



Health  
Residencies  
Journal (HRJ).  
2024;5(23):34-46

## Artigos Temáticos

### DOI:

<https://doi.org/10.51723/hrj.v5i23.505>

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 04/02/2022

Aceito: 02/01/2024

# Avaliação de perfil clínico-funcional de pacientes internados na Unidade de Medicina Interna (UMEI) de um hospital público no Distrito Federal

## *Assessment of the functional clinical profile of patients admitted to the Internal Medicine Unit (IMU) of a public hospital in the Federal District*

Alexandre Vieira de Souza<sup>1</sup> , Flávio da Silva Borges<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Fisioterapeuta residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta no Hospital Regional do Gama. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília (DF), Brasil.

**Correspondência:** alexvdsouza1994@gmail.com

---

## RESUMO

**Introdução:** a hospitalização é necessária para resolutividade de determinadas enfermidades, entretanto podem ocorrer uma série de repercussões ao paciente hospitalizado, visto que o mesmo tende a passar a maior parte do tempo em repouso e em seu leito. **Objetivo:** identificar o perfil clínico-funcional dos pacientes internados na UMEI de um hospital público do DF. **Método:** estudo transversal descritivo. Participaram do estudo 41 pessoas (20 homens e 21 mulheres) com idade média de  $57,8 \pm 19,1$  anos. Critério de exclusão paciente sem acompanhante ou que se recuse a participar da pesquisa. Foram utilizadas informações do *TrakCare* e os escores das escalas (Escala de Morse, Índice de Katz, Escala de Braden) aplicadas pelo fisioterapeuta em visita ao paciente nas enfermarias para avaliar risco de quedas, perfil funcional e risco de ulceração. **Resultados:** observado maior prevalência de pacientes pós-covid e com doenças crônicas não transmissíveis, com maior frequência para aqueles com grande dependência funcional, alto risco de quedas e baixo a nenhum risco de lesão por pressão. Foi observada correlação forte entre capacidade funcional e risco de lesão por pressão ( $r=0,813$ ). **Conclusão:** pacientes que apresentam diversas patologias, concomitante a isso, necessitam de atenção e suporte para prevenção de risco de quedas, para realização de atividades de vida diária e prevenção de lesão por pressão com necessidade de suporte da equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Hospitalização; Unidades de internação; Acidentes por quedas; Lesão por pressão; Equipe de assistência ao paciente.

## ABSTRACT

**Introduction:** the hospitalization is necessary for resolution of certain diseases, however a serie of repercussions may occur to the hospitalized patient, since the same subject tends to pass most of the time resting in his bed. **Objective:** identify cyclo-functional profile of hospitalized patients at IMU of a public hospital

in DF. **Method:** descriptive cross-sectional study. 41 subjects participated in the study (20 men and 21 women) with an average of  $57.8 \pm 19.1$  years. Exclusion criteria patient without companion or that refuses to participate in study. TrakCare information and scale scores (Morse's Scale, Kart's Index, Bradens' Scale) were used by the physiotherapist in visits to the patient in infirmaries to evaluate drop risks, functional profile and risk of ulceration. **Results:** observing higher prevalence post covid and with non-transmissible chronic diseases, with higher frequency for those with greater functional dependency, high drop risks and from low to no pressure injury risk. It was observed strong correlation between functional capacity and pressure injury risk ( $r=0.813$ ). **Conclusion:** patients have various pathologies, concomitant to this, they need attention and support to prevent drop risk for the execution of daily activities and prevent pressure injury with necessity of support by multiprofessional team.

**Keywords:** Hospitalization; Hospitalization units; Accidents by falls; Pressure injury; Patient support team.

---

## INTRODUÇÃO

A hospitalização de pacientes pode ser necessária para resolução de determinados estados de saúde, por outro lado pode repercutir de diversas formas visto que o indivíduo hospitalizado tende a estar maior parte do tempo em repouso e em seu leito. O período prolongado de internação pode estar relacionado à presença de patologias como diabetes mellitus, acidente vascular encefálico, lesões traumáticas, neoplasias, gripes, além de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)<sup>1,2,3</sup>.

