

---

---

## Perfil de pacientes acamados da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá - Paraná

---

---

GABRIELA SCIPIONI<sup>1</sup>  
ELAINE CRISTINA DUARTE<sup>2</sup>  
JULIANA CERQUEIRA CAPELINI<sup>2</sup>  
VIVIAN GIOVANA MICHELIM<sup>2</sup>  
WILLIAM RAFAEL MALEZAN<sup>2</sup>

### RESUMO

Este artigo tem por pressuposto traçar o perfil de pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, sabendo que a maior parte destes são idosos e encontram-se acamados, através de pesquisa desses indivíduos relacionados no Programa Saúde da Família. Foram realizadas visitas domiciliares semanais e aplicado um questionário semi-aberto, bem como inspeção e coleta de dados vitais. Observou-se que a média geral de acometimentos associados foi um traço importante do perfil, com maior percentual de AVE com 75%; fratura de colo de fêmur, 10 %; Parkinson, 5%; esclerose, 10% e dificuldade de locomoção, 37%. Devido às alterações observadas advindas do acamamento, pode-se concluir a importância e necessidade de traçar um perfil coerente dos pacientes acamados e de suas alterações relacionadas, para que se possa, no futuro, elaborar boas condutas de tratamento e prevenção.

**Palavras-chave:** Acamado. Idoso. Perfil.

### INTRODUÇÃO

Dentre os programas mantidos pelo governo, o plano de ação à saúde prevê as principais linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a Violência, Capacitação de RH para Promoção e Escola

---

<sup>1</sup> Especialista em cardio-respiratório pela UTP - Professora de Fisiologia em Pneumologia no Curso de Fisioterapia da Uningá

<sup>2</sup> acadêmicos do 3º ano do curso de fisioterapia da Uningá.

Promotora de Saúde, Espaços Saudáveis, Comunicação e Mobilização Social. Temos, então, o PSF (Programa da Saúde da Família), que tem como objetivo divulgar e promover a saúde prestando atendimento às classes socioeconômicas menos favorecidas, cf. Ministério da Saúde (2004).

Segundo Costa Neto (2000), a estratégia da Saúde da Família propõe uma dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida. De acordo com o número de famílias cadastradas pelas equipes do PSF no ano de 2000 no Estado do Paraná, constatou-se que havia 273,035 indivíduos entre 50 a 59 anos ( DATASUS, 2000).

São inúmeras as demandas de pacientes que necessitam de atendimento, sendo que a grande parte dessa população apresenta-se confinada no leito. Sendo definido por Carpenito (2000) que o acamamento leva à mobilidade física prejudicada, definido como estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar maiores limitações físicas. E como cita Lopes et al. (1996), nos pacientes acamados normalmente existe uma série de necessidades humanas básicas, as quais, na maioria das vezes, exigem assistência sistematizada e uma série de cuidados objetivando evitar complicações.

Com estudos realizados pelo departamento de medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM), Brasil em 2003, temos uma evidência de que em centros urbanos há prevalência de doenças crônicas com diagnósticos tardios não passíveis de cura, levando pacientes a estado de grandes complicações, seqüelas, acamamentos e necessitando de tratamentos com monitorização em tempo integral. Com isso, conforme constatado por Greve (1999), podemos ter fatores do imobilismo de pacientes idosos tendo como acentuantes o próprio fator intrínseco do envelhecimento, perfazendo o sistema mais acometido, o osteomuscular, o que leva a atrofia, contraturas, imobilismo e acamamento na população geronte.

Conforme Andrade (2002), o processo de envelhecimento implica em alterações nos mecanismos de produção de energia no organismo, assim como em modificações celulares e moleculares que tornam o idoso mais vulnerável a doenças. De acordo com Yancik (2000), é previsto que nos EUA, no ano de 2030, 20% da população seja idosa com 65 anos ou mais, e no Brasil, dados do DATASUS (2000) revelam que após os 60 anos a perspectiva de sobrevivência pode variar de 13 a 20 anos, dependendo da região e do sexo.

Com isso, temos que a fisiologia do envelhecimento deve ser considerada para a compreensão de motivos que levam os idosos ao acamamento e confinamento ao leito. Hoffmann (2003) define ainda que o envelhecimento é causado por alterações celulares e moleculares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio torna-se perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos. Ou seja, ao atingir a maturidade reprodutiva, as chances de sobrevivência do indivíduo já começam a decair.

