



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI SAN THIAGO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ALTA COMPLEXIDADE



SETOR DE FISIOTERAPIA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ATENDIDOS
PELO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DO SUL DO BRASIL**

Pós-Graduanda: Tayla Siqueira Ruy

Orientadora: Me. Andreia Regina Schuch Grumann

Coorientadora: Esp. Mariana Lanzoni Campos

Florianópolis, 2021

SUMÁRIO

1. AGRADECIMENTOS	3
2. RESUMO	4
3. INTRODUÇÃO	6
4. MÉTODOS	7
Quadro 1. Escala de Mobilidade da UTI - EMU	8
5. RESULTADOS	9
Tabela 1. Caracterização da amostra	10
Tabela 2. Motivos de internação dos pacientes atendidos pelo serviço de Fisioterapia	11
Tabela 3. Dispositivos de suporte respiratório mais frequentes	12
Tabela 4. Desfechos	13
6. DISCUSSÃO	14
7. CONCLUSÃO	17
8. CONFLITO DE INTERESSES	17
9. LIMITAÇÃO DO ESTUDO	17
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1. AGRADECIMENTOS

À Deus, porque me deu forças e motivação para estar onde estou e nunca desistir dos meus sonhos!

Aos meus pais Andrea e Basílio, meus avós Edson e Saila, e meu irmão Thiago porque cada um, à sua maneira, contribuiu com meu desenvolvimento pessoal e profissional. Por fazerem parte de toda a minha trajetória e por se preocuparem comigo. Amo vocês!

Ao meu namorado Alfredo, porque faz parte das muitas conquistas e me ajuda todos os dias, antes e no momento da construção desse trabalho, por sua paciência, sua compreensão e seus incansáveis momentos de escuta e por compreender a minha ausência! Obrigada.

A experiência, intensa, cansativa e maravilhosa da residência, que foi muito importante em diversos aspectos da minha formação profissional, pessoal e me fez enxergar com mais clareza o que eu quero com a minha vida e com a minha profissão.

Ao SUS, que sem ele também não existiria essa possibilidade de realizar uma formação de pós graduação de qualidade, integral e multiprofissional que vivenciei e levarei sempre comigo.

Aos meus amigos de vida e dos adquiridos na residência, pelos momentos de descontração e incentivo mútuo. Também pelos momentos de relaxamento, socialização, mesmo que em tempos de pandemia, isso me deu forças para continuar.

Aos pacientes, que mesmo de modo indireto, sem saberem, contribuíram e fundamentalmente para minha dedicação a fim de produzir bons frutos para contribuir com a reabilitação de qualidade.

Às minhas orientadoras, Andrea e Mariana, por todo aprendizado e por ter dividido uma parte de seu conhecimento comigo!

A equipe de Fisioterapia do Hospital e os profissionais de diversas profissões que conheci, que admiro, aprendo cada dia mais e que contribuíram de alguma forma com minha trajetória, vocês são verdadeiros heróis!

2. RESUMO

INTRODUÇÃO: No Índice de Dados Básicos de 2012, as causas mais frequentes de internação são pneumonia, doenças isquêmicas do coração, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus e doenças hipertensivas, respectivamente. Conhecer o perfil dos pacientes internados no hospital irá auxiliar na elaboração de novas estratégias e melhorar o planejamento das ações em saúde, conseqüentemente gerando melhoria estrutural e do serviço de saúde para atender da melhor forma as necessidades da população. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil epidemiológico, demográfico e clínico dos pacientes internados nas enfermarias, atendidos pelo serviço de Fisioterapia em um Hospital Universitário no Sul do Brasil, entre os períodos de janeiro a outubro de 2020. **MÉTODOS:** Estudo de natureza epidemiológica e de caráter estatístico, quantitativo e retrospectivo. O tratamento dos dados foi realizado no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 21). Para avaliar a normalidade dos dados foi utilizado o Teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov e análise dos dados foi feita através da estatística descritiva, onde os resultados foram apresentados em mediana, Percentil 25% e Percentil 75%, porcentagem e valores absolutos (n). **RESULTADOS:** O sexo mais frequente foi o masculino (51,2%). Os motivos de internação mais frequentes foram: cirurgia geral, do aparelho digestivo e proctológicas (25,7%), distúrbios respiratórios (16,2%) e COVID-19 (10,5%). A mediana de idade foi 60 anos, a Escala de Mobilidade da UTI da admissão foi 8 e da alta 10, o tempo de internação na unidade e hospitalar foi de 7 e 10 dias, respectivamente. A maioria dos pacientes não precisou de oxigenoterapia (70,4%) e a interface de oxigenoterapia mais utilizada foi o óculos nasal (25,7%). Os pacientes que utilizaram VNI (3,3%) apresentaram distúrbios respiratórios e neurológicos e 1,6% dos pacientes precisaram de via aérea artificial. O desfecho mais comum foi a alta hospitalar (77,1%) e 8,9% dos pacientes foram a óbito, sendo a maioria (65,1%) idosos. **CONCLUSÃO:** O estudo demonstra particularidades das enfermarias clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário do Sul do Brasil em um ano atípico de pandemia, onde a população atendida apresenta condições clínicas variadas, diferentes idades e funcionalidades, tempo de internação distintos e utilização de dispositivos de suporte respiratório.

