

Perfil dos pacientes cardiológicos e análise das condutas fisioterapêuticas em idosos admitidos na sala de emergência em um Hospital Universitário

Profile of cardiology patients and analysis of physiotherapeutic procedures in elderly patients admitted to the emergency room of a University Hospital

Perfil de los pacientes de cardiología y análisis de los procedimientos fisioterapéuticos en pacientes ancianos ingresados en el servicio de urgencias de un Hospital Universitario

Recebido: 11/10/2025 | Revisado: 26/10/2025 | Aceitado: 27/10/2025 | Publicado: 29/10/2025

Mariane Frigo

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5672-4506>
Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil

E-mail: mariane.frigo@unioste.br

Juliana Hering Genske

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6896-0903>
Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Brasil

E-mail: Juliana.Genske@unioste.br

Resumo

Introdução: A demanda por cuidados de emergência para idosos tem crescido de forma gradual e a atuação do fisioterapeuta nas unidades de Urgência e Emergência foi oficialmente reconhecida em 2018. O objetivo foi analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes cardiológicos e a atuação da fisioterapia em idosos admitidos na sala de emergência em um Hospital Universitário no ano de 2023.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, transversal, de caráter quantitativo. A população deste estudo foi selecionada por busca eletrônica, de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, internados por uma causa cardiológica.

Resultados: A idade média dos pacientes foi 72,8 anos, com média de dias de internação foi de cerca de 7,73 dias. A maioria dos pacientes, independente do sexo, tiveram alta hospitalar. Destaca-se número elevado nas condutas fisioterapêuticas de controle ventilatório, manejo ventilatório, procedimento de aspiração e VNI, indicando uma grande demanda de fisioterapia respiratória. Para os pacientes que receberam ventilação mecânica invasiva, houve uma mortalidade elevada de 68,18%. A maioria dos pacientes foram encaminhados para a UTI após a admissão na sala de emergência, representando cerca de 87,73% do total, enquanto 8,97% foram para enfermaria.

Conclusão: A média de idade de 72,8 anos, com predomínio do sexo masculino e diagnósticos de IAMCSST, IC descompensada e IAMSSST. Entre as comorbidades, hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente. As condutas mais utilizadas foram controle e manejo ventilatório, procedimento de aspiração e posicionamento no leito.

Palavras-chave: Cardiologia; Sala de Emergência; Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The demand for emergency care for the elderly has grown gradually, and the role of physiotherapists in Emergency and Urgent Care units was officially recognized in 2018. The objective was to analyze the clinical and epidemiological profile of cardiology patients and the role of physiotherapy in elderly patients admitted to the emergency room of a University Hospital in 2023.

Methodology: This is an observational, retrospective, cross-sectional, quantitative study. The study population was selected by electronic search of patients aged 60 years or older, hospitalized for a cardiological cause.

Results: The mean age of patients was 72.8 years, with a mean length of hospital stay of approximately 7.73 days. Most patients, regardless of gender, were discharged. The high number of physiotherapy procedures for ventilatory control, ventilatory management, aspiration procedures, and NIV stands out, indicating a high demand for respiratory physiotherapy. For patients receiving invasive mechanical ventilation, there was a high mortality rate of 68.18%. Most patients, representing approximately 87.73% of the total, were transferred to the ICU after admission in the emergency room, while 8.97% were transferred to the ward.

Conclusion: The mean age was 72.8 years, with a predominance of males and diagnoses of STEMI, decompensated HF, and NSTEMI. Among the comorbidities, systemic arterial hypertension was the most prevalent. The most frequently used procedures were ventilatory control and management, suctioning, and bed positioning.

Keywords: Cardiology; Emergency Room; Physiotherapy.

Resumen

La demanda de atención de emergencia para personas mayores ha crecido gradualmente, y el papel de los fisioterapeutas en las unidades de atención de emergencia y urgencia fue reconocido oficialmente en 2018. El objetivo fue analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes de cardiología y el papel de la fisioterapia en pacientes mayores ingresados en el servicio de urgencias de un hospital universitario en 2023. Metodología: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal y cuantitativo. La población del estudio se seleccionó mediante búsqueda electrónica de pacientes de 60 años o más, hospitalizados por una causa cardiológica. Resultados: La edad media de los pacientes fue de 72,8 años, con una duración media de la estancia hospitalaria de aproximadamente 7,73 días. La mayoría de los pacientes, independientemente del género, fueron dados de alta. Se destaca el alto número de procedimientos de fisioterapia para el control ventilatorio, el manejo ventilatorio, los procedimientos de aspiración y la VNI, lo que indica una alta demanda de fisioterapia respiratoria. Para los pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva, hubo una alta tasa de mortalidad del 68,18%. La mayoría de los pacientes, que representan aproximadamente el 87,73% del total, fueron trasladados a la UCI tras su ingreso en urgencias, mientras que el 8,97% fueron trasladados a planta. Conclusión: La edad media fue de 72,8 años, con predominio del sexo masculino y diagnósticos de IAMCEST, IC descompensada e IAMSEST. Entre las comorbilidades, la hipertensión arterial sistémica fue la más prevalente. Los procedimientos más utilizados fueron el control y manejo ventilatorio, la aspiración y el posicionamiento en cama.

