés financeiro dessa lógica. Apenas como exemplo, um dos maiores hospitais privados de Brasília aumentou substancialmente o número de leitos em UTI. Segundo informações da sua página na internet, são 349 leitos! Ou seja, um terço de todos os leitos do hospital. Brasília possui um dos maiores (se não o maior) quantitativos em termos de leitos em UTI por 10.000 habitantes. Esse aumento ocorreu em todos os hospitais privados da cidade, e a resultante é a frequente internação desnecessária, perigosa e ineficaz de idosos nesses ambientes, sobretudo para aqueles com doenças crônicas em fase avançada e até mesmo terminal.

Nos Estados Unidos da América, o gasto com os pacientes internados em UTI representa metade dos gastos hospitalares. Estudo recém-publicado no *Journal of the American Medical Association* demonstrou que a internação de idosos não apresentou efeito significativo sobre mortalidade, estado funcional ou qualidade de vida relacionada à saúde física nos seis meses seguintes à internação.¹ De fato, existem na literatura questionamentos sérios quanto às indicações de internação em UTI em pacientes idosos.² Na contracorrente, discute-se pouco esse tema no Brasil.

Recentemente, foi publicado nesta *Geriatrics, Gerontology and Aging* um artigo que afirmou que dois terços dos idosos no Brasil falecem em ambiente hospitalar e que as taxas de ocorrência em hospitais aumentaram durante os últimos anos com concomitante redução de óbitos em domicílio.³ Muitos fatores justificam esse achado, inclusive sociais, mas é possível que o incentivo à hospitalização seja um deles.

Outro aspecto obscuro desse sistema são os “protocolos internos”, que se distanciam da medicina baseada em evidências e que incrementam a solicitação de exames desnecessários, servindo também de justificativa para internações em UTI. Acreditem, há casos de amigdalite bacteriana internados em UTI com o diagnóstico de “seps”, segundo os referidos protocolos. Nos idosos o diagnóstico de “seps de origem urinária” tem sido estabelecido com base até mesmo em exame de urina frustrado (bacteriúria assintomática, por exemplo). Aliás, a suposta vestimenta técnica de um protocolo para atendimentos da maioria dos casos admitidos em um serviço de emergência não tem muita aceção científica. Melhor seria fazer um protocolo de reavaliação dos casos indicados à UTI. Não seria surpresa se o resultado dessa reavaliação mostrasse que a maioria das internações de idosos é desnecessária.

Por fim, devemos lembrar que o ambiente de uma UTI não é o mais adequado para realizar diagnósticos clínicos complexos e de longe não é aprazível ao idoso. Isso também merece estudos.

Urge uma atitude mais enérgica e investigativa dos órgãos de proteção à sociedade, sobretudo dos conselhos federal e regionais de medicina, para que investiguem situações como essas.

Einstein Francisco Camargos

Editor-chefe da Geriatrics, Gerontology and Aging

REFERÊNCIAS

1. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot JP, Ganansia O, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017.
2. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau AL, Menn A.-M., Ginsburg C, Takun K, et al. Variability of intensive care admission decisions for the very elderly. *PLoS One*. 2012;7(4):e34387.
3. Marcucci FCI, Cabrera MAS, Rosenberg JP, Yates P. Tendências nos locais de óbito no Brasil e análise dos fatores associados em idosos de 2002 a 2013. Tendências nos locais de óbito no Brasil e análise dos fatores associados em idosos de 2002 a 2013. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(1):10-17.