Palavras-chave: Enfermaria; Perfil de Saúde; Pandemia; Serviço Hospitalar de Fisioterapia

INTRODUCTION: In the 2012 Basic Data Index, the most frequent causes of hospitalization are pneumonia, ischemic heart disease, stroke, diabetes mellitus and hypertensive diseases, respectively. Knowing the profile of patients admitted to the hospital will help in the development of new strategies and improve the planning of health actions, consequently generating structural and health service improvement to better meet the needs of the population. **OBJECTIVE:** To characterize the epidemiological, demographic and clinical profile of patients admitted to the wards, attended by the Physiotherapy service at a University Hospital in Southern Brazil, between the periods from January to October 2020. **METHODS:** Study of an epidemiological and statistical nature, quantitative and retrospective. Data processing was performed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS® version 21). To evaluate the normality of the data, the Kolmogorov Smirnov Normality Test was used and analysis of the data was performed using descriptive statistics, where the results were presented in median, 25% and 75%, percentage and absolute values (n). **RESULTS:** The most frequent sex was male (51.2%). The most frequent reasons for hospitalization were: general, digestive and proctological surgery (25.7%), respiratory disorders (16.2%) and COVID-19 (10.5%). The median age was 60 years, the ICU Mobility Scale at admission was 8 and at discharge 10, the length of stay in the unit and hospital was 7 and 10 days, respectively. Most patients did not need oxygen therapy (70.4%) and the most used oxygen therapy interface was nasal glasses (25.7%). Patients who used NIV (3.3%) had respiratory and neurological disorders and 1.6% of patients needed an artificial airway. The most common outcome was hospital discharge (77.1%) and 8.9% of patients died, with the majority (65.1%) being elderly. **CONCLUSION:** The study demonstrates the particularities of the clinical and surgical wards of a University Hospital in the south of Brazil in an atypical year of a pandemic, where the population served has varied clinical conditions, different ages and features, different length of hospital stay and use of support devices respiratory.

Key-Words: Wards, General; Health Profile; Pandemics; Physical Therapy Department, Hospital

3. INTRODUÇÃO

A perspectiva epidemiológica do Brasil é singular e o perfil da morbimortalidade brasileira é influenciada por fatores epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, tecnológicos e da infraestrutura dos serviços de saúde em diversos níveis de atenção. Existem problemas cruciais, principalmente no nível hospitalar, como por exemplo, a inexistência da continuidade da atenção, trazendo para perspectiva hospitalar, o problema de referência, contrarreferência e o foco nas condições agudas de saúde de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, gerando sobrecarga deste nível de atenção à saúde (MENDES, 2010).

A taxa de internação hospitalar é influenciada por diversos fatores sociodemográficos como a idade, o gênero, renda familiar e escolaridade (TRINDADE, 2013). No Brasil, de janeiro a agosto de 2020, obtivemos um total de 277.544 internações hospitalares, com um custo total de mais de R\$474 milhões de reais. Cada internação teve em média um custo de R \$1.708,10 e uma média de internação de 4,7 dias. A taxa de mortalidade foi de 4,9%. Já em Florianópolis, no mesmo período, obtivemos um total de 26.185 internações hospitalares, com um custo total de mais de 39 milhões de reais. Cada internação teve, em média, um custo de R\$1.516,62. A média de internação foi de 5,1 dias e a taxa de mortalidade de 4,5% (BRASIL, 2020).

