

UNIVERSIDADE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO SETOR HOSPITALAR.**UNIVERSITY AND TRAINING IN HEALTH SECTOR IN HOSPITAL.**Bento MCC¹, Cardoso FEF², Torquato JA³

RESUMO: Introdução: Os hospitais públicos estaduais, visando à promoção da saúde, prevenção de doença, diagnóstico e tratamento precoce das enfermidades, permitem que as Universidades realizem o estágio prático em suas dependências, com o intuito acadêmico e assistencial aos seus pacientes. **Objetivo:** descrever o perfil dos pacientes atendidos pela universidade privada em dois hospitais públicos e mostrar esta inserção de estagiários em ambiente hospitalar. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, das fichas de registros preenchidas pelos estagiários, dos pacientes que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e enfermaria de Clínica Médica, no período de Fevereiro a Dezembro de 2009, em dois hospitais públicos localizados no estado de São Paulo, SP. Foram inclusos 117 pacientes na UTI, e 94 pacientes na enfermaria, totalizando 211 pacientes apenas as fichas do estágio supervisionado de fisioterapia foram analisadas, excluímos as evoluções dos profissionais de fisioterapia. **Resultados:** A faixa etária foi de 14 a 99 anos, com prevalência do sexo masculino. O diagnóstico principal de internação foi o Acidente Vascular Encefálico, seguido de Insuficiência Cardíaca Congestiva na UTI e pneumonias na Clínica Médica. A cinesioterapia foi o recurso mais utilizado pela Fisioterapia nos pacientes de enfermaria e na UTI, prevaleceram as técnicas respiratórias. A mortalidade foi de 25% da amostra. O estagiário vivenciou na prática as rotinas hospitalares das condutas fisioterápicas com o paciente e da interação com a equipe interdisciplinar. **Conclusão:** Os Hospitais mostraram-se um campo fundamental de aprendizado prático responsável pela formação humana e profissional dos acadêmicos e estabelece uma relação mútua de respeito entre profissionais assistenciais da área da saúde e o estagiário.

DESCRITORES: Hospitalização; Pacientes Internados; Unidade de Terapia Intensiva; Estágio Clínico, Serviço Hospitalar de Fisioterapia.

ABSTRACT: Introduction: The state public hospitals, aimed at health promotion disease prevention, early diagnosis and treatment of diseases, allow universities to undertake practical training at their facilities in order and academic assistance to their patients. **Objective:** To describe the profile of patients seen by private university in two public hospitals and show that insertion of interns in hospitals. **Methods:** Cross-sectional, retrospective records of chips filled by interns, patients who were admitted to the Intensive Care Unit (ICU) and adult ward Medical Clinic, from February to December 2009, in two public hospitals in state of São Paulo, SP. We included 117 patients in the ICU and 94 patients in the ward, totaling 211 patients only plugs of supervised physical therapy were analyzed, we excluded the evolutions of the physical therapists. **Results:** The age range was 14-99 years, with a prevalence of males. The main cause of hospitalization was cerebrovascular accident, followed by congestive heart failure and pneumonia in ICU Medical Clinic. The Kinesiotherapy was the most used resource for physiotherapy in patients ward and ICU, breathing techniques prevailed. Mortality was 25% of the sample. The intern experienced in practicing the hospital routine chest physical therapy with the patient and the interaction with the interdisciplinary team. **Conclusion:** Hospitals showed up a field of learning fundamental practice responsible for human and professional education of students and establishes a relationship of mutual respect between healthcare professionals in the health area and the trainee.

DESCRIPTORS: Hospitalization; Inpatients; Intensive care unit; Clinical Clerkship; Physical Therapy Department, Hospital.

¹ Maria Cristiane da Costa Bento – Pós graduando em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL).

² Fernanda Eugenia Fernandes Cardoso – Mestre em engenharia biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes, Especialista em Fisioterapia Intensiva e docente do curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo-SP, Brasil.

