



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE EXCELÊNCIA

AMANDA PRATES COUTINHO

ANNE LARA SOUSA AMORIM

LARA FABIAN DE SOUZA BATISTA

SÍLVIA PAULA DE SOUSA JESUS

STEFANY SILVA GUIMARÃES TELES

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E  
FUNCIONAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA  
BAHIA.

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

2024

AMANDA PRATES COUTINHO  
ANNE LARA SOUSA AMORIM  
LARA FABIAN DE SOUZA BATISTA  
SÍLVIA PAULA DE SOUSA JESUS  
STEFANY SILVA GUIMARÃES TELES

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E  
FUNCIONAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA  
BAHIA.

Artigo apresentado com critério para aprovação  
parcial da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador: Prof. Me Rodrigo Santos Damascena

Coorientador: Prof. Matheus Silva d'Alencar

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

2024

AMANDA PRATES COUTINHO  
ANNE LARA SOUSA AMORIM  
LARA FABIAN DE SOUZA BATISTA  
SÍLVIA PAULA DE SOUSA JESUS  
STEFANY SILVA GUIMARÃES TELES

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E  
FUNCIONAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA  
BAHIA.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Rodrigo Santos Damascena  
UNEX (Centro Universitário de Excelência)  
Orientador(a) e Presidente da Banca

---

Daiane Porto Nery  
Fisioterapeuta

---

Welber Cardoso Oliveira  
Enfermeiro

Aprovado em: 04/11/2024

VITÓRIA DA CONQUISTA

2024

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por ser nosso alicerce, por ter nos dado saúde, força de vontade e determinação para superar todos os obstáculos, que não foram poucos, e por não nos deixar fraquejar.

Aos nossos pais, pelo amor, apoio incondicional e por acreditar em nós em todos os momentos.

Ao nosso Coorientador Matheus Silva d'Alencar, Orientador Rodrigo Santos Damascena, pelas preciosas orientações, pelo apoio, incentivo, paciência e confiança por todo o tempo de orientação, desde os projetos de iniciação científica ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Aos Profissionais de Fisioterapia que nos auxiliaram durante a Pesquisa

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1: a Gráfico de percentual das avaliações dos pacientes de acordo à escala FSS;

Figura 2: Gráfico de quantificação de avaliações dos pacientes de acordo à escala IMS.

Figura 3: Gráfico de percentual das avaliações dos pacientes de acordo ao teste TUG

Figura 4: Distribuição de pacientes por faixa etária e pontuação no escore SARC-F

Tabela 5: Variação das medidas de panturrilhas direita e esquerda em pacientes por faixa etária entre avaliações inicial e final – 2024.

Tabela 6: Variação das medidas de panturrilhas direita e esquerda em pacientes por faixa etária entre avaliações inicial e final – 2024.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

SARC-F – strength (força), assistance with walking (assistência para caminhar), rising from a chair (levantar-se de uma cadeira), climbing stairs (subir escadas), and falls (quedas).

SSVV – Sinais Vitais

IMC – Índice de Massa Corpórea

ICU Mobility Scale (IMS) – Escala de Mobilidade na UTI

Functional Status Score (FSS) – Escore de Estado Funcional

Time Get Up And Go Test (TUGT) – Teste de levantar e andar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MmHg – Milímetros de Mercúrio

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

°C – Grau Celsius

bpm – batimentos por minuto

irpm – incursões respiratórias por minuto

LPP – lesão por pressão

CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

## Sumário

Resumo 9

Abstract 10

Introdução 11

Metodologia 12

Resultados 16

Discussão 24

Conclusão 31

Referências 33

AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS E  
FUNCIONAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA  
BAHIA

MULTIPROFESSIONAL EVALUATION OF CLINICAL AND FUNCTIONAL  
VARIABLES OF PATIENTS ADMITTED TO A PUBLIC HOSPITAL IN BAHIA

Matheus Silva d'Alencar

Amanda Prates Coutinho

Anne Lara Souza Amorim

Lara Fabian de Souza Batista

Sílvia Paula de Sousa Jesus

Stefany Silva Guimarães Teles

**RESUMO**

**Introdução:** O ambiente hospitalar é uma instituição complexa, tendo a internação como uma das possibilidades de atendimento mais críticas. Dessa forma, é imprescindível a abordagem de uma equipe multiprofissional ao paciente. **Objetivo:** Verificar a evolução das variáveis clínicas e funcionais em pacientes internados na enfermaria de um hospital público. **Metodologia:** Trata-se de um estudo longitudinal descritivo com amostra por demanda, cuja coleta de dados foi realizada durante 30 dias. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliação dos SSVV: esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro, termômetro. Ademais, o uso do SARC-F, circunferência da panturrilha, teste de sentar e levantar, Dobras Cutâneas (protocolo de Pollock), Escala de Waterlow, IMS, FSS e o teste TUGT. **Resultados:** Foram encontradas alterações na mobilidade feitas por meio da escala FSS e risco de quedas presente nos pacientes avaliados pelo teste de TUG. Na Escala IMS a capacidade de deambulação independente permaneceu a mesma durante as avaliações. Com o questionário SARC-F foi possível observar que 16% dos pacientes apresentaram risco de sarcopenia e todo desempenho ruim no TSL5x. Além disso, 42% apresentaram uma diminuição da massa muscular da panturrilha, 36% apresentaram diminuição de massa magra e 72% diminuição do percentual de gordura, mensurado pelo protocolo de Pollock de DC. Na escala de Waterlow, 4 pacientes apresentaram escores maiores ou igual a 10, indicando risco de desenvolver lesão por pressão. **Conclusão:** Portanto, os resultados deste estudo foram fundamentais para evidenciar a influência do tempo de internamento nestes aspectos, ressaltando a necessidade de intervenções precoces.

**Palavras-chaves:** Hospitalização. Avaliação. Profissional de Saúde.

**Introduction:** The hospital environment is a complex institution, with hospitalization being one of the most critical care possibilities. Therefore, a multidisciplinary team approach to the patient is essential. **Objective:** To verify the evolution of clinical and functional variables in patients admitted to the ward of a public hospital. **Methodology:** This is a descriptive longitudinal study with a sample on demand, whose data collection was carried out over 30 days. In this sense, the following instruments were used to assess the SSVV: sphygmomanometer, stethoscope, oximeter, and thermometer. In addition, the use of SARC-F, calf circumference, sit-to-stand test, Skinfolks (Pollock protocol), Waterlow Scale, IMS, FSS, and the TUGT test were observed. **Results:** Changes in mobility were found using the FSS scale and risk of falls present in patients evaluated by the TUG test. On the IMS Scale, the ability to walk independently remained the same throughout the assessments. With the SARC-F questionnaire, it was possible to observe that 16% of the patients were at risk of sarcopenia and all had poor performance on the TSL5x. Furthermore, 42% had a decrease in calf muscle mass, 36% had a decrease in lean mass and 72% had a decrease in fat percentage, measured by the Pollock DC protocol. On the Waterlow scale, 4 patients had scores greater than or equal to 10, indicating a risk of developing pressure injury. **Conclusion:** Therefore, the results of this study were essential to demonstrate the influence of hospitalization time on these aspects, highlighting the need for early interventions.