No índice de Dados Básicos, disponível pelo Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, de 2012 (IDB), as causas mais frequentes de internação são: pneumonia (taxa de 46,55 a cada 100 mil habitantes), doenças isquêmicas do coração (taxa 20,26 a cada 100 mil habitante), acidente vascular cerebral (taxa 12,51 a cada 100 mil habitantes), diabetes mellitus (taxa 9,75 a cada 100 mil habitantes) e doenças hipertensivas (taxa 5,04 a cada 100 mil habitantes) (IDB, 2012).

A constante atualização de dados epidemiológicos em saúde é de suma importância. É necessário conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes para adequar, gerenciar e planejar as práticas em saúde, interferindo diretamente no contexto assistencial e administrativo do meio hospitalar. O perfil epidemiológico é um indicador analítico das condições sociodemográficas e do processo saúde-doença, bem como o panorama desenvolvimento da população (SILVA, 2013).

Sabendo disso, é necessário conhecer o perfil dos pacientes internados no hospital para obter informações que irão auxiliar na elaboração de novas estratégias e

melhorar o planejamento das ações em saúde, influenciando na melhoria estrutural dos setores envolvidos, das atividades de educação continuada para os profissionais e nos avanços na assistência tecnológica, tudo isso para atender da melhor forma, as necessidades da população.

As tecnologias em saúde, como os conhecimentos e habilidades estruturadas, tanto na forma de aparelhos como procedimentos, vem ganhando espaço. Em 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a resolução WHA 60.29 e orientou que é necessário um profissional adequado para fornecer orientação sobre dispositivos, com base nos níveis de atendimento, condições, ambiente e intervenções de saúde planejadas (OMS, 2007).

A Fisioterapia tem um papel muito importante na assistência ao paciente hospitalizado tendo como objetivo melhorar a funcionalidade, restaurar ou prevenir complicações físicas e respiratórias e reduzir as complicações decorrentes do imobilismo no leito. (ROTTA, 2018). Segundo o estudo de ROTTA *et al* (2018), o custo estimado por paciente em uma primeira internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é reduzido quando a assistência do serviço de Fisioterapia está disponível 24 horas por dia na UTI. Além de diminuir custos com internação, a Fisioterapia tem por finalidade otimizar a funcionalidade intra-hospitalar, favorecer a alta precoce e diminuir a necessidade de reabilitação prolongada pós alta hospitalar (HALL, 2010).

Diante desse contexto, o objetivo desse trabalho é caracterizar o perfil epidemiológico, demográfico e clínico dos pacientes internados nas enfermarias, atendidos pelo serviço de Fisioterapia em um Hospital Universitário no Sul do Brasil, entre os períodos de janeiro a outubro de 2020.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza epidemiológica e de caráter estatístico, quantitativo e retrospectivo a fim de caracterizar o perfil clínico e demográfico dos pacientes das enfermarias atendidos pelo serviço de Fisioterapia de janeiro a outubro de 2020. Foram coletados dados referentes aos pacientes atendidos nas Clínicas Cirúrgicas e Clínicas Médicas, de janeiro a outubro de 2020 em um Hospital Universitário em Florianópolis. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética para Seres Humanos da

Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 4.430.794, CAEE 39654920.4.0000.0121.

Os critérios de inclusão foram os pacientes atendidos pela equipe de Fisioterapia nas enfermarias (Clínica Médica 1, 2, 4 e Clínica Cirúrgica 1 e 2), no período de janeiro a outubro de 2020. E os critérios de exclusão foram os pacientes que internaram em outras enfermarias do hospital (Ginecologia, Alojamento Conjunto, Pediatria, Emergência geral e Pediátrica), os internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI Geral, UTI Covid e UTI Neonatal) e pacientes com dados incompletos ou fora do período descrito.

O banco de dados dos pacientes atendidos pela Fisioterapia foi enviado para a pesquisadora principal pela Chefia da Unidade de Reabilitação através de uma planilha do programa *Microsoft Excel*, sem identificação, preservando o anonimato dos pacientes, diante disso houve isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A planilha do *Microsoft Excel* foi transferida ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 21) para análise estatística. Para avaliar a distribuição da amostra, foi utilizado o Teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov. A análise dos dados foi feita, através da estatística descritiva, onde os resultados foram apresentados em mediana, Percentil 25% e Percentil 75%, porcentagem e valores absolutos (n).

A avaliação da funcionalidade foi feita através da EMU. É uma escala de 11 pontos, que varia de zero a 10, e os escores mais elevados indicam uma funcionalidade física mais independente, conforme o Quadro 1 (HODGSON *et al*, 2014; KAWAGUCHI *et al*, 2016).

