

PERFIL DE PNEUMOPATAS INTERNADOS E ATENDIDOS POR SERVIÇO DE FISIOTERAPIA EM HOSPITAL DE ENSINO

*ANDRÉA LÚCIA GONÇALVES DA SILVA^{1,2}
CÁSSIA DA LUZ GOULART¹
ALESSANDRA EMMANOUILIDIS²
LISIANE LISBOA CARVALHO^{1,2}
TACIANA GUTERRES DE CARVALHO²

^{*1}Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil

²Fisioterapia Hospitalar CCGS, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.
andrea@unisc.br

INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma ciência que estuda o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, bem como se utiliza dele para tratamento de disfunções cinesiofuncionais e manutenção da qualidade de vida. Nas últimas décadas, a fisioterapia tem vislumbrado o contexto hospitalar como uma grande área de atuação profissional, cuja prática clínica alicerçada em evidência científica tem evoluído satisfatoriamente (BARCELLOS, et al. 2009).

O fisioterapeuta vem se destacando como parte integrante da equipe multiprofissional em uma unidade hospitalar principalmente nas UTI's. Seu trabalho no hospital está ligado às seguintes condições: prevenir as complicações respiratórias e musculoesqueléticas; auxiliar no tratamento das patologias instaladas; humanizar o atendimento hospitalar e acelerar a alta hospitalar. Recentemente, o ministério da saúde reconheceu a fundamental importância deste profissional no contexto hospitalar e ampliou sua forma de atuação para além das habilidades profissionais já consolidadas (RDC, 2010). O fisioterapeuta atual deve, além das suas atribuições assistências, participar efetivamente no controle das infecções hospitalares reconhecendo e aplicando medidas de controle das mesmas.

No Brasil as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 16% de todas as internações (CARDOSO, et al. 1998). No ano do Pulmão (2010), foi proposto por várias associações promover uma investigação sobre o sistema respiratório por uma década de estudo (CORREA, 2009).

As pneumonias representam 50% de grupos de doenças designado infecções respiratórias agudas, que comprometem o aparelho respiratório superior e inferior. Em termos de demanda de assistência médica, as doenças respiratórias são as primeiras causas de consultas entre pacientes menores de 5 anos e maiores que 65 anos. Elas representam grave problema de saúde pública, sendo a primeira em causa de morte entre doenças infecciosas e a terceira causa geral de óbitos (CARDOSO, et al. 1998).

A taxa de internações por pneumonia vem diminuindo desde a última década, enquanto a taxa de mortalidade hospitalar mostra uma tendência ascendente, o que aponta para diversas hipóteses, tais como a internação de casos mais graves de pneumonia e o envelhecimento da população (CORREA, 2009).

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das principais causas de morte em todo o mundo, representando um custo econômico e social significativo (GODOY, et al. 2001). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2010 foram registradas 116.680 mil internações por DPOC no Brasil, que custaram ao Ministério da Saúde R\$ 83,6 milhões e em 2011, o número de internações subiu para 116.707, custando R\$ 87,1 milhões aos cofres públicos (DATASUS). A elevada incidência da DPOC, representada por coeficientes superiores à média nacional na região sul, com o Rio Grande do Sul liderando as taxas de mortalidade no país, torna as abordagens aos pacientes portadores desta patologia de extrema relevância no que tange aos conceitos de saúde pública. Esses fatores, associados à maior expectativa de

vida da população, fizeram com que a OMS considerasse a DPOC uma epidemia, prevendo a sua eclosão no ano de 2020, quando poderá então se tornar a 3ª maior causa de mortalidade e a 5ª doença em prevalência (GOLD, 2011).

Gradualmente a prevalência da DPOC aumenta com a idade, onde 7 a cada 1.000 pessoas com idade de 40 a 45 anos sofriam da doença. Com o aumento do envelhecimento da população esta prevalência continuará crescendo nas próximas décadas. Neste mesmo período foi observado um acréscimo considerável de portadores de DPOC do sexo feminino, enquanto diminui a prevalência discretamente entre os homens, sendo isto relacionado provavelmente com o aumento de fumantes do sexo feminino, nos últimos 30 anos (LANGER, et al. 2009).