**Keywords:** Hospitalization. Assessment. Health Professional.

## INTRODUÇÃO

É inegável que o ambiente hospitalar é uma instituição complexa, a qual implica em alto risco e alto custo, frente aos programas e serviços produzidos para assistência à população. Tendo em vista esses conceitos, observa-se sua aplicação desde a construção, estruturação até durante toda a sua existência. Entre as possibilidades de atendimento aos pacientes, a internação é o mais crítico, tanto pelo maior tempo de exposição ao ambiente hospitalar como pelos procedimentos por vezes mais invasivos. Dessa forma, é importante destacar que existe uma série de ocorrências danosas e/ ou incômodas para o paciente nesse ambiente, como infecção nosocomial, eventos adversos, perda da capacidade funcional, entre outros. (BITTAR; ABER, 2020).

Dentro desse contexto, é importante ressaltar a importância da atuação interdisciplinar que surge como uma alternativa para concretização de uma proposta de assistência mútua, visto que o compartilhamento de informações entre diversos profissionais favorece o processo de avaliação e as abordagens a serem utilizadas no tratamento do indivíduo enfermo (FONSECA et al., 2021). Ademais, a atenção integral ao paciente crítico, por uma visão diferenciada de cada profissional trará benefícios à saúde deste, principalmente quando a assistência ao paciente envolver o acolhimento e a escuta qualificada. O paciente está vulnerável devido às circunstâncias e ao meio em que ele se encontra com alterações hemodinâmicas, por isso, importante salientar, que a equipe multidisciplinar é de suma importância para estabilização do quadro clínico e sobrevivência do indivíduo, assim como a assistência da família (STEIMBACK et al., 2020). Nesse sentido, os profissionais destacados nesta pesquisa são os enfermeiros, fisioterapeutas e profissionais de educação física.

Portanto, o objetivo deste estudo foi a avaliação das variáveis clínicas e funcionais de pacientes internados em uma enfermaria. Dessa forma, é importante ressaltar que a assistência de saúde ao paciente hospitalizado, requer um minucioso acompanhamento, monitoramento e avaliação constante, sendo processos imprescindíveis que fazem parte dos elementos do atendimento de todos os profissionais de saúde que levam a resultados ideais, no qual o profissional faz julgamentos clínicos com base nos dados coletados e identifica possíveis problemas

e define estratégias de intervenção mais apropriada para cada caso. A reavaliação contínua possibilita a quantificação do progresso bem como, modificação das intervenções para melhor eficácia do tratamento (O'SULLIVAN & SCHMITZ & FULK, 2018).

Desse modo, o fisioterapeuta utiliza escalas para fornecer dados objetivos, quantificáveis, a fim de determinar com precisão o grau de função ou disfunção. A avaliação inicia pelo nível de disfunção (redução de força muscular ou diminuição da amplitude de movimento) ou através da análise de uma atividade funcional (sentar, levantar, alcançar) observando as diferenças entre o realizado pelo paciente e o desempenho "típico", esperado para essa atividade (O'SULLIVAN & SCHMITZ & FULK, 2018). Já o profissional de educação física será importante para a detecção precoce de distúrbios musculares como por exemplo a sarcopenia que acomete idosos, levando a perda de massa muscular, força e índices de percentual de gordura. Para tanto, a investigação desse distúrbio pode se dar através do questionário validado SARC-F (simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia), circunferência da panturrilha, teste de sentar e levantar e Dobras Cutâneas (protocolo de Pollock). (MARTINEZ, et al., 2021). Ademais, a utilização da Escala de Waterlow é considerada de grande importância para a enfermagem no que diz respeito à avaliação de alguns aspectos cruciais para verificação de risco de lesão por pressão em pacientes hospitalizados. (BORGHARDT et al, 2015).

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo descritivo com amostra por demanda e análise estatística simples, cuja coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro no ano de 2024, tendo como critério o tempo de internamento de no mínimo 1 dia para que possa ser verificado as variáveis de evolução clínicas e funcionais. Participaram do estudo adultos, de ambos os gêneros, internados na enfermaria de um Hospital Público do Interior da Bahia. Os pacientes excluídos do estudo foram aqueles com nível de consciência comprometidos, os que não deambulam, com a hemodinâmica alterada e em isolamento de contato.

Este trabalho foi composto por etapas nas quais os discentes envolvidos dos cursos de enfermagem, fisioterapia e educação física coletaram primeiramente informações sobre o paciente (dados pessoais, doenças prévias, tempo de internamento) e a razão pela qual houve necessidade de sua permanência na Unidade Hospitalar. Também foram coletadas informações sobre o uso de medicamentos e hábitos de vida. Posteriormente, foi feita uma avaliação geral do paciente contendo variáveis como: estado geral, estado de consciência através de perguntas simples, para verificar se o paciente estava orientado em tempo espaço. Foi avaliado também olhos, pupilas, coloração da pele, perfusão na região das mãos, hidratação, checagem de pulsos, apetite, presença de edema e continência. Foi feita a verificação dos sinais vitais do paciente verificando temperatura, pressão arterial, saturação de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória. Realizou-se coleta de medidas antropométricas do paciente como peso, altura e índice de massa corpórea. Além disso, foi avaliado o risco de lesões por pressão no paciente mediante a aplicação da escala de Waterlow.

A Escala de Waterlow criada em 1985 foi utilizada pelas discentes de enfermagem por ser considerada de grande importância para avaliação de alguns aspectos cruciais para verificação de risco de lesão por pressão em pacientes hospitalizados. A escala avalia sete variáveis imprescindíveis: relação peso/altura por meio do Índice de Massa Corpórea (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, incontinência, mobilidade, apetite e algumas medicações. Além disso, avalia-se outros fatores como subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. Quanto maior escore atingido pelo paciente em relação ao somatório da pontuação de cada variável, maior é o risco de desenvolver lesão por pressão e através desse escore é possível dividir os pacientes em grupos de risco (BORGHARDT et al, 2015). Sendo a pontuação de 10 a 14 classificado como em risco; escore de 15 a 19, alto risco: e escore  $\geq 20$  altíssimos risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Esta escala detecta com maior precisão esse risco, demonstrando ser um eficiente instrumento de utilização (Salgado LP et al., 2018).

Ademais, os recursos utilizados e avaliados pela discente de Educação Física foram circunferência da panturrilha, que mostra uma estimativa de massa muscular diminuída e está relacionada com pior desfecho clínico em idosos hospitalizados,

tendo como pontos de corte de 33 centímetros para homens e 34 centímetros para mulheres que é média na maior porção da panturrilha (DE CARVALHO et al., 2022). Além disso, foi utilizado o questionário SARC-F que avalia a força muscular, risco de queda, risco de sarcopenia e assistência ao realizar atividades, composto por 4 perguntas sobre força, apoio de marcha, dificuldade em subir escadas, levantar-se da cadeira e quedas, com pontuação de 0 a 2, sendo a somatória da pontuação maior ou igual a 4 para preditivo de sarcopenia (BARRETO DE LIMA., 2023). Outrossim, o teste de Sentar-Levantar Cinco Vezes, no qual o paciente deve sentar-se e levantar-se cinco vezes da cadeira com os braços cruzados e em seu melhor tempo, sendo ele menor que 13 segundos, avaliando assim flexibilidade, equilíbrio e relação entre potência muscular e força. Por fim, Dobras cutâneas que avalia percentual de gordura e massa livre de gordura, com utilização do protocolo de Pollock de 3 dobras, sendo elas peitoral, abdominal e coxa para homens e tríceps, supra-iliaca e coxa para mulheres (DE OLIVEIRA., 2021). Todos esses testes foram feitos com pessoas adultas e idosas, pois a perda de massa muscular inicia-se na idade adulta, quando não identificada de forma precoce pode evoluir para um quadro de sarcopenia (SOUZA et al., 2020).

