

**FUNCIONALIDADE DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

FUNCTIONING ON HOSPITALIZED PATIENTS IN AN INTENSIVE THERAPY UNIT

Mônica Almeida do Nascimento – Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.
moniquitamix@gmail.com

Antônia Eduarda da Silva Fernandes – Discente em Fisioterapia Centro Universitário Estácio do Ceará. eduarda-fernan@hotmail.com

Brenna Barbosa da Silva - Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.
brennabs95@gmail.com

David Jonathan Nogueira Martins – Especialista. Fisioterapeuta do Hospital Geral de Fortaleza.
davidjonathan01@hotmail.com

Diego Bastos Gonzaga - Fisioterapeuta do Hospital Geral de Fortaleza.
diegobastos9@hotmail.com

Vasco Pinheiro Diógenes Bastos – Doutor. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.
vascodiogenes@yahoo.com.br

RESUMO

O estudo teve como objetivos analisar a funcionalidade de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva de um hospital de referência na cidade de Fortaleza/CE, bem como destacando o desfecho desses pacientes no momento da alta. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, longitudinal, documental e prospectivo. Foram pesquisados 123 prontuários de pacientes, independentemente da idade, do gênero, e da patologia. O gênero predominante na pesquisa foi do gênero masculino 62,60% (n=77). No resultado foi avaliada a funcionalidade como sentar a beira do leito, capacidade de tosse, mudança de decúbito no leito; constatou-se que 71,54%, (n=88) dos pacientes obtiveram melhora no seu quadro após a alta. Conclui-se que os pacientes internados na UTI desse Hospital de referência da cidade de Fortaleza/CE, no período do estudo obtiveram melhora na funcionalidade, sendo assim com um melhor prognóstico após a alta dos cuidados de terapia intensiva.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Funcionalidade. Incapacidade Funcional.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the functionality of patients hospitalized in the intensive care unit of a referral hospital in the city of Fortaleza / CE, as well as highlighting the outcome of these patients at discharge. This is an exploratory, descriptive, longitudinal, documentary and prospective study. We searched 123 patient records, regardless of age, gender, and pathology. The predominant gender in the survey was male 62.60% (n = 77). In the result was evaluated the functionality such as sitting by the bedside, coughing capacity, change in bed position; It was found that 71.54%, (n = 88) of the patients had improvement in their condition after discharge. It was concluded that the patients admitted to the Intensive Therapy of this reference hospital of the city of Fortaleza / CE, during the study period, had improved functionality, thus having a better prognosis after discharge from intensive care.

Keywords: Intensive care unit. Functionality. Functional Incapacity.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia necessita de um modelo teórico que guie sua prática e sua pesquisa, demarcando seu papel na sociedade¹.

Dessa forma, a aplicação de um modelo teórico mais adequado à atuação dos fisioterapeutas possibilitaria melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais².

O primeiro modelo foi desenvolvido na década de 1960 por Saad Nagi. Baseado na teoria sociológica, para descrever o processo de incapacidade, tendo como ponto central quatro conceitos: patologia ativa, disfunção, limitação funcional e incapacidade. Nagi definiu uma relação linear entre os componentes, estabelecida desde o início da doença e que se completa quando a incapacidade se instala³.

Uma versão modificada do modelo de Nagi foi proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, para responder à necessidade de melhor documentação dos processos de cuidados com a saúde⁴.

O desenvolvimento de tecnologia e instrumentação em saúde contribuiu para a eliminação ou o controle de muitas doenças agudas e, dessa forma, as condições crônicas e suas consequências tornaram-se o principal foco de preocupação dos

profissionais de saúde. Nesse contexto, a International Classification of Impairments, Disability and Handicap (ICIDH) foi uma tentativa de descrever essa nova realidade na área da saúde^{5,6}.

A ICIDH apresenta três conceitos centrais: deficiência ou disfunção, incapacidade e restrição social. Embora esses modelos tenham contribuído para uma compreensão mais abrangente do processo de incapacidade, diversos autores argumentam sobre suas limitações em explicar os fenômenos de funcionalidade e de incapacidade humana^{4,7}.

Uma das críticas feitas à ICIDH refere-se ao fato de que suas classificações estavam alinhadas com as sequelas das doenças, ou seja, elas descreviam apenas os aspectos negativos das condições de saúde⁸.

Ademais, o modelo causal de progressão linear das disfunções para as incapacidades e as restrições sociais apresentava problemas para classificar os diversos aspectos da funcionalidade. Dessa forma, a ICIDH representa mais uma classificação de pessoas com incapacidade do que uma classificação neutra da funcionalidade humana^{4,7}.