Palavras clave: Cardiologia; Sala de Emergência; Fisioterapia.

1. Introdução

A demanda por cuidados de emergência para idosos tem crescido de forma gradual. Os principais fatores que contribuem para esse cenário são o envelhecimento progressivo da população e as mudanças observadas no perfil epidemiológico (Berlize et al., 2016).

Segundo Nascimento e Silva et al., (2017), em todo o mundo, a expectativa de vida vem aumentando consideravelmente, com perspectiva em 75 anos e inserção anual de 650 mil novos idosos. Estima-se que até 2050, a proporção desta população de idosos duplicará, passando de 11% para 22%, atingindo a marca de 2 bilhões de pessoas.

Essa mudança ocasiona maiores complicações, decorrentes das alterações morfofisiológicas, inerentes ao envelhecimento. Como resultado, há um crescimento nas doenças crônicas, na morbidade e na incapacidade funcional. Dessa forma, os idosos tendem a buscar atendimento de emergência com mais frequência. Devido à complexidade de suas condições de saúde, eles necessitam de cuidados especializados, tornando-se os principais usuários dos serviços de saúde (Rosenberg & Rosenberg, 2016; Oliveira et al., 2016).

O grupo de doenças cardiovasculares (DCV) é a principal causa de morte em todo o mundo. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), cerca de 18 milhões de mortes no mundo foram atribuídas às doenças cardiovasculares (DCV). Dentre as principais causas encontram-se fatores de risco preveníveis como o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e o mau controle da hipertensão e do diabetes (Organização Mundial da Saúde, 2020; Nascimento et al., 2025).

A internação expõe essa população à polifarmácia, infecções hospitalares, queda na qualidade de vida e declínio funcional, sendo influenciado pelo tempo de internação prolongada e a mobilidade restrita. A complexidade no atendimento, exige profissionais capacitados para prestar assistência imediata, visando a reabilitação do seu estado de saúde (Costa et al., 2016; Coutinho et al., 2015).

A atuação do fisioterapeuta em unidades de Urgência e Emergência foi oficialmente reconhecida em 2018, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Esta área é fundamental, mas ainda é um campo recente de atuação, o que reforça a importância de mais pesquisas que abordem sobre essa prática. Como principais atribuições do fisioterapeuta, destaca-se a avaliação e atuação no funcionamento do sistema respiratório e a otimização da função ventilatória, prevenindo possíveis complicações clínicas. Os resultados favoráveis das técnicas e abordagens fisioterapêuticas no contexto hospitalar destacam o progresso científico e a compreensão do papel desse profissional (Ales et al., 2018; COFFITO, 2019).

De acordo com Santos et al. (2020), no setor da emergência, a atuação fisioterapêutica favorece a redução do tempo de intubação orotraqueal ou pode mesmo a evitar, utilizando a assistência ventilatória ideal. A assistência auxilia na redução no número de complicações, infecções e no tempo de internação hospitalar, além de contribuir para um melhor conforto do paciente e a melhora da incapacidade.

Conforme relata Peres et al. (2021), para uma melhor assistência da equipe multiprofissional, salienta-se a importância conhecer o perfil do paciente e os riscos associados, visto as chances do idoso apresentar alterações fisiológicas significativas, em um curto espaço de tempo. Além disso, estes dados estatísticos podem ser utilizados para uma melhor organização da unidade ou intervenção nas ações e políticas de saúde.

O objetivo deste trabalho foi analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes cardiológicos e a atuação da fisioterapia em idosos admitidos na sala de emergência em um Hospital Universitário no ano de 2023.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa (Vieira & Hossne, 2021). Utilizou-se estatística descritiva simples com classes de dados, valores de frequência absoluta e frequencia relativa porcentual (Shitsuka et al., 2014). Os dados foram obtidos por meio da análise dos prontuários dos pacientes internados no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), localizado em Cascavel-PR. A pesquisa apenas se iniciou após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, CAAE 70857423.3.0000.0107.

A população deste estudo foi definida por meio de busca eletrônica no sistema TasyRel (software de gestão hospitalar TASY – Philips), abrangendo todos os prontuários de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, internados por causas cardiológicas durante o ano de 2023.

As variáveis do instrumento de coleta de dados selecionados e analisados, de relevância para o presente estudo foram: idade; sexo; tempo de internamento; diagnóstico clínico e taxa de mortalidade; comorbidades prévias; avaliação e condutas fisioterapêuticas; uso de suporte de oxigenoterapia ou suporte ventilatório associado a mortalidade; motivo da intubação orotraqueal; principais procedimentos e cirurgias realizadas e o desfecho após alta da sala de emergência e desfecho hospitalar.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do programa Excel (Microsoft®) e analisados por meio de estatística descritiva simples, incluindo cálculos de média, desvio padrão e porcentagens.