³ Jamili Anbar Torquato – Docente Supervisora de Estágio do Curso de Fisioterapia e Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória e Hospitalar da Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), Doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina de São Paulo – FMUSP
Instituição: Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL); Departamento: Centro de Ciências Biológicas e Saúde (CCBS); Curso: Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

Os indivíduos que procuram as redes públicas de saúde buscam nestes centros especializados, diagnóstico para as doenças agudas ou crônicas, acompanhamento, internação, exames e cirurgias visando à promoção da saúde ou o tratamento da doença. Os Hospitais públicos e estaduais vêm se destacando como um espaço com recursos tecnológicos de maior complexidade e de recursos humanos mais especializados para atender esta crescente demanda populacional por saúde nas redes públicas hospitalares¹. As mudanças epidemiológicas e demográficas ocorridas com a evolução social têm determinado novas exigências no setor da saúde e em particular no setor hospitalar, e o sistema público está se reestruturando para promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar e tratar precocemente as enfermidades e as incapacidades associadas².

Os Hospitais Públicos buscam atender as necessidades crescentes da população por um sistema de saúde que possa suprir esta demanda no atendimento hospitalar em diversas especialidades com qualidade nos atendimentos prestados e conta com recursos materiais e humanos especializados para prestar assistência à população. Dentre os profissionais qualificados da saúde estão os fisioterapeutas, envolvidos com a assistência ao paciente e com ensino e pesquisa, por haver nestes hospitais uma parceria com as universidades, proporcionando aos graduandos da área da saúde estágios supervisionados em todos os setores de atendimento hospitalar^{3, 4, 5}.

As Universidades privadas ou públicas proporcionam embasamento teórico e prático durante a graduação, sendo essencial para a formação de um profissional o estágio prático que acrescenta ao conteúdo intelectual do graduando a vivência, a experiência das rotinas hospitalares, as normas e condutas para cada paciente e o convívio com uma equipe interdisciplinar, preparando o estagiário para o mercado de trabalho competitivo. Os hospitais públicos estaduais permitem que o estágio seja feito em suas dependências, com o intuito assistencial aos seus pacientes, visando à qualidade e compromisso com a aprendizagem, oferecendo todo material humano e recursos disponíveis para concretização do aprendizado.

Neste ambiente de hospital e universidade foi descrito nesta pesquisa as rotinas do atendimento fisioterápico dos estagiários junto aos pacientes de Hospitais públicos estaduais, visando conhecer o perfil dos pacientes de UTI e Clínica Médica, as doenças mais fre-

quentes, os dispositivos respiratórios mais utilizados como as traqueostomias ou tubo oro traqueal. Em relação à ventilação mecânica verificar o modo ventilatório mais utilizado, os procedimentos e recursos de fisioterapia respiratória e motora realizados pelos estagiários e o desfecho clínico destes pacientes durante o período estudado.

OBJETIVO

Descrever o perfil dos pacientes atendidos pela universidade privada em dois hospitais públicos e mostrar esta inserção de estagiários em ambiente hospitalar.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, retrospectivo, em dois Hospitais Públicos do Estado de São Paulo, que sediam áreas de estágio, um hospital esta localizado na região oeste da cidade de São Paulo, sedia o estágio na área de Clínica Médica e outro localizado em uma cidade da grande São Paulo, sediando o estágio de UTI adulto do curso de fisioterapia.

O Hospital Público localizado em um município do estado de São Paulo possui 240 leitos, o fisioterapeuta atua nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, sendo responsável por 20 leitos na enfermaria e 10 leitos na UTI. A carga horária do fisioterapeuta é de 6 horas semanais, dividido em dois períodos, manhã e tarde, e são contratados cinco fisioterapeutas para suprir as necessidades do hospital. As áreas disponibilizadas para os estagiários das Universidades são as áreas de Clínica Médica e UTI Adulto.

O Hospital Público localizado na cidade de São Paulo possui 860 leitos, são contratados 25 fisioterapeutas para suprir as necessidades do ambulatório e enfermarias. O serviço de Fisioterapia tem atuação nas áreas de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, no Departamento do Aparelho Respiratório, UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica. Em relação à carga horária prestada pelo serviço de Fisioterapia são de 12 horas diárias, incluindo os finais de semana.

A UTI Adulto tem um fisioterapeuta para cada 10 leitos, e nas enfermarias o critério para o atendimento é feito mediante a solicitação médica, devido ao pequeno número de profissionais contratados pelo o hospital. As áreas disponibilizadas para estágios são da Clínica Médica, UTI Pediátrica e Enfermaria Pediátrica e Onco-pediatria. Na enfermaria deste hospital, encontravam-se pacientes traqueostomizados dependentes de ventila-

ção mecânica invasiva, que mantinham um quadro estável hemodinamicamente.