Cada dimensão desse processo é conceitualizado como uma interação dinâmica entre os fatores intrínsecos ao indivíduo e o seu ambiente físico e social. As três dimensões descritas previamente na

ICIDH foram então definidas como: disfunção, limitação de atividade e restrição da participação^{9,10}.

Esses domínios apresentam a mesma significância e são independentes uns dos outros no processo de incapacidade. Por exemplo, uma pessoa que apresenta uma disfunção não necessariamente terá limitações de atividade ou restrições na participação social, assim como uma pessoa pode vivenciar limitações de atividade e restrição na participação sem apresentar nenhuma disfunção⁷.

A OMS aprovou, em 2001, o sistema de classificação definitivo para entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁸.

O novo título reflete a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças para uma abordagem que prioriza a funcionalidade como um componente da saúde e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas¹¹.

A CIF transformou-se, de uma classificação de “consequência da doença” (versão de 1980) numa classificação de “componentes da saúde”. Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto que as “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Deste modo a

CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados. De maneira similar, esta abordagem também é diferente de uma abordagem do tipo “determinantes da saúde” ou “fatores de risco”. Para facilitar o estudo dos determinantes ou dos fatores de risco, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive⁸.

Nessa classificação, todos os domínios de saúde e os conteúdos relacionados interagem e apresentam a mesma relevância para descrever o processo de funcionalidade e incapacidade¹².

Essa classificação constitui uma abordagem com múltiplas perspectivas para descrever a funcionalidade e a incapacidade como um processo interativo e evolutivo⁸.

Pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva comumente desenvolvem fraqueza muscular generalizada em consequência da inatividade, do uso de ventilação mecânica prolongada, da alteração da condição nutricional, da inflamação, do uso de agentes farmacológicos e da presença de síndromes neuromusculares associadas ao paciente crítico. Além disso, a permanência no leito e a imobilidade prolongada podem desencadear limitações e disfunções de

outros órgãos e sistemas como o sistema músculo esquelético, respiratório, cardiovascular e nervoso central¹³.

A CIF é uma classificação com múltiplas finalidades elaborada para servir a vários profissionais e setores diferentes, contudo a sua utilização está em pouca escala e mais ainda em ambiente hospitalar, por isso surgiu o interesse em fazer esse acompanhamento dos pacientes em um Centro de Terapia Intensiva para extrair informações desses pacientes com relação a sua funcionalidade e incapacidade.

A relevância desse estudo esta em poder contribuir com informações de grande valia, para a sociedade científica e profissionais envolvidos nesse ambiente hospitalar, que podem com isso criar estratégias na condução das terapias aplicadas.

O projeto teve como objetivo Analisar a funcionalidade de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva de um hospital de referencia na cidade de Fortaleza/CE, bem como destacando o desfecho desses pacientes.

METODOLOGIA

O estudo de campo tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, longitudinal, documental, prospectivo e com abordagem quantitativa dos resultados. Realizado em um hospital público na cidade de Fortaleza/CE, mediante a provação do

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital em estudo (Protocolo nº 1.698.134).

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), que é classificado como hospital terciário dentro da rede pública de saúde. É o maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade, realizando transplantes, neurocirurgias, e outras patologias neurológicas, ortopedia, obstetrícia de alto risco.

A pesquisa foi realizada com pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do hospital pesquisado, sendo a amostra final de 123 prontuários.

Foram incluídos no estudo os prontuários dos pacientes internados na UTI/HGF no período da coleta (fevereiro a junho de 2017), independentemente da idade, do gênero, e da patologia. Foram excluídos os prontuários dos pacientes que estavam com suas fichas de evolução da fisioterapia incompletas, assim impossibilitaram a coleta dos dados. Foram () consideradas perdas os que não permaneceram internados após cinco dias do período final da pesquisa.

Para efeito de análise, as variáveis estudadas foram: idade, gênero, sequelas físicas e mentais anteriores a internação e tempo de permanência na UTI.

A aplicação do instrumento de coleta de dados se deu após a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos familiares ou pacientes participativos. Os dados foram retirados das folhas de evolução da fisioterapia e do prontuário dos pacientes, as quais fazem uso de alguns itens da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), utilizando uma CIF resumida com a seguinte codificação para os itens analisados: (xxx.0) indicando NENHUMA deficiência ou (xxx.8) indicando deficiência não especificada, ou seja, presente, mas não quantificada, e no caso de pacientes que por ventura apresentem algum problema que inviabilize a avaliação de determinada categoria, foi classificada como não aplicável (xxx.9). Essa codificação foi aplicada para identificar apenas se o paciente possui ou não deficiência, e não a magnitude da deficiência.

A análise e a interpretação dos dados estatísticos foram realizadas através do SPSS versão 20.0. E os resultados apresentados em gráficos e tabelas.