Carvalho (1996) afirma que envelhecer é um processo comum a todos, que não passa de uma redução da capacidade de sobreviver, são processos dinâmicos que nos podem levar à morte e mostra que todos os sistemas passam por modificações, tantos fisiológicas como parte da senescência do homem (alterações de pele, tecido muscular,

percepção, visão), como patológicos relacionados à senilidade (diabetes, dislipidemias, hipertensão).

Segundo a National Health Interview Survey (1984, apud FEDRIGO, 2002), quando apenas uma condição patológica está presente, somente cerca de 5% da população idosa apresenta uma ou mais dificuldades nas atividades de vida diária. Este percentual cresce rapidamente à medida que aumenta o número de doenças associadas, atingindo 55% entre homens e 65% em mulheres. É sabido que o exercício físico pode diminuir os níveis de pressão arterial e melhorar o débito cardíaco bem como as alterações musculoesqueléticas relacionadas com a gerontice.

Conforme Fedrigo (2002), a reabilitação pode ser definida como uns dos meios de ajudar a população gerôntica a conservarem-se sadias e independentes e a continuar a desempenhar suas atividades de vida diária de maneira condizente a suas necessidades, visando desde a preservação das funções orgânicas ao adiamento da instalação de incapacidades que propiciem ao acamamento.

Sabendo a importância da reabilitação para a manutenção da senescência, pode-se questionar como se poderia diminuir as complicações que levam ao acamamento, bem como suas implicações, *a priori*, traçar o perfil destes indivíduos e analisar os dados obtidos.

### **PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS**

Neste trabalho, foram executados levantamentos bibliográficos na literatura especializada mundial sobre pacientes em estado de acamamento e, posteriormente, um estudo prospectivo de pacientes registrados pela equipe do Programa Saúde da Família, da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá – Paraná, que se encontravam em estado de confinamento no leito, onde nos foi fornecida pelos agentes comunitários de saúde uma lista com 50 indivíduos considerados acamados. Porém, após randomizar os dados, obtivemos um grupo de 19 pacientes, sendo adotado como critério de exclusão o fato dos outros 31 pacientes fornecidos pelo Programa Saúde da Família terem uma vida independente do leito (cadeirantes e amputados, por exemplo), não levando em consideração uma amostra probabilística intencional. E com visitas semanais aos domicílios destes pacientes pela equipe de pesquisa, aplicou-se um questionário semi-aberto com os cuidadores destes pacientes e executada a avaliação de sinais vitais bem como inspeção do acamado, para se coletar dados referentes ao perfil destes pacientes.

### **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Foi observado, com a aplicação dos questionários em uma amostra de 19 pacientes, que 47% dos entrevistados eram do sexo masculino e 53% do sexo feminino (gráfico1); observou-se ainda que a variação de idade entre os entrevistados do sexo masculino foi de 84 anos a maior e 53 anos a menor, com média de 68,5 anos. Nas mulheres, 98 anos a maior idade e 45 anos a menor, com média de 71,5 anos. De acordo com Hoffmann (2003), a expectativa média de vida da população ao nascer é de 69 anos para os

homens e 72 para as mulheres. A análise do crescimento populacional de diferentes faixas etárias mostra que o grupo de idosos com 60 anos ou mais é o que mais está crescendo no país.

Constatou-se também que a doença principal entre os entrevistados foi o acidente vascular encefálico (AVE), com 78% dos casos nos homens e de 70% nas mulheres; entre outras doenças principais nos homens estão o Parkinson, com 12%; fratura de colo de fêmur, 12%; e para as mulheres, esclerose, com 20%; fratura de colo de fêmur, 10%. Teve média geral entre as doenças principais o AVE, com 75%; Parkinson, 5%; fratura de colo de fêmur, 10%; e esclerose, 10% (gráfico 2). Observou-se ainda que o tempo de acamamento para os homens foi de 6 anos ou maior e 2 meses ou menor, com média de 3,09 anos; e para as mulheres, 10 anos o tempo maior e 7 dias o menor com, média de 58 anos. Silva (2002) relata em seu trabalho que os níveis de seqüelas físicas em idosos são muito freqüentes, principalmente a fratura de colo de fêmur, com grande freqüência em pacientes com mais de 70 anos, sendo grande resultante do acamamento.