Em 2007, aproximadamente 70% das mortes no Brasil aconteceram com pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, tais números indicam que esses acometimentos representam as maiores prevalências no país e consequentemente são responsáveis pelos maiores gastos no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com dados do Ministério da Saúde, no ano de 2005, cerca de 58% dos gastos com pagamento de autorização de internação hospitalar ocorreu devido as DCNT. No ano de 2013 foram realizadas 974.641 internações hospitalares devido as DCNT avaliadas em pessoas com idade maior ou igual a 40 anos, de modo que o custo total dessas internações foi de R\$1.848.627.410,03 para o SUS<sup>3</sup>.

Percebe-se que além dos custos hospitalares que aumentam a cada dia de internação do paciente, o mesmo também sofre as consequências de uma internação prolongada. Pacientes que permanecem longos períodos em repouso tornam-se descondicionados, e aqueles que estão acamados com restrição de mobilidade podem apresentar uma série de efeitos deletérios decorrentes do imobilismo. Pode ocorrer atrofia de grupos musculares com redução de força

muscular, redução da capacidade funcional e presença de úlceras de pressão. O risco de quedas também deve ser investigado nos pacientes internados, principalmente em grupos específicos como idosos e pessoas com histórico prévio de acidente vascular cerebral, no intuito de evitar consequências que podem aumentar a mortalidade dos mesmos. Outro fator relevante a ser ressaltado é que a grande quantidade de micro-organismos no ambiente hospitalar pode elevar consideravelmente a chance de infecções<sup>1,2,4,5</sup>.

Ao longo dos anos pesquisadores desenvolveram uma série de instrumentos para avaliar o paciente internado em âmbito hospitalar. Dentre tais instrumentos são muito utilizadas escalas como o índice de KATZ para avaliar capacidade funcional, escala de BRADEN para avaliar risco de ulceração e escala de MORSE para avaliar o risco de quedas<sup>6,7,8</sup>.

Percebe-se que quanto menor o período de hospitalização/internação melhor para a paciente e para o SUS, de modo que a avaliação do perfil clínico funcional tem um papel importante em detectar deficiências importantes do desempenho funcional, fornecendo dados importantes no prognóstico do paciente e propiciando uma linguagem comum entre os profissionais de saúde, além de facilitar a pesquisa epidemiológica<sup>9</sup>.

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi identificar o perfil clínico funcional dos pacientes internados na UMEI do Hospital Regional do Gama do Distrito Federal (HRG-DF). Foram coletadas informações de sexo, idade, diagnósticos prévios, motivo de internação, modalidade ventilatória, uso de dispositivos (traqueostomia e oxigenioterapia) e posteriormente realizado cálculos de prevalência, características de função, risco de quedas e risco de ulceração. Por fim foram feitos cálculos de correlação entre as escalas aplicadas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo com amostra por conveniência cuja coleta de dados foi realizada entre os meses de março a outubro do ano de 2021. Participaram do estudo adultos, de ambos os gêneros, internados na unidade de medicina interna (clínica médica) do Hospital Regional do Gama. Como critérios de inclusão para participação deviam ter a capacidade de preencher o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ou ter acompanhantes capazes de assiná-lo. Os pacientes excluídos do estudo foram aqueles que se recusaram a participar e também aqueles que não tinham capacidade de preencher o TCLE cujos acompanhantes não se disponibilizaram a assiná-lo.

Este trabalho foi composto por apenas uma etapa na qual o examinador/fisioterapeuta colheu a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e posteriormente as informações do prontuário eletrônico do paciente, e depois foi até a enfermaria do mesmo para a realização da avaliação por meio de escalas específicas para capacidade funcional, risco de quedas e risco de ulceração.

Foram coletadas informações do *TrakCare* – prontuário eletrônico do paciente os seguintes dados: data de nascimento, doenças prévias e motivo de internação.

Para a avaliação do perfil funcional foi utilizado o Índice de Katz, trata-se de uma escala com 6 atividades de vida diária (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) na qual o cuidador ou o paciente relatou se o mesmo tem realizado de forma independente ou com dependência, caso a resposta tenha sido com independência somou-se um ponto, caso seja dependente não se somou pontuação. Caso a pontuação final tenha sido de 0 a 2 pontos caracterizou-se muita dependência, entre 3 a 5 pontos dependência moderada e 6 pontos o paciente foi descrito como independente para as atividades de vida diária<sup>6</sup>.