Além disso, para avaliação da funcionalidade, mobilidade foram utilizadas as escalas ICU Mobility Scale (IMS) e Functional Status Score (FSS), risco de quedas por meio do teste Time Get Up And Go Test (TUGT) pelas discentes de fisioterapia.

A avaliação do estado funcional ou funcionalidade, foi feita pelos de forma quantitativa pela aplicação da escala Functional Status Scale in the ICU (FSS-ICU). A escala é composta pela avaliação de cinco atividades: troca de decúbitos, transferência de deitado para sedestação, controle de tronco, transferência de sedestação para ortostatismo e deambulação com um mínimo de dez passos. Cada atividade realizada pelo paciente recebe uma pontuação de um a sete, onde sete indica que o paciente consegue realizar a atividade de forma independente, e um significa que não consegue realizá-la. O escore total é obtido pela soma das pontuações máximas alcançadas em cada atividade, com um total possível de 35 pontos que sugere uma mobilidade adequada para os pacientes (SILVA, et al ,2017).

A escala a Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS) de acordo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) mede o nível de assistência necessário para que o paciente consiga realizar uma atividade proposta, avaliando 11 níveis de mobilidade com graus crescentes de complexidade. Os níveis são os seguintes: 0 - nada (paciente deitado no leito); 1 - sentado no leito, realizando exercícios; 2 - transferido passivamente para uma cadeira (sem ortostatismo); 3 - sentado à beira do leito; 4 - ortostatismo; 5 - transferência do leito para a cadeira; 6 - marcha estacionária (à beira do leito); 7 - deambulação com auxílio de duas ou mais pessoas; 8 - deambulação com auxílio de uma pessoa; 9 - deambulação independente com o auxílio de um dispositivo de marcha; e 10 - deambulação independente sem auxílio de qualquer dispositivo. Quanto maior o grau de mobilidade, maior será a pontuação na escala. A pontuação zero indica dependência funcional, enquanto a pontuação 10 representa o máximo grau de independência, correspondente à deambulação sem auxílio.

O teste Timed Up and Go (TUG), presume o risco de queda. Ele mede o tempo que o indivíduo leva para se levantar de uma cadeira, percorrer uma distância de três metros, girar 180°, retornar e se sentar novamente. A classificação é a seguinte: um tempo inferior a 10 segundos indica baixo risco de queda, entre 10 e 20 segundos sugere moderado risco, e tempos superiores a 20 segundos são indicativos de alto risco de queda. Dessa forma, quanto menor o tempo necessário para a realização dessas atividades, maior é a independência do paciente. Por outro lado, aqueles que completam a tarefa em mais de 20 segundos tendem a apresentar maior dependência em suas atividades diárias.

Este estudo foi submetido e aprovado pelas instituições envolvidas, garantindo o cumprimento dos aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos e, também, do Comitê de Ética pela Plataforma Brasil.

Para garantir a segurança dos entrevistados e entrevistadores, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo o modelo apresentado no ANEXO. Dessa forma, a identidade dos entrevistados não será divulgada, e todos

os participantes da pesquisa serão informados sobre o assunto, os objetivos da pesquisa e o formulário a ser utilizado.

## **RESULTADOS**

Os resultados obtidos foram acompanhados para identificar se houve alguma modificação durante o período de internamento.

O presente estudo analisou 232 pacientes admitidos na enfermaria no mês de setembro, destes, 214 foram excluídos e a amostra final foi de 18 pacientes. Figura 1

Em relação a caracterização dos pacientes avaliados na pesquisa, sobre a faixa etária, 8 pacientes tinham idades entre 18 e 49 anos, 4 pacientes tinham idades de 50 a 64, 2 dos pacientes tinham idades entre 65 e 74, 2 com idades de 75 a 80 e 2 pacientes com idades acima de 80. Sobre a categoria sexo, 13 pacientes eram do sexo masculino e 5 eram do sexo feminino. Em relação à profissão, 3 pacientes eram serventes/ Pedreiro, 1 era lavrador, 2 eram estudantes, 1 estava desempregado, 7 estavam aposentados, 1 era segurança, 1 era auxiliar geral, 1 era dona de casa, 1 não foi possível coletar sua profissão. Sobre a categoria IMC, 12 pacientes estavam na média com valores de IMC de 18,5 a 24,9. 4 pacientes estavam acima da média com IMC de 25,0 a 29,9. 1 paciente era obeso com IMC a partir de 30. E 1 paciente estava com IMC abaixo da média, que corresponde a um IMC abaixo de 18,5. Sobre a categoria tempo de internamento em dia, 5 pacientes estavam internados cerca de 04 a 08 dias, 6 pacientes estavam de 11 a 16 dias internados, 6 pacientes estavam de 20 a 27 dias internados, somente 1 paciente tinha 36 dias de internamento. Em relação ao motivo de hospitalização, foram hospitalizados devido a acidentes por veículos, 1 paciente foi devido a diabetes, 2 pacientes devido a pneumonia, 1 paciente foi devido a infecção urinária, 1 paciente foi devido a infecção no local em que foi realizado a cirurgia, 1 paciente foi por conta problema no fígado, 1 foi devido a febre

contínua, 1 foi devido a dor na virilha irradiado para perna, 1 foi devido à pressão alta, 1 devido a convulsão, 1 devido a cirurgia vesicular, 1 com dor abdominal, 1 com problema de coluna, 1 devido a picada de cobra, 1 Insuficiência Renal Crônica, 1 devido a um tumor cerebral.