RESULTADOS

Foram avaliados 123 prontuários da UTI do Hospital Geral de Fortaleza, sendo que a idade média dos pacientes era de $52,67 \pm 11,7$ anos, dentre os quais 52,03% (n=64) eram de indivíduos do gênero

masculino e 47, 96% (n=59) do gênero feminino.

Evidenciou-se que 78,04% (n=96) dos pacientes participantes do estudo que foram admitidos na UTI, não tinham nenhuma dificuldade na tosse e ao receberem alta, constatou-se que houve um aumento desse percentual para 82,11% (n=101), obtendo uma melhora na funcionalidade respiratória. Contudo em relação ao sentar 52,03% (n=64) dos pacientes apresentavam na admissão uma dificuldade ao ficar nessa posição, já com o passar do tempo de permanência na UTI, constatou-se que ocorreu um aumento na quantidade de pacientes com essa dificuldade, assim elevando o percentual para 56,91% (n=70).

Em relação ao tônus dos pacientes, na admissão foi evidenciado que 64,22% (n=79) não apresentavam nenhuma deficiência, já no momento da alta, ocorreu uma queda nesse percentual de pacientes, passando para 54,47% (n=67). Se tratando do posicionamento no leito, nota-se que na admissão 34,14% (n=42) foram admitidos sem nenhuma deficiência, no momento da alta, ocorreu um aumento da facilidade para o posicionamento no leito, assim aumentando o percentual para 47,96% (n=59) (Tabela 1).

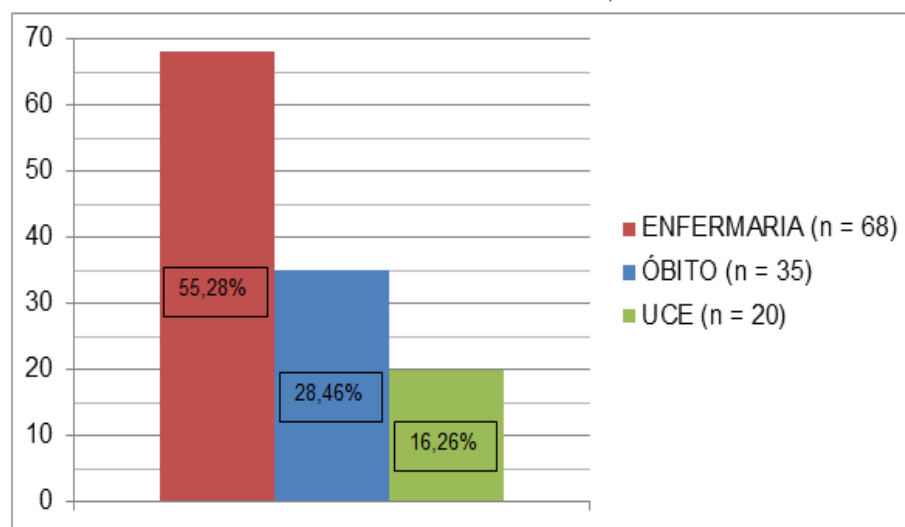
Tabela 1 - Distribuição dos dados de acordo com a funcionalidade dos indivíduos na admissão e alta da UTI. Fortaleza/CE, 2017.

FUNCIONALIDADE		SENTAR ADM.	SENTAR ALTA	TONUS ADM.	TONUS ALTA	TOSSE ADM.	TOSSE ALTA	POS. NO LEITO ADM.	POS. NO LEITO ALTA
NENHUMA DEFICIENCIA	n	39	48	79	67	96	101	42	59
	%	31,70%	39,02%	64,22%	54,47%	78,04%	82,11%	34,14%	47,96%
DEFICIENCIA NAO ESPECIFICADA	n	64	70	42	56	17	19	64	63
	%	52,03%	56,91%	34,14%	45,52%	13,82%	15,44%	52,03%	51,21%
NAO SE APLICA	n	20	5	2	0	10	3	17	1
	%	16,26%	4,06%	1,62%	0%	8,13%	2,43%	13,82%	0,81%
TOTAL		123	123	123	123	123	123	123	123

Obs.: Pos. no leito – Posicionamento no leito; ADM – Admissão.

Ao analisar o desfecho dos pacientes ao saírem da UTI do Hospital em estudo, destaca-se que 55,28% (n=68) foram transferidos para a enfermaria, 28,46% (n=35) foram a óbito e 16,26% (n=20) foram pra Unidade de Cuidados Especiais (UCE) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição de dados de acordo com o desfecho dos pacientes que se encontravam na UTI. Fortaleza/CE, 2017.



Obs.: UCE - Unidade de Cuidados Especiais.