Para a avaliação do risco de quedas foi utilizada a Escala de Morse, composta por 6 itens (histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, uso de terapia endovenosa, marcha e estado mental) cada item com respostas relacionadas ao contexto atual do paciente, com determinadas pontuações. Cada critério avaliado recebeu uma pontuação que variou de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco, cuja classificação é a seguinte: risco baixo, de

0 – 24; risco médio, de 25 – 44 e risco alto para escore maior que 44<sup>8</sup>.

Para a avaliação do risco de ulceração foi utilizada a Escala de Braden, ela integra 6 subescalas (percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento) que foram pontuadas de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de 1 a 3. Os escores totais tinham variação de 6 a 23, os índices altos correspondiam a baixo risco para a formação de úlceras de pressão e índices baixos, a maiores riscos. Escores equivalentes ou abaixo de 16 foram, genericamente, identificados como críticos e são indicativos de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão<sup>7</sup>.

No momento da aplicação das escalas e abordagem dos pacientes e de seus acompanhantes foram observados a modalidade ventilatória do paciente assim como o uso de dispositivos como oxigenioterapia e traqueostomia.

As informações coletadas foram transcritas para ficha de avaliação antes de serem colocadas em planilha de modo que cada paciente correspondeu a um código descrito na ficha para facilitar registro de dados.

Após a coleta de dados os mesmos foram planilhados e tabulados com o uso do programa Microsoft Excel versão 2007, sendo verificados a frequência, porcentagem, média, e o desvio padrão das variáveis. Posteriormente tais dados foram transcritos ao *software* estatístico Jamovi 1.6<sup>10</sup> para avaliação de normalidade em teste de Shapiro Wilk, sendo observado que para nível de confiança de 5% as variáveis não obedeceram à distribuição normal. Realizou-se o cálculo de coeficiente de correlação linear de Spearman entre variáveis sendo utilizado um nível de significância de 0,05.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob o parecer consubstanciado nº 4.694.059.

## RESULTADOS

Durante a coleta de dados avaliou-se o perfil clínico funcional de 41 pacientes, sendo eles 20 homens (48,7%) e 21 mulheres (51,3%) com idade entre 20 a 98 anos (idade média 57,8±19,1 anos).

Foi possível quantificar a prevalência de diagnósticos dos pacientes, assim como o motivo de internação dos mesmos sendo descrito nas Tabelas 1 e 2 respectivamente.

**Tabela 1** – Prevalências e Porcentagens de doenças prévias.

Diagnóstico	Prevalência	%
Pós-covid	17	13,6%
HAS	20	16%
Diabetes	15	12%
IR (aguda ou crônica agudizada)	14	11,2%
AVE	9	7,2%
Pneumonia Viral ou bacteriana	6	4,8%
Anemia	7	5,6%
ICC	5	4%
Outras Cardiopatias	3	2,4%
Diagnóstico a esclarecer	4	3,2%
HIV	1	0,8%
Tuberculose	1	0,8%
Encefalopatia Crônica não progressiva	1	0,8%
Desnutrição	1	0,8%
Depressão	1	0,8%
TCE	2	1,6%
Espondilodiscite	1	0,8%
Artrite Séptica	1	0,8%
Demências	2	1,6%
Síndrome Consumptiva	1	0,8%
Delirium	2	1,6%
TEP	2	1,6%
PO ortopédico	2	1,6%
DPOC	2	1,6%
Fraturas (tratamento conservador)	1	0,8%
Doença de Crohn	1	0,8%
Artrose	1	0,8%
Osteoporose	1	0,8%
Síndrome de Levi	1	0,8%

Legenda: HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica; IR = Insuficiência Renal; AVE = Acidente Vascular Encefálico; ICC = Insuficiência Cardíaca Congestiva; HIV = TCE = Traumatismo Crânio Encefálico; TEP = Tromboembolismo Pulmonar; PO = Pós-Operatório; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