De acordo com a avaliação dos valores pressóricos mínimo e máximo dos níveis sistólicos e diastólicos de cada paciente aferidos entre as avaliações, o primeiro paciente apresentou valor pressórico mínimo 100/60 e máximo de 120/70 e teve um total de 5 avaliações. O segundo paciente apresentou valor pressórico mínimo 120/80 e máximo de 140/60 e teve um total de 2 avaliações. O terceiro paciente apresentou valor pressórico mínimo 120/80 e só teve 1 avaliação. O quarto paciente apresentou valor pressórico mínimo 100/60 e máximo de 120/80 e teve um total de 4 avaliações. O quinto paciente apresentou valor pressórico mínimo 140/90 e só teve 1 avaliação. O sexto apresentou valor pressórico mínimo 120/70 e só teve 1 avaliação. O sétimo paciente apresentou valor pressórico mínimo e máximo de 120/80 e teve um total de 2 avaliações. O oitavo apresentou valor pressórico mínimo de 140/80 e máximo de 150/70 e teve um total de 3 avaliações. O nono e o décimo pacientes apresentaram valor pressórico mínimo de 140/80 e só tiveram 1 avaliação. O décimo primeiro apresentou valor pressórico mínimo 110/70 e máximo de 120/70 e teve um total de 3 avaliações. O décimo segundo apresentou valor pressórico mínimo de 120/80 e só teve 1 avaliação. O décimo terceiro apresentou valor pressórico mínimo de 110/60 e só teve 1 avaliação. O décimo quarto apresentou valor pressórico mínimo de 110/60 e máximo de 110/70 e teve um total de 2 avaliações. O décimo quinto e o décimo sexto apresentaram valor pressórico mínimo de 120/70 e máximo de 130/70 e tiveram um total de avaliações igual a 2 e 3 respectivamente. O décimo sétimo apresentou valor pressórico mínimo de 120/70 e máximo de 130/80 e teve um total de 2 avaliações. O décimo oitavo apresentou valor pressórico mínimo de 110/80 e máximo de 120/90 e teve um total de 2 avaliações. Vale destacar, que alguns pacientes tiveram somente uma avaliação, por isso, nesses casos, não houve comparação entre os valores pressóricos. Ademais, 8 dos pacientes avaliados eram hipertensos.

Ainda sobre os SSVV, analisando a variável frequência cardíaca, 1 paciente apresentou frequência cardíaca abaixo de 60 em 1 avaliação, 15 apresentaram valores de 60 a 100 em pelo menos uma avaliação, 1 apresentou frequência cardíaca acima de 100 em uma avaliação, e 1 apresentou frequência cardíaca acima de 130 em duas avaliações. Dos 18 pacientes avaliados, 9 apresentaram frequência respiratória acima de 20 durante o período das avaliações, desses, 6 tiveram valores entre 21 e 28 irpm em 1 avaliação e 3 tiveram valores entre 22 a 34 irpm em pelo menos 2 avaliações. No quesito temperatura, 1 paciente apresentou temperatura de 34,9°C em 1 avaliação, 2 apresentaram temperaturas de 35 a 35,9 °C, sendo 1 deles em mais de uma avaliação e 15 pacientes permaneceram com temperatura entre 36 à 37,4° C durante as avaliações. Não foram avaliados no dia, pacientes com temperatura a partir de 37,5° C devido a utilização de escalas que podem elevar ainda mais a temperatura, mas na próxima avaliação seria verificado a temperatura novamente, e se estivesse abaixo desse valor, o paciente poderia ser avaliado. E por fim, na variável saturação, 1 paciente apresentou saturação de oxigênio abaixo de 92% em uma das avaliações e o restante dos participantes se mantiveram na faixa de 92 a 100%.

As doenças prévias apresentadas pelos pacientes foram diabetes, hipertensão arterial, HIV, cirrose hepática, bronquite, cisto nos rins e colesterol alto. Em relação a hábitos de vida, dos 18 pacientes avaliados durante a pesquisa, 12 fazem uso de medicamentos contínuos; 6 são pacientes etilistas; 4 tabagistas; 4 sentem dificuldades para dormir com frequência e 7 relataram que também sentem dificuldade para dormir, porém às vezes.

Tendo como base os valores que predominaram durante o período de avaliações devido a pouca variação obtida, na variável estado geral, 16 dos participantes apresentaram estado geral bom e 2 regular; 18 deles apresentaram estado de consciência vígil; 3 estavam com icterícia ocular; 18 com pupilas isocóricas. Em relação à coloração da pele, somente 3 estavam ictericos e 2 hipocorados; Pulsos presentes nos 18 pacientes. Sobre a variável perfusão, somente 1 paciente

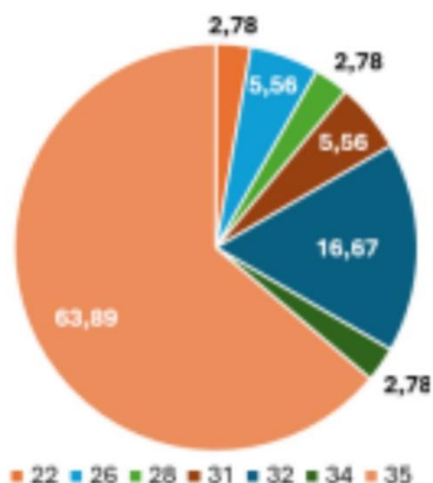
apresentou perfusão reduzida. Em relação ao apetite dos pacientes, somente 2 apresentaram pouco apetite; sobre a variável consumo hídrico, somente 3 pacientes estavam com pouca ingestão de água devido a problemas renais e os demais estavam hidratados; 18 estavam continentais.

Foi avaliado risco de lesão por pressão em pacientes hospitalizados através da Escala de Waterlow, em que 3 pacientes apresentaram escore total 2; 1 paciente apresentou escore total 4; 2 pacientes apresentaram escore total 5; 2 pacientes apresentaram escore total 6; 2 pacientes apresentaram escore total 7; 2 apresentaram escore total 8; 2 apresentaram escore total 9; 2 apresentaram escore total 10; 1 apresentou escore total 11; 1 apresentou escore total 12. Em relação aos pacientes que apresentaram escore total acima de 10 na escala de Waterlow, foi evidenciado risco de desenvolver lesões por pressão devido a essa pontuação a qual considera os seguintes fatores que foram avaliados no paciente como condições de saúde, idade, hábitos de vida e integridade da pele.

Dentro da Escala de Waterlow, vale destacar a avaliação visual do tipo de pele em áreas de risco que predominou nos pacientes avaliados durante a pesquisa. 7 dos pacientes apresentaram pele saudável, 6 apresentaram pele seca, 3 estavam com edema e 2 estavam com pele quebradiça/seca. E ainda sobre essa escala, vale salientar, que durante as avaliações, somente 1 paciente realizou cirurgia de grande porte abaixo da medula lombar; 4 pacientes tinham diabetes, sendo 1 deles diabetes tipo 1. Nenhum com caquexia, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica e somente 1 com começo de anemia.

Figura 1: a) Gráfico de percentual das avaliações dos pacientes de acordo à escala FSS.

a)



Fonte: Elaboração autoral (2024)

Figura 2: Gráfico de quantificação de avaliações dos pacientes de acordo à escala IMS.