Neste sentido, o serviço de fisioterapia hospitalar CCGS tem feito sistematicamente o registro dos pacientes sob sua responsabilidade, em arquivo próprio, com objetivo de analisar as características clínicas dos pacientes submetidos a fisioterapia respiratória no período de 2010 a 2011 no Hospital Santa Cruz (HSC), bem como a sazonalidade das internações hospitalares destes sujeitos.

MÉTODOS

Estudo retrospectivo, realizado no Hospital Santa Cruz, na cidade de Santa Cruz do Sul, com coleta de dados realizada através do levantamento de registros próprios da empresa prestadora do serviço ao Hospital Santa Cruz – Fisioterapia Hospitalar CCGS, sendo considerado para o presente estudo o período de 2010 a 2011. As variáveis analisadas na pesquisa foram a idade, o gênero, o diagnóstico clínico e o período de internação hospitalar (conforme as estações do ano).

Foram incluídos no estudo adultos com diagnóstico clínico de pneumopatia definido pelo médico assistente do paciente, sendo excluídos do estudo pacientes que reinternaram neste período, contabilizando nesta pesquisa apenas uma internação por sujeito (a primeira internação de cada ano).

Os dados foram tabulados em programa Excel (v. 2013) e analisados através do software Statistical Package for Social Sciences (v. 20.0). Os dados foram expressos em média e desvio padrão e mediana com intervalos interquartis, conforme a destruição de normalidade dos dados. A normalidade dos dados foi testada através do teste de Shapiro-Wilk, e o restante das variáveis expressas em distribuição de frequências.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

As características clínicas dos pacientes submetidos a fisioterapia respiratória no HSC entre 2010 e 2011 estão dispostas na tabela 1. No presente estudo, foram avaliados 228 pacientes internados, dos quais a média de idade correspondeu a 67,41 anos de idade. (idade média dos homens = $66,37 \pm 13,78$ anos; mulheres = $68,56 \pm 15,77$ anos). A maioria dos pacientes foi diagnosticada com DPOC, atingindo com maior evidência os homens (60,3%), seguido de pneumonia e broncopneumonia, sendo estas mais frequentes em mulheres (59,5% e 55,4% respectivamente), este fato pode ser justificado muito provavelmente devido ao fato de a cidade em que o presente estudo foi conduzido é referência em produção de tabaco, e consequentemente com altos índices de tabagistas e portadores de DPOC (CRESTANI, et al. 2010).

Variáveis	n = 228
-----------	---------

Idade (anos)	67,41 ± 14,77
Dias de internação	6,00 (1-38)
Gênero masculino, n (%)	120 (52,6)
Patologias	
Pneumonia, n (%)	37 (16,2)
Broncopneumonia, n (%)	65 (28,5)
DPOC, n (%)	126 (55,3)

Tabela 01. Características clínicas dos sujeitos.

Em um estudo, verificou-se aumento importante observado para as internações por DPOC, principalmente entre aqueles acima de 65 anos, o que também ocorreu em nosso estudo, podendo ser explicado pelo próprio envelhecimento da população e o maior tempo de exposição ao tabagismo com o passar dos anos. Houve, ainda, aumento do número de internações por DPOC em ambos os sexos, sendo mais acentuado na população feminina, o que pode ser explicado devido ao aumento da incidência de tabagismo entre as mulheres, o que está se tornando cada vez mais prevalente em países como Índia, México, Cuba, Egito, África do Sul e China. As vias aéreas das mulheres são mais responsivas a irritantes exógenos, o que conseqüentemente ocasiona maior dano no tecido pulmonar (STEPHENS, et al. 2008; TOYOSHIMA, GOUVEIA, ITO, 2005). De acordo com outro estudo mais recente, realizado por Hernandez, et al. 2009, constatou-se que a DPOC foi a quarta principal causa de morbidade por doença respiratória e a quinta principal causa de hospitalização, revelando também que a DPOC foi mais comum em homens e na faixa etária acima de 45 anos, indo ao encontro aos resultados encontrados em nosso estudo.