**Tabela 2** – Prevalências de motivo de internação.

Motivo de internação	Prevalência	%
Pós-covid	14	34,14%
Pós-AVE	6	14,63%
IR	4	9,75%
Pneumonia broncoaspirativa	4	9,75%
Sintomas a esclarecer	4	9,75%
Crise Convulsiva	1	2,43%
Infecção Cateter Hemodiálise	2	4,86%
PO Amputação	1	2,43%
Síndrome Consumptiva	1	2,43
TEP	1	2,43%
DPOC exacerbado	1	2,43%
Hemoptise a esclarecer	1	2,43%
Ajuste em Colostomia	1	2,43%

Legenda: AVE = Acidente Vascular Encefálico; IR = Insuficiência Renal; TEP = Tromboembolismo Pulmonar; PO = Pós-Operatório; DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Também foram obtidos a frequência e porcentagem de pacientes que estavam em ventilação espontânea ou mecânica, em uso de traqueostomia e em uso de oxigenioterapia ou ar ambiente, sendo representado na Tabela 3.

**Tabela 3** – Frequência de pacientes de acordo com modalidade ventilatória e dispositivos de traqueostomia e oxigenioterapia.

	Nº de pacientes classificados	%
<b>Modalidade ventilatória</b>		
Espontânea	40	97,5%
Mecânica	1	2,5%
<b>Traqueostomizados</b>		
SIM	9	21,9%
NÃO	32	78,1%
<b>Uso de Oxigenioterapia</b>		
SIM	24	58,5%
NÃO	17	41,5%

Foi observado em números absolutos que há quantidade relevante de pacientes com algum risco de quedas e limitação funcional, entretanto foi observada uma prevalência maior de pacientes com baixa a ausência de risco de lesão por pressão ao se comparar a aqueles com grande risco. Tais aspectos são observados na Tabela 4.

**Tabela 4** – Frequência de classificação de Risco de Queda pela escala de Morse.

	Nº de pacientes classificados	%
<b>Gravidade de risco de queda</b>		
Baixo risco de quedas	9	21,9%
Médio risco de quedas	13	31,7%
Alto risco de quedas	19	46,34%
<b>Nível de dependência funcional</b>		
Muito dependente	23	56,2%
Moderadamente dependente	9	21,9%
Independente	9	21,9%
<b>Risco de Lesão por Pressão</b>		
Muito Alto	8	19,5%
Alto	6	14,63%
Moderado	4	9,75%
Baixo	10	24,39%
Sem Risco	13	31,7%

Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro Wilk sendo observada distribuição não normal entre as variáveis. Posteriormente foi realizado o teste de correlação de Spearman para variáveis ordinais e não paramétricas, sendo observado valor significativo apenas para a correlação entre os escores do índice de KATZ e escala de BRADEN de modo que foi obtida uma correlação forte entre a capacidade funcional e o risco de lesão por pressão ( $r=0,813$ ).

**Tabela 5** – Índices de correlação entre escalas.

KATZ e BRADEN	$r = 0,813$	$p < 0,001$ (significativo)
MORSE e BRADEN	$r = 0,126$	$p = 0,433$ (não significativo)
KATZ e MORSE	$r = 0,064$	$p = 0,693$ (não significativo)

## DISCUSSÃO

A pandemia do covid-19 alterou o perfil dos pacientes internados em diversas unidades hospitalares, tais como o setor de clínica médica, o que corrobora com os achados do presente estudo, sendo observada como a patologia de maior prevalência em diagnóstico (13,6%) e de motivo de internação (34,14%). Pesquisadores responsáveis por estudos recentes têm observado que os casos mais graves têm sido registrados em pacientes mais velhos e também naqueles que apresentam comorbidades como doenças respiratórias, cardíacas, diabetes e hipertensão<sup>11</sup>.

