

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA  
HUGO LEONARDO ANTUNES FONSECA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE  
SAÚDE DO IDOSO ACAMADO, E DESAFIOS PARA A  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
ACOMPANHAMENTO DESTES.**

**Belo Horizonte  
2010**

**HUGO LEONARDO ANTUNES FONSECA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE  
SAÚDE DO IDOSO ACAMADO, E DESAFIOS PARA A  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
ACOMPANHAMENTO DESTES.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de  
Minas Gerais- Núcleo de educação em saúde coletiva-  
como requisito para obtenção do título de especialista  
em atenção básica em Saúde da Família.  
Orientador: Flávio Chaimowicz

**Belo Horizonte  
2010**

**HUGO LEONARDO ANTUNES FONSECA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE  
SAÚDE DO IDOSO ACAMADO, E DESAFIOS PARA A  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
ACOMPANHAMENTO DESTES.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de  
Minas Gerais- Núcleo de educação em saúde coletiva-  
como requisito para obtenção do título de especialista  
em atenção básica em Saúde da Família.

Monografia defendida e aprovada em

Banca examinadora:

---

---

**HUGO LEONARDO ANTUNES FONSECA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE  
SAÚDE DO IDOSO ACAMADO, E DESAFIOS PARA A  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO  
ACOMPANHAMENTO DESTES.**

Monografia apresentada à Universidade Federal de  
Minas Gerais- Núcleo de educação em saúde coletiva-  
como requisito para obtenção do título de especialista  
em atenção básica em Saúde da Família.

Monografia defendida e aprovada em

Banca examinadora:

---

---

Agradeço primeiramente ao meu bom Deus que é Quem nos concede todas as dádivas desta vida. Agradeço também a minha esposa pelo incentivo e encorajamento inicial para a realização deste curso a despeito das dificuldades aparentes. E finalmente a todos profissionais envolvidos no curso que mesmo com minhas particularidades religiosas deram as condições para que eu pudesse realizar este curso.

## RESUMO

O Processo de envelhecimento populacional é uma realidade universal. Associado a esse processo surge um novo panorama epidemiológico com a maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Estas por sua vez têm provocado limitações funcionais gradativas que de leves restrições nas atividades básicas da vida diária podem chegar à total restrição no leito. Além da ação direta destas doenças, as internações provocadas por estas também levam a essas incapacitações principalmente pelas iatrogenias. Da restrição total no leito podem surgir várias complicações sendo a principal destas a síndrome da imobilidade que consiste no conjunto de sinais e sintomas provocados pela imobilidade apresentando várias alterações sistêmicas e psicológicas no indivíduo que pode inclusive levar a óbito. Um dos grandes desafios no cuidado a este paciente, se associa exatamente no responsável pelo cuidado no domicílio que não está preparado para implementar corretamente as orientações de cuidado prestados pela equipe de saúde. As principais ações preventivas a serem desenvolvidas por esta para evitar complicações no paciente, envolve a construção de um plano de ação multiprofissional envolvendo ação integral ao usuário com atenção especial as possíveis complicações que podem surgir. A visita domiciliar é um instrumento fundamental, pois permite conhecer a realidade vivenciada pelo usuário, e identificar riscos no ambiente e de complicações, propondo intervenções em tempo hábil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Idoso acamado. Síndrome da imobilidade.

## **ABSTRACT**

The process of population aging is a universal reality. Associated with this process comes a new epidemiological view with the highest prevalence of chronic and degenerative diseases. These in turn have led to gradual functional limitations of soft restrictions in basic activities of daily living can reach the total restriction on the bed. Besides the direct action of these illnesses, hospitalizations caused by these also lead to these mainly by iatrogenic disability. The restriction on total bed several complications may arise such as the major syndrome that immobility is the set of signs and symptoms caused by immobility and having several psychological and systemic changes in the individual that can even lead to death. A major challenge in providing care to this patient, is associated with exactly the person responsible for care at home that is not properly prepared to implement the guidelines of care provided by health staff. The main preventive actions to be carried out by this to avoid complications in the patient, involves the construction of an action plan involving multi-integral action to the user with special attention the possible complications that may arise. The home visit is a vital tool because it allows to know the reality experienced by the user, and identify the environmental risks and complications, proposing interventions in a timely fashion.