No mesmo estudo anterior, observou-se que a pneumonia foi a principal causa de morbidade por doença respiratória e a segunda principal causa de hospitalização. Assim como em nosso estudo, a doença apresentou-se mais comum em mulheres, e a maior ocorrência na faixa etária de 45 a 64 anos atribuída à alta prevalência de comorbidades que aumentam com a idade, como hipertensão e diabetes mellitus.

Godoy et al. 2001 conduziram um estudo na região noroeste do estado e revelaram que as principais causas para a admissão hospitalar por doença respiratória foram a DPOC com 94 pacientes (41,3%), seguida por pneumonia 68 pacientes (29,8 %) e asma brônquica 22 (9,6%) pacientes, sendo que 75,8% destes pacientes tinham idade superior a 50 anos, confirmando os achados do nosso estudo (PAN, et al. 2012).

Discutindo o padrão sazonal para as internações conforme o diagnóstico clínico dos pacientes (Figura 1), a DPOC apresentou-se mais frequente nos meses de outono e primavera seguidos pela broncopneumonia no verão e pneumonia que se mostrou mais acentuada no inverno.

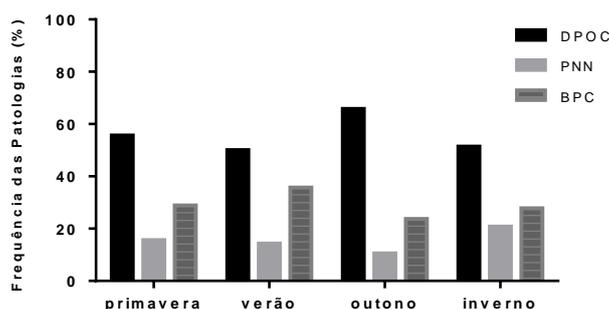


Figura. 1. Frequência das patologias respiratórias de acordo com a estação do ano.

De um modo geral, as internações hospitalares dos sujeitos do nosso estudo também foram mais frequentes nos meses de verão e inverno (Figura 2).

Nossos resultados vêm ao encontro da literatura no que se refere a um padrão sazonal para as internações por pneumonia, sendo maior nos meses relacionados ao outono ou inverno. A maioria dos estudos que mostra o padrão sazonal se localiza em países de clima temperado, em que as estações do ano são mais definidas. Na Finlândia, por exemplo, as grandes diferenças climáticas entre verão e inverno têm importante papel no padrão sazonal das hospitalizações tanto para pneumonias quanto para DPOC, com maior número de internações durante o inverno (PAN, et al. 2012).

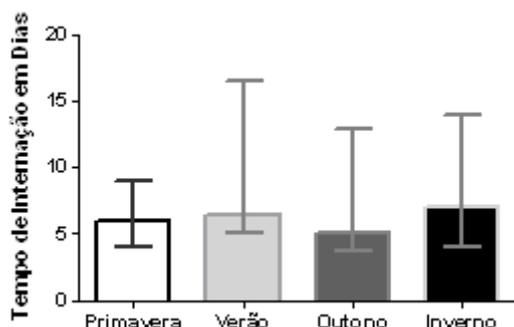


Figura. 2. Tempo de internação em dias dos sujeitos estudados nas diferentes estações do ano.

Em outro estudo citado logo acima, é evidenciado um aumento dos casos de internação por doenças respiratórias no mês de março e nos meses de seca extrema (julho, agosto e setembro), apresentando redução nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, confirmando novamente nossos achados. Sabe-se que meses de seca extrema representam risco de irritação do sistema respiratório e exacerbação dos agravos crônicos, devido à redução da umidade relativa do ar e ao aumento de poluentes atmosféricos. Quando a umidade relativa se eleva, no final de setembro, a presença de fungos no ambiente intradomiciliar pode também justificar o pico observado em outubro (outono), uma vez que esses microorganismos são importantes alérgenos especialmente em indivíduos predispostos (ROSA, et al. 2008).