A amostra foi composta pelas fichas de avaliação e evolução do estágio de fisioterapia de Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva destes dois hospitais públicos, dos pacientes que foram atendidos pelos estagiários dos 7º e 8º semestres do curso de fisioterapia de uma universidade privada da Zona Leste da cidade de São Paulo, no período de Fevereiro a Dezembro de 2009.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade Cruzeiro do Sul, protocolo nº 011/2010 iniciou-se a coleta de dados das fichas de registro dos pacientes que foram atendidos pelos estagiários em dois hospitais públicos durante o período de fevereiro a dezembro de 2009.

Por meio das informações deste instrumento de coleta de dados foram analisadas as variáveis como o número de pacientes atendidos por área de estágio durante o período da pesquisa, número de atendimentos realizados, doença mais frequente em cada área de estágio, suporte ventilatório mais utilizado, a prevalência de atendimento por gênero, idade, data de admissão, data de avaliação, desfecho do paciente, origem da disfunção, diagnóstico clínico, diagnóstico fisioterapêutico, estado civil, doenças associadas, recursos e técnicas, dispositivos respiratórios e/ou aditamentos, dispositivos gerais, oxigenioterapia, FiO_2 , ventilação mecânica invasiva, modo ventilatório, desmame, números de sessões de fisioterapia e aspiração traqueal. Estes dados estão contidos na ficha de avaliação e evolução utilizada no estágio supervisionado.

Para análise dos dados foi utilizado o Microsoft Office Excel 97-2003, sendo realizada uma análise descritiva das variáveis qualitativas por meio de frequências relativa e absoluta e para as variáveis quantitativas, soma, medidas de dispersão e de tendência central.

RESULTADOS

Segundo dados das fichas de registro dos pacientes, foram cadastrados 94 pacientes internados na Clínica Médica e 117 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. A faixa etária dos pacientes atendidos na UTI Adulto variou entre 14 a 97 anos (média de $56,82 \pm 18,58$), com predominância do sexo masculino 57%, quanto ao estado civil 39 eram casados, 9 solteiros, 8 viúvos, 5 divorciados, e 56 não informaram no prontuário. Na Clínica Médica, a faixa etária variou entre 20 a 99 anos (média de $70,97 \pm 15,91$), com

predominância do sexo masculino em 51% da amostra, quanto ao estado civil 60 eram casados, 13 viúvos, 10 solteiros, seis divorciados e cinco pacientes não informaram.

A Tabela 1 mostra as Doenças mais frequentes na UTI e Clínica Médica, dos Hospitais Públicos incluídos nesta pesquisa. Em uma análise das doenças o Acidente Vascular Encefálico (AVE) foi a doença de maior frequência nos pacientes atendidos nestes dois setores hospitalares. Na Clínica Médica outras doenças foram de alta incidência como a Pneumonia Nosocomial, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Pneumonias Comunitárias e Doenças Pulmonares Crônicas (DPOC) e no setor da UTI, foram a ICC, DPOC, Infarto Agudo do Miocárdio e Pneumonias Comunitárias. Nesta tabela as porcentagens dos pacientes da clínica médica são em relação às morbidades, alguns pacientes apresentavam mais de uma morbidade associada.

Tabela 1 – Doenças mais frequentes na UTI e Clínica Médica nos dois hospitais públicos estaduais. São Paulo, 2009.

Doenças	Clínica Médica		UTI	
	94 pacientes		117 pacientes	
	N	%	N	%
AVE	27	28,72	16	13,67
TCE	8	8,51	4	3,41
Fraturas	1	1,06	2	1,70
LMT	-		2	1,70
LMNT	1	1,06	-	
PFP	-		1	0,85
Paralisia Cerebral	2	2,12	1	0,85
Pneumonia Nosocômial	15	15,95	2	1,70
Pneumonia Comunitária	9	9,57	9	7,69
DPOC	9	9,57	13	11,11
Asma	1	1,06	1	0,85
Tuberculose	-		1	0,85
Insuficiência Renal Crônica	8	8,51	6	5,12
Insuficiência Renal Aguda	4	4,25	5	4,27
ICC	11	11,70	15	12,82
IAM	6	6,38	10	8,54
Fibrilação Atrial	1	1,06	1	0,85
Cardiopatia Congênita	1	1,06	1	0,85
Climatério	1	1,06	1	0,85
Parkinson	6	6,38	-	
Esclerose Lateral Amiotrófica	-		1	0,85
Miastenias Gravis	3	3,19	-	
Distrofias Musculares	-		1	0,85
Mielomeningocele	-		1	0,85
Artrite Reumatoide	4	4,25	-	
Osteoartrose	3	3,19	-	
Artrogripose Múltipla Congênita	2	2,12	-	
Síndrome Dolorosa Miofacial	1	1,06	-	
Hepatopatias	3	3,19	2	1,70
Neoplasias	5	5,31	5	4,27
Síndromes	4	4,25	2	1,70
HIV	-		2	1,70
Obesidade	-		2	1,70
TOTAL	136		117	