3. Resultados e Discussão

No ano de 2023, foram admitidos 1.569 pacientes idosos na sala de emergência do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Destes, 636 internaram por uma doença cardiológica, e compõem a amostra deste estudo.

A idade média dos pacientes foi de aproximadamente 72,8 anos ($\pm 8,75$), e a mediana de 72 anos. Quanto ao tempo de internamento hospitalar, a média foi de cerca de 7,73 dias ($\pm 8,94$) e a mediana de 5 dias.

Com base na Tabela 1, que mostra a relação entre sexo e mortalidade, pode-se observar que o sexo masculino foi o mais predominante na pesquisa, com 59,28% (n=377) dos pacientes. A maioria dos pacientes, independente do sexo, tiveram alta hospitalar.

Tabela 1 – Sexo e mortalidade (n 636).

Variáveis	n	%	Alta	%	Óbito	%
Sexo Feminino	259	40,72	187	72,20	64	24,71
Sexo Masculino	377	59,28	292	77,45	73	19,36

Nota: n: número de paciente. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Um estudo conduzido por Silva e Ribeiro (2012) na Unidade Coronariana (Ucor) do Hospital de Base de São José do Rio Preto, em São Paulo, teve como objetivo caracterizar os pacientes idosos e analisar seus desfechos clínicos. A pesquisa avaliou 836 prontuários eletrônicos de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, internados entre janeiro de 2009 e maio de 2010. Entre os participantes, 482 (58%) eram do sexo masculino e 354 (42%) do sexo feminino. A média de idade foi 71,4 anos, a maior quantidade de pacientes (497) ficou internado de 1 a 10 dias, e a maioria recebeu alta hospitalar enquanto somente menos de um quarto foi a óbito.

O estudo de Carvalho et al. (2018), avaliou a trajetória da funcionalidade em idosos hospitalizados por condições clínicas em hospital universitário. A pesquisa foi finalizada com 99 idosos, com média da idade de 74 ($\pm 7,35$) anos, sendo 59,6% do sexo masculino. A média do tempo de internação foi de 5,3 ($\pm 3,2$) dias. Segundo o Ministério da Saúde (2008), o alto índice de morbimortalidade, entre a população masculina, em relação à feminina, é um problema de saúde pública.

Estes dados corroboram com do atual estudo, sendo que o sexo predominante foi o masculino, idade média de 72,80 e média de dias de internação de 7,73, com a maioria dos pacientes tendo alta hospitalar.

A redução da mortalidade por doenças cardiovasculares representa uma grande conquista em saúde pública, refletindo avanços significativos na prevenção, diagnóstico e tratamento dessas condições. O aumento da sobrevida da população idosa deve ser valorizado e amplamente divulgado, estimulando a continuidade e o fortalecimento de políticas e práticas voltadas à melhoria dessa realidade. Assim, torna-se fundamental que os serviços de saúde estejam continuamente preparados e qualificados, uma vez que são corresponsáveis por complicações e óbitos associados à qualidade do atendimento prestado aos pacientes com doenças cardiovasculares (Mathias et al., 2004).

Os principais diagnósticos clínicos e suas taxas de mortalidade são apresentados na Tabela 2. O diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST) foi o mais comum, representando 26,10% (n=166) dos casos, seguido de Insuficiência Cardíaca (IC) descompensada com 17,61% (n=112). Pacientes com parada cardiorrespiratória (PCR) apresentaram uma taxa de mortalidade bastante elevada, com cerca de 70,59% (n=36) dos pacientes evoluindo a óbito. Diagnósticos como IAMCSST, Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT), angina instável, dor torácica, bradicardia e BAV 2:1 tiveram elevadas taxas de alta hospitalar, acima de 80%, e taxas de mortalidade relativamente baixas. Vale ressaltar que dos 636 pacientes, 11,63% (n=74) internaram por múltiplas patologias cardiológicas associadas e 14,62% (n=93) por uma patologia cardiológica e outras causas associadas, e os dois grupos apresentaram taxas de mortalidades mais altas, 27,03% (n=20) e 45,16% (n=42), subsequentemente.

Tabela 2 – Principais diagnósticos clínicos e nível de mortalidade (n 636).