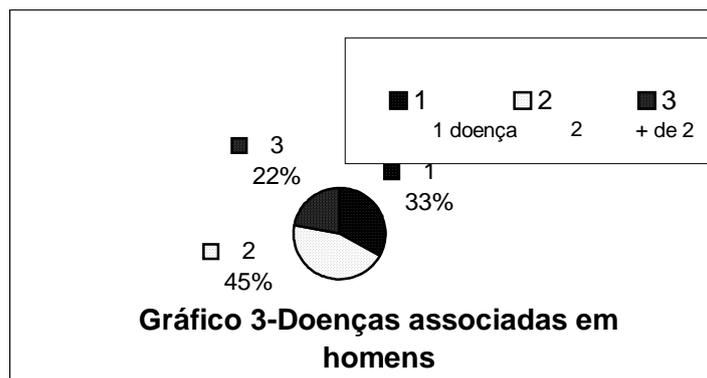
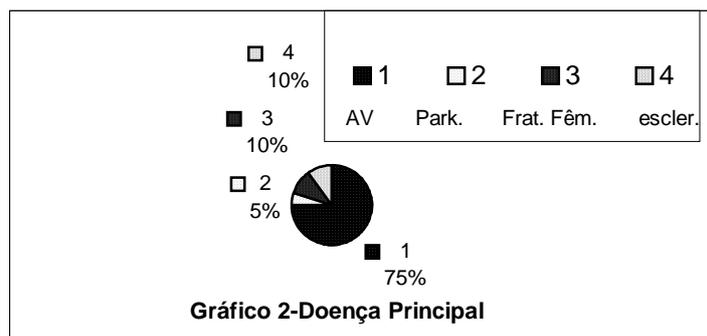
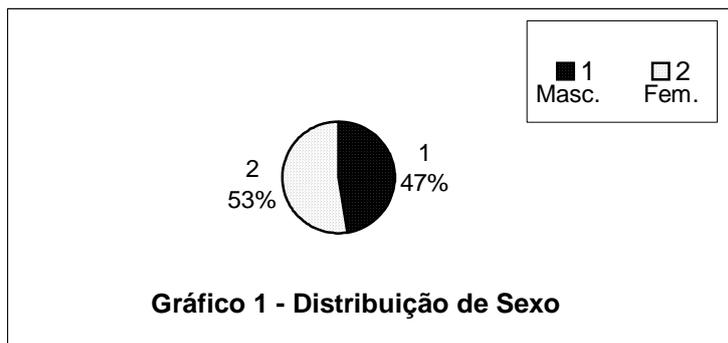
Caracterizou-se que as doenças associadas nos homens foram: a hipertensão, com 89%; artrose, 22%; Alzheimer, 11%; diabetes, 22%; depressão, 33%; e câncer de garganta, 11%; para as mulheres: a hipertensão, com 70%; artrose, 70%; depressão, 30%; e diabetes, 10%. Teve-se ainda nos homens com somente 1 doença associada 33%, 2 doenças associadas 44% e mais de 2 com 22%; e nas mulheres com 1 doença associada, 40%; com 2 doenças associadas, 40%; e mais de 2 20% (gráfico 4). Verificou-se, também, que o grau de dependência para os homens é de 78% como parcial e 22% total (gráfico 5), e nas mulheres, 40% parcial e 60% total (gráfico 6); apresentando como grau de dependência geral em 42% do total e 58% parcial.

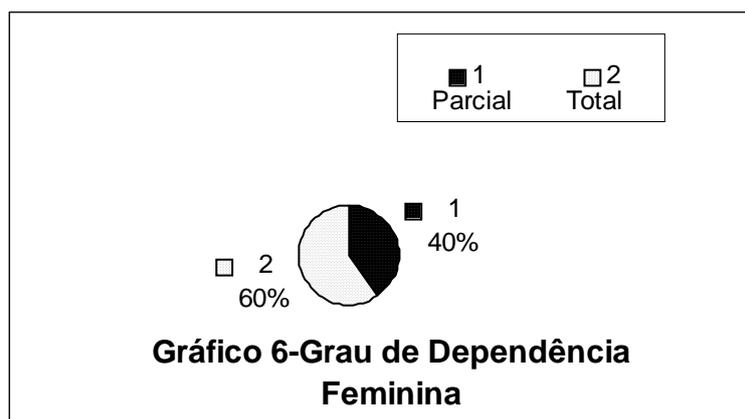
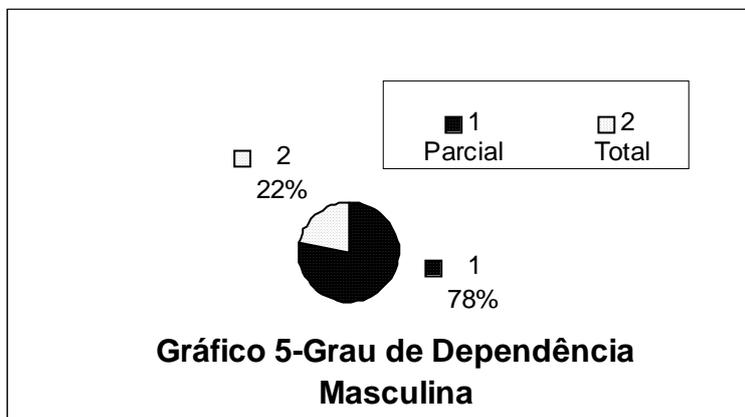
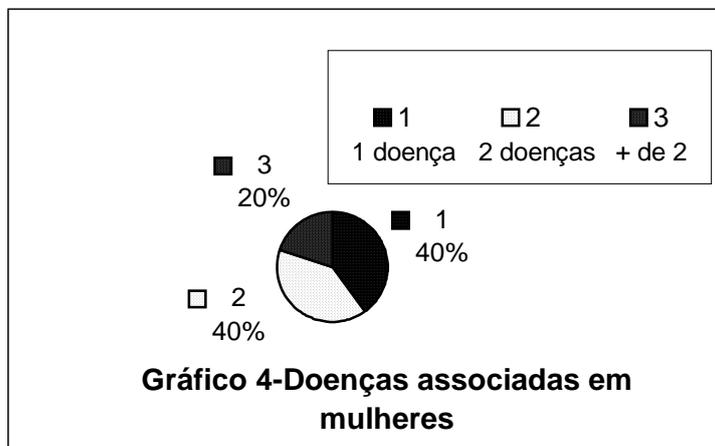
Foi referido que nos homens a queixa atual foi a dificuldade de locomoção, com 44%; dor, 34%; diarreia, 11%; e sem queixa alguma, 11% (gráfico 7); e nas mulheres, dificuldade de locomoção, com 30%; dor, 40%; poliqueixosas, 10%; e sem queixa alguma, 20% (gráfico 8), sendo as queixas gerais: dificuldade de locomoção, com 37%; dor, 37%; diarreia, 5%; poliqueixismo, 5%; e sem queixa alguma, 16%.