Fonte: Ficha de Registro da Universidade Cruzeiro do Sul

Nota: Os pacientes tinham mais que um diagnóstico clínico.

Abreviaturas: AVE Acidente Vascular Encefálico, TCE Traumatismo Crânio Encefálico, LMT Lesão Medular Traumática, LMNT Lesão Medular Não traumática, PFP Paralisia Facial Periférica, DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, ICC Insuficiência Cardíaca Congestiva, IAM Infarto Agudo do Miocárdio, UTI Unidade de Terapia Intensiva

Algumas complicações foram mostradas na Tabela 2 como dado significativo na Clínica Médica, entre elas a infecção do trato urinário e feridas abertas, e na UTI foram Edema Agudo Pulmonar e Parada Cardiorrespiratória.

Tabela 2 – Complicações mais frequentes na UTI e Clínica Médica nos hospitais públicos estaduais. São Paulo, 2009.

Complicações	Clínica Médica		UTI	
	94 pacientes		117 pacientes	
	N	%	N	%
Derrame Pleural	1	1,06	3	2,56
Atelectasia	1	1,06	-	
Broncoespasmo	1	1,06	1	0,85
Pneumotórax	-		2	1,70
Edema Agudo Pulmonar	-		10	8,54
Sepse	3	3,19	-	
Feridas Abertas	6	6,38	-	
Infecção do Trato Urinário	15	15,95	3	2,56
Parada Cardiorrespiratória	-		8	6,83
Amputações	4	4,25	-	

Fonte: Ficha de Registro da Universidade Cruzeiro do Sul.

Abreviações: n números, % porcentagem

A Tabela 3 refere-se aos fatores de risco associados da amostra estudada e mostram dados preocupantes quanto ao etilismo e tabagismo elevado. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes também foram encontrados em grande parte da amostra.

Tabela 3 – Fatores de risco associados mais frequentes na UTI e Clínica Médica nos hospitais públicos estaduais. São Paulo, 2009.

Fatores de Risco	Clínica Médica		UTI	
	94 pacientes		117 pacientes	
	N	%	N	%
Tabagista	22	23,40	18	15,38
Etilista	13	13,82	6	5,12
Doenças Associadas				
Hipertensão Arterial Sistêmica	56	59,57	31	26,49
Diabetes	24	25,53	27	23,07

Fonte: Ficha de Registro da Universidade Cruzeiro do Sul

Abreviações: n números, % porcentagem

Na UTI, dos 117 pacientes, 66 (56,41%) faziam uso de algum tipo de dispositivo respiratório, 65 (55,55%)

eram dependentes de Ventilação Mecânica Invasiva e apenas um paciente traqueostomizado estava em nebulização com oxigênio.

O modo ventilatório mais utilizado foi o da Ventilação Controlada por Pressão (VPC) em 58 (49,47%) dos pacientes, e 2(1,70%) desses estavam traqueostomizados. Para iniciar o desmame, a modalidade de Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) foi a de maior escolha em 16 (13,67%) pacientes, a técnica de Tubo T em 6 (5,12%) pacientes, a modalidade Pressão Suporte (PSV) em 1(0,85%) paciente, totalizando 23(19,65%) pacientes extubados com sucesso, pelos alunos do estagio supervisionado, as outras 35(29,91%) extubações foram realizadas pela equipe de fisioterapia

dos Hospitais. A aspiração traqueal, a de cânula oro traqueal, ou traqueostomia, de acordo com os dados retirados dos prontuários dos 117 pacientes, considerando apenas os procedimentos realizados pelos alunos totalizaram em 156 aspirações durante o período analisado, não foram analisado os procedimentos dos profissionais que prestam assistência aos pacientes .