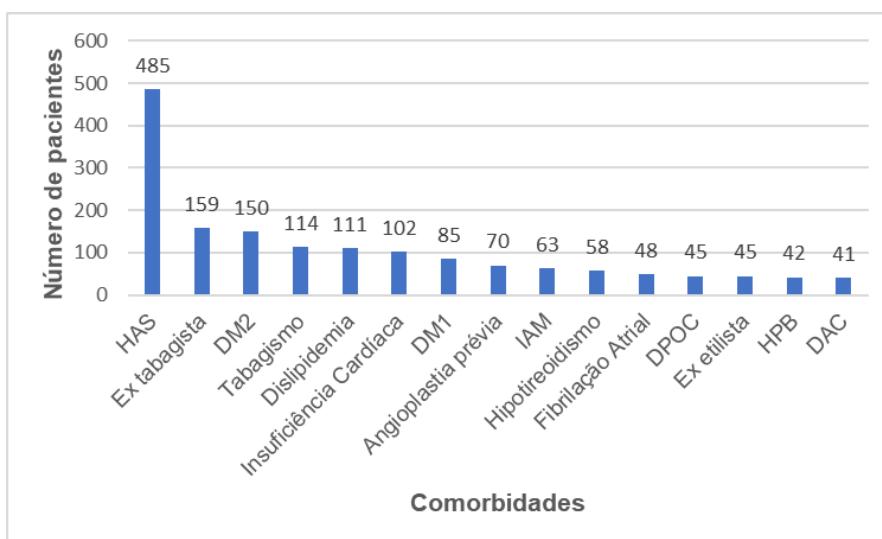
Diagnóstico	n	%	Alta	%	Óbito	%
IAMCSST	166	26,10	138	83,13	22	13,25
IC descompensada	112	17,61	62	55,36	47	41,96
IAMSSST	87	13,68	65	74,71	17	19,54
BAVT	82	12,90	72	87,80	9	10,97
Fibrilação Atrial	56	8,80	41	73,21	14	25

Parada Cardiorrespiratória	51	8,02	15	29,41	36	70,59
Angina Instável	26	4,09	24	92,31	0	0
Dor torácica	20	3,14	18	90	2	10
Bradicardia	14	2,20	12	85,71	2	14,28
BAV 2:1	12	1,88	11	91,67	1	8,33
Mais de uma patologia cardiológica associada	74	11,63	51	71,83	20	27,03
Mais de uma patologia com outra causa associada	93	14,62	40	43,01	42	45,16

Nota: n: número de pacientes; IAMCSST: Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST; IC: Insuficiência Cardíaca; IAMSSAT: Infarto do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST; BAVT: Bloqueio Atrioventricular Total; BAV: Bloqueio Atrioventricular. Fonte: Elaborado pelos Autores.

A comorbidade mais prevalente entre pacientes que internaram por uma causa cardiológica no presente estudo foi a hipertensão arterial sistêmica, seguida de diabetes mellitus do tipo 2 (DM2). Além disso, o número de pacientes ex tabagistas e tabagistas ativos foi elevado.

Gráfico 1 - Principais Comorbidades Prévias, Hábito Tabágico e Alcoólico.



Nota: HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM2: Diabetes Mellitus tipo 2; DM1: Diabetes Mellitus tipo 1; DPOC: Doença Pumonar Obstrutiva Crônica; HPB: Hiperplasia Prostática Benigna; DAC: Doença Arterial Coronariana. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Um estudo realizado por Silva et al., (2024), analisou o perfil das doenças cardiovasculares e atuação fisioterapêutica em um serviço de emergência hospitalar em um hospital público do Oeste Paulista, no período de oito meses. Foram incluídos 75 pacientes que apresentavam o perfil de emergências cardiovasculares, sendo as mais prevalentes: insuficiência cardíaca (n = 21), síndrome coronariana aguda (n = 14), infarto agudo do miocárdio (n = 13), bradiarritmia (n = 6) e crise hipertensiva (n = 5). Os achados deste estudo são semelhantes aos relatados por Tessman et al. (2025), que analisaram o perfil de pacientes adultos e idosos com cardiopatias internados em um hospital localizado no extremo sul de Santa Catarina, no período de 2019 a 2023, totalizando 608 participantes. Em relação às causas de internação, observou-se que a insuficiência cardíaca foi a principal, representando 52,6% dos casos. O infarto agudo do miocárdio correspondeu a 22,4% (136) das internações, seguido por crise hipertensiva com 9,4% (57), arritmias com 6,4% (39) e síndrome coronariana aguda com 4,8% (29). Os dados

apresentados corroboram os achados do presente estudo, onde houve prevalência do IAM e IC como principais causas de internação.

Silveira et al., (2013) descreve que a insuficiência cardíaca é uma doença prevalente em idosos, podendo ser justificada pelos avanços no tratamento e na prevenção de doenças cardiovasculares, permitindo a melhora da expectativa de vida e evidenciando maior número casos de insuficiência cardíaca. Atualmente, ela é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, e está associada à maior mortalidade, devido as internações prolongadas e repetidas.

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCV, estão a hipertensão arterial, dislipidemia, sedentarismo, diabetes mellitus, história familiar de doença coronariana prematura, obesidade e tabagismo (Brito et al., (2014); Laukkanen & Kujala (2018). No atual estudo, o sedentarismo não foi relatado em prontuário. Destaca-se o número elevado de casos de hipertensão, DM e tabagismo, que conforme dados na literatura podem desencadear DCV.