DISCUSSÃO

No presente estudo destacou-se que na população analisada o maior índice de internamento na UTI do Hospital em estudo é do gênero masculino 52,03% (n=64). O que vai de encontro com os achados dos autores Oliveira¹⁴ e Freitas¹⁵ nos quais o número de homens admitidos na UTI é consideravelmente maior que de mulheres. Essas evidências são verificadas em muitos países, onde os homens são habitualmente admitidos em UTI e apresentam maior possibilidade de receberem suporte mais agressivo que as mulheres.

Esses dados também confirmam os achados de Favarin e Camponogara¹⁶ em estudos brasileiros, nos quais 55% a 58% dos pacientes internados são do gênero masculino. Este dado pode ser resultante do baixo interesse pela saúde, por parte dos homens. Mediante as iniciativas do governo em se trabalhar junto ao sexo masculino a prevenção de doenças, quando acontece a adesão por parte deles, muitas vezes a gravidade já está estabelecida.

No presente estudo evidenciou-se que o tônus muscular no momento da admissão era considerado de melhor estado 64,22% (n=79) do que do momento da alta 54,47% (n=67), mostrando que houve o aumento do número de pacientes alguma

deficiência em relação ao tônus muscular. Para Brower¹³, pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) comumente desenvolvem diminuição de tônus generalizada em consequência da inatividade, do uso de ventilação mecânica (VM) prolongada, da alteração da condição nutricional, da inflamação, do uso de agentes farmacológicos e da presença de síndromes neuromusculares associadas ao paciente crítico.

Foi constatado no estudo que a funcionalidade no posicionamento no leito, na admissão 34,14% (n=42) encontrava-se sem nenhuma deficiência e no momento da alta 47,96% (n=59) evidenciando que houve uma melhora para mudança de posição no leito da UTI, contribuindo assim, para uma recuperação, pois Moore¹⁷ e Carpenito-Moyet¹⁸ evidenciaram que pacientes em estado crítico, e internado em UTI, é de extrema importância, a sua mobilização, pois influencia na mecânica pulmonar, aumentando o trabalho respiratório e modificando a relação ventilação/perfusão.

O presente estudo mostra que o desfecho dos pacientes internados na UTI, foi com melhora do quadro inicial, pois 71,54% (n=88) tiveram alta para outras unidades do referido hospital. França et al.¹⁹ destaca que um fator que influencia no

desfecho funcional dos pacientes internados na UTI é a realização de fisioterapia, no qual objetivo é promover a recuperação e a preservação da funcionalidade dentre outras funções sistêmicas.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou uma melhora da funcionalidade dos pacientes, após

receberem alta da Unidade de Terapia Intensiva, nos aspectos analisados (respiratórios e motores). Conclui-se que a funcionalidade é parte integrante da recuperação de um paciente crítico e que medidas de recuperação da funcionalidade devem estar sempre presente nas terapias utilizadas.

REFERÊNCIAS

1. Jette AM. Physical disablement concepts for physical therapy research and practice. *Phys Ther.* 1994;74(5):380-6.
2. Sampaio RF, Mancini MC, Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia.* 2002;6(3):113-8.
3. Nagi, S.Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: M.B., Sussman (Ed.). *Sociology and Rehabilitation.*(pp. 100-113).Washington D.C., American Sociological Association.
4. Gray DB, Hendershot GE. The ICDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81(12):10-4.
5. Organização Mundial de Saúde. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease.* Genebra:WHO; 1980.
6. Johnston M, Pollard B. Consequences of disease: testing the WHO International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) model. *SocSci Med.* 2001;53(10):1261-73.
7. Schneider M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003; 25(11-12): 588-95.
8. Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.* São Paulo:WHO; 2003.
9. Organização Mundial de Saúde. *International Classification of Impairments, Disability and Handicap.* Genebra:WHO; 1999.
10. Soukup MG, Vollestad NK. Classification of problems, clinical findings and treatment goals in patients with low back pain using the ICDH-2 beta-2. *Disabil Rehabil.* 2001;23(11):462-73.
11. Nordenfelt L. Action theory, disability and ICF. *Disabil Rehabil.* 2003;25(18):1075-9.
12. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994;38(1):1-14.
13. Brower RG. Consequences of bed rest. *Crit Care Med.* 2009;37(10):422-8.
14. Oliveira AO, Oliveira ALL, Pontes ELJC, Oliveira SMVL, Cunha RV. Epidemiologia da infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Panam Infectol.* 2009;11(2):32-37.

15. Freitas ERFS. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(3):317-323.
16. Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM* .2012;10(2):320-329.
17. Moore T. The Effect of lateral positioning on oxygenation in acute unilateral lung disease. *NursCrit Care*.2002;7(2):278-282.
18. Carpenito-Moyet LJ. Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica. 13ªed. São Paulo: Artmed, 2006.
19. França EE, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, Martinez BP, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(1):6-22.