Apesar da alta prevalência e incidência de casos de pacientes acometidos pelo covid-19, a clínica médica do HRG recebeu pacientes com uma heterogeneidade de doenças prévias e de motivos de internação distintos com repercussões clínicas que geraram necessidade de oxigênio suplementar (58,5%), assim como pacientes provenientes de outras unidades hospitalares que foram admitidos em uso de traqueostomia (21,9%) e até mesmo, pacientes que apresentaram episódio de Insuficiência Respiratória Aguda com necessidade de mudança de suporte ventilatório (ventilação mecânica invasiva). Na amostra deste estudo apenas um paciente (2,5%) estava sob tal modalidade ventilatória e isso provavelmente está relacionado à característica do perfil de paciente admitido no setor, visto que a clínica médica do hospital possui apenas 1 box de emergência e poucos ventiladores mecânicos. Este suporte é dado até o momento em que o paciente grave seja transferido para uma unidade de terapia intensiva (UTI), ou mesmo para outra unidade de âmbito hospitalar.

A respeito do perfil clínico dos pacientes encontrados neste estudo destaca-se que a idade média encontrada (57 anos) é próxima do idoso, além disso, foi observado um quantitativo importante de pacientes



com diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial sistêmica (16%) e diabetes (12%) e que as mesmas podem ser fatores de risco para os principais motivos de internação como o próprio covid (34,14%) e o acidente vascular encefálico (14,63%)<sup>11,12</sup>.

A internação pode motivar um repouso absoluto, fato que vem sendo questionado, desde a década de 40 do século passado, pela possibilidade de resultar em grave descondicionamento, redução da capacidade funcional e vários efeitos adversos<sup>13</sup>. Concomitante ao quadro clínico apresentado pelos pacientes ao longo dos anos, as instituições de saúde têm implantado ferramentas para a segurança do paciente e para aprimorar a qualidade do cuidado dentre tais recursos encontram-se a classificação do risco de lesão por pressão e classificação do risco de quedas que podem ser avaliadas por meio das escalas de Braden e Morse<sup>14</sup>.

Após a avaliação dos resultados obtidos no presente estudo foi observada alta frequência de pacientes classificados com alto risco de quedas (46,34%) pela escala de Morse, tais resultados divergem dos encontrados em um estudo realizado em clínica médica-cirúrgica do norte do Ceará<sup>14</sup> cujos resultados baseados na mesma escala são representados em sua maior frequência por pacientes com baixo risco de quedas 40%. Tais dados podem ser explicados pela idade média próxima do idoso na amostra deste estudo ( $57,8 \pm 19,1$  anos) enquanto que a amostra do estudo realizado por AGUIAR et al. não ultrapassa idade média de 50 anos, tal informação é relevante porque embora a ocorrência de quedas dependa de vários fatores dentre eles extrínsecos (tais como má iluminação e piso escorregadio), a idade avançada também possui influência sobre tal desfecho, devido às alterações fisiológicas do processo do envelhecimento<sup>15,16</sup>.

Também foi detectada alta frequência de pacientes com muita dependência funcional (56,2%) pelo índice de Katz o que corrobora com achados de AGUIAR et al., isso pode estar relacionado à sequela de episódios de AVE, traumas, e a heterogeneidade de doenças prévias de cada paciente o que influencia em suas condições clínicas. A capacidade funcional é a habilidade de atuar de forma independente no cotidiano, enquanto a incapacidade refere a carência de ajuda para executá-las, de modo que é possível sugerir que a incapacidade funcional atua no risco de quedas<sup>17</sup>, entretanto neste estudo não foi observada

diferença significativa ao se correlacionar o índice de KATZ e a escala de Morse, tal fato pode ter ocorrido pelo tamanho da amostra não ter sido maior ( $n=41$ ).

A respeito do risco de lesão por pressão as maiores frequências apresentadas nesta amostra foram para ausência de risco de lesão por pressão (31,7%) e baixo risco de lesão por pressão (24,39%) respectivamente pela escala de Braden, entretanto ao se somar o percentual de moderado a muito alto risco de lesão por pressão o percentual se torna alto (43,88%) o que mostra que este perfil de pacientes merece um cuidado preventivo importante da equipe multiprofissional. BAVARESCO et al.<sup>18</sup> relatam que no Brasil a incidência de úlceras por pressão se aproxima de 42,6% em unidades de clínica médica. Os fatores de risco para aparecimento de lesão por pressão incluem a idade, incontinência urinária ou fecal que leva a umidade local, atrito ou força de fricção, comorbidades relacionadas ao gasto metabólico elevado, doenças crônicas, deterioração do estado nutricional e destaque para imobilidade (que está relacionada à incapacidade funcional) ocasionando uma pressão que resulta em isquemia tecidual, dificultando a liberação de oxigênio e levando ao acúmulo de metabólitos e edema<sup>19</sup> de modo que durante a avaliação de correlação entre a capacidade funcional e o risco de lesão por pressão feita para este estudo foi encontrada uma correlação forte e significativa ( $r=0,813$ ). Entretanto não foi possível confirmar as correlações entre risco de quedas e lesão por pressão nem entre capacidade funcional e risco de quedas, necessitando de outros estudos com amostras maiores para avaliar tais possíveis associações.