De todos os pacientes que compuseram o presente estudo, 85,22% receberam avaliação fisioterapêutica na admissão da sala de emergência. A Tabela 3 apresenta as condutas fisioterapêuticas realizadas. Destaca-se que o controle ventilatório foi realizado em 13,83% dos pacientes, o manejo ventilatório foi feito em 39,11%, procedimento de aspiração de vias aéreas em 16,05%, e a Ventilação não Invasiva (VNI) em 3,88 %, indicando uma grande demanda de fisioterapia respiratória. Quanto às condutas motoras, o ajuste de posicionamento no leito foi o mais realizado. Além disso, houve grande auxílio em procedimentos emergenciais. Nesse período, foi constatada uma carga horária de trabalho dos fisioterapeutas de 18 horas diárias (de 7:00h às 01:00h) na sala de emergência, sendo que muitos pacientes foram admitidos e encaminhados da sala de emergência sem a avaliação da fisioterapia. Alguns pacientes foram admitidos pela fisioterapia, mas não eram eletivos à conduta fisioterapêutica, conforme o quadro clínico apresentado.

Tabela 3 – Avaliação e condutas fisioterapêuticas na sala de emergência (n 636).

Fisioterapia	n	%
Avaliação fisioterapêutica	542	85,22
Controle ventilatório	75	13,83
Manejo ventilatório	212	39,11
Manobras de Higiene Brônquica	21	3,87
Tosse	21	3,87
Aspiração de vias aéreas	87	16,05
Manobras de Expansão Pulmonar	7	1,29
Ventilação não invasiva	21	3,88
Padrões ventilatórios	15	2,77
Posicionamento no leito	325	59,96
Sedestação no leito	81	19,94
Sedestação beira leito	3	0,55
Exercícios ativos leves	7	1,29
Exercícios metabólicos	16	2,95
Auxílio em parada cardiorrespiratória	13	2,40
Auxílio em Intubação orotraqueal	19	3,50
Auxílio em troca de tubo orotraqueal	4	0,74
Auxílio em transporte	76	14,02

Nota: n:número de pacientes. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Mais da metade dos pacientes (51,73%) com idade igual ou superior a 60 anos, admitidos na sala de emergência por uma causa cardiológica, não precisaram de suporte de oxigênio ou ventilação mecânica, e entre eles, a maioria teve alta (96,05%). Para os pacientes que fizeram uso de ventilação mecânica invasiva (27,67%), houve uma mortalidade elevada de 68,18% (Tabela 4).

Tabela 4 – Uso de suporte de oxigenoterapia ou suporte ventilatório associado a mortalidade (n 636).

Tipo de suporte	n	%	Alta	%	Óbito	%
Nenhum	329	51,73	316	96,05	1	0,30
Ventilação Mecânica Invasiva	176	27,67	54	30,68	120	68,18
Cateter nasal	138	21,70	98	71,01	36	5,66
Máscara reservatório	85	13,37	53	62,35	29	32,12
Ventilação Não Invasiva	36	5,66	18	50	16	44,44
Máscara facial (tenda)	5	0,79	1	20	4	80

Nota: n:número de pacientes. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Os motivos da necessidade de suporte ventilatório invasivo em 176 pacientes estão descritos na Tabela 5. Vale ressaltar que, em determinados casos, foram observadas duas causas associadas nos prontuários, sem distinção clara entre causa principal e secundária. Dessa forma, ambas as causas foram contabilizadas na elaboração da tabela, o que justifica o número total superior ao de pacientes avaliados. A insuficiência respiratória foi o motivo mais comum, seguido de parada cardiorrespiratória e rebaixamento do nível de consciência. Houve também um caso com a causa da intubação não relatada, tendo alta no decorrer da internação.

Tabela 5 - Motivo da Intubação orotraqueal (n 176).

Motivos	n	%	Alta	%	Óbito	%
Insuficiência respiratória	69	39,20	25	36,23	44	63,77
Parada cardiorrespiratória	61	34,66	14	22,95	47	77,05
Rebaixamento do nível de consciência	48	27,27	13	27,08	35	72,92
Instabilidade hemodinâmica	9	5,11	1	11,11	8	88,89
Procedimento cirúrgico	3	1,70	2	66,67	1	33,33
Não relatado	1	0,57	1	100	0	0

Nota: n:número de pacientes. Fonte: Elaborado pelos Autores.

De acordo com o COFFITO (2001), cabe ao fisioterapeuta atuar no gerenciamento abrangente do sistema respiratório, desenvolvendo atividades voltadas à otimização da função ventilatória. Essa atuação inclui o manejo de suportes ventilatórios invasivos e não invasivos, bem como a monitorização da função pulmonar, com o objetivo de prevenir possíveis complicações clínicas.