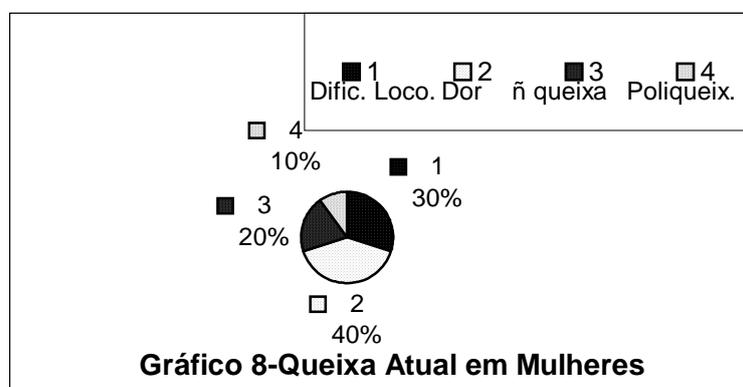
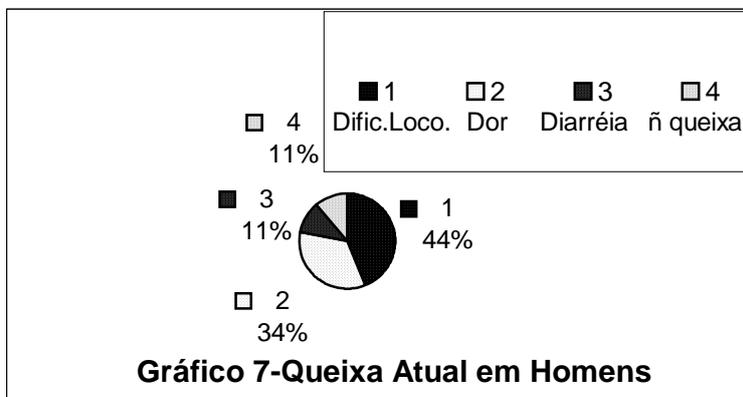
Obteve-se com o levantamento que nos homens a maior pressão sistólica foi de 160mmHg, e a menor 100mmHg, na diastólica a maior com 90mmHg, e a menor com 70mmHg, e verificou-se a pressão arterial maior em 160/90mmHg e a menor 100/70mmHg. No grupo das mulheres, aferiu-se a pressão sistólica maior com 150mmHg e a menor com 90mmHg e para a diastólica a maior com 90mmHg e a menor com 60mmHg. Aferiu-se que a pressão arterial maior foi de 150/90mmHg e a menor, de 90/60mmHg. Segundo o Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1991), pelo estudo de Framingham, o risco de desenvolver DAC (Doença Arterial Coronária) cresce na proporção que os níveis pressóricos aumentam, adotando não somente as leituras dos níveis pressóricos para a prevenção mas a correlação com a situação clínica vigente para melhor análise destes indivíduos. E Rocela (1981) definiu que os hipertensos são indivíduos com maiores chances de patologias não igualmente comuns em populações com pressões arteriais menos elevadas, podendo ser elaborada uma correlação com o estado de piora dos indivíduos estudados.

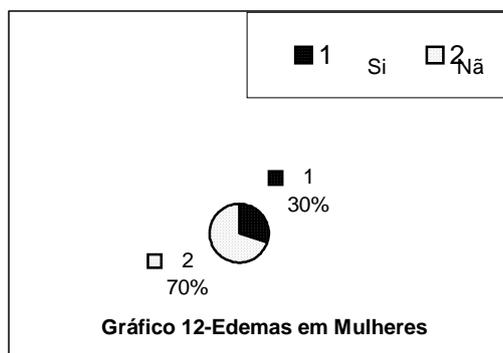
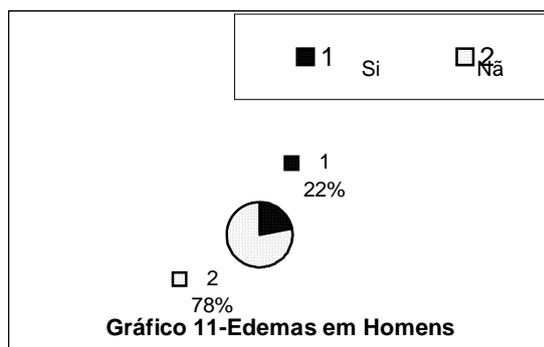
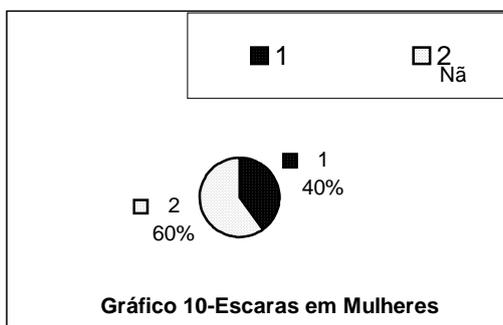
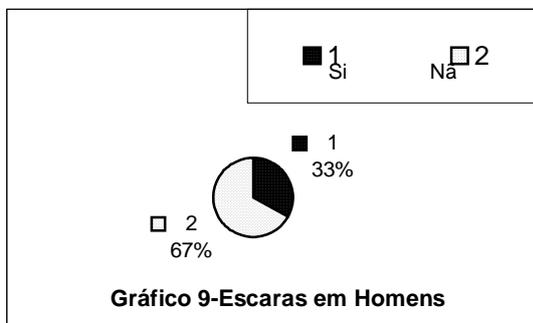
Pode-se relatar ainda que a presença de escaras no grupo masculino foi de 33% e 67% não apresentaram (gráfico 9), e nas mulheres, 40% apresentaram escaras e 60% não (gráfico 10); e em uma média geral, 37% apresentaram escaras e 63 % não. Em estudos prospectivos realizados por Ferrel (2000), nos EUA, observou-se que em uma amostra de 3.048 pacientes que passaram por hospitalização em cuidados intensivos,