**KEYWORDS:** Elderly. Elderly bedridden. Immobility syndrome.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 OBJETIVOS .....	10
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 A FISIOPATOLOGIA DA IMOBILIDADE NO IDOSO E A SÍNDROME DA IMOBILIDADE.....	11
4 FATORES QUE PREDISPÕEM O PACIENTE IDOSO A FICAR ACAMADO.....	13
5 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES FÍSICAS DO PACIENTE ACAMADO.....	15
6 PRINCIPAIS PROBLEMAS EM RELAÇÃO AO CUIDADOR DO ACAMADO....	17
7 A PREVENÇÃO DA SÍNDROME DA IMOBILIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES NO IDOSO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de crescimento da população idosa é uma realidade em todo mundo e esta acentuado nos países em desenvolvimento como o Brasil como mostra o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) (2005). E segundo Chaimowicz, *et AL*, (2009) associado a este processo observa-se também o aumento proporcional entre os idosos da faixa etária acima dos 80 anos. Esses idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional; inclusive com grande prevalência de idosos restritos ao leito, eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam marcante impacto na dinâmica familiar, social e econômica. E no Brasil este grupo é o que vem mais crescendo.

Esse aumento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (ROSA, 2003). É, portanto fundamental que os profissionais de saúde assumam o compromisso de oferecer a população idosa uma atenção que priorize aspectos de promoção do envelhecimento ativo e saudável e prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas ou restringir complicações (UNICOVSKY, 2004). Visto que estudos vêm mostrando que as limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento e que essas ações citadas acima são importantes determinantes no envelhecimento saudável (COSTA, 2003).

Isto trás uma grande demanda nas equipes de saúde da família no acompanhamento desta população inclusive com a necessidade de realização de visitas domiciliares em virtude dos acamados que não podem ir até a unidade de saúde.

O município de Belo Horizonte acompanha esta realidade onde a população idosa já perfaz 9,14% do total desta e apresentou um acréscimo de 28,36% (ZAHEREDDINE e RIGOTTI, 2006). Particularmente na área de abrangência da equipe 2 do centro de saúde cachoeirinha, a proporção de idosos na população é ainda maior chegando a 16%, segundo dados da equipe. Desta população 32,% são maiores de 75 anos.

Ainda em relação a esta população 2,5% idosos estão totalmente restritos ao leito, 10,5% dos idosos dependem de outros para realização das atividades básicas da vida diária, 11,8% são diabéticos e 53,4% são hipertensos segundo esses dados.

Diante desta realidade um novo cenário de cuidados aparece onde fica clara a necessidade da organização da equipe e aprimoramento dos conhecimentos para o acompanhamento de toda essa população. Diante desta realidade surge a seguinte questão quais principais problemas enfrentados por esta população e quais desafios a equipe precisa superar para poder realizar este acompanhamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Realizar revisão bibliográfica sobre os principais problemas de saúde enfrentados pelo idoso acamado e construção de um plano de intervenção de assistência em enfermagem nestes pacientes.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar principais problemas enfrentados pelos idosos acamados;
- Descrever os principais problemas identificados;
- Analisar as principais formas de abordagem da equipe multiprofissional na atenção primária em relação a esta clientela;
- Propor alternativas para melhoria no processo de trabalho da equipe saúde da família na assistência ao idoso acamado.

### 3 A FISIOPATOLOGIA DA IMOBILIDADE NO IDOSO E A SINDROME DA IMOBILIDADE

A capacidade funcional representa a independência de o indivíduo viver e realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controlar as finanças, tomar medicamentos, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância (RAMOS, 2003; SOUZA e IGLESIAS, 2002).

A diminuição da capacidade funcional do idoso e o grau de fragilidade são resultantes da idade avançada associada às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT). A dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode ser modificada, prevenida e/ou reduzida (CALDAS, 2003).