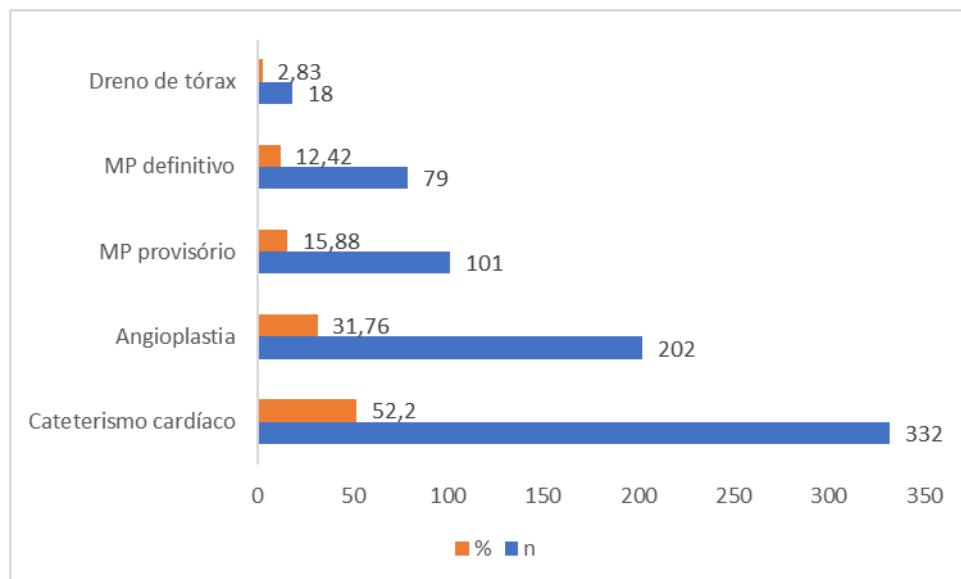
O estudo de Alves et al., (2018), analisou as principais condutas do fisioterapeuta em uma unidade de Urgência e Emergência, na Unidade de Pronto Atendimento de Cabo Frio, o qual citou como condutas fisioterapêuticas mais realizadas foram a oxigenoterapia, VNI, posicionamento no leito, cinesioterapia global, manobras pulmonares, higiene brônquica, vigilância e monitorização ventilatória, auxílio em ressuscitação cardiopulmonar (RCP), monitorização de VM, e auxílio em IOT. Regenga et al., (2012) destaca que a oxigenação adequada é um dos pontos fundamentais no sucesso do atendimento às

emergências, o que pode evitar complicações iatrogênicas associadas. O posicionamento adequado no leito e a mobilização precoce do paciente devem ser considerados como fonte de estimulação sensório-motora e de prevenção de complicações secundárias ao imobilismo, além disso, também interferem positivamente no sistema respiratório (Gosselink et al., (2008); Winkelman et al., (2005). Na presente pesquisa, o elevado número de intervenções relacionadas ao controle e manejo ventilatório pode ser explicado pelo fato de que muitos pacientes fizeram uso de algum tipo de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia, demandando vigilância contínua dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios. O posicionamento no leito foi uma conduta frequentemente adotada, sendo que seu uso otimiza a função respiratória e proporciona um maior conforto durante a permanência na sala de emergência.

Sedundo Frazão et al. (2020), A IOT é procedimento médico invasivo e complexo, que possui como objetivo principal garantir uma via aérea segura para adequado suporte ventilatório ao paciente. Após, a VMI é iniciada. Seu uso em pacientes críticos, aumenta a sobrevida, mesmo que seja temporariamente. A literatura descreve que 30% a 50% dos pacientes que morrem tanto na sala de emergência quanto na UTI, são por agravantes destes procedimentos (Ito (2015); Fonseca et al., (2012).

Dentre os procedimentos invasivos relacionados a doença que culminou o internamento, o mais comum foi o cateterismo cardíaco, realizado em 52,20% (n=332) dos pacientes, seguido da angioplastia, que foi realizada em 31,76% (n=202). Em terceira e quarta colocação estão os pacientes que necessitaram do uso de Marcapasso (MP). Estes dados estão relatados no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Principais procedimentos e cirurgias realizadas (n 636).



Nota: n:número de pacientes; MP: marcapasso. Fonte: Elaborado pelos Autores.

Os autores Woods et al., (2005) descrevem que o cateterismo cardíaco (CATE) é um procedimento utilizado para avaliar e diagnosticar pacientes com doença cardíaca. Ele é realizado para a definição e extensão da cardiopatia, determinando assim, a gravidade do caso. Após o cateterismo cardíaco, o médico decide se há necessidade ou não da colocação de *stents* ou de outro meio de tratamento.