Na tabela 4 estão os recursos de fisioterapia utilizados pelos alunos nos diferentes diagnósticos dos pacientes atendidos durante os estágios hospitalares, podemos observar o numero total de procedimentos relativos ao diagnostico clinico e o total de recursos utilizados considerando todos diagnósticos coletados das fichas de estágio.

Tabela 4 – Dados das fichas de estágio da distribuição dos Recursos fisioterápicos na Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo, 2009.

Diagnóstico	Cinesioterapia	Terapia Manual	Orientação	Técnicas Respiratórias	Treino Funcional	VNI	Incentivadores Respiratórios	TOTAL
	N	N	N	N	N	N	N	
AVE	14	2	-	13	3	2	-	34
ICC	11	-	-	15	-	2	1	29
DPOC	11	-	-	12	8	4	-	35
Pós Operatório	11	2	2	10	2	1	3	31
EAP	10	1	-	10	1	2	-	24
IAM	7	1	-	9	1	2	-	20
Pneumonia Comunitária	8	-	-	9	1	2	-	20
PCR	8	-	-	9	-	-	-	17
IRC	5	-	-	5	-	-	-	10
Neoplasia	5	-	-	-	5	1	1	12
TOTAL	90	6	2	92	21	16	5	

Abreviações: Acidente Vascular Encefálico (AVE); Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Edema Agudo de Pulmão (EAP); Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Parada Cardiorrespiratória (PCR); Insuficiência Renal Crônica (IRC). Ventilação Não Invasiva (VNI).

Segundo a ficha de registro, 51(43,58%) pacientes tiveram alta para enfermaria; 29(24,78%) continuavam internados; ocorreram 29(24,78%) óbitos, desses dois pacientes eram traqueostomizados; e 8(6,83%) pacientes transferidos para outro hospital do Estado de São Paulo. Dos que continuavam internados, 17 (14,52%) pacientes tinham menos que 60 anos de idade e 12(10,25%) pacientes tinham mais que 60 anos.

Dos 94 pacientes internados na Clínica Médica, 12(12,76%) estavam traqueostomizados, 7(7,44%) em uso contínuo de ventilação mecânica invasiva e 5(5,31%) em nebulização de Oxigênio.

Em relação ao modo ventilatório utilizado na enfermaria de Clínica Médica 4(4,25%) pacientes estavam

no modo VPC (Ventilação Controlada por Pressão) e 3(3,19%) pacientes no modo VCV (Ventilação Controlada por Volume).

Considerando as fichas dos 94 pacientes atendidos pelos estagiários, 72(76,59%) necessitavam de aspiração traqueal, na qual totalizou 128 procedimentos durante o período da pesquisa realizados pelos estagiários de fisioterapia com supervisão, não levamos em consideração os procedimentos realizados pelos profissionais da saúde que atuam no hospital, apenas os dados das fichas dos estágios foram considerados.

Na Tabela 5 estão os recursos de fisioterapia utilizados pelos alunos nos diferentes diagnósticos dos pacientes de Clínica Médica atendidos durante os está-

gios hospitalares, podemos observar o numero total de procedimentos relativos ao diagnostico clinico e o total

de recursos utilizados considerando todos diagnósticos coletados das fichas de estágio.

Tabela 5 – Dados das fichas de estágio da distribuição dos Recursos fisioterápicos na enfermaria de Clínica Medica. São Paulo, 2009.

Diagnóstico	Cinesioterapia	Mecanoterapia	Terapia Manual	Orientação	Técnicas Respiratórias	Treino Funcional	VNI	Incentivadores Respiratórios	TOTAL
	N	N	N	N	N	N	N	N	
AVE	27	1	9	2	16	7	2	1	65
ITU	15	1	8	2	10	7	-	1	44
Pneumonia Nosocomial	14	1	4	-	13	2	7	1	42
ICC	9	-	4	2	9	1	1	-	26
Pneumonia Comunitária	9	-	4	1	7	2	-	2	25
DPOC	8	-	-	2	7	4	1	1	23
TCE	8	-	-	1	6	2	2	-	19
IRC	6	1	-	-	6	1	-	-	14
IAM	6	-	4	-	3	2	-	1	16
Feridas Abertas	5	-	2	-	7	2	-	1	17
Parkinson	6	-	1	2	3	2	-	-	14
TOTAL	113	4	36	12	87	32	13	8	

Legenda: Acidente Vascular Encefálico (AVE); Infecção do Trato Urinário (ITU); Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); Insuficiência Renal Crônica (IRC); Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

De acordo com o desfecho na Clínica Médica, 53(56,38%) pacientes tiveram alta hospitalar, 24(25,53%) foram a óbito, desses 5(5,31%) eram pacientes traqueostomizados, 16(17,02%) transferidos para outro hospital do Estado de São Paulo, e somente um paciente continuava internado, sendo este com idade maior que 60 anos.