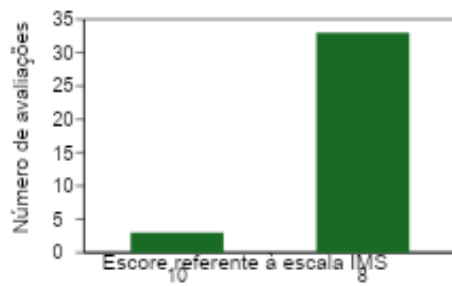
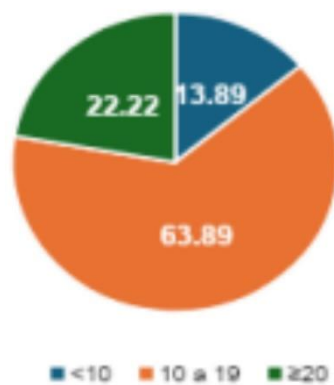


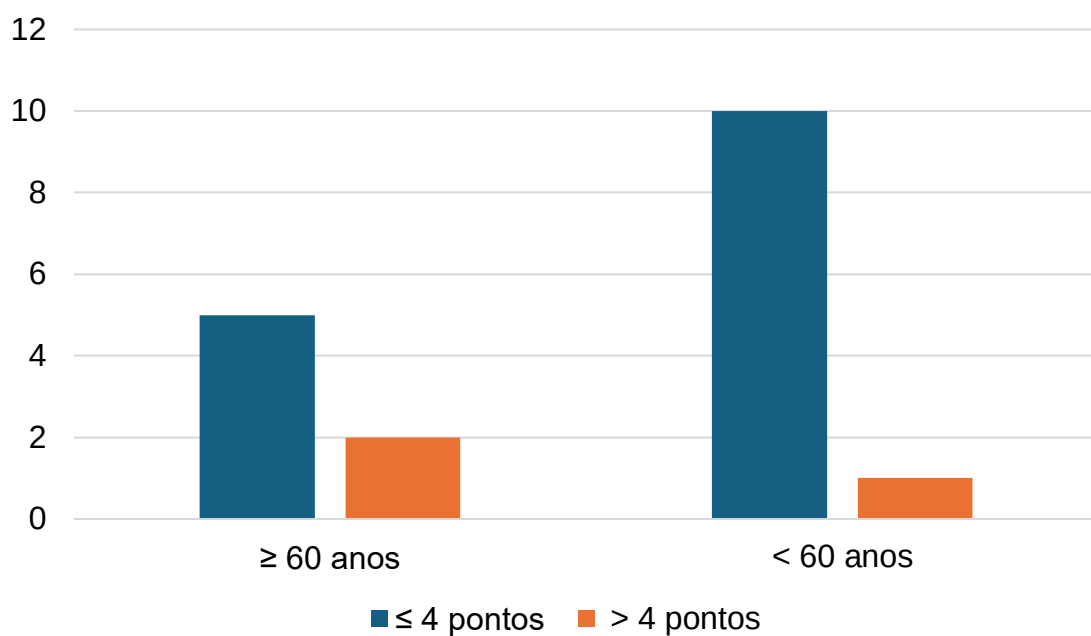
Figura 3: a) Gráfico de percentual das avaliações dos pacientes de acordo ao teste TUG

a)



Fonte: Elaboração autoral (2024)

Figura 4. **Distribuição de pacientes por faixa etária e pontuação no escore SARC-**



Fonte: Elaboração autoral (2024)

Tabela 5. Variação das medidas de panturrilhas direita e esquerda em pacientes por faixa etária entre avaliações inicial e final – 2024.

| Idade<br>(anos) | Avaliação inicial |                  | Avaliação final |                  | Variação        |                  |
|-----------------|-------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|                 | Direita<br>(cm)   | Esquerda<br>(cm) | Direita<br>(cm) | Esquerda<br>(cm) | Direita<br>(cm) | Esquerda<br>(cm) |
| < 60            | 32                | 31,5             | 30,5            | 31,5             | -1,5            | 0                |
| < 60            | 33                | 32,5             | 32,5            | 32,5             | -0,5            | 0                |
| < 60            | 34                | 34               | 32              | 32               | -2              | -2               |
| < 60            | 33,5              | 34               | 31,5            | 31,5             | -2              | -2,5             |
| < 60            | 30                | 30               | 32              | 31,5             | 2               | 1,5              |
| < 60            | 34,5              | 35               | 34              | 35               | -0,5            | 0                |
| < 60            | 37,5              | 37               | 36              | 37               | -1,5            | 0                |
| ≥ 60            | 34,5              | 34,5             | 35              | 34,5             | 0,5             | 0                |
| ≥ 60            | 27,5              | 27               | 29,5            | 30               | 2               | 3                |
| ≥ 60            | 31                | 30,5             | 31              | 30               | 0               | -0,5             |
| ≥ 60            | 33                | 34               | 31,5            | 32               | -1,5            | -2               |

Fonte: Elaboração autoral (2024)

Tabela 6. **Variações de percentual de gordura e massa magra entre as avaliações inicial e final – 2024.**

| <b>Idade<br/>(anos)</b> | <b>Variação do percentual de gordura<br/>(%)</b> | <b>Variação da massa magra<br/>(kg)</b> |
|-------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| < 60                    | -0,3                                             | -0,31                                   |
| < 60                    | -5,87                                            | 3,8                                     |
| < 60                    | -3,2                                             | -2                                      |
| < 60                    | -2                                               | 2,1                                     |
| < 60                    | -4,3                                             | -5                                      |
| < 60                    | -4,3                                             | 6,3                                     |
| < 60                    | -2,19                                            | 3                                       |
| ≥ 60                    | 2,13                                             | -3                                      |
| ≥ 60                    | 2,38                                             | 0                                       |
| ≥ 60                    | 0                                                | -1,5                                    |
| ≥ 60                    | 4,47                                             | -2,8                                    |

Fonte: Elaboração autoral (2024)

**DISCUSSÃO**

Diante dos resultados encontrados, constatou-se que os pacientes com um estado funcional prévio de independência evoluíram com moderada capacidade funcional durante a internação. E se caso os pacientes que apresentaram risco de

lesão pressão, permanecessem por mais tempo internados, em uma mesma posição, ou só deitados, poderiam desenvolver essas lesões.

Foi avaliada a variação da capacidade funcional, por meio das escalas funcionais, ICU Mobility Scale (IMS), e Functional Status Score (FSS); Time Get Up And Go Test (TUGT) para detectar riscos de queda. Ademais, o uso do escore strength, assistance with walking, rising from a chair, climbing stairs, and falls (SARC-F), circunferência da panturrilha, teste de sentar e levantar e dobras cutâneas (protocolo de Pollock) para a avaliação dos índices de sarcopenia em idosos, alterações musculoesqueléticas como perda de força, massa muscular e estimativa de percentual de gordura. Além disso, avaliação do estado geral do paciente, risco ou presença de lesões por pressão por meio da escala de Waterlow durante a internação na enfermaria.

Durante o estudo, foi utilizado a escala de Waterlow, a qual de acordo com a literatura constitui um instrumento confiável de avaliação de risco de lesões por pressão. Isso se deve ao fato da quantidade de variáveis contempladas como: tipo de pele em áreas de risco, IMC, sexo/idade, continência, mobilidade, subnutrição do tecido celular, deficiência neurológica, cirurgia de grande porte/trauma, apetite, continência e algumas medicações. (ROCHA; BARROS, 2007). Esse conjunto de fatores faz com que ela seja uma das escalas mais utilizadas no mundo e sendo também, segundo Neves e Santos (2013) a única que inclui como fator de risco a condição da pele.

Além da avaliação constante do enfermeiro, da utilização de escalas como a de Waterlow, existem outras medidas que podem ser implementadas para evitar lesões por pressão no paciente, como a movimentação do paciente no leito e a utilização de proteção nas proeminências, a fim de reduzir o comprometimento vascular provocado pela pressão exercida sobre o leito; e, também, a manutenção da pele limpa, seca e hidratada, com cremes, para atuarem como barreira contra a umidade. (TEIXEIRA et al., 2022, p. 6).