Quadro 1. Escala de Mobilidade da UTI - EMU

Classificação	Definição
0	Nada (deitado no leito)
1	Sentado no leito, exercícios no leito
2	Transferido passivamente para a cadeira (sem

	ortostatismo)
3	Sentado à beira do leito
4	Ortostatismo
5	Transferência do leito para cadeira
6	Marcha estacionária (à beira do leito)
7	Deambular com auxílio de 2 ou mais pessoas
8	Deambular com auxílio de 1 pessoa
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha

Fonte: Adaptado de Kawaguchi *et al*, 2016.

A cobertura de atendimento das enfermarias pela equipe de Fisioterapia foi de pelo menos um período de 6h por dia, conseguindo ter escala de atendimento aos pacientes que eram prioridade, também aos finais de semana.

Por conta da pandemia ocasionada pela COVID-19 em 2020, o hospital passou por diversas alterações, estruturais e de recursos humanos e físicos, com realocação de funcionários e de leitos de internação. Por conta disto, a clínica médica 4 foi fechada no final de março de 2020, depois reaberta de maio até junho, com quantidade de leitos restritos, somente de isolamento de contato e isolamento respiratório. Foi fechada novamente em julho e mantém-se fechada até o momento. E, a clínica médica 1 foi aberta em março de 2020 e mantém-se aberta até o presente momento.

5. RESULTADOS

A amostra foi composta por 1225 pacientes que foram atendidos pela equipe de Fisioterapia. A caracterização da amostra está descrita na Tabela 1, as características demográficas incluíram sexo e idade e são demonstrados dados de funcionalidade,

coletados pela Escala de Mobilidade de UTI (EMU) (em inglês ICU Mobility Scale), tempo de internação e o quantitativo de atendimentos fisioterapêuticos recebidos.

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Valores
Sexo (masculino/feminino)	598 (51,2%) / 627 (48,8%)
Idade (anos)	60 (48,5) (71)
Quantitativo de atendimentos da Fisioterapia (sessões)	3 (2) (6)
Tempo de internação na unidade (dias)	7 (3) (12)
Tempo de internação hospitalar (dias)	10 (6) (19)
EMU na admissão	8 (3) (10)
EMU na alta	10 (5) (10)

Dados apresentados em números absolutos (porcentagem) e mediana (Percentil 25%) (Percentil 75%). EMU: Escala de Mobilidade em UTI.

A funcionalidade dos pacientes foi avaliada na admissão e na alta, pela EMU. Foi optado pela utilização desta escala devido a sua praticidade e rápida aplicação na rotina das unidades hospitalares, sendo também, padronizada para utilização por toda equipe de Fisioterapia hospitalar adulto. Os pacientes que internaram realizando apenas exercícios no leito (42 indivíduos), foram de alta deambulando sem auxílio. A maioria dos pacientes (362 indivíduos) internaram e foram de alta deambulando independentemente. Pacientes que internaram totalmente dependentes, na alta conseguiram deambular com auxílio de uma pessoa (10 indivíduos) independentemente (30 indivíduos) e apenas 10 pacientes foram de alta, conseguindo sentar-se à beira do leito com pouco ou nenhum auxílio. Pacientes que internaram realizando ortostatismo independentemente ou com pouco auxílio, foram de alta ou deambulando com

dispositivo auxiliar de marcha (7 indivíduos) ou independentemente (16 indivíduos). Apenas 22 pacientes internaram e foram de alta, conseguindo sentar à beira do leito.

Na Clínica Cirúrgica 1, os motivos de internação mais comuns atendidos pelo serviço de Fisioterapia foram os procedimentos de cirurgia geral, do aparelho digestivo ou proctológicas (52,9%), seguido dos distúrbios respiratórios (23,6%). Esta unidade é referência de internação dos pacientes pré e pós transplante hepático. Nela 91,7% dos pacientes pós transplante hepático foram atendidos pela equipe de Fisioterapia. O tempo médio de internação dessa população foi de 37 dias.

Na Clínica Cirúrgica 2, também foram atendidos pacientes submetidos à cirurgia geral, o do aparelho digestivo ou proctológicas (40,6%), além daqueles que realizaram cirurgias vasculares (66,7%). O perfil desta unidade é o atendimento aos indivíduos com distúrbio vascular e grandes queimados, que estão dentro da categoria de outras disfunções clínicas, com 24,1%.