Diversos estudos têm destacado a importância da atuação da equipe multiprofissional no manejo dos pacientes internados. Esse manejo engloba aspectos de prevenção (de risco de quedas, de perda funcional, de lesão por pressão entre outros), tratamento e educação em saúde para que o mesmo possa dar continuidade a linha de cuidados de sua saúde mesmo após sua alta hospitalar.

## CONCLUSÕES

O perfil dos pacientes da unidade de medicina interna no período do estudo é composto por uma amostra similar entre homens e mulheres de idade média próxima ao idoso (57,8 anos). Os pacientes

apresentaram maiores prevalências de diagnóstico relacionado à covid-19 e às doenças crônicas não transmissíveis, em sua maioria em ventilação espontânea, com maior frequência de pacientes não traqueostomizados, porém com prevalência alta de indivíduos em uso de oxigenioterapia.

Foi observado que em sua maioria possuem grande limitação funcional, importante risco de quedas, e algum risco de lesão por pressão, de modo que foi encontrada

uma correlação forte e significativa entre capacidade funcional e risco de lesão por pressão, não sendo encontrada significância para as demais correlações.

Diante do perfil característico dos pacientes avaliados para este trabalho, os mesmos necessitam de atenção e suporte de toda a equipe multiprofissional para um melhor desfecho clínico-funcional ao longo de seu período de internação na unidade de medicina interna do HRG.

## REFERÊNCIAS

1. Costa FMD, Correa ADB, Neto EN, Vieira EMM, Nasralla MLS, Lima E, et al. Avaliação da funcionalidade motora em pacientes com tempo prolongado de internação hospitalar. *Journal of Health Sciences*. 2014;16(2).
2. Silva BCA, Amorim D, Salício VAMM, Salício MA, Bittencourt WS. Avaliação da funcionalidade respiratória em pacientes com tempo prolongado de internação hospitalar. *Journal of the Health Sciences Institute*. 2014;32(4). p. 433-438.
3. Bielemann RM, Silva BGC, Coll CVN, Xavier MO, Silva SG. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Revista de Saúde Pública*. 2015;49. p. 75.
4. Santos LJ, Silveira FS, Muller FF, Araújo HD, Comerlato JB, Silva MC, et al. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 2017;24(4). p. 437-443.
5. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014;22(2). p. 262-268.
6. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cadernos de saúde publica*. 2008;24(1). p. 103-112.
7. Rogenski NMB, Kurcgant P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden interobservadores. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012;25(1). p. 24-28.
8. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse FallScale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(3). p. 569-575.
9. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(5). p. 687-694.
10. Jamovi. The jamovi project [Computer Software]. 2021;1.6. Retrieved from: <https://www.jamovi.org>
11. Teotonio AC, Chaves CE, França PF, Pinto VB. Perfil farmacoterapêutico de medicamentos manipulados para tratamento de coronavírus em pacientes internados em hospital público. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. 2021;12(3). p. 646-646.
12. Tortora GJ, Derrickson B. *Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. 10. ed. Artmed; 2016.
13. Vital FMR, Martins CB. Prevalência e fatores associados à síndrome do imobilismo em pacientes oncológicos internados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(8). p. e8699.