Para mensurar a incapacidade funcional de maneira quantitativa, foi utilizada a Functional Status Score for the ICU (Escala de Estado Funcional para UTI - FSS-ICU) onde foi efetuada a soma das pontuações alcançadas em cada atividade, considerando o número total de avaliações por indivíduo, dados estes apresentados no gráfico A da figura 1.

Dos indivíduos avaliados 2,78% registraram uma pontuação de 28, enquanto outros 5,56% conseguiram atingir 31, evidenciando uma progressão gradual nas habilidades funcionais. A pontuação de 32 foi alcançada por 16,67% dos participantes, indicando um nível de funcionalidade intermediário. Em contraste, 2,78% dos pacientes conseguiram 34, demonstrando um avanço considerável em relação aos que obtiveram pontuações mais baixas. A maioria dos avaliados, correspondendo a 63,89%, alcançou a pontuação máxima de 35, o que sugere uma significativa recuperação funcional entre os pacientes. Um fator relevante é que embora 63,89% dos pacientes tenham alcançado a pontuação máxima na escala, que indica uma recuperação positiva, aqueles que permaneceram mais tempo na enfermaria enfrentam mais desafios em sua reabilitação.

No que se refere à funcionalidade, grande parte dos avaliados apresentaram declínio funcional, corroborando com a literatura, a qual avaliou a funcionalidade com a escala FSS-ICU), utilizada em ambulatórios evidenciou-se o declínio funcional. Esses achados podem ser justificados pelo fato de os 17 pacientes hospitalizados estarem restritos ou parcialmente restritos ao leito, fazendo uso de sedativos e por doenças que geram diminuição da independência funcional, correlacionando com os achados presente neste estudo (SANTOS FC. KAWASAKI K; MARTINS GS; BORGES EM DIAS LB,2017,2005,2015,2015,2017).

A escala Intensive Care Unit Mobility Scale (IMS), que é utilizada para avaliar o grau de suporte necessário para que os pacientes possam realizar atividades de mobilidade. Foram realizadas 35 avaliações dos 18 pacientes, das quais 3 alcançaram o grau 8, indicando que esses pacientes precisavam de assistência moderada para se locomover. Além disso, 32 das avaliações atingiram o grau 10, o que demonstra que esses pacientes conseguiram realizar uma deambulação de forma independente.

A mobilidade, por sua vez, possivelmente também foi influenciada pelo tempo de internação. Um total de 35 avaliações dos 18 pacientes atingiu o grau 10 na escala de mobilidade, o que sugere que a capacidade de se movimentar permaneceu a mesma durante as avaliações.

Isso pode ser explicado pelo fato desses pacientes estarem sendo acompanhados pela fisioterapia, e como consequência dos movimentos ativos realizados tiveram alta com a capacidade ativa de deambular. Um estudo realizado em um hospital universitário da cidade de Canoas – RS, avaliou 90 pacientes, que receberam tratamento fisioterapêutico convencional composto por fisioterapia motora individualizada, planejada de acordo com a necessidade dos pacientes, duas a três vezes por dia durante toda a internação. Os pesquisadores concluíram que a maioria dos pacientes avaliados recebeu alta hospitalar com algum grau de comprometimento funcional, porém, com melhora no momento da alta hospitalar, quando comparada à admissão e alta hospitalar. Houve também, melhora significativa na mobilidade, equilíbrio e capacidade funcional (SANTOS, LJ dos et al, 2017). Essa pesquisa corrobora com nossos achados, pois, os participantes do presente estudo também apresentaram melhores níveis de mobilidade no momento da avaliação funcional final quando comparada à avaliação inicial.

O gráfico A da figura 3 apresenta os resultados do teste Timed Up and Go (TUG), que é utilizado para avaliar o risco de quedas dos pacientes, 36 avaliações, dos 18 indivíduos avaliados 13,89% obtiveram pontuações inferiores a 10 segundos, o que indica um baixo risco de quedas. Essa categoria sugere que esses pacientes possuem um bom nível de mobilidade e independência nas suas atividades diárias. Nesse teste 13,89% dos avaliados completaram o teste em menos de 10 segundos, o que indica um baixo risco de quedas, especialmente entre aqueles que foram liberados. (COSTA, 2022)

Por outro lado, a maioria dos participantes, correspondente a 63,89%, alcançou pontuações que variaram entre 10 e 20 segundos. Essa faixa de tempo é considerada indicativa de um moderado risco de queda, o que sugere que esses pacientes podem

necessitar de alguma assistência em suas atividades, principalmente em situações que exigem mobilidade rápida ou mudanças de direção (COSTA,2022).

Além disso, 22,22% dos avaliados apresentaram tempos superiores a 20 segundos, o que indica um alto risco de quedas. Esses pacientes, que levaram mais tempo para completar o teste, enfrentam desafios significativos em termos de mobilidade e, conseqüentemente, estão mais suscetíveis a acidentes e quedas. (COSTA,2022)

Conforme Silva et al (2011) que o risco de quedas pode ainda estar relacionado com a prática de atividades físicas, ou seja, a internação juntamente com o sedentarismo tornam as chances desse aumento do risco de quedas mais provável, segundo seu estudo obtendo uma porcentagem de 52% de idosas avaliadas caíram, mostrando uma diferença significativa diante o exposto, fortalecendo a ideia de que a restrição ao leito sem orientações adequadas, pode afetar a funcionalidade, como também outros aspectos.

Os índices de alterações pelo tempo de internamento da capacidade funcional, força, percentual de gordura e de massa foram determinados pela circunferência da panturrilha, questionário SARC-F, Dobras Cutâneas e Teste de Sentar e Levantar 5 vezes (TSL5x), com um total de 18 pacientes avaliados no mês de setembro, sendo 7 com uma avaliação e possuíam em média um tempo de internamento inferior a duas semanas e 11 pacientes com duas avaliações e 72% deles com um tempo de admissão até o dia da última avaliação de mais de duas semanas. Dos 18 pacientes que responderam ao questionário SARC-F, 16% (maioria idosos) apresentaram uma pontuação maior que 4 no questionário, podendo ser analisado na figura 6, que corresponde a uma força muscular diminuída e assistência para atividades rotineiras, que é mostrado em alguns estudos como um teste feito em adultos com o objetivo de determinar sarcopenia a longo prazo, porém, é mais usado para detecção desse risco em idosos (SOUZA et al., 2020). Estudos realizados por Souza et al, em 2020, com adultos internados verificou que 41% da amostra tinha sinais sugestivos de sarcopenia segundo esse questionário. Já em outro estudo realizado em idosos (mais de 60 anos) por Pita et al, em 2023, mostrou um risco de sarcopenia em 53%. Com isso, esses

artigos estão em concordância com os resultados encontrados, mostrando que esse risco se faz mais presente em idosos pela aplicação desse questionário.

Por conseguinte, a avaliação da Circunferência da Panturrilha (CP) nos pacientes com apenas uma avaliação mostrou que 42% apresentaram capacidade preditiva de massa muscular diminuída na panturrilha (pontos de corte: 34 centímetros para homens e 33 centímetros para mulheres), destes, a maioria tinha mais de 60 anos. Ademais, as mudanças avaliadas nos pacientes com mais de uma avaliação foram uma diminuição da circunferência da panturrilha em 50% dos pacientes com mais de 60 anos e 85% dos pacientes com menos de 60 anos, como podem ser vistos na tabela 3. Esses dados estão em concordância com o estudo de Silva et al, 2016, que mostrou uma depleção da massa muscular nos pacientes ao avaliarem a Circunferência da Panturrilha. Com isso, essa medida antropométrica se mostra uma boa forma de determinar redução de massa muscular, também sendo descrita assim por Norheim em 2018.

Outro teste para mensurar força, risco de sarcopenia e capacidade funcional foi o Teste de Sentar e Levantar 5 vezes. Todos os 18 pacientes apresentaram desempenho ruim nesse teste, ou seja, com um tempo maior que 13 segundos (PINHEIRO et al.,2016). Além disso, segundo Goldberg e colaboradores em 2012, é considerado uma melhora ou piora significativa no teste uma mudança de 2,5 segundos. Em vista disso, dos pacientes com mais de duas avaliações e um tempo maior de internamento, 54% tiveram uma melhora significativa, porém 33% (todos mais de 60 anos) continuaram com o escore de desempenho baixo no teste e 27% tiveram uma piora significativa e permaneceram com o escore baixo, todos com menos de 60 anos. Esses dados que mostraram uma piora podem ser explicados por Santos e colaboradores, em 2016, afirmando que existe uma redução de força muscular em 30% em 7 dias de internamento e 20% de perda adicional de força de resistência a cada semana.

Outrossim, os índices de percentual de gordura foram determinados pelas Dobras cutâneas (protocolo de Pollock de 3 dobras), que é usado para quantificar gordura corporal e distribuição da adiposidade. Dos pacientes com apenas uma avaliação, 71% apresentaram percentual de gordura elevado, que vai de encontro a um estudo feito por Portero et al, em 2010, que mostrou uma elevada prevalência de pacientes com sobrepeso e obesidade independente do gênero e tempo de internamento. Além disso, dos pacientes com mais de duas avaliações e maior tempo de internamento, 72% apresentaram uma diminuição gradual dos índices de gordura e 27% um aumento. Nos índices de massa magra, 36% dos pacientes tiveram redução, 54% aumento e apenas 9% não apresentaram mudanças nesse período, sendo esses dados citados na tabela 4. Em um estudo realizado por Medeiros e colaboradores em um hospital universitário da Paraíba em 2023, mostrou o contrário, pois a maioria não teve perda de gordura subcutânea (52%), mas tiveram perda de massa muscular (52%). Outro estudo feito por Souza et al, 2023, mostrou que 53% dos pacientes internados tiveram perda de gordura e reserva muscular leve e 32% perda de gordura moderada e reserva muscular. Com isso, é possível observar que há uma instabilidade em relação à composição corporal de pacientes internados, pois depende de muitos fatores como a dieta do paciente e os agravos de sua patologia.

Dos indivíduos avaliados, cerca de 72,22% dos pacientes foram liberados devido à melhoria de suas condições clínicas ao longo da internação, o que demonstra a eficácia das intervenções realizadas. E, 5,56% dos pacientes faleceram, refletindo os desafios enfrentados em um ambiente hospitalar. Outros 5,56% foram colocados em isolamento, possivelmente devido a infecções ou precauções necessárias para proteger a saúde dos demais. 11,11% dos pacientes foram transferidos para outras unidades de tratamento, o que pode indicar uma necessidade de cuidados mais especializados ou um ambiente menos intenso. Os outros 5,56% dos pacientes ainda permanecem internados, indicando que suas condições exigem monitoramento contínuo e suporte. Essas informações são cruciais para compreender a dinâmica do atendimento e os desfechos clínicos dos pacientes ao longo do período analisado. No geral, 72,22% dos avaliados receberam alta, o que demonstra a eficácia das intervenções realizadas pelos profissionais na enfermaria. Contudo, 5,56% faleceram

e outros foram isolados ou transferidos, destacando as dificuldades enfrentadas por aqueles com o tempo de internamento mais longo. Com essa compreensão, é possível adaptar as abordagens de tratamento, promovendo uma recuperação mais efetiva e segura para todos os pacientes.

## **CONCLUSÃO**

A internação hospitalar representa um período de desafios significativos para a funcionalidade e a força dos pacientes nas enfermarias. Durante esse tempo, muitos pacientes enfrentam a perda de mobilidade e a diminuição da força muscular, fatores que podem impactar negativamente sua recuperação e qualidade de vida. Os resultados deste estudo foram fundamentais para evidenciar a possível influência do tempo de internamento nestes aspectos, ressaltando a necessidade de intervenções precoces e eficazes.

A aplicação de escalas como a de Waterlow é importante para detecção precoce de risco de lesões por pressão e para que sejam implementadas medidas de cuidados com o paciente o quanto antes a fim de prevenir essas lesões. Isso gera menos complicações ao paciente, promovendo um cuidado mais seguro e beneficia também a Instituição, diminuindo o tempo de internamento e os custos com o paciente.

Esses resultados não apenas enfatizam a importância do monitoramento contínuo durante a internação, mas também abrem novas possibilidades para pesquisas futuras. Com base nos achados obtidos, novas investigações podem ser direcionadas para explorar intervenções específicas que visem minimizar os efeitos adversos da internação prolongada. Assim, podemos aprimorar as práticas clínicas e otimizar o processo de recuperação dos pacientes, promovendo uma abordagem mais holística e centrada no paciente.

Na literatura não existem instrumentos específicos para o paciente internado em enfermaria e o uso das escalas FSS e IMS para este público ainda necessita de mais estudos, com amostras maiores, devido essas escalas terem sido criados para pacientes críticos, que possuem comprometimentos diferentes de pacientes de enfermarias. Este estudo teve como limitação a amostra pequena devido a maioria

dos internados do hospital possuírem comprometimentos na deambulação, por serem pacientes em isolamento de contato que não se enquadram nos critérios de inclusão.

A partir desses achados, é possível identificar a importância da avaliação e intervenção da equipe multiprofissional, ajudando os profissionais a ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário. A progressão dos exercícios, por exemplo, pode ser adaptada com base nas respostas dos pacientes, garantindo que cada um receba o nível adequado de suporte durante sua recuperação.

Para a realização desse estudo foram encontradas limitações como a colaboração dos pacientes para participação da avaliação, tempo curto para pesquisa e o número restrito de pacientes. Porém, vale ressaltar a importância da avaliação e acompanhamento multiprofissional nos cuidados com o paciente, dando ênfase na participação de um Profissional de Educação Física no ambiente hospitalar, tendo em vista que não é uma realidade que se faz presente nesse local. Portanto, torna-se evidente que mais estudos são necessários para a comprovação dos dados apresentados.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelo Souza. Avaliação da mobilidade e funcionalidade de indivíduos submetidos à hospitalização: estudo observacional. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/51335/1/AvaliacaoMobilidadeFuncionalidade\\_Araujo\\_2023.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/51335/1/AvaliacaoMobilidadeFuncionalidade_Araujo_2023.pdf). Acesso em: 06 abr. 2024

BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.; ABE, Lígia Mayumi. Análise e comparação dos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Saúde Supletiva (SS) e países selecionados. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, v. 17, n. 203, p. 2-14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/34406/33072>. Acesso em: 06 abr. 2024.