No estudo conduzido por Godoy et al. 2001, as pneumonias tiveram maior incidência no período compreendido entre maio e novembro. A DPOC foi mais frequente de maio a novembro. As variações sazonais mantiveram-se dentro do esperado, havendo predominância das admissões no outono, inverno e primavera. Esse comportamento pode ser explicado por três observações: a) a região nordeste do Rio Grande do Sul, as transições do outono para o inverno e do inverno para a primavera caracterizam-se por mudanças bruscas de umidade e temperatura; b) há duas estações polínicas, uma no outono e outra na primavera; e c) o surto de influenza ocorre entre os meses de maio e agosto (GODOY, et al. 2001).

As alterações de temperatura, umidade e o regime de chuvas podem aumentar os efeitos das doenças respiratórias, o que pode ser observado em relação à asma, alergias, infecções broncopulmonares e infecções das vias aéreas superiores, em indivíduos mais suscetíveis, como as crianças e adultos com mais de 65 anos (BARCELLOS, et al. 2009).

Quanto ao tempo de internação hospitalar encontrado em nosso estudo, foi observado que os homens permaneceram mais tempo hospitalizados que a população feminina, sendo de 1-38 dias e 1-33 dias, respectivamente, sendo considerado um período elevado de permanência.

No estudo de Toyoshima et al., houve pouca diferença na distribuição do número de internações por doenças respiratórias entre os gêneros. Para DPOC e para as pneumonias,

houve maior número de internações de pacientes do sexo masculino do que do feminino (PAN, et al. 2012).

CONCLUSÃO

Em suma, o presente estudo revela que pacientes adultos submetidos a fisioterapia respiratória no HSC são sujeitos em idade adulta avançada, de ambos os gêneros, com diagnóstico clínico predominantemente de DPOC. Estes sujeitos também apresentam maior índice de internação hospitalar nos meses de inversão térmica (outono e primavera) com média de internação de 8,57 dias, sendo que as mulheres por maior período (média) em relação aos homens.

REFERÊNCIAS

- CARDOSO, A. P. et al. I Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 24, n. 2, 1998.
- CORREA, J. A. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 35, n. 6, 2009.
- CRESTANI, G. et al. Análise do perfil de mortalidade por doença pulmonar obstrutiva crônica no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. *Revista Jovens Pesquisadores*, p. 10 – 16, n. 1, 2010.
- DATASUS. Notícias do Portal Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7358/162/medicamentos-para-doenca-pulmonar-estarao-no-sus.html>>.
- GODOY, D.V. et al. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 27, n. 4, 2001.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic pulmonary disease*, 2011.
- HERNANDES, N.A. et al. Perfil do nível de atividade física na vida diária de pacientes portadores de DPOC no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 35, n. 10, 2009.
- LANGER, D. et al. Guia para prática clínica: Fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, p. 13, n. 3, 2009.
- PAN, L. et al. Does upper extremity exercise improve dyspnea in patients with COPD? A meta-analysis. *Respiratory Medicine*, p. 106, n.10, 2012.
- REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. RESOLUÇÃO-RDC, (2010), 7.
- ROSA, A, M. et al. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra - Amazônia Brasileira. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, p. 34, n. 8, 2008.
- STEPHENS, M.B. et al. Diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Family Physician*, p.78, n. 1, 2008.
- TOYOSHIMA, M.T.K.; ITO, G.M.; GOUVEIA, N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. *Revista da Associação Médica Brasileira*, p.51, n. 4, 2005.

AUTOR CORRESPONDENTE

Andréa Lúcia Gonçalves Da Silva, Rua Vereador Benno Kist 1780/casa15

Bairro Santo Inácio, CEP: 96820688 - Santa Cruz do Sul – RS