O desfecho total foi de 53(25,11%) óbitos, dos 211 pacientes do estudo divididos entre 117 pacientes de UTI e os 94 de Clínica Médica, destes óbitos 7(13,20%) eram traqueostomias e 46 (86,79%)Tubo orotraqueal.

Foram realizados 621 atendimentos de Fisioterapia Motora, 435 atendimentos de Fisioterapia Respiratória, totalizando em 1056 atendimentos de Fisioterapia pelos estagiários durante o período estudado.

DISCUSSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, as faixas etárias específicas para atendimento na UTI Adulto podem ser de pacientes maiores que 14 ou 18 anos de idade, dependendo das rotinas hospitalares internas, em alguns hospitais até 18 anos é internado na UTI pediátrica e em outros a partir de 14 anos já são atendidos em

UTI adulto. A equipe multidisciplinar de saúde que atende nas enfermarias e UTIs é composta por especialistas em diferentes áreas de atuação e a eles são atribuídas diversas funções, considerando a sua formação profissional, como número de leitos por profissionais, turnos de trabalho, prescrições, assistência e o fisioterapeuta fica na unidade em que está escalado, realiza fisioterapia respiratória e motora, ajuste de ventilador mecânico, extubação, reabilitação pulmonar⁴.

Com toda equipe especializada e os recursos disponíveis nos hospitais, a constante orientação sobre infecções, medicamentos, procedimentos e condutas profissionais, ainda é elevado o índice de mortalidade hospitalar. ⁶No presente estudo, consideramos alto o índice de mortalidade que foi de 53(25,11%), entre os 211 pacientes da amostra, destes óbitos 7(13,20%) eram traqueostomias e 46 (86,79%) Tubo oro traqueal.

Segundo Martin et al., a população idosa tem um custo mais elevado, este fator foi mostrado em seu estudo em relação às outras faixas etárias, na qual se constata que a garantia de assistência hospitalar a um idoso demanda mais recursos humanos, materiais, financeiros e tempos de atendimento, comparativamente

às necessidades provocadas por outros grupos etários². Na população idosa, há um maior número de internações de pessoas do sexo masculino até os 79 anos de idade, corroborando com nossos resultados em que a população internada na enfermaria era idosa com predomínio do sexo masculino, e na UTI, a média de idade dos pacientes era 56 anos de idade, prevalecendo o sexo masculino. Esta prevalência do sexo masculino pode ser explicada pelo fato das mulheres estarem sempre mais preocupadas com a saúde, procurando sempre prevenção e consultas médicas mais frequentes que os homens, este fato pode ser observado nos grupos de prevenção para terceira idade que tem em sua grande maioria mulheres participantes.

Nos últimos anos, o Acidente Vascular Encefálico tem sido identificado como a primeira causa de morte no Brasil e na presença de alguma complicação hospitalar, como Pneumonia e Infecção Urinária, pode resultar em aumento do tempo de internação ou óbito⁷. No nosso estudo, na UTI e na Clínica Médica, o AVE prevaleceu como diagnóstico mais frequente e o principal motivo do paciente estar internado, e no que refere-se as doenças associadas as mais frequentes foram a Pneumonia Nosocomial e a Infecção do Trato Urinário. Pires et al., mostraram que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o antecedente pessoal mais prevalente em 39% dos 120 pacientes incluídos na sua amostra, seguido de DPOC com 14%⁸. Nossa pesquisa encontrou dados semelhantes em relação à HAS que também prevaleceu em nossa amostra, seguido de doenças neurológicas na Clínica Médica e Diabete Mellitus na UTI. Alguns dados da Organização Mundial da Saúde relatam que no mundo existem cerca de 600 milhões de hipertensos e a hipertensão é o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial. Na população brasileira a incidência é de 30% chegando a mais de 50% na terceira idade⁹.