BORGHARDT, Andressa Tomazini et al. Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados. Revista brasileira de enfermagem, v. 69, p. 460-467, 2016. Disponível em: DOI: 10.1590/0034-7167.2016690307i. Acesso em: 15 set. 2024

CAMPOS, Maria Isabela Xavier et al. Fatores associados ao diagnóstico de sarcopenia em idosos internados em um hospital público de Pernambuco. Brazilian journal of Development, v. 6, n. 5, p. 23110-23126, 2020. Disponível em: DOI: 10.34117/bjdv6n5-024 Acesso em: 07 abril.2024.

CARDOSO, Elizângela Ferreira et al. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 11, n. 3, 2017. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/s3wv66lvtbb6zd5gougomjfg3e/access/wayback/http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/download/4183/2367>. Acesso em: 15 set.2024

CARVALHO, Emília Campos de; OLIVEIRA-KUMAKURA, Ana Railka de Souza; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Clinical reasoning in nursing:

teaching strategies and assessment tools. Revista brasileira de enfermagem, v. 70, p. 662-668, 2017. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>. Acesso em: 06 abr. 2024.

CAVALHEIRO, Aretusa et al. Avaliação Fisioterapêutica Hospitalar Revisão de Literatura. Hospital physiotherapeutic assessment: literature review. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/avaliacao-fisioterapeutica-hospitalar-revisao-de-literatura/> Acesso em: 18 de abr. 2024.

DA SILVA, Patrícia Nunes; FERREIRA, Lúcia Aparecida. Percepção dos pacientes sobre a internação hospitalar em diferentes clínicas: uma revisão integrativa  
Perception of patients about hospitalization in different clinics: an integrative review  
Percepción de los pacientes acerca de la hospitalización en diferentes clínicas: una revisión integradora. Disponível em: DOI: 10.18554/refacs.v9i0.4315. Acesso em: 06 abr. 2024

DE CARVALHO, Delvandio Oliveira et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. Revista interdisciplinar, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015. Disponível em: [https://uninovafapi.emnuvens.com.br/revinter/article/view/680/pdf\\_237](https://uninovafapi.emnuvens.com.br/revinter/article/view/680/pdf_237). Acesso em: 06 abr. 2024

DE MENEZES, Rayane Amorim da Silva; SÁ, Hylla Caroline Dávila; MELO, Raimunda Suely Batista. Investigação da sarcopenia secundária em pacientes hospitalizados. RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 18, n. 112, p. 91-103, 2024. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/2343/1415>. Acesso em: 07 abr. 2024

DE MEDEIROS, Natália Ferreira Palla et al. Perfil nutricional dos pacientes internados em um hospital universitário da Paraíba. BRASPEN Journal, v. 36, n. 1, p. 45-51, 2023. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2021.36.1.06>. Acesso em: 29 de set. 2024

KULLBERG, Anna et al. Information exchange in oncological inpatient care—Patient satisfaction, participation, and safety. European Journal of Oncology Nursing, v. 19, n. 2, p. 142-147, 2015. Disponível em: DOI: 10.1016/j.ejon.2014.10.005. Acesso em: 07 abr. 2024

LIU, Tao; KIWAK, Eliza; TINETTI, Mary E. Perceptions of hospital-dependent patients on their needs for hospitalization. *Journal of hospital medicine*, v. 12, n. 6, p. 450-453, 2017. Disponível em: DOI: 10.12788/jhm.2756. Acesso em: 07 abr. 2024

OLIVEIRA, Caroline, et al. Atenção integral ao paciente crítico: Conduas, práticas e reflexões. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*. 2023. Disponível em: file:///C:/Users/Silvia/Downloads/Atencao\_integral\_ao\_paciente\_critico\_condutas\_praticas.pdf Acesso em: 18 de abril. 2024

PARRA, Bruna Fernanda Camargo Silva. SARCPRO: Proposta de protocolo para sarcopenia em pacientes internados. São Paulo-SP. n.1, p. 58-63, 2019. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/63e15f25a9539546144038a2/pdf/braspen-34-1-58.pdf>. Acesso em: 15 de mar. 2024

PIEXAK, Diéssica Roggia et al. Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes/Nursing care in surgical inpatient unit: perception of patients/Cuidados de enfermería en unidad de internación quirúrgica: percepción de los pacientes. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 1, p. 3624, 2016. Disponível em: DOI: 10.9789/2175-5361. 2016.v8i1.3624-3632. Acesso em: 07 abr. 2024

PROTO, Diulia Silva Araújo; PEREZ, Iara Maria Pires. FATORES DE RISCO QUE FAVORECEM O SURGIMENTO E DIFICULTAM O TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS. *Revista Saúde Dos Vales*, v. 6, n. 1, 2023. Disponível em: <http://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/download/1810/2907>. Acesso em: 26 abr. 2024

ROCHA, Alessandra Bongiovani Lima; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, p. 143-150, 2007. Disponível em: DOI: 10.1590/S0103-21002007000200006. Acesso em: 07 abr. 2024

SANTOS, Juliana Simonelly Felix dos. Avaliação do Estado Funcional do Paciente Internado e Correlação entre Instrumentos de Avaliação Funcional. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/34031>. Acesso em: 29 de set. 2024.

SOUSA, Rayra Aguiar et al. Impactos da internação no estado nutricional de pacientes renais crônicos dialíticos. Revista Saúde, Ambiente, Sustentabilidade & Tecnologia, p. 109-119, 2023. Disponível em: <https://sastec.cest.edu.br/index.php/revista/article/view/64>. Acesso em: 29 de set.2024

TELES, Maria Josiene Menezes. Construção e validação de checklist sobre fatores de risco para lesão por pressão. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Sergipe, Sergipe. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/11981/2/MARIA JOSIENE MENEZES TELES.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2024

VALENTE, Fagner Laviola et al. Exame físico no domínio da enfermagem: Revisão integrativa da literatura. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, v. 3, n. 3, p. 1074, 2018. Disponível em: DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(3\).1181](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(3).1181). Acesso em: 07 abr. 2024

VIDA, Alyssa Ellen Peixoto et al. A perspectiva dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva acerca da assistência fisioterapêutica. Bahia- BA. v. 10, n.9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17892/16069>. Acesso em: 15 de mar. de 2024

XAVIER, Lucélia Ferreira et al. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de JI-Paraná, Rondônia, Brasil. Nursing (Ed. bras., Impr.), p. 2110-2113, 2018. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/907892/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-o-conhecimento-de-e\\_PqdeTWD.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/907892/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-o-conhecimento-de-e_PqdeTWD.pdf). Acesso em: 07 de abr. 2024

COSTA, Ayane Silva da. Avaliação da capacidade funcional em indivíduos internados utilizando o teste Time Up and Go: Uma revisão de Literatura/ Ayane Silva Costa. - 2022