14. Lucena AF. Mesa-redonda Processo de Enfermagem e sua interface com a gestão de indicadores clínico: Risco de sangramento: um diagnóstico da NANDA-I como indicador. Simpósio do Processo de Enfermagem. 2017 jun 08-09. Porto Alegre, Brasil. [Acesso em: 10 ago 2021]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163293/001024220.pdf?sequence=1>
15. Aguiar JR, Barbosa AO, Neto NMG, Ribeiro MA, Caetano JA, Barros LM. Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019;32(6). p. 617-623.
16. Abreu DROM, Novaes ES, Oliveira RR, Mathias TAF, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(4). p. 1131-1141.
17. Sales WB, Farias ASN, Oliveira TFT, Souza AFS, Dias VN. Relação entre quedas e funcionalidade de idosos da comunidade. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. 2019 jun 26-28. Campina Grande, Brasil. [Acesso em: 10 ago 2021]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/54151>
18. Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2011;32(4). p. 703-710.
19. Perrone F, Paiva AA, Souza LMI, Faria CS, Paese MCS, Nascimento JEA, et al. Estado nutricional e capacidade funcional na úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. *Revista de Nutrição de Campinas*. 2011;24(3). p. 431-438.



## ANEXO A – ESCALA DE MORSE

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> <sup>13</sup>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
<b>1. History of falling</b>	<b>1. Histórico de quedas</b>	
No	Não	0
Yes	Sim	25
<b>2. Secondary diagnosis</b>	<b>2. Diagnóstico Secundário</b>	
No	Não	0
Yes	Sim	15
<b>3. Ambulatory aid</b>	<b>3. Auxílio na deambulação</b>	
None/Bed read/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
<b>4. Intravenous Therapy/Heparin lock</b>	<b>4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado</b>	
No	Não	0
Yes	Sim	20
<b>5. Gait</b>	<b>5. Marcha</b>	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
<b>6. Mental status</b>	<b>6. Estado Mental</b>	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

## ANEXO B – INDICE DE KATZ

Quadro 5 - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998<sup>(20)</sup>

## ANEXO C – ESCALA DE BRADEN

### ESCALA DE BRADEN\* (versão adaptada e validada para o Brasil)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

<b>PERCEÇÃO SENSORIAL</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto.	<b>1. Totalmente limitado:</b> Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivar) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido à sedação ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	<b>2. Muito limitado:</b> Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Levemente limitado:</b> Responde a comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Responde a comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.		
<b>UMIDADE</b> Nível ao qual a pele é exposta a umidade.	<b>1. Completamente molhada:</b> A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc. Umidade é detectada às movimentações do paciente.	<b>2. Muito molhada:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Ocasionalmente molhada:</b> A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.	<b>4. Raramente molhada:</b> A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.		
<b>ATIVIDADE</b> Grau de atividade física.	<b>1. Acamado:</b> Confinado a cama.	<b>2. Confinado a cadeira:</b> A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado.		
<b>MOBILIDADE</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.	<b>1. Totalmente imóvel:</b> Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Bastante limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz frequentes, embora pequenas, mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>4. Não apresenta limitações:</b> Faz importantes e frequentes mudanças sem auxílio.		
<b>NUTRIÇÃO</b> Padrão usual de consumo alimentar.	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carnes ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido com dieta líquida ou IVs por mais de cinco dias.	<b>2. Provavelmente inadequado:</b> Raramente come uma refeição completa. Geralmente come cerca de metade do alimento oferecido. Ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda.	<b>3. Adequado:</b> Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne e laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de nutrição parenteral total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne e laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar.		
<b>FRICÇÃO E CISCALHAMENTO</b>	<b>1. Problema:</b> Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito da pele com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com o máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção.	<b>2. Problema em potencial:</b> Move-se mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou na cadeira mas ocasionalmente escorrega.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira.			
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b> ➔						

\*Copyright© Braden, Bergstrom 1988. Adaptada e validada para o Brasil por Paranhos, Santos 1999. Disponível em: <<http://www.bradenscale.com/translations.htm>>.

Paranhos WY, Santos VLGG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33 (nº esp): 191-206. Disponível em: <<http://143.107.173.8/recusp/upload/pdf/709.pdf>>.

Risco muito alto	6 a 9	Baixo risco	15 a 18
Risco alto	10 a 12	Sem risco	19 a 23
Risco moderado	13 a 14		

## APÊNDICE 1 – FICHA DE DADOS DO PACIENTE

Código do paciente:

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo de internação: \_\_\_\_\_

Pontuação em Escala de Morse: \_\_\_\_\_

Pontuação Índice de Katz: \_\_\_\_\_

Pontuação em Escala de Braden: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Avaliação de perfil clínico funcional de pacientes internados na Unidade de Medicina Interna (UMEI) de um hospital público no Distrito Federal (DF)**, sob a responsabilidade do pesquisador Alexandre Vieira de Souza.