A Tabela 6 apresenta os desfechos hospitalares, onde observa-se que a maioria dos pacientes foram encaminhados para a UTI após a admissão na sala de emergência, representando 87,73% do total, sendo que desses, a maioria teve alta hospitalar. Dos pacientes que receberam alta da sala de emergência diretamente para a enfermaria (8,97%), todos receberam

alta hospitalar, e apenas um paciente foi transferido para outra unidade hospitalar (1,75%). Houveram 20 óbitos, ainda na sala de emergência (SE), o que corresponde a 3,14% do total. Apenas um paciente (0,16%) evadiu da sala de emergência, não havendo transferência para UTI ou enfermaria neste caso. Ressalta-se que a maioria das transferências foram para realizar cirurgia cardíaca, visto que este serviço não estava sendo prestado no hospital no ano do estudo.

Tabela 6 – Desfecho hospitalar (n 636).

Desfecho	n	%	Alta	Óbito		Transferência	
UTI	558	87,73	422	75,62	119	21,33	17
Enfermaria	57	8,97	56	98,25	0	0	1
Óbito na SE	20	3,14	0	0	20	100	0
Evadiu	1	0,16	0	0	0	0	0

Nota: n:número de pacientes; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; SE: Sala de Emergência. Fonte: Elaborado pelos Autores.

A predominância de encaminhamentos para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após a internação em serviços de emergência deve-se principalmente ao perfil clínico dos pacientes atendidos, ou seja, idosos que geralmente apresentam condições agudas, graves e com risco iminente de descompensação. Considerando que 176 pacientes foram submetidos à intubação orotraqueal (IOT) e apresentaram um quadro clínico grave, foi indispensável sua internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para monitorização contínua e suporte avançado.

4. Conclusão

O perfil de 636 pacientes idosos admitidos na sala de emergência em 2023, com internação por doença cardiológica, obteve a média de idade de 72,8 anos, com internação média de 7,7 dias. Houve predomínio do sexo masculino e diagnósticos de IAMCSST, IC descompensada e IAMSSST, nessa ordem. Entre as comorbidades, hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente. A maioria dos pacientes recebeu avaliação fisioterapêutica na admissão, e as condutas mais utilizadas foram controle e manejo ventilatório, procedimento de aspiração de vias aéreas e posicionamento no leito.

Os achados ressaltam a gravidade clínica da população idosa com doenças cardíacas, destacando a importância de identificação precoce de fatores de pior prognóstico (parada cardiorrespiratória, múltiplas comorbidades), a necessidade de protocolos robustos de manejo intensivo na SE, com ênfase em suporte ventilatório apropriado e decisões rápidas sobre intervenção hemodinâmica. Neste ponto destaca-se a relevância da fisioterapia respiratória na admissão, otimizando a função respiratória adequada, a escolha ideal do suporte ventilatório e a ventilação mecânica protetora. Conhecer o perfil dos pacientes, permite a otimização de fluxos de alta complexidade, focando em intervenções rápidas e assertivas, melhorando a efetividade da equipe e tendo como objetivo reduzir a mortalidade e morbidade destes pacientes.

Referências

- Alves F. S., Carvalho, R. G., Azevedo, C. M., & Oliveira, F. B.(2018). Atuação do fisioterapeuta em urgência e emergência: uma análise de condutas em uma unidade de pronto atendimento. Rev. ASSOBRAFIR Ciência. 9(3):43-52.
- Alves, F. S., Carvalho, R. G., Azevedo, C. M. & Oliveira, F. B. (2018). Atuação do fisioterapeuta em urgência e emergência: uma análise de condutas em uma unidade de pronto atendimento. ASSOBRAFIR Ciência, 9(3):43-52.
- Berlize, E. M., Farias, A. M., Dalazen, F., Oliveir, A. K. R., Pillatt, A. P. & Fortes, C. K. (2016). Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. Rev Bras Geriatr Gerontol. 19(4):643-52.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brito, L. B. B., Ricardo, D. R., Araujo, D. S. M. S., Ramos, P. S. & Araujo, C. G. S. (2014) Ability to sit and rise from the floor as a predictor of all-cause mortality. Eur J Prev Cardiol. 21(7):892-8.