De acordo com Damasceno et al., o modo ventilatório mais utilizado em seus estudos foram o volume controlado, justificando seu uso para pacientes que apresentem alguma dificuldade para controlar a ventilação ou mesmo aqueles mais predispostos à fadiga muscular respiratória¹⁰. Em nossa amostra o modo ventilação com pressão controlada (PCV) foi a escolha na maioria dos pacientes em ambos ambientes hospitalares. A escolha do modo ventilatório volume controlado (VCV) ou ventilação com pressão controlada (PCV) favorecem as trocas gasosas e mecânica pulmonar, ambas reduzem o trabalho respiratório e são benéficas ao

paciente, necessitando de ajustes para cada situação, sendo portanto uma escolha e decisão da equipe sobre o modo ventilatório a ser utilizado¹¹.

O desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior à 24h¹². As técnicas realizadas para o desmame do ventilador caracterizado pelo que determina o menor tempo ventilatório do paciente, mostrou que a respiração espontânea com tubo T e a ventilação com pressão de suporte (PSV) foram superiores a SIMV, na qual a respiração espontânea com tubo T descontinuou e teve menor tempo médio de duração¹³. Verificou-se neste estudo, que o modo de desmame mais realizado dentro da Unidade de Terapia Intensiva, foi o modo SIMV realizados pelos estagiários de Fisioterapia, permitindo a participação mais ativa do paciente na ventilação mecânica, havendo um trabalho muscular respiratório parcial por parte do paciente.

O hospital está nas duas pontas da questão da formação: como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para gestão e para atenção – e ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na formação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação – técnica, de graduação e de pós-graduação. É importante para uma formação de qualidade que os estudantes especializados vivenciem inserção efetiva no trabalho em saúde em múltiplos cenários de produção de atenção à saúde¹⁴. Observou-se que ocorre uma interação entre a Universidade em ambos os hospitais citados, pois os graduandos de Fisioterapia adquirem conhecimento intelectual e tornam-se profissionais diferenciados no mercado de trabalho. Para os hospitais públicos estaduais, o pequeno número de profissionais contratados pelo próprio não consegue atenderem a grande demanda de pacientes internados, ocorrendo uma sobrecarga física e mental nesses profissionais, porém a integração da Universidade dentro do âmbito hospitalar contribui para assistência a população que necessita do serviço de Fisioterapia. Ambos os hospitais públicos contêm um pequeno número de fisioterapeutas contratados, na qual são responsáveis pelo atendimento de várias áreas hospitalares. Com a grande demanda de pacientes que internam todos os dias necessitando de uma equipe multidisciplinar, destacando-se os serviços de fisioterapia, o critério de atendimento muitas vezes é a solicitação médica dos pacientes que podem tem maior risco de complicações.

Há sobrecarga física e mental nesses profissionais da saúde, pela responsabilidade de atender praticamente o hospital inteiro, priorizando as intercorrências, principalmente nos finais de semana, quando o número de profissionais está reduzido. Neste cenário da saúde, a Universidade contribui de modo assistencial, na qual os universitários atendem e traçam uma conduta de acordo com o diagnóstico, prognóstico e evolução do paciente, promovendo melhor qualidade de atendimento e beneficiando o hospital público.

As limitações deste estudo foram de caráter retrospectivo, algumas variáveis sobre os outros atendimentos realizados por fisioterapeutas do hospital, não puderam ser consideradas, porque nestas evoluções, muitas vezes faltavam as informações necessárias ao estudo sobre estes atendimentos, para serem analisadas juntamente com as informações colhidas pelos estagiários nas fichas de avaliação preenchidas com os dados do prontuário do paciente.

Outra limitação foi que o estágio acontece em apenas um período do dia, o matutino, os demais períodos, tarde e noite e final de semana ficam para os fisioterapeutas prestarem assistência e evoluir. Estes dados, das evoluções destes profissionais, não foram colocados nesta pesquisa, porque muitas vezes os prontuários estavam incompletos, ou o paciente recebeu alta hospitalar, reforçando assim que não foi nosso objetivo verificar esta variável entre profissionais e estagiários.

Há poucos artigos que retratam a realidade dos estagiários ou residentes em Hospitais, mesmo sendo obrigatória o estágio e a residência pouco se pesquisa, sobre esta relação.

O estagiário ainda é um graduando e necessita de um professor supervisor, para as atividades práticas na área da saúde. Esta realidade requer muito treinamento do docente e da equipe de profissionais com o estagiário, que inserido em um ambiente onde há pacientes com diferentes doenças, familiares e profissionais, precisa ter seu desempenho na atividade assistencial compatível e adquirir confiança da família do paciente e da equipe para que possa realizar os procedimentos.

Este trabalho pode contribuir para a comunidade científica através de conhecimento da atuação de estágio nos hospitais que se preocupam com a qualidade dos atendimentos prestados e divulgar estes resultados valoriza este intercâmbio entre hospitais e universidades, fortalecendo esta relação entre ensino e aprendizagem que acontece em dois âmbitos, no campus das universidades em salas de aula e laboratórios e no campo

de estágio em hospitais, clínicas, centros de reabilitação e todos profissionais envolvidos precisam ter um convívio acadêmico e respeito mútuo com quem ainda está no início preparando-se para o mercado de trabalho.

Com a aquisição do conhecimento destas inúmeras contribuições referidas entre Universidades e Hospitais, amplia-se este campo que ainda necessita ser melhor compreendido e discutido por profissionais e acadêmicos, lembrando que todos profissionais foram um dia estagiários.

CONCLUSÃO

Os Hospitais são um campo fundamental de aprendizado prático, responsável pela formação humana e profissional dos acadêmicos estabelecendo uma relação mútua de respeito entre profissionais assistenciais da área da saúde e o estagiário.

REFERÊNCIAS

1. Mendes MFM, Freese E, Guimarães MJB. Núcleo de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004; 4(4): 435-47.
2. Martin GB, Júnior LC, Bastos YGL, Silva PV. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. *Epidemiol serv saúde.* 2006; 15(1): 59-65.
3. Jerry G. (coord). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *J bras pneumol.*, 2007;33(2): S142-50.
4. Critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Ministério da Saúde, portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. [capturado dia mês ano]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
5. Paiva SAR, Matai O, Resende NO, Campana AO. Análise de uma população de doentes atendidos em unidade de terapia intensiva – estudo observacional de sete anos (1992 – 1999). *Rev bras ter intensiva.* 2007; 14(2): 73-9.
6. Oliveira CD, Nangino GO, Correia PC, Isso CA. Aspectos epidemiológicos de pacientes traqueostomizados em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital de referência ao Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(1): 47-52.

7. Paulo RB, Guimaraes TM, Helito PVP, Marchiori PE, Yamamoto FI, Mansur LL, Scaff MM, Conforto AB, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em uma enfermaria de neurologia: Complicações e tempo de internação. *Rev. Assoc Med Bras.* 2009; 55(3): 313-6.
8. Pires LDA, Guimarães HP, Lopes RD, Leal PHR, Vendrame LS, Lopo AC. Registro Prospectivo de Arritmias Cardíacas em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Clin Med.* 2008; 6(6): 233-6.
9. Hipertensão contribui para 9,4 milhões de mortes anuais por doenças cardiovasculares no mundo, alerta OMS;. 2013. [site da Organização mundial da saúde]. [acesso em: 11 nov. 2013] Disponível em: <http://www.onu.org.br/hipertensao-contribui-para-94-milhoes-de-mortes-anuais-por-doencas-cardiovasculares-no-mundo-alerta-oms/>
10. Damasceno MPCD, David CMN, Souza PCS, Chiavone PA, Cardoso LTQ, Amaral JLG, Tasanato E, Silva NB. Ventilação Mecânica no Brasil: Aspectos Epidemiológicos. *Rev BrasTer Intensiva.* 2006; 18:3: 219-28.
11. Pinheiro BV, Holanda MA, Iarges CM, Beppu OS. Ventilação mecânica volume-controlada versus pressão controlada em modelo canino de lesão pulmonar aguda: efeitos cardiorrespiratórios e sobre o custo de oxigênio da respiração. *J BrasPneumol.* 2002; 28(1): 15-22.
12. Jerry G. (coord). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *J BrasPneum.*2007;33(supl 2):S128-36.
13. Esteban MDA, Frutos F, Tobin MJ, Alía I, Solsona JF, Valverdú I, Fernández R, de la Cal MA, Benito S, Tomás R, et al. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. *N Engl J Med.* 1995; 332:345-50.
14. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e formação em saúde: Desafios atuais. *Ciênc saúde coletiva.* 2007; 12(4): 965-71.