O nosso objetivo é identificar o perfil clínico-funcional dos pacientes internados na UMEI de um hospital público do DF. Esta pesquisa pretende contribuir para descrição da prevalência de doenças, capacidade funcional, risco de quedas, risco de ulceração em pacientes adultos e idosos e disponibilizar os dados encontrados, podendo assim, a equipe multiprofissional ter uma maior atenção no manejo dos pacientes.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de Unidade de Medicina Interna (UMEI) do Hospital Regional do Gama do Distrito Federal (HRG-DF) durante a visita do profissional da saúde para atendimento rotineiro, com tempo estimado de 20 minutos, sendo aplicado apenas uma única vez a sua realização, além disso será feita a análise de dados clínicos que está presente em prontuário eletrônico do paciente para registro de diagnósticos, período de internação e motivo de internação .

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são possibilidade de constrangimento ao responder perguntas, desconforto, medo, estresse, cansaço ao responder perguntas, pode ocorrer a presença de gatilhos de cunho emocional. Para minimizar esses riscos o avaliador realizará essa pesquisa de forma clara e objetiva em um único momento e fornecerá a assistência psicológica necessária caso você necessite devido a colaboração a pesquisa. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a descrição da prevalência de doenças, capacidade funcional, risco de quedas e risco de ulceração em pacientes adultos e idosos internados na enfermaria hospitalar e assim a equipe ter uma maior atenção no manejo dos pacientes.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo a resposta a questionários. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você terá direito a indenização caso haja necessidade por algum prejuízo decorrente do projeto de pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor da UMEI-HRG-DF podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Alexandre Vieira de Souza, na FEPECS-SES/DF no telefone (61)98100-8154, no horário de 7hrs as 19hrs, disponível inclusive para ligação a cobrar. Email: av.souza\_d@hotmail.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

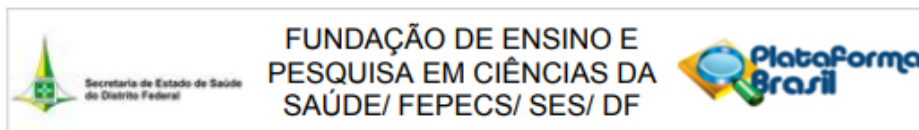
Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável



## APÊNDICE 3 – PARECER CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação de perfil clínico funcional de pacientes internados na Unidade de Medicina Interna (UMEI) de um hospital público no Distrito Federal (DF)

**Pesquisador:** ALEXANDRE VIEIRA DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44873121.3.0000.5553

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.694.059

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de conclusão de curso (TCC) do Programa de residência médica em fisioterapia. O estudo ocorrerá no Hospital Regional do Gama - HRG. Trata-se de um estudo transversal descritivo. Com amostra por conveniência. Participarão do estudo pacientes adultos e idosos internados na clínica médica do Hospital Regional do Gama. Podem participar do estudo pessoas do sexo masculino e feminino, ter idade a partir de 18 anos, com capacidade de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Serão utilizadas informações do Trak Care -prontuário eletrônico do paciente (data de nascimento, diagnósticos, motivo de internação, período de internação). O Índice de Katz será utilizado para a avaliação do perfil funcional do paciente, trata-se de uma escala com atividades de vida diária (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) na qual o cuidador ou o paciente relata se o mesmo realiza de forma independente ou com dependência. A Escala de Morse será utilizada para a avaliação do risco de quedas, ela é composta por 6 itens (histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, uso de terapia endovenosa, marcha e estado mental) cada item com respostas relacionadas ao contexto atual do paciente, com determinadas pontuações. A Escala de Braden será utilizada para a avaliação do risco de ulceração, ela integra 6 sub escalas (percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento) que são pontuadas de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de 1 a 3. Como hipótese o pesquisador indica

**Endereço:** SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-907  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-1145 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br

Página 01 de 05

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