10% apresentaram úlcera de pressão continuada após a sua alta, podendo ser uns dos fatores que levam à agudização do aparecimento de mais úlceras em pacientes que vão para domicílio pós-alta hospitalar. Em relação à presença de edemas nos homens, 22% apresentaram e 78% não (gráfico 11), e nas mulheres, 30% apresentaram edemas e 70% não (gráfico 12); e a relação de edemas em geral foi de 74% não apresentaram e 22% sim.









## CONCLUSÃO

Baseado nos dados levantados no presente trabalho em associação com literatura, conclui-se que há uma demanda grande de complicações advindas do acamamento, independente do critério que seja usado para classificar o grau de dependência do indivíduo. O que foi descrito nos perfis dos entrevistados deixa claro o quanto é complexo defini-lo, obrigando executar estudos intensivos para melhor compreensão do que evidencia a definição de um paciente acamado, bem como seu perfil.

O que se conclui com este estudo é que o conhecimento ideal do perfil desses e de qualquer indivíduo torna-se indispensável para a prevenção de maiores complicações e qualificação de tratamento, não mais baseado em experiências mas, sim, em evidências. Obtém-se, ainda, que o Programa Saúde da Família tornou-se uma ferramenta adequada para a execução de estudos e melhoria na produção científica relativa à promoção de saúde, bem como aproximando cada vez mais a ciência da população menos favorecida.

---

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. J. C. **Envelhecimento e câncer**. Disponível em <<http://www.medstudents.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil, 2004**. Disponível em <[http://www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub\\_assunto/atencao\\_bas.htm](http://www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2004.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CARVALHO, F. E.T.; PAPALÉO, N. M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Arq. Bras. Cardiol.,56:A1-A16, 1991.

COSTA NETO, M. M; SOUSA, M. F. **Cadernos de atenção básica: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DATASUS. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi/exe?siab/cnv/psfpr.def>>. Acesso em: 20 mai. 2004.

DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 21 jun. 2004.

FEDRIGO, C. R. A. M. **O futuro de ontem é a realidade de hoje**. Disponível em <<http://www.geocities.yahoo.com.br/fisioterapiabsb/artigos/e024.html>>. Acesso em: 14 jun. 2004.

FERRELL, B. Pacientes sob cuidados no lar tem alto risco para úlceras de pressão. **Journal of the American Geriatrics Society**, UCLA, 48:1042-1047.2000.

GREVE, J. M.D; AMATUZZI, M.M. **Medicina de reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Roca. 1999.

HOFFMANN, M. E. **Bases biológicas do envelhecimento**. Disponível em <[http://www.techway.com.br/techway/revista\\_idoso/saude/saude\\_semieamis.htm](http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/saude/saude_semieamis.htm)>. Acesso em: 10 mai. 2004.

LOPES, C.L.R. et al. Percepção dos pacientes, sem capacidade para auto cuidar-se sobre a operacionalização no banho no leito. **R. Bras. Enferm. Brasília**, v.49, n.2, p.259-266, abr./jun. 1996.

ROCELA, E.J.; BOWLER, A.E; HORAM, M. Consideração epidemiológicas em definir hipertensão. **Clin. Méd. Norte Am.**, 5:811-829. 1987.

SILVA, A. P. S. **A influência dos fatores extrínsecos nas quedas de idosos**. Disponível em <[http://www.medstudents.com.br/artigo\\_conteudo.asp?mnv=&regid=539](http://www.medstudents.com.br/artigo_conteudo.asp?mnv=&regid=539)>. Acesso em 05 jun. 2004.

UNESP –EPM. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the epidoso project in São Paulo. Disponível em <<http://www.pubmed.com/medline>>. Acesso em 07 jun. 2004.

YANCIK, R. R. L. Aging an cancer in america. **Hematol. Oncol. North Am.** 14(1):17-23. 2000.