Esse declínio funcional ocorre na população idosa, com sintomas inespecíficos, apresentação atípica, curso insidioso, e engloba manifestações físicas, psicológicas, sociais e funcionais. O declínio funcional é identificado progressivamente pela perda da capacidade de executar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Fisicamente, o idoso pode referir fadiga, fraqueza, perda de apetite, adipsia, perda de peso, quedas e incontinências. Já os sintomas psicológicos relatados são perda de atenção, interesse, iniciativa e motivação. Algumas vezes, pode se notar declínio cognitivo. Além disso, socialmente, o idoso se afasta de atividades usuais e fica mais isolado. A negligência com os cuidados da casa e com os cuidados pessoais podem ser observados (TRELLHA, *et al*, 2005 *apud* HEBERTI 1997).

As AIVDs podem ser utilizadas como marcadores para detectar o declínio da capacidade funcional. Entretanto, na medida em que apresenta incapacidade para AIVDs as demais ABVDs também poderão ser comprometidas (AIRES; PAZ, 2008). A condição de dependência severa para as AIVDS foi identificada em 50,0% dos idosos em condições de alta hospitalar (PAZINATTO, 2003).

E para Figueiredo, *et al*, (2008, p.465):

Assim sendo as alterações que ocorrem durante o envelhecimento são fisiológicas, porém o acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as chamadas atividades básicas da vida diária: tomar banho vestir-se, evacuar e urinar sem ajuda, alimentar-se, caminhar, sentar-se, levantar-se, transferir-se de uma cadeira ou da cama.

A principal complicação desse acúmulo de limitação é a síndrome da imobilidade que para Chaimowicz, *et al*, (2009, p. 165) é:

[...] conjunto de sinais e sintomas decorrentes da imobilidade, por restrição a uma poltrona ou ao leito, por tempo prolongado, associada a múltiplas causas e com implicações físicas e psicológicas e que pode levar ao óbito. Caracteriza-se por um complexo de sinais e sintomas resultantes da limitação de movimentos e da capacidade funcional que geram empecilho à mudança postural e à translocação corporal.

#### 4 FATORES QUE PREDISPÕEM O PACIENTE IDOSO A FICAR ACAMADO

O envelhecimento da população tem elevado a possibilidade de o idoso ser acometido por doenças crônicas não-transmissíveis acarretando o declínio da capacidade funcional e dependência nas atividades do cotidiano (COSTA, HENRIQUES, FERNANDES, 2003). E esse declínio pode ocorrer rapidamente o que pode levá-lo a uma situação de incapacidade e dependência total (DIOGO, PASCHOAL, CINTRA, 2000).

O desenvolvimento dessas doenças crônicas é decorrente da perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos. Essa perda de função pode levar a limitações funcionais, e, por sua vez, pode gerar incapacidade, conduzindo à dependência de pessoas ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia (PARANÁ, 2003).

È notório que a medida na qual se envelhece aumenta a vulnerabilidade, os riscos de agravos e a prevalência de doenças crônicas, que levam à maior parte da ocorrência de incapacidade nos idosos. É comum que o ser humano tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade, sendo que pelo menos 15% destas pessoas apresentam duas ou mais doenças (LESSA, 1998). Estas por sua vez, podem provocar algum tipo de incapacidade e/ou dependência (DIOGO, PASCHOAL, CINTRA, 2000).

Araújo e Alves (2000) apontam que entre as conseqüências da maior presença destas doenças em idosos destacam-se o maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e maior freqüência de reinternações e de incapacidades.

Sobre essas internações nos idosos Chaimowicz, *et AL*, (2009) mostra que nos idosos jovens (60 a 69 anos) a principal causa de internação é as doenças respiratórias (10,2%) em seguida aparecem às doenças circulatórias que somadas os diferentes tipos representam 25% das internações e a terceira causa são as neoplasias num total de 10%. Em relação aos octogenários o autor mostra que neste grupo as doenças respiratórias têm mais importância relativa chegando a quase 20%, as internações por doenças circulatórias representam pouco mais de um quarto de todas as internações. Uma observação importante sobre essas últimas é que a insuficiência cardíaca lidera as doenças circulatórias, seguida pelas doenças cérebro-vasculares o que nos idosos jovens não acontece. Ainda em relação a esse grupo dos idosos mais velhos as fraturas aparecem como a quarta causa de internações principalmente nas mulheres.