- Carvalho, T. C., Valle, A. P., Jacinto, A. F., Mayoral, V. F. S. & Boas, J. F. V. (2018). Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 21(2): 136-44.
- COFFITO-Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (2019). Resolução nº. 501, de 26 de dezembro de 2018. Reconhece a atuação do Fisioterapeuta na assistência à Saúde nas Unidades de Emergência e Urgência. Diário Oficial da União. Seção 1. Disponível em: <https://bit.ly/2xgdgHO>.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). (2001) Resolução 402, artigos 3º e 4º.
- Costa, N. R. C. D., Aguiar, M. I. F.; Rolim, I. L. T. P., Rabelo, P. P. C.; Oliveira, D. L. A.; Barbosa, Y. C. (2016). Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Rev Pesq. Saúde*, 16(2).
- Coutinho, M. L. N., Samúdio, M. A., Andrade, L. M., Coutinho, R. N. & Silva, D. M. A. (2015). Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rev Rene*. 6(6).
- Fonseca, A. C., Junior, W. V. M. & Fonseca, M. J. M. (2012). Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 24(2), 197-206.
- Frazão, D. A. L., Andrade, O. G. C., Muniz, G. G., Bachtold, G. A. B. & SantoS, J. R. O. (2020). Prevalência de intubação orotraqueal no serviço de emergência em hospital secundário do Distrito Federal. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba. 6(6), 39137-48.
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., Schonhofer, B., Stiler, K., Leur, H. V. & Vincent, J. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med*. 34(7):1188-99.
- Ito, C. M. (2015) Fatores associados à mortalidade em idosos submetidos à ventilação mecânica invasiva. Dissertação (mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. São Paulo, 64 f.
- Laukkonen, J. A. & Kujala, U. M. (2018) Low cardiorespiratory fitness is a risk factor for death: Exercise intervention may lower mortality? *J Am Coll Cardiol*. 72(19):2293-6.
- Mathias, T. A. F., Jorge, M. H. P. M. & Laurenti, R. (2004) Doenças Cardiovasculares na População Idosa. Análise do Comportamento da Mortalidade em Município da Região Sul do Brasil no Período de 1979 a 1998. *Arq Bras Cardiol*. 82(6):533-541.
- Nascimento & Silva, I. R., Araújo, N. M., Fernandes, M. L., Laurentino, A. M. A. & Danta, S. D. V. (2017) Complicações em idosos internados em unidade de terapia intensiva no brasil: revisão sistemática. *Anais -Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*. Rio Grande do Norte.
- Nascimento, K., Ramadan, H. R., Baccaro, B. M., Bicalho, V. V. S., Ferreira, I. M., Ohe, L. N., Santos V. S. S., Feresm, F., Franchini, K., Timerman, A. & Mota D. M. (2025) Síndrome coronariana aguda no Brasil: registro dos fatores predisponentes e perfil populacional em um instituto cardiológico público de referência nacional. *Arq Bras Cardiol*. 122(1):e20240165.
- Oliveira, M. R., Renato, P. V., Cordeiro, H.P.C. & Pasinato, M.T (2016). A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis*. 26(4):1383-94.
- Organização Mundial da Saúde. (2020) As 10 principais causas de morte. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Pereira, A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free ebook]. Santa Maria. Editora da UFSM.
- Peres, F. B., Waters, C., Padula & M. P. C. (2021) Perfil Epidemiológico, Clínico e Assistência de Enfermagem ao Idoso internado em Unidade de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*. 4(3), 12233-46.
- Regenga, M. M., Guimarães, H. P. & Laranjeiras, L. N. (2012). Guia de Urgência e Emergência para Fisioterapia. Editora Atheneu.
- Rosenberg, M. & Rosenberg, L. (2016). The geriatric emergency department. *Emerg Med Clin North AM*. 34(3):629-48.
- Santos, P. R., Nepomuceno, P., Reuter, E. M. & Carvalho, L. L. (2020) Percepção da equipe multiprofissional sobre o fisioterapeuta na emergência de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. *Fisioter. Pesqui*. 27(2).
- Shitsuka, R. et al. (2014). Matemática fundamental para a tecnologia. (2.ed). Editora Érica.
- Silva, S. T. & Ribeiro, R. C. H. M. (2012). Principais causas de internação por doenças cardiovasculares dos idosos na UCOR. *Arq Ciênc Saúde*. 19(3) 65-70.
- Silva, P. V. T., Silva, G. C., Alves, L. S., Oliveira, T. R. & Pacagnelli, F. L. (2024). Perfil das doenças cardiovasculares e atuação fisioterapeutica em um serviço de emergência hospitalar. *Fisioter. Mov*. 37: e37106.0.
- Silveira, R. E., Santos, A. S., Sousa, M. C. & Monteiro, T. S. (2013). Gastos relacionados a hospitalização de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*. 11(4):514-20.
- Tessmann, M., Arcenego S. L., Dagostin, V. S., Rodrigues, A. M., Gulbis, K. C., Salvaro, M. S., Zanini, M. T. B. & Hoopers, N. J. (2025). Perfil dos pacientes adultos e idosos com cardiopatia internados em um hospital no extremo sul de Santa Catarina (2019-2023). *Studies in Health Sciences*. 6(2), 1-23.
- Vieira, S. & Hossne, W. S (2021). Metodologia científica para a área da saúde. (3ed). Editora Guanabara Koogan.
- Winkerman, C., Higgins, P. A. & Chen, Y. J. (2005). Activity in the chronically critically ill. *Dimens Crit Care Nurs*. 24(6):281-90.
- Woods, S. L., Froelicher, E. S., & Motzer, S. U. (2005). Enfermagem em cardiologia (4ª ed.). Manole. <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaudade/article/view/4143/4736>