Na clínica médica 4 os motivos de internação mais comuns foram os distúrbios respiratórios (14,1%) e os distúrbios oncológicos (20,5%). E na clínica médica 1, que é a unidade referência para pacientes com COVID-19, tendo em sua maioria (95,3%), internações por pacientes com diagnóstico confirmado da COVID-19. O restante (4,7%) internaram por outros motivos e foram isolados por suspeita de COVID-19.

Já na clínica médica 2 os motivos de internação mais comuns foram distúrbios respiratórios (46,7%) e neurológicos (50,6%). A unidade é referência no atendimento de onco hematologia, foram atendidos 23 pacientes internados por distúrbios oncológicos.

Na Tabela 2 estão descritos os motivos de internação que foram atendidos pela equipe de Fisioterapia. Na categoria “outros distúrbios clínicos” foram incluídos pacientes com diagnósticos de tentativa de autoextermínio, grandes queimados, disfunções renais dialíticas (crônicas e agudizadas), queda do estado geral, doenças autoimunes e/ou infecções bacterianas. Na categoria “outras cirurgias” entraram as cirurgias plásticas e enxertias.

Tabela 2. Motivos de internação dos pacientes atendidos pelo serviço de Fisioterapia

Variáveis	N(1225)	%
Principais diagnósticos	Cirurgia geral, aparelho digestivo ou proctológicas	315 25,7

os	Distúrbios respiratórios	199	16,2
	Covid-19	129	10,5
	Cirurgia vascular	99	8,1
	Outros distúrbios clínicos	83	6,8
	Distúrbios neurológicos	79	6,4
	Distúrbios Gastrointestinais	62	5,1
	Distúrbios cardiovasculares	47	3,8
	Distúrbios metabólicos	45	3,7
	Distúrbios oncológicos	44	3,6
	Cirurgia de cabeça e pescoço	32	2,6
	Sepse	24	2,0
	Cirurgia uroginecológica	23	1,9
	Cirurgia torácica	20	1,6
	Transplante hepático	12	1,0
	Outras cirurgias	12	1,0

Dados apresentados em números absolutos e porcentagem válida (%)

Os dispositivos de suporte respiratório utilizados na internação podem ser observados na Tabela 3. Em relação ao uso de oxigenoterapia, necessidade de Ventilação Não Invasiva (VNI) e Via Aérea (VA) artificial as mulheres usaram mais VNI (51,2%) e mais oxigenoterapia (52,3%) do que os homens, enquanto que os homens necessitaram mais de VA artificial (65,0%), além de apresentarem maior taxa de óbito (50,5%) do que as mulheres. Os pacientes que mais utilizaram VNI apresentaram distúrbios respiratórios, neurológicos, metabólicos, cardiovasculares, gastrointestinais e oncológicos, respectivamente.

Tabela 3. Dispositivos de suporte respiratório mais frequentes

Variáveis		N(1225)	%
Oxigenoterapia	Não utilizou	863	70,4

Óculos nasal	315	25,7
Máscara de reservatório	29	2,4
Macronebulização	18	1,5
Utilização de VA artificial	20	1,6
Uso de VNI	20	3,3

Dados apresentados em número absoluto e porcentagem válida. VA; via aérea; VNI: Ventilação não invasiva.

Os desfechos podem ser observados na Tabela 4. Podemos observar que os pacientes, em sua maioria, foram de alta (77,1%). As transferências (14,0%), foram feitas tanto para outras unidades do hospital como para outros hospitais e para instituições de longa permanência (ILP). A taxa de óbito foi relativamente baixa nas enfermarias (8,9%) e a maioria dos pacientes com este desfecho eram idosos acima de 60 anos (65,1%).

Tabela 4. Desfechos

Variáveis	Valores
Óbito	109 (8,9%)
Alta hospitalar	945 (77,1%)
Transferências	171 (14%)

Dados apresentados em números absolutos (porcentagem).

A maioria dos pacientes (1104 indivíduos), receberam até 10 atendimentos de Fisioterapia. Desses, 53,1% já apresentavam deambulação independente no primeiro atendimento. Dos 109 pacientes que foram a óbito no período, 27,5% tiveram 10 ou mais atendimentos de Fisioterapia. Os pacientes idosos tiveram 44,3% de atendimentos da Fisioterapia, sendo que 18,6% foram realizados em pacientes acima de 75 anos.

6. DISCUSSÃO

Avaliar e conhecer o perfil clínico dos pacientes é importante pois assim é possível nortear as condutas fisioterapêuticas, adequar quantitativo de fisioterapeutas, favorecer aquisição de estrutura física e material, a fim de melhorar a assistência prestada pelo serviço de Fisioterapia nas enfermarias.

No estudo de Gomes & Volpe (2018) que avaliou as clínicas cirúrgicas e médicas de cinco hospitais da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (MG), os principais motivos de internação foram infecções e inflamações do sistema respiratório (6,1%) e complicações do trato gastrointestinal, como esofagite, gastroenterite e distúrbios sistema digestivo (5,6%). No total, 40,6% dos pacientes evoluíram para cirurgia, sendo esse número menor do que em nosso estudo, onde 41,8% dos pacientes realizaram procedimentos cirúrgicos. Neste mesmo estudo as internações por diagnósticos cirúrgicos foram relacionados aos distúrbios do trato biliar, indo de encontro com nossos resultados, que apresentaram em sua maioria procedimentos de cirurgia geral, incluindo as cirurgias do trato biliar.

A internação de indivíduos do sexo masculino prevaleceu em nosso estudo, corroborando com outros dois estudos realizados em enfermarias (GOMES & VOLPE, 2018; ARAÚJO, 2006). Ataíde *et al* (2014), em seu estudo avaliou o perfil dos pacientes da emergência e a maioria dos pacientes atendidos foram mulheres, diferindo dos nossos resultados em nível de internação em enfermaria.

Quanto a suplementação de oxigênio, a interface mais utilizada em nosso estudo foi o óculos nasal (25,7%), o que corrobora com os estudos de Ataíde *et al*, (2014) e de Ogawa *et al*, (2009) onde 51% e 53% dos pacientes utilizaram óculos nasal respectivamente.

A VNI tem sido cada vez mais utilizada, principalmente nos casos Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) devido a exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou edema pulmonar cardiogênico, onde sua eficiência terapêutica, já está demonstrada com forte recomendação (ROCHWERG *et al*, 2017), o que vai de encontro com nossos resultados, onde a maioria dos pacientes que utilizaram VNI apresentavam distúrbios respiratórios ou cardiovasculares.

A utilização da VNI em poucos pacientes neste trabalho, pode ser reflexo do momento imposto pela pandemia da COVID-19, onde os fisioterapeutas estavam muito mais criteriosos na utilização da mesma, pois, nas enfermarias não tinham leitos com pressão negativa e os equipamentos funcionavam com ramo simples, favorecendo a aerossolização e um maior risco de contágio, tendo seu uso contra-indicado, até que o diagnóstico da COVID-19 fosse descartado como causa da insuficiência respiratória (ASSOBRAFIR, 2020). E, outro destaque, é que nas enfermarias os pacientes costumam chegar mais estáveis clinicamente, após serem estabilizados na emergência ou UTI. A VNI, em nosso estudo, também foi utilizada em pacientes com distúrbios oncológicos, neurológicos e gastrointestinais, apesar de uma indicação com grau de evidência fraco (ROCHWERG *et al*, 2017).

O envelhecimento da população, juntamente com o avanço da expectativa de vida, vem aumentando os índices de complicações de várias doenças (OPAS, 2011; WHO, 2012). O impacto epidemiológico e social das doenças que crescem com o envelhecimento populacional, como complicações respiratórias, doenças crônicas não transmissíveis como o Diabete Mellitus e doenças neurológicas, é manifestado através de taxas crescentes de morbidade e pelas sequelas que geram incapacidades (MURRAY, LOPEZ, 2013). A população idosa, quando se hospitaliza, independente do motivo de internação apresenta um comportamento sedentário, ficando longos períodos restritos ao leito, comprometendo sua funcionalidade, força muscular, conseqüentemente ficando mais dependente e aumentando o risco de mortalidade (COKER *et al*, 2015). Tais dados estão de acordo com os resultados deste estudo, pois a maioria dos pacientes que foram a óbito eram idosos. Na tentativa de se evitar um desfecho desfavorável, nesta população, realizou-se um número maior de atendimentos de Fisioterapia para proporcionar independência, funcionalidade, maior conforto e qualidade de vida.