Como consequência desta situação apresentada CHAIMOWICZ, *et al*, (2009, p.46) faz uma reflexão:

A importância das internações por insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, doenças hipertensivas e cérebro-vasculares retrata a dificuldade dos serviços de saúde para manter o controle ambulatorial dessas doenças e de seus fatores de risco. Isto ocorre em todo o mundo, mas, comparando com países desenvolvidos, as complicações ocorrem precocemente no Brasil.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, Giacomini, *et al*, (2008) identificaram que a hipertensão arterial e a artrite apresentam associação com a incapacidade leve ou moderada e o diabetes e o acidente vascular cerebral (AVC) com a incapacidade grave. Sendo que o AVC foi à condição de saúde mais fortemente associada à incapacidade funcional grave. Este estudo demonstrou ainda que 8% da população idosa eram incapazes para as atividades da vida diária. E observou-se uma associação positiva da incapacidade grave com a idade igual ou superior a 80 anos.

Em estudo realizado por Trellha, *et al*, (2005) os idosos foram questionados sobre diagnósticos clínicos responsáveis por incapacidades e observou-se que a hipertensão arterial foi o diagnóstico mais frequente entre os pesquisados (74,0%), seguido pelo diabetes (47,1%). A taxa de não-resposta em alguns diagnósticos foi alta, chegando a (11,5%) nos diagnósticos “infarto” e “doença de Alzheimer”.

Segundo Chaimowicz, *et AL*, (2009) referindo-se a síndrome da imobilidade os principais fatores desencadeadores desta condição são a polipatogenia, aspectos econômicos, ambientais, psicológicos e sociais. Dentre estes fatores os autores destacam o repouso prolongado no leito, doenças neurológicas, depressão e demência; cardiopatias e pneumopatias crônicas. Estes ainda destacam as doenças reumáticas, os quadros de desnutrição grave; o uso excessivo de medicamentos e iatrogenia provocados por estes. Um outro ponto citado como contribuinte também é o excesso de zelo por parte dos cuidadores.

Figueiredo, *et al*, (2008) identificou em um estudo com 50 idosos acamados que entre as causas da imobilidade, destaca-se o Acidente Vascular Cerebral - AVC, correspondendo a 34% dos idosos, sendo uma condição crônica que compromete sensivelmente a autonomia e independência do idoso, 16% Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 8% Diabetes Mellitus (DM), 8% problemas articulares e 6% para cada uma das seguintes patologias: Perda da Visão, Osteoporose, Fraturas, Reumatismo e Doença de Alzheimer, ou não souberam informar.

## 5 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES FÍSICAS DO PACIENTE ACAMADO

O idoso acamado pode desenvolver uma quantidade grande de complicações em diversos órgãos e sistemas do indivíduo. Dentre estas o Centro de Medicina do Idoso (CMI) (2010) aponta os principais que são afetados: osteomuscular, cardiovascular, digestivo, urinário, e respiratório.

No sistema osteomuscular, Vojvodic (2004) explica que as limitações funcionais podem prejudicar as transferências, posturas e movimento no leito e em cadeiras de rodas e favorecer a formação de Úlceras de Pressão (UP) sendo estas umas das conseqüências mais freqüentes. Um estudo realizado com 60 acamados no estado de Piauí, revelou a prevalência de 13% das UP nos pacientes, e destas 100% ocorreram na região sacra seguida de ísqiuo, trocânter e calcâneo (BEZERRA, LUZ, ARAÚJO, 2009).

No sistema cardiovascular Raposo e Lopes (2002) mostram que ocorre uma elevação da pressão arterial sistólica pelo aumento da resistência periférica, e também ressalta a presença de hipotensão ortostática em virtude da diminