



**INSTITUTO
FEDERAL**
Rio de Janeiro

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

LARISSA DE MELO DA SILVA

**ANÁLISE DOS DESFECHOS CLÍNICOS DOS
PACIENTES INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA NO
HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO
ESTADO**

IFRJ – CAMPUS REALENGO

2020

LARISSA DE MELO DA SILVA

**ANÁLISE DOS DESFECHOS CLÍNICOS DOS PACIENTES INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA NO HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO.**

**IFRJ - CAMPUS REALENGO
1º SEMESTRE/2020**

LARISSA DE MELO DA SILVA

**ANÁLISE DOS DESFECHOS CLÍNICOS DOS PACIENTES INTERNADOS NAS
ENFERMIARIAS DE CLÍNICA MÉDICA NO HOSPITAL FEDERAL DOS
SERVIDORES DO ESTADO.**

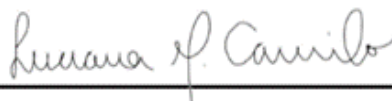
Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do Curso de
Fisioterapia, como cumprimento parcial
das exigências para conclusão do curso.

Aprovada em 01 de julho 2020
Conceito: 9 (Nove)

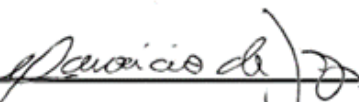
Banca Examinadora



Prof. Mestre Ricardo Gaudio de Almeida (Orientador/IFRJ)



Prof. Dsc. Luciana Moisés Camilo (IFRJ)



Prof. Dsc. Mauricio de Sant'Anna Junior (IFRJ)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação.

Elaborada por Karina Barbosa dos Santos

Bibliotecária - CRB 7 n° 6212

S586

Silva, Larissa de Melo da

Análise dos desfechos clínicos dos pacientes internados nas enfermarias de clínica médica no Hospital Federal dos Servidores do Estado / Larissa de Melo da Silva, 2020.

25f. ; il.

Orientador (a): Prof. Ricardo Gaudio de Almeida.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) – Instituto Federal do Rio de Janeiro, 2020.

1. Desfecho. 2. Doenças. 3. Hospitalar. 4. Fisioterapia.
I. Instituto Federal do Rio de Janeiro. Campus Realengo. II. Almeida, Ricardo Gaudio de. III. Título.

COBIB/CReal

CDU 615.8

RESUMO

Introdução: A hospitalização pode promover maior debilidade dos pacientes hospitalizados sendo intensificada por fatores pessoais e ambientais, favorecendo a incapacidades e aumento de dependência funcional. **Objetivos:** Analisar os desfechos clínicos dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo analítico transversal, com medidas da capacidade funcional com análise de desfechos clínicos. A amostra foi composta por de pacientes acima de 18 anos, jovens, adultos e idosos, internados em enfermaria de clínica médica do HFSE no Rio de Janeiro no município do RJ, durante o período de agosto a novembro de 2019, avaliando-se as alterações de funcionalidade durante a internação hospitalar. **Resultados:** Amostra foi composta por 203 pacientes avaliados, sendo 45% eram homens e 55% eram mulheres, com média de idade de 62 anos, variando entre 18 a 93 anos. Quanto ao tempo de internação os idosos permaneceram mais tempo internados comparado a outras faixas etárias. Os idosos possuem maior chance de óbito comparado a outras faixas etárias. Houve associação entre desfecho clínico e independência funcional e, desfecho e tipo de doença, principalmente em grupos de idosos com doenças oncológicas. **Conclusão:** Foram identificadas, principalmente no público de idosos com doença oncológica, maior demanda por internações, maior fragilidade, maior piora funcional e, maior mortalidade, comparado a outras faixas etárias e outros tipos de doenças. **Palavras-chave:** Desfecho, Doenças, Hospitalar, Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization can promote greater weakness of hospitalized patients, being intensified by personal and environmental factors, favoring disabilities and increased functional dependence. **Objectives:** To analyze the clinical outcomes of patients admitted to the HFSE Medical Clinic. **Methodology:** This is an observational descriptive analytical cross-sectional study, with measures of functional capacity with analysis of clinical outcomes. The sample consisted of patients over 18 years old, young, adults and the elderly, admitted to the medical clinic ward of the HFSE in Rio de Janeiro in the municipality of RJ, from August to November 2019, evaluating the changes of functionality during hospitalization. **Results:** Sample consisted of 203 patients evaluated, 45% were men and 55% were women, with a mean age of 62 years, ranging from 18 to 93 years. Regarding the length of hospital stay, the elderly remained in hospital longer compared to other age groups. The elderly have a greater chance of death compared to other age groups. There was an association between clinical outcome and functional independence, and outcome and type of disease, especially in groups of elderly people with oncological diseases. **Conclusion:** It was identified, mainly in the public of elderly people with cancer disease, greater demand for hospitalizations, greater fragility, greater functional worsening and greater mortality, compared to other age groups and other types of diseases.

Keywords: Outcome, Diseases, Hospital, Physiotherapy.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1. Geral	9
2.2. Específicos	9
3. METODOLOGIA	10
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO I – FICHA DE AVALIAÇÃO	29
ANEXO II – ESCALA DE BARTHEL	30

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a definição de instituição Hospitalar é destinada a todas as unidades com pelo menos cinco leitos de internação que garanta atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com uma equipe clínica organizada, promovendo assistência e admissão permanente por médicos (OMS, 2000). Tal instituição é de fundamental importância para promover cuidado clínico de média e alta complexidade a população, objetivando melhora do quadro clínico atual do paciente tratado.

A assistência e o cuidado do indivíduo hospitalizado, tem objetivo de favorecer melhora do quadro patológico estabelecido, através do trabalho em equipe multidisciplinar por um modelo de assistência biopsicossocial otimizando a funcionalidade global do indivíduo. De acordo com Pereira e colaboradores (2014), a funcionalidade pode ser classificada como a capacidade de realizar as próprias atividades de vida diária (AVDs) de forma autônoma e independente em sincronia com a dimensão cognitiva, humoral, de mobilidade e de comunicação (PEREIRA et al., 2014). Através de tais características, é possível identificar a saúde do indivíduo em um contexto amplo, associado a funcionalidade, identificando o perfil e a vulnerabilidade em que está inserido.

O indivíduo hospitalizado por um estado patológico, por si só, já está inserido em um contexto de vulnerabilidade, que afeta diretamente a realização das AVDs. De acordo com Pereira e colaboradores (2014), a hospitalização tem impacto na funcionalidade devido a maior dependência e redução da autonomia, potencializando incapacidades pré-existentes, devido a aspectos como polifarmácia, desnutrição, privação do sono e imobilismo contínuo (PEREIRA et al., 2014). Além de tais aspectos, Cristo e colaboradores (2009), afirmam que gênero, idade e auto avaliação subjetiva negativa de saúde são fatores que influenciam ao maior risco de morte (CRISTO et al., 2009). Diante disso, a própria hospitalização pode promover maior debilidade desse indivíduo favorecendo a incapacidades e aumento de dependência funcional e se intensificando por fatores pessoais e ambientais.

A equipe multidisciplinar tem um papel fundamental quanto a identificação de incapacidades em indivíduos dentro do ambiente hospitalar. Segundo Cristo e colaboradores (2009) a avaliação da capacidade funcional na admissão e pré alta hospitalar, relacionada a execução das AVDs, tem validação preditiva na identificação de função e autonomia dos pacientes hospitalizados. (CRISTO et al., 2009). Diante disso, a avaliação multidimensional da capacidade funcional e análise de desfechos clínicos é de fundamental importância para realizar um planejamento completo desenvolvendo uma atuação individualizada para cada paciente, além de contribuir a redução de danos à saúde e prevenir incapacidades.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar associações de desfechos clínicos dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE.

2.2. Específicos

- Analisar o risco de mortalidade em relação à funcionalidade dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE;
- Analisar as chances de óbitos em relação às faixas etárias dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE;
- Avaliar as principais causas de internação dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE;
- Analisar resultados de admissões e altas hospitalares entre as diferentes tipos de patologias dos pacientes internados na Clínica Médica do HFSE.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional descritivo analítico transversal, com medidas da capacidade funcional, que se trata, de acordo com Pinto e colaboradores (2016) como a habilidade de realizar atividades de autocuidado de forma independente. A amostra foi composta de pacientes acima de 18 anos, internados nas enfermarias de clínica médica do HFSE, no município do Rio de Janeiro, durante o período de agosto a novembro de 2019, avaliando-se as alterações de funcionalidade durante a internação hospitalar e observando os desfechos clínicos. Segundo Fontes e colaboradores (2010), a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a definição de funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos ou facilitadores da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e os seus fatores contextuais.

Foi realizada uma amostragem não probabilística. Essa amostra, foi composta por pacientes jovens (18 a 24 anos), adultos (25 a 59 anos) e idosos (mais de 60 anos). Foram excluídos os pacientes que não aceitaram ser avaliados, que não possuíam nível de consciência adequado nem acompanhantes, ou que apresentavam algum tipo de precaução respiratória ou por aerossóis.

Para a contextualização da pesquisa foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados eletrônicas Medline/Pubmed, LILACS, Scielo, em busca de artigos relacionados a incapacidade e desfechos associados a hospitalização. Para realizar a pesquisa foram utilizadas combinações entre os seguintes descritores: Hospitalização (*Day Care, Medical*), Tempo de Internação (*Length of Stay*), Fragilidade (*Frailty*), Incapacidade (*Disabled Persons*), Idoso Fragilizado (*Frail Elderly*), Complicações (*Complications*), Idosos (*Elderly*), Mortalidade (*Mortality*), Desfecho (*Outcome*), Doenças (*Diseases*), Hospital e, Fisioterapia (*Physiotherapy*).

Referências bibliográficas dos artigos selecionados também foram verificadas a fim de identificar estudos relevantes. Os artigos foram analisados qualitativamente, com o intuito de investigar a metodologia utilizada para as avaliações supracitadas e verificar sua reprodutibilidade e aplicabilidade.

Os pacientes receberam avaliações fisioterapêuticas rotineiras. As avaliações da funcionalidade, realizada com escalas adequadas, eram semanais e o acompanhamento foi realizado por até 12 semanas (3 meses). Foi criada uma

base de dados com as seguintes variáveis: diagnóstico clínico, idade, data de internação, altura, peso, leito, gênero e desfecho clínico, sendo esses dados extraídos dos prontuários físicos ou dos próprios pacientes/acompanhantes e, inseridos nas fichas de avaliações individuais (ANEXO I).

Além disso, também foram coletados dados da funcionalidade dos pacientes, obtidos pela avaliação fisioterapêutica de entrada e reavaliação semanal. A escala de funcionalidade utilizada foi o índice de Barthel (ANEXO II) que é um método quantitativo de avaliação do grau de independência e mobilidade nas atividades de vida diária (AVD).

O Barthel avalia dez funções: controle intestinal, controle vesical, higiene pessoal, uso de assento sanitário, alimentação, transferência, mobilidade, vestir-se, subir/descer escadas e banho, pontuando cada função de 0 até 15 pontos, sendo o somatório de todas as funções o total de 100 pontos, sendo a pontuação 0 máxima dependência e 100 total independência para as atividades avaliadas (MENEZES et al., 2010). As definições de funcionalidade a partir dos resultados de Barthel são: dependência total (0 a 20), dependência grave (21 a 60), dependência moderada (61 a 90), dependência leve (91 a 99) e independência funcional (100) (PINHEIRO et al., 2020).

Foi realizada análise descritiva das causas de internação dos pacientes envolvidos no estudo e seus respectivos graus de independência funcional no momento da internação hospitalar. Para avaliar a razão de possibilidade de óbito em relação às variáveis graus de independência funcional e idade foi utilizada a *Odds Ratio* e calculado o p-valor (significativo < 0,05) e o intervalo de confiança (95%) no *software GraphPad Prism*.

4. RESULTADOS

Foram acompanhados 203 pacientes ao longo da pesquisa de campo, onde 45% eram do gênero masculino e 55% do gênero feminino. A média de idade dos participantes do estudo foi de 62 anos, variando entre 18 a 93 anos.

Do total de internações, o público de jovens representou 4%, os adultos 41% e, idosos 55%, apresentando predomínio de mulheres no público de adultos e, maior predomínio de homens no público de idosos. Dentre os homens avaliados, 4% eram jovens (18 a 24 anos), 32% eram adultos (25 a 59 anos) e 64% eram idosos (60 a < 90 anos). Já do grupo feminino, 5% eram jovens (18 a 24 anos), 48% eram adultas (25 a 59 anos) e 47% eram idosas (60 a 100 anos). Tanto no público feminino, quanto no público masculino, havia uma proporção de 95% de adultos e idosos, porém, a maior parte era de homens idosos internados comparado ao público feminino. (Tabela 1).

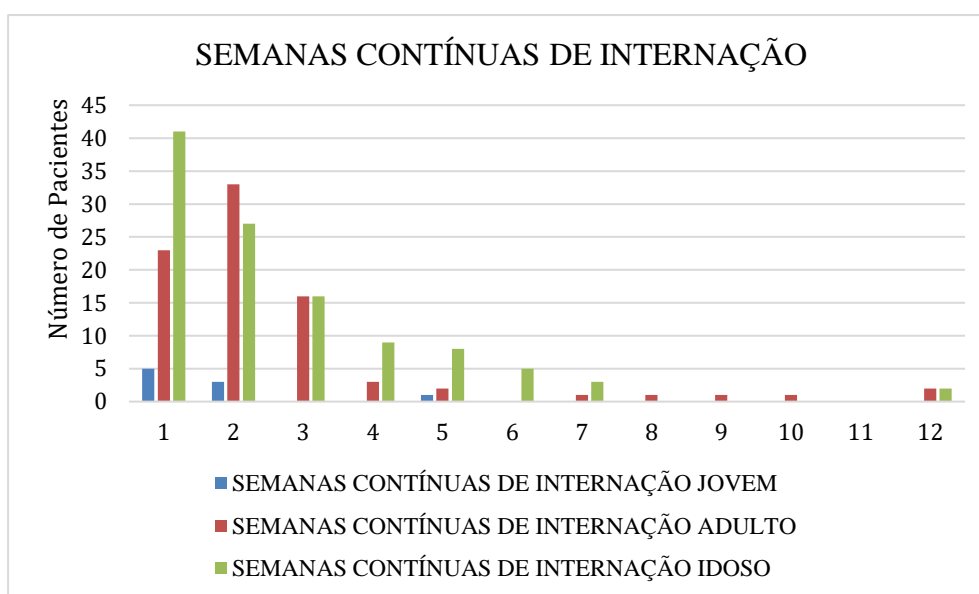
Tabela 1: Total da amostra em grupos de faixa etária.

TOTAL DA AMOSTRA	
Feminino	112
[15-24] Jovem	5
[25-59] Adulto	54
[60-100] Idoso	53
Masculino	91
[15-24] Jovem	4
[25-59] Adulto	29
[60-100] Idoso	58
Total Geral	203

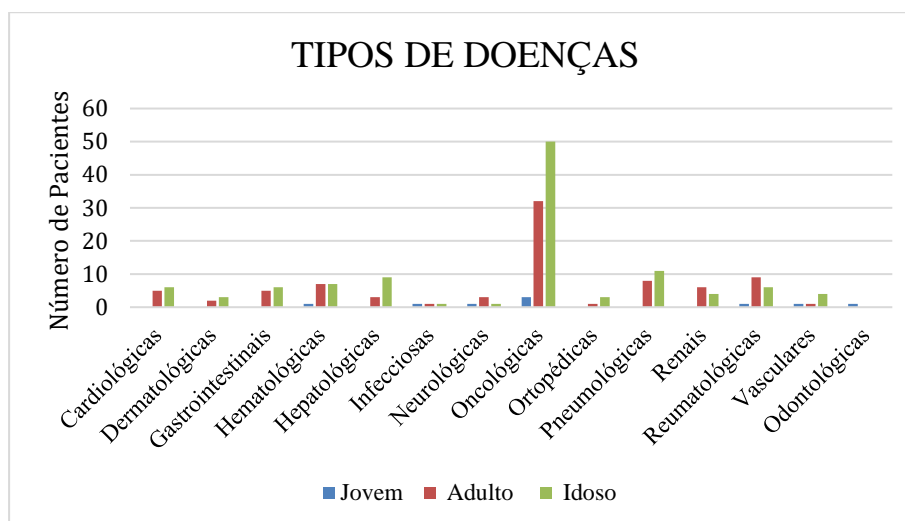
Em relação ao período de internação, 132 pacientes (65% do público total) permaneceram por até duas semanas (≤ 2 semanas) de internação e, 71 pacientes (35% do público total) permaneceram por mais de duas semanas (≥ 2 semanas), apresentando predomínio de adultos e idosos. Os jovens tiveram um tempo de internação que variou de uma a cinco semanas de internação, enquanto os adultos e idosos variaram de uma a doze semanas de internação, sendo doze semanas o período máximo de acompanhamento semanal feito pelo estudo.

O Gráfico 1 mostra detalhadamente as semanas de internação contínuas (1 a 12 semanas) dos grupos de diferentes faixas etárias. Nesse gráfico, é possível identificar que cerca de 56% dos jovens, 28% dos adultos e 37% dos idosos apresentam, pelo menos, uma semana de internação contínua, entretanto, apenas os adultos e idosos prolongaram as internações por mais de cinco semanas, representando 9% do público total. A média geral de semanas de internação foi de aproximadamente 1,7 – 11,9 dias (aproximadamente duas semanas). A média de tempo de internação quanto a faixa etária foi de 2,7 de semanas de internação (18,9 dias) dos idosos, 1,3 semanas (9,1 dias) de internação de adultos e, 1,1 semanas (7,7 dias) de internação dos jovens. Sendo assim, os idosos permaneceram mais tempo internados, comparado aos jovens e adultos.

Gráfico 1: Permanência em número de semanas dos pacientes avaliados no estudo.

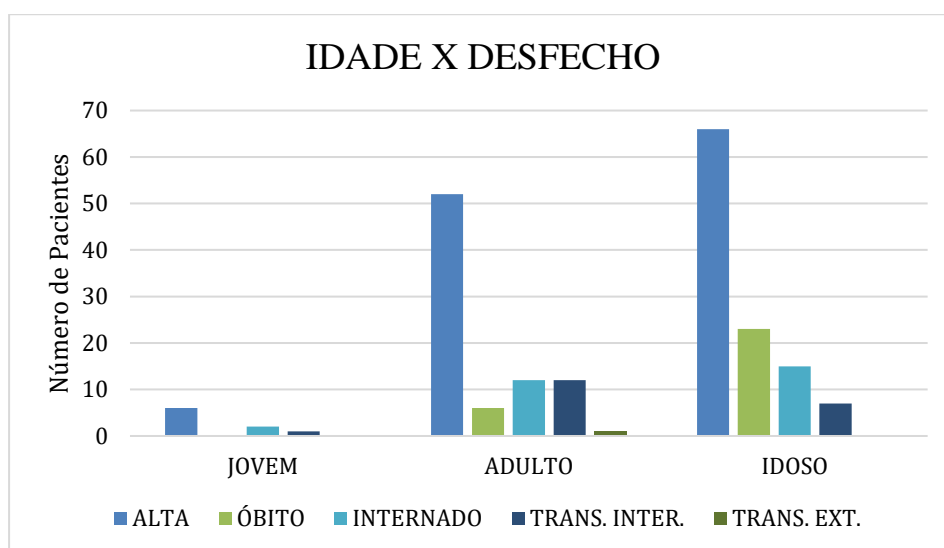
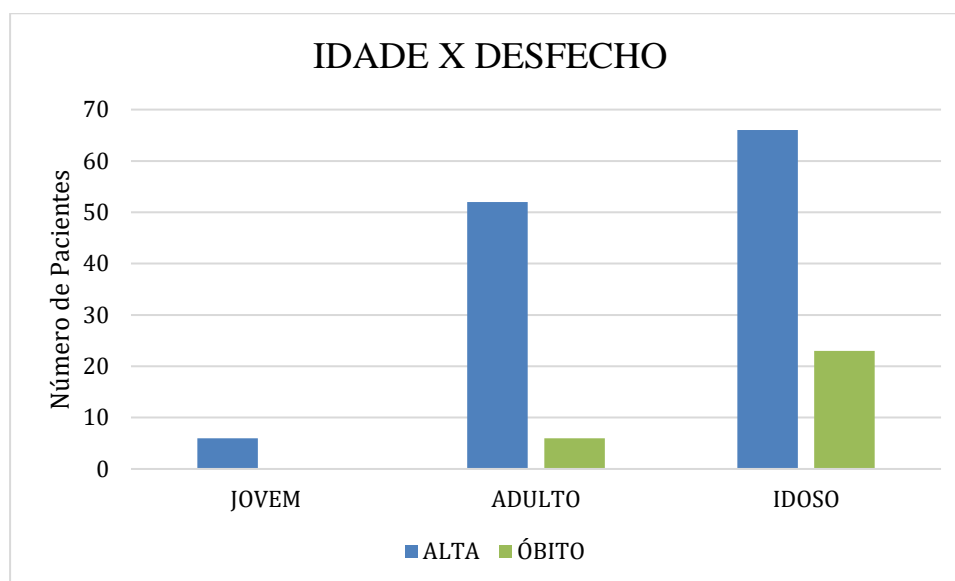


O Gráfico 2 contém as informações a respeito da distribuição de tipos de doenças presentes no público da amostra e, aponta como a maior causa de internação, doenças oncológicas, representando 42% do público total. Em sequência, as doenças pulmonares, reumatológicas e hematológicas aparecem figurando entre as principais causas de internação dos pacientes analisados no período citado, com 9%, 8% e 7%, respectivamente.

Gráfico 2: Destaque dos pacientes entre suas causas de internação.

O Gráfico 3 apresenta informações a respeito dos desfechos clínicos dos pacientes acompanhados no estudo, mostrando o número de altas, óbitos, transferências internas e externas e pacientes que ainda permaneciam internados. Esse gráfico mostra que os pacientes idosos (23 óbitos – 21% dos idosos) tiveram um maior número de óbitos, comparado aos jovens (0 óbitos – 0% dos jovens) e adultos (6 óbitos – 7% dos adultos). Observando as altas, os idosos (66 altas – 59% dos idosos) apresentaram maior número quando comparados ao público de adultos (52 altas – 63% dos adultos) e jovens (6 altas – 67% dos jovens). Além disso, 10% (20 pacientes) do público total foi transferido internamente, 0,4% (1 paciente) transferido externamente e, 14% (29 pacientes) permaneceu internado.

No gráfico 4 podemos observar esses dados, mostrando apenas os desfechos de alta hospitalar e óbito, mostrando de forma mais clara essas duas situações.

Gráfico 3: Desfechos entre diferentes grupos do total de pessoas avaliadas.**Gráfico 4:** Desfechos entre diferentes grupos do total de pessoas avaliadas alta e óbitos.

A tabela 2 apresenta informações a respeito da razão de possibilidades (*odds ratio*) de óbito em relação à variável faixa etária. Podemos observar que os idosos apresentam uma possibilidade de óbito 3 vezes maior em relação aos adultos.

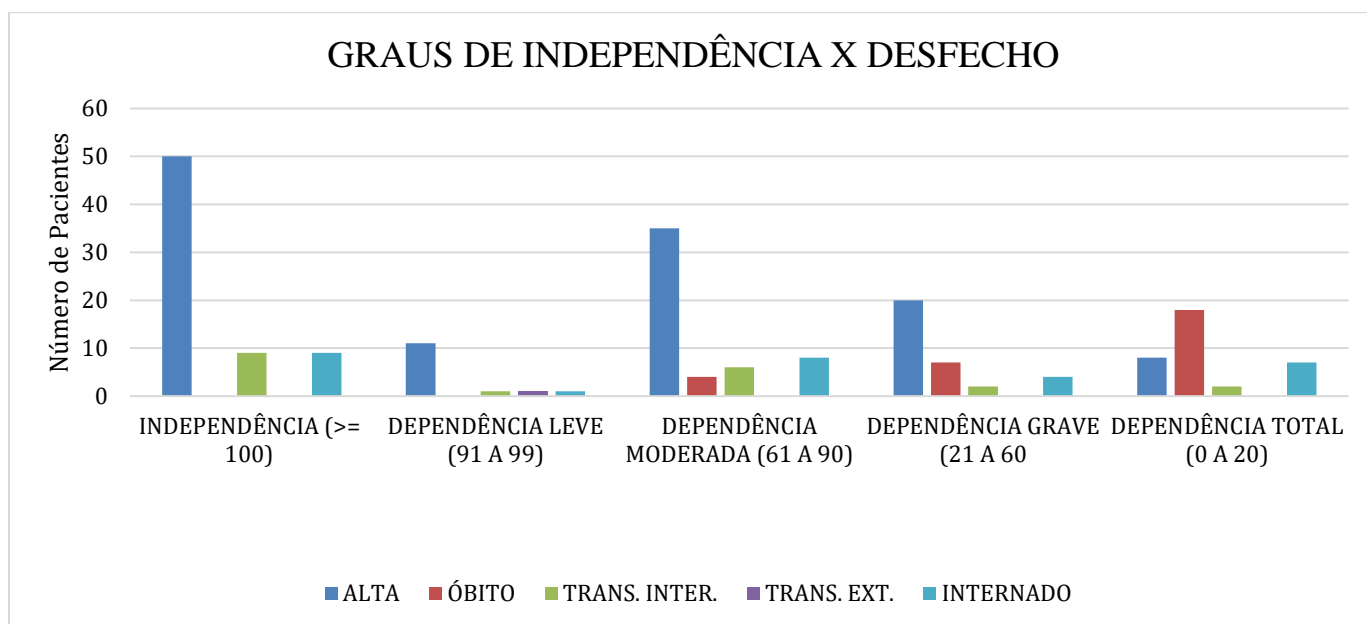
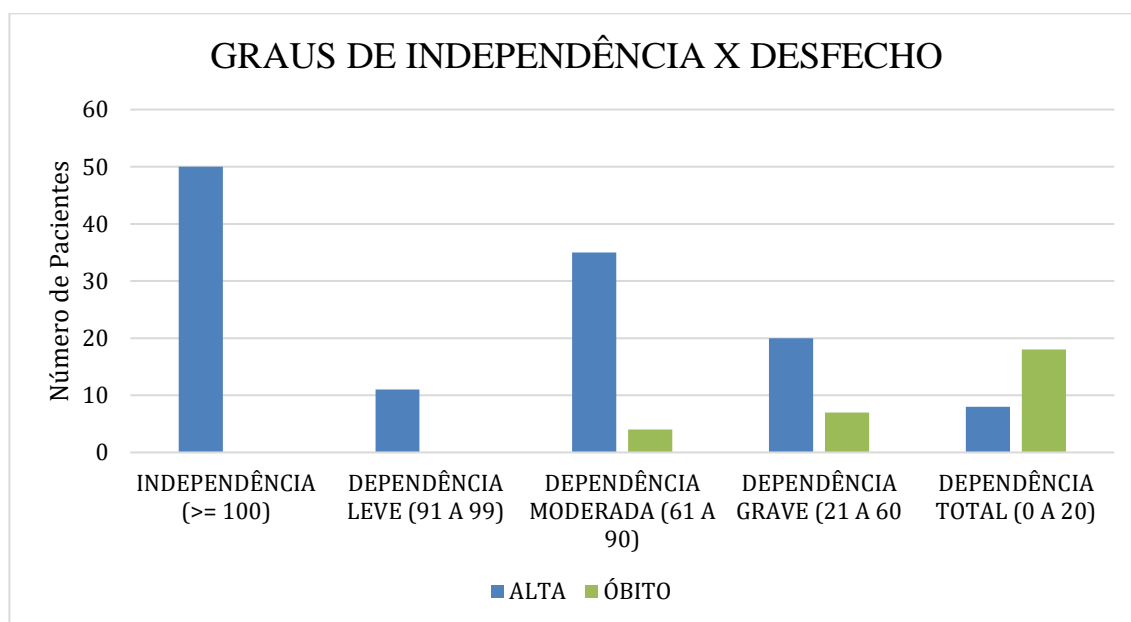
Tabela 2 - Razão de Possibilidades de Óbito em Relação à Faixa Etária

RAZÃO DE POSSIBILIDADES DE FAIXA ETÁRIA			
<i>Faixa Etária</i>	<i>OR</i>	<i>p valor</i>	<i>IC</i>
Adulto	1		
Idoso	3,02	0,03	1.14 - 7.96

Os gráficos 5 e 6 apresentam informações a respeito da associação de independência funcional, pelo Índice de Barthel, e tipos de desfecho clínico, dividindo graus de independência como: dependência total (pontuação de 0 a 20), dependência grave (de 21 a 60), dependência moderada (de 61 a 90), dependência leve (de 91 a 99) e independência funcional (100). Entre as 20 transferências internas dentro da amostra, cerca de 45% (4% do público total) apresentaram independência funcional, 5% apresentaram dependência leve (0,5% do público total), 30% (3% do público total) apresentaram dependência moderada, 10% (1% do público total) dependência grave, 10% (1% do público total) dependência total. Houve apenas uma transferência externa de um paciente que apresentou dependência leve.

Entre as 29 pessoas que permaneceram internadas, cerca de 31% (4% do público total) apresentaram independência funcional, 3% (0,5 do público total) dependência leve, 28% (4% do público total) dependência moderada, 14% (2% do público total) dependência grave, 24% (3% do público total) dependência total. Houveram mais óbitos em indivíduos com maiores níveis de dependência funcional.

Entre os 29 óbitos presentes na amostra, cerca de 14% (2% do público total) são de indivíduos com dependência moderada, 24% (3% do público total) de indivíduos com dependência grave e, 62% (9% do público total) de indivíduos com dependência total. Já em relação a indivíduos que receberam altas, houveram mais altas em indivíduos com menores níveis de dependência funcional. Entre os 124 desfechos de altas presentes na amostra, cerca de 40% (25% do público total) independência funcional, 9% (5% do público total) dependência leve, 28% dependência moderada (17% do público total), 16% dependência grave (10% do público total), 6% dependência total (4% do público total).

Gráfico 5: Associação entre Independência e Desfechos.**Gráfico 6:** Associação entre Independência e Desfecho óbitos e altas.

A tabela 3 apresenta informações a respeito da razão de possibilidades (odds ratio) sobre as variáveis independência funcional e óbito. Pode-se observar que em relação aos graus de independência “Dependência Leve”, “Dependência Moderada”, “Dependência Grave” e “Dependência Total”, há um risco crescente quanto maior o grau de dependência funcional. Desse modo há maior possibilidade que ocorra óbitos em indivíduos idosos e com maiores níveis de dependência funcional. Diante disso, os pacientes com Dependência Moderada, Dependência

Grave e Dependência Total possuem, respectivamente, 12,8; 36,95 e 219,8 vezes, respectivamente mais chance de óbito quando comparado aos independentes funcionais, com significância estatística.

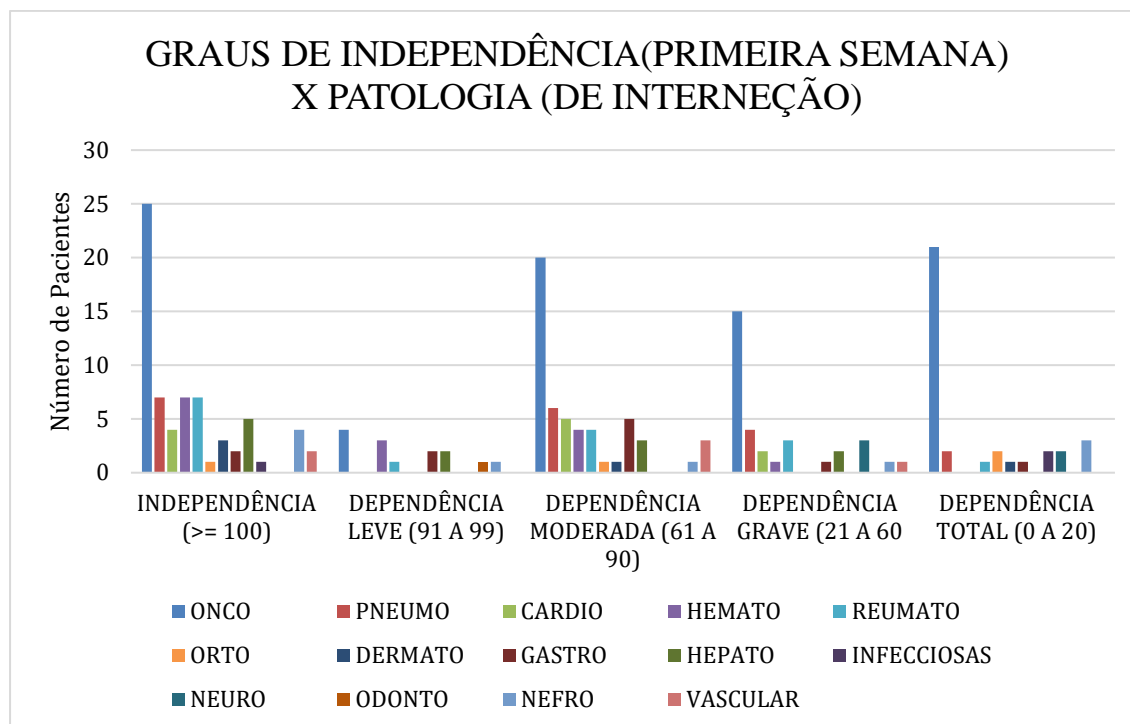
Tabela 3: Razão de Possibilidades de Óbito em Relação à Faixa Etária

<u>RAZÃO DE POSSIBILIDADES DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL</u>			
<i>Funcionalidade</i>	<i>OR</i>	<i>p valor</i>	<i>IC</i>
Independência (>= 100)	1		
Dependência Leve (91 a 99)	4,54	0,34	0.26 - 78.45
Dependência Moderada (61 a 90)	12,8	0,03	0.66 - 245.6
Dependência Grave (21 a 60)	36,95	0,0004	2.01 - 667.7
Dependência Total (0 a 20)	219,8	<0,0001	12.07 - 4004
<u><i>Idade</i></u>			
Adulto	1		
Idoso	3,02	0,03	1.14 - 7.96

O gráfico 7 apresenta informações a respeito da associação de independência funcional e tipo de doença, comparando os grupos de doenças presentes no público do estudo a níveis de dependências como: dependência total (0 a 20), dependência grave (21 a 60), dependência moderada (61 a 90), dependência leve (91 a 99) e independência funcional (100). Entre os pacientes oncológicos, houve maior grau de dependência funcional quando comparado a outras doenças, apresentando 4 pacientes (5% do total doenças oncológicas) com dependência leve, 20 pacientes (24% do total doenças oncológicas) com dependência moderada, 15 pacientes (18% do total doenças oncológicas) com dependência grave, 21 pacientes (25% do total doenças oncológicas) com dependência total. Sendo assim, entre os indivíduos com algum nível de dependência funcional há maior representatividade de pacientes oncológicos. Além disso, outras doenças também apresentaram maiores graus de dependência funcional quando comparado ao restante das doenças da amostra sendo, em doenças pulmonares, 6 pacientes com dependência moderada, 4 pacientes com dependência grave e 2 pacientes com dependência total, em gastrointestinais 2 pacientes com dependência leve, 5 pacientes com dependência moderada, 1 paciente com dependência grave e 1 paciente com dependência total e

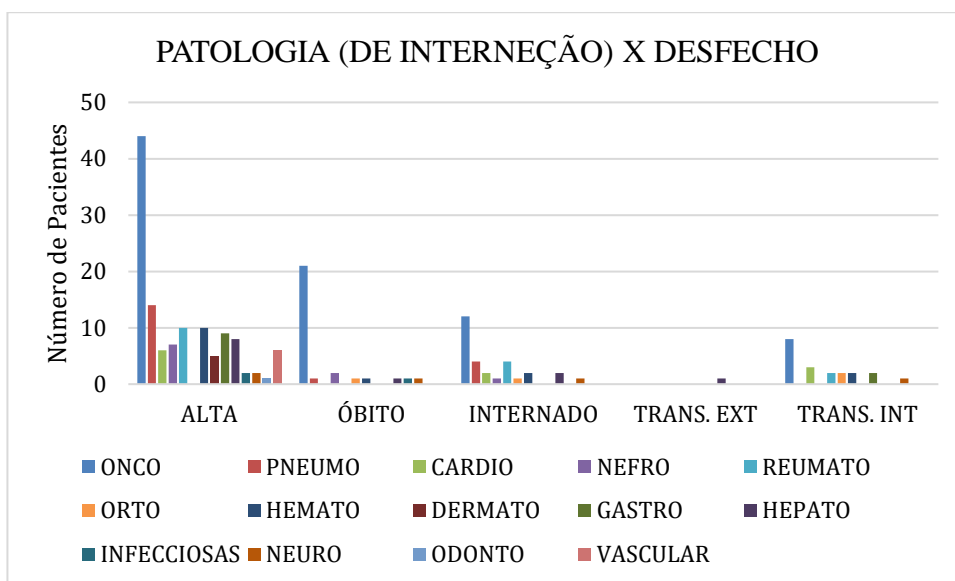
cardiológicas 5 pacientes com dependência moderada, 2 pacientes com dependência grave.

Gráfico 7: Associação entre Independência e Tipo de Doença.



Legenda Gráfico 7 - Onco: doenças oncológicas; Orto: doenças ortopédicas; Infeciosas: doenças infecciosas; Pneumo: doenças pneumológicas; Hemato: doenças hematológicas; Neuro: doenças neurológicas; Cardio: doenças cardiológicas; Dermato: doenças dermatológicas; Odonto: doenças odontológicas; Nefro: doenças nefrológicas; Gastro: doenças gastrointestinais; Vascular: doenças vasculares; Reumato: doenças reumatológicas, Hepato: doenças hepatológicas.

O gráfico 8 apresenta informações a respeito da análise de associação entre causa de internação e desfecho clínico. Entre os pacientes que foram ao óbito, a maioria apresentou doença oncológica como causa da internação, representando 72% do total de óbitos. Entre os pacientes que receberam alta a maioria também apresentou doença oncológica como causa de internação, representando 35% do total de altas. Entre os pacientes que permaneceram internados, a maioria também apresentou doença oncológica como causa da internação, representando 41% do total do público que permaneceu internado.

Gráfico 8: Associação entre desfechos e Tipo de Doença.

Legenda Gráfico 8 - Onco: doenças oncológicas; Orto: doenças ortopédicas; Infeciosas: doenças infecciosas; Pneumo: doenças pneumológicas; Hemato: doenças hematológicas; Neuro: doenças neurológicas; Cardio: doenças cardiológicas; Dermato: doenças dermatológicas; Odonto: doenças odontológicas; Nefro: doenças nefrológicas; Gastro: doenças gastrointestinais; Vascular: doenças vasculares; Reumato: doenças reumatológicas, Hepato: doenças hepatológicas.

5. DISCUSSÃO

A identificação dos impactos à funcionalidade durante a hospitalização, são fundamentais para favorecer medidas de cuidado promotoras à saúde e preventivas à agravos, que sejam específicas e individuais para cada paciente internado. Desse modo, o presente estudo fornece uma investigação de informações gerais relacionadas as repercussões da funcionalidade e desfechos clínicos em pacientes de diferentes faixas etárias internados no setor de clínica médica do HFSE.

Na amostra, houve um discreto predomínio de mulheres (55%) comparado ao público masculino (45%). Tal característica identificada nos participantes do estudo, são similares a outros levantamentos, assim como no estudo de Cunha e colaboradores (2009), que identificou que a maioria dos estudos específicos sobre o tema, possuem predominância do público feminino, com alguma dependência em AVDs. Tal característica da amostra pode destacar maior demanda por atendimento de média a alta complexidade por parte do público feminino no setor de clínica médica do HFSE.

Houve mais internações de idosos comparado a outras faixas etárias, sendo maioria pertencente ao público masculino, o que pode indicar, maior demanda por atendimento comparado a outras faixas etárias. De acordo com dados divulgados pelo DATASUS, em relação as internações hospitalares da região Sudeste do Brasil, no ano de 2019, cerca de 30% (1.422.032) do número total de internações, dessa região, correspondem ao grupo de idosos, já em nosso estudo, houve maior porcentagem (54%) de idosos internados, podendo indicar, maior demanda por internações de idosos no setor de clínica médica do hospital (DATASUS, 2019).

A média de idade da população do estudo, de 62 anos, mostrou-se compatível à realidade da população brasileira, apresentando idosos mais jovens, destacando menor expectativa de vida em relação a outros países. Semelhantemente os autores Sthal e colaboradores (2010) e Prado (2011) identificaram em seus estudos uma idade média entre 60 - 70 anos, caracterizando um público de maioria de pessoas idosas hospitalizadas. Diante disso, tal característica da amostra pode indicar que em média, há mais idosos jovens hospitalizados no setor de clínica médica do HFSE, assim como identificado em outros estudos da área.

A média geral de tempo de internação foi de 1,7 semanas (11,9 dias). Em relação a faixa etária foi de 2,7 semanas (18,9 dias) de internação dos idosos, 1,3 semanas (9,1 dias) de internação de adultos e, 1,1 semanas (7,7 dias) de internação dos jovens. Sendo assim, os idosos permaneceram mais tempo internados, comparado aos jovens e adultos. Semelhantemente no estudo de Rufino e colaboradores (2012), a média de tempo de internação foi de 2,8 semanas (19,6 dias), sendo acima da média nacional que é de <1 semana (5,3 dias), menos de uma semana, para o ano de 2019 de acordo com o DATASUS, para hospitais de média a alta complexidade (DATASUS, 2019). Diante disso, pode-se destacar que o HFSE mantém tempo de internação acima da média nacional.

Em relação a taxa de mortalidade presente na amostra (14% do público total), todos os que foram a óbito apresentaram algum nível de dependência funcional, sendo a maioria de idosos (21% dos idosos) com dependência total (62% dos óbitos). Em contrapartida, entre os que receberam alta, a maioria apresentou independência funcional. De acordo com a análise estatística realizada, há maior possibilidade que ocorra óbitos em indivíduos idosos e com maiores níveis de dependência funcional, sugerindo que indivíduos com idade avançada hospitalizados e com algum grau de dependência funcional, podem ser mais propensos ao agravamento do quadro clínico e óbito. Segundo Cunha e colaboradores (2009), Carvalho e colaboradores (2018) e Cristo e colaboradores (2009), a idade avançada e dependência funcional são fatores de risco para a piora clínica e óbito, o que pode sugerir relação entre mortalidade e comprometimento das AVDs. Diante disso, pode-se sugerir que no setor de clínica médica do HFSE há mais óbitos de pacientes idosos com algum nível de dependência funcional, sendo maior o risco de óbito quanto maior o grau de dependência funcional do paciente.

A maioria do público do estudo (67% do total da amostra) apresentou algum grau de dependência funcional, sendo em grande parte, pacientes idosos (77% dos idosos) o que pode sugerir maior vulnerabilidade em relação a tal faixa etária. De acordo com Carvalho e colaboradores (2018), em um estudo coorte com 99 idosos hospitalizados, selecionados para a pesquisa, destacou que mais de um terço dos idosos, apresentaram piora funcional no momento da internação, em comparação com o estado clínico anterior. Através de tal característica pode-se sugerir que a própria hospitalização pode favorecer impactos à funcionalidade, principalmente de

indivíduos mais idosos, através de fatores pessoais e ambientais que influenciem negativamente (barreira) ao próprio quadro clínico do paciente.

Segundo Cristo e colaboradores (2009), os idosos, podem ser mais afetados por apresentarem maior fragilidade desenvolvendo menor capacidade de recuperação a homeostase do organismo e, menor capacidade de resistir a estressores. Semelhantemente, Cunha e colaboradores (2009) destacam em seu estudo que os idosos apresentaram maior número de doenças e incapacidades físicas, psíquicas e sociais, sendo evidenciadas como fatores que favoreceram maior risco para declínio funcional durante o período de internação.

Carvalho e colaboradores (2018) destacam que as causas de piora funcional em idosos hospitalizados são multifatoriais e cumulativas, podendo estar associadas a idade avançada, diagnóstico clínico, situação funcional prévia, imobilismo no leito, procedimentos médicos, medicamentos, déficit cognitivo, alteração de nível de consciência e desnutrição.

De acordo com Menezes e colaboradores (2010) e Cunha e colaboradores (2009), pode-se sugerir relação entre idade avançada e piora da capacidade funcional em pessoas idosas, comparado à admissão.

Em relação aos desfechos clínicos de óbito a maioria ocorreu em pacientes que internaram por motivo de doença oncológica, representando 72% do total de óbitos. De acordo com o Ministério da Saúde (2011) o câncer é responsável por cerca de 16,2% das causas de óbito no Brasil, sendo ultrapassado apenas pelas doenças do aparelho circulatório com 31,3%. Diante disso, pode-se sugerir que o câncer é responsável pela maioria dos óbitos no setor de clínica médica do HFSE, sendo uma patologia que promove maior comprometimento ao quadro clínico dos pacientes. Em relação aos desfechos clínicos de alta, os pacientes que internaram por motivo de doença oncológica também apresentaram um número maior quando comparado a outras doenças da amostra, representando 35% do total de altas, sugerindo a existência de viés de estudo quanto a análise de internações e reinternações.

Houveram mais internações de pacientes oncológicos, representando 42% do público total, sendo maioria do grupo de idosos, podendo sugerir maior demanda por atendimento por parte de pacientes idosos oncológicos no HFSE. De acordo com os dados do DATASUS as neoplasias representaram cerca de 7% de todos os motivos de internação do Brasil no ano de 2019, sendo uma das maiores causas de

internação no país. (DATASUS, 2019) Tal característica da amostra destaca a maior necessidade de uma equipe de saúde capacitada ao atendimento específico de pacientes oncológicos com idade avançada, com objetivo de prevenir agravos e promover cuidado à saúde de tal público.

Os idosos apresentaram maiores comprometimentos funcionais, sendo maioria dependência moderada e dependência total, podendo indicar associação entre pacientes oncológicos e dependência funcional. Semelhantemente no estudo de Wildes e colaboradores (2013), que avaliou 65 idosos hospitalizados em uma cidade de Missouri, nos Estados Unidos, identificaram que 38,5% eram dependentes para AVD. Tal característica destaca a importância da avaliação funcional associada a desfechos de forma a auxiliar a elaboração de estratégias que previnam agravos a saúde e desfechos clínicos desfavoráveis.

O grupo de idosos, comparado aos grupos de jovens e adultos, apresentaram mais desfechos negativos e comprometimento funcional, possuindo mais eventos de óbitos, maior tempo de internação, além de maior comprometimento funcional desde o processo de admissão, até o de alta, com graus mais altos de dependências. Esses dados, podem sugerir que a associação entre idade e doença, podem influenciar a funcionalidade dos idosos hospitalizados. Segundo Menezes e colaboradores (2010), o próprio processo de envelhecimento é um fator que demanda maior atenção e cuidado por parte da equipe de saúde, por favorecer maiores comprometimentos a funcionalidade decorrente o processo de hospitalização, reduzindo o potencial de recuperação. Diante de tais características do estudo, pode-se destacar a maior necessidade de atenção e cuidado a pacientes idosos oncológicos hospitalizados no setor de clínica médica do HFSE de forma a garantir cuidados específicos a tal patologia favorecendo maior conforto físico e emocional aos pacientes hospitalizados e prevenir a existência de possíveis agravos à saúde.

O presente estudo apresentou viés de aplicação quanto a análise de internações e reinternações, principalmente de pacientes oncológicos. Além disso, o estudo apresentou resultados mais restritos, já que alguns fatores importantes associados aos desfechos clínicos como comorbidades, risco de queda, força muscular, índice de massa corpórea (IMC) e, polifarmácia não foram analisados por falta de dados. Somado a isso, o estudo apresentou limitações quanto ao referencial teórico, pois grande parte das publicações sobre o tema foram realizadas, em sua

maioria, em grupos de idosos, limitando a comparação entre faixas etárias. Diante disso, fazem-se necessárias novas pesquisas sobre o tema, que englobem os grupos de jovens, adultos e idosos, de forma a agregar a comparação dos impactos funcionais e desfechos clínicos entre diferentes faixas etárias, favorecendo a identificação dos impactos promovidos pela hospitalização nesses diferentes grupos.

6. CONCLUSÃO

Foram identificadas, principalmente no público de idosos com doença oncológica, maior demanda por internações, maior vulnerabilidade, maior dependência funcional e maior mortalidade e, maior tempo de permanência, mostrando possível associação entre óbito e dependência funcional em pacientes idosos, favorecendo o comprometimento clínico durante a hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORDIN, Danielle et al. **Fatores associados à internação hospitalar de idosos:** estudo de base Nacional. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(4): 452-460

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

CALLES, Ana C N et al. **O impacto da hospitalização na funcionalidade e na força muscular após internamento em unidade de terapia intensiva.** Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente; Aracaju; V.5; N.3; p.67 – 76. Jun. 2017

CARVALHO, Tatiane C. et al. **Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos:** estudo de coorte. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 136-144

CORNEJO, José Luis I. et al. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. An Fac med. 2017;78(4):439-44.

CRISTO, Gabriela O. et. al. **O impacto da funcionalidade na mortalidade de idosos internados em um Hospital Geral.** Einstein. 2009; 7(3 Pt 1):266-70

CUNHA, Fabiana C. M. et al. **Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados.** REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., 2009; 12(3):475-487

CUNHA, Rosamélia Queiroz da/Morinigo, Fabio C. **Serviço de Epidemiologia do HSE - MS.**Serviço de Clínica Médica do HSE - MS. REVISTA MÉDICA. NÚMERO 35, publicada no anos de 2001, VOL 1.

DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2019- . **Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde - Brasil 2019.** [acesso em 01 junh. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>

FONTES, A. P. et al. **Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).** Rev. Port. Sau. Pub. v.28 n.2 Lisboa dez. 2010

LATRONICO, N et al. **Critical illness polyneuropathy and myopathy: a major cause of muscle weakness and paralysis.** Lancet Neurol. 2011;10(10):931-41

MARCHIORI, G F et al. **Changes in frailty conditions and phenotype components in elderly after hospitalization.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2905. DOI:

MENEZES, Carolline et al. **Repercussions of hospitalization on functional capacity of elderly**. Revista Movimenta; Vol 3, N 2 (2010)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NUNES, Bruno P et al. **Hospitalization in older adults: association with multimorbidity, primary health care and private health plan**. Rev Saúde Pública 2017;51:43

PEREIRA, Esdras E B et. al. **Funcionalidade global de idosos hospitalizados**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(1):165-176

PINHEIRO, Juliana V C et. al. **Physical functional profile of hospitalized Brazilian older adults in preoperative vascular surgery**. Geriatric Care 2020; volume 6:8784

PRADO, C. P. **Perfil dos idosos internados na unidade de clínica médica de um hospital geral terciário**. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RUFINO, G. P. et al. **Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica**. Rev Bras Clin Med. jul/ago 2012; 10(4):291-7. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf.

STHAL, H. C. et al. **Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática**. Esc. Anna Nery. 2010. 14(4): 697-704.

VIVEIRO, Larissa A. P. et al. **Declínio de atividades instrumentais de vida diária associado à perda de força de preensão palmar em idosos internados em enfermaria geriátrica**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014; 17(2):235-242

WILDES, T. M. et al. **Geriatric assessment is associated with completion of chemotherapy, toxicity and survival in older adults with cancer**. J Geriatr Oncol. 2013 Jul;4(3):227-34

ANEXO I – FICHA DE AVALIAÇÃO

ACOMPANHAMENTO ENFERMIARIAS												
PACIENTE:		IDADE:		ALTURA:	TELEFONE:							
PRONT.:		INTERNAÇÃO:		PESO:	SEXO:							
CLÍNICA:												
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:												
COMORBIDADES:												
ÍNDICE DE BARTHEL												
	DATA	ALIMENTAÇÃO	BANHO	HIGIENE	VESTIR-SE	INTESTINO	URINÁRIO	TOILET	TRANSF	MOBILID.	ESCALADA	TOTAL
A1												
A2												
A3												
A4												
A5												
A6												
A7												
A8												
A9												
A10												
A11												
A12												
	HAND GRIP	BERG										
A1							ALTA					OBSERVAÇÕES
A2							ÓBITO					
A3							TRANSFERENCIA					
A4												
A5												
A6							DATA ALTA:					
A7							L1					
A8							L3					
A9							L6					
A10												
A11							ENCAMINHAMENTO					
A12							ORIENTAÇÕES/CARTILHA					

ANEXO II – ESCALA DE BARTHEL

ESCALA DE BARTHEL	
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	
(10) Independente. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.	
(5) Ajuda. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.	
(0) Dependente.	
BANHO	
(10) Independente. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.	
(0) Dependente.	
VESTUÁRIO	
(10) Independente. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.	
(5) Ajuda. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade da tarefa em tempo razoável.	
(0) Dependente.	
HIGIENE PESSOAL	
(10) Independente. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.	
(0) Dependente.	
DEJEIÇÕES	
(10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.	
(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.	
(0) Incontinente.	

MICÇÃO	
(10) Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.	
(5) Incontinente ocasional. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.	
(0) Incontinente.	
USO DO VASO SANITÁRIO	
(10) Independente. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.	
(5) Ajuda. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	
(0) Dependente.	
TRANSFERÊNCIA CADEIRA/CAMA	
(15) Independente. Não necessita de nenhuma ajuda; se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.	
(10) Ajuda mínima. Necessita de ajuda ou supervisão mínima.	
(5) Grande ajuda. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.	
(0) Dependente.	
DEAMBULAÇÃO	
(15) Independente. Pode caminhar sem ajuda por até 50m, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.	
(10) Ajuda. Pode caminhar até 50m, mas necessita de ajuda ou supervisão.	
(5) Independente em cadeira de rodas. Movimenta-se na cadeira de rodas por, pelo menos, 50m.	
(0) Dependente.	

ESCADAS	
(10) Independente. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.	
(5) Ajuda. Necessita de ajuda física ou supervisão.	
(0) Dependente.	
TOTAL _____	