No estudo longitudinal de Oxford Record Linkage Study (ORLS) (SESHAMANI; GRAY, 2004) que avaliou pacientes internados em hospitais e ILP a média de idade do óbito era 77,8 anos e a média de dias de internação foi 39 dias. Em nosso estudo, a maioria dos pacientes que faleceram eram idosos acima de 60 anos e a média de dias de internação hospitalar foi bem menor (14,9 dias). No estudo de Moreno *et al* (2019), que realizou educação em saúde com idosos hospitalizados sobre a importância de permanecer fisicamente ativo durante a hospitalização, destacou que a

média de hospitalização foi de 5,8 dias no grupo experimental e 5,3 dias no grupo de controle. Outro dado que chamou atenção em nosso estudo foi o tempo de internação dos pacientes que realizam transplante hepático. Em nosso hospital, a clínica cirúrgica 1, como dito anteriormente, é referência para pacientes pré e pós transplante hepático, em nosso estudo a média de internação destes pacientes foi de 37 dias, um tempo de internação bem superior quando comparado com uma média de 15 dias do estudo de Sevarolli *et al*, (2018).

No estudo de Gomes & Volpe (2018), que avaliou o perfil das clínicas cirúrgicas e médicas de cinco Hospitais de MG, 90,6% dos pacientes foram de alta hospitalar e 9,5% foram a óbito, um número maior do que em nosso estudo, onde 77,1% dos pacientes vão de alta e 8,9% foram a óbito.

A EMU é uma escala que apresenta excelente concordância e confiabilidade entre os avaliadores. Foi validada e traduzida para o português e tem ampla utilização em nível nacional e mundial. É de fácil aplicação em nível hospitalar e demonstra a funcionalidade do paciente em atividades importantes para a qualidade de vida (KAWAGUCHI, 2016). A menor diferença clinicamente importante na pontuação da EMU significa que a menor mudança na pontuação das aplicações da EMU representa mudanças clinicamente importantes no desfecho de funcionalidade. Uma diferença de 1,4 a 3 pontos na EMU é clinicamente significativa e, utilizar essa escala na prática clínica permite contextualizar e avaliar melhor o nível de mobilização dos pacientes no hospital (TIPPING *et al*, 2018). Em nossos resultados, percebemos que houve uma variação de dois pontos da mediana, sendo essa melhora da funcionalidade na admissão e na alta com os atendimentos da equipe de Fisioterapia, uma diferença clinicamente significativa.

No estudo de Tipping *et al* (2016), foi demonstrada uma correlação moderada da força muscular com a EMU. Os valores crescentes na EMU também foram associados à maior sobrevivência e apresentou uma diferença significativa entre a EMU na alta em pacientes com fraqueza muscular adquirida na UTI. Avaliar a EMU indica se as condutas fisioterapêuticas estão no caminho certo para promover melhora da funcionalidade, conseqüentemente adquirir escores mais superiores. Quanto maior a funcionalidade os desfechos clínicos são mais positivos, como melhora da força muscular e diminuição da taxa de óbito.

Alguns estudos (SILVA & MENEZES, 2014; GOMES & VOLPE, 2018) demonstram resultados de variáveis sociodemográficas, como escolaridade, estado civil, renda e hábitos de vida, porém nosso estudo foi limitado nessas questões, pois não foi possível coletar tais informações. Nosso censo da equipe de Fisioterapia apresenta poucas variáveis demográficas, somente sexo e idade. As questões sociais não foram abordadas, sendo essa uma limitação importante.

7. CONCLUSÃO

O estudo demonstra particularidades das enfermarias clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário do Sul do Brasil em um ano atípico de pandemia, onde a população atendida apresenta condições clínicas variadas, principalmente procedimentos de cirurgia geral, do aparelho digestivo e proctológicas, distúrbios respiratórios e complicações decorrentes da COVID-19. Os pacientes atendidos em sua maioria são idosos, necessitam de pouco tempo de internação hospitalar e vão de alta com funcionalidades elevadas. Necessitam pouco de oxigenoterapia, VNI e VA. Sabendo que a Fisioterapia intra hospitalar é importante para funcionalidade e independência dos pacientes, através deste estudo, com o conhecimento do perfil dos pacientes, é possível planejar melhorias no serviço e atendimento prestado pela equipe de Fisioterapia.

8. CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto deste respectivo trabalho. O trabalho não apresentou patrocínio de nenhuma entidade.

9. LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Em virtude dos censos serem separados por unidades de internação, houve uma discrepância dos pacientes que foram transferidos, pois ao ser internado na unidade contabilizava-se como sendo um novo indivíduo. Dessa forma não foi possível registrar os pacientes reinternados. Esse dado seria importante para categorizar e demonstrar a taxa de reinternação. As limitações do estudo também estão relacionadas à utilização de dados secundários do censo de Fisioterapia e não de prontuário eletrônico. A ausência de preenchimento de campos obrigatórios no censo pode ter possibilitado um sub-

registro dos dados. Além disso, por ser preenchido por toda equipe de Fisioterapia do hospital, pode haver diferenças no preenchimento e avaliação entre cada um dos fisioterapeutas, apesar das capacitações contínuas. Outro ponto a se destacar são os poucos dados sociodemográficos coletados no censo, pois a compreensão dessas variáveis proporcionaria um perfil ainda mais fidedigno de internação hospitalar. Além disso, o presente estudo foi realizado em um ano de pandemia, onde o perfil dos pacientes sofreram alterações em relação à realidade imposta no ano de 2020, o que pode ter modificado a amostra.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Andréa Nunes. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaios e Ciência**, v. 16, n. 6, p. 173-184, 2012.
- AQUIM, Esperidião Elias *et al.* Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 434-443, 2019.
- ARAÚJO, Julyana Kelly Tavares de. Perfil dos pacientes internados no Hospital Geral Santa Isabel de João Pessoa. João Pessoa – Centro de Estatística – **UFPB**; 2006.
- ASSOBRAFIR. Comunicação oficial – COVID-19 Intervenção na insuficiência respiratória aguda. Disponível em: https://assobrafir.com.br/wp-content/uploads/2020/03/ASSOBRAFIR_COVID-19_VNI.pdf [Acessado em 15 de outubro de 2020].
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2020. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**, Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm> [Acessado em 15 de outubro de 2020].
- COKER, Robert H. *et al.* Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters, and aerobic fitness in older, healthy adults. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 1, p. 91-96, 2015.
- GOMES, Lucimar Leão; VOLPE, Fernando Madalena. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. **Rev Med Minas Gerais**, v. 28, n. Supl 5, p. 105-116, 2018.
- HALL, Jesse B. Creating the animated intensive care unit. **Critical care medicine**, v. 38, n. 10, p. S668-S675, 2010.
- HODGSON, Carol *et al.* Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. **Heart & Lung**, v. 43, n. 1, p. 19-24, 2014.
- IDB. Indicadores de Dados Básicos, 2012. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm> [Acessado em 15 de outubro de 2020].
- KAWAGUCHI, Yurika Maria Fogaça *et al.* Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. **J. bras. pneumol**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 429-434, 2016.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria** nº 221, de 17 de abril de 2008. Brasília, 2008.
- MORENO, Nayara Alexia *et al.* Physiotherapist advice to older inpatients about the importance of staying physically active during hospitalisation reduces sedentary time, increases daily steps and preserves mobility: a randomised trial. **Journal of physiotherapy**, v. 65, n. 4, p. 208-214, 2019.
- MURRAY, Christopher J. L.; LOPEZ, Alan D. Measuring the global burden of disease. **New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 5, p. 448-457, 2013.
- OGAWA, Kamila Yuki Loporchio *et al.* Intervenção fisioterapêutica nas emergências cardiopulmonares. **O Mundo da Saúde**. v. 33, n. 4, p. 457-66, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Tecnologias em saúde: **OMS**, 2007. Disponível em: https://www.who.int/medical_devices/policies/resolution_wha60_r29-sp.pdf?ua=1 [Acessado em 15 de outubro de 2020].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2011.

PIRES-NETO, Ruy Camargo *et al.* Early mobilization practice in a single Brazilian intensive care unit. **Journal of critical care**, v. 30, n. 5, p. 896-900, 2015.

ROCHWERG, Bram *et al.* Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. **European Respiratory Journal**, v. 50, n. 2, 2017.

ROTTA, Bruna Peruzzo *et al.* Relação entre a disponibilidade de serviços de fisioterapia e custos de UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 3, p. 184-189, 2018.

SEBOLD, Luciana Fabiane *et al.* Metodologias ativas: uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2010.

SESHAMANI, Meena; GRAY, Alastair M. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. **Journal of health economics**, v. 23, n. 2, p. 217-235, 2004.

SEVAROLLI, M. D. L. *et al.* Epidemiologic profile of transplant patients treated by the physiotherapy. **Transplantation proceedings**. Elsevier, 2018. p. 831-834, 2018.

TIPPING, Claire J. *et al.* The minimal important difference of the ICU mobility scale. **Heart & Lung**, v. 47, n. 5, p. 497-501, 2018.

TRINDADE, Neidiane Rosa *et al.* Causas de internação hospitalar em adultos de um município na Amazônia Legal, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 4, n. 2, p. 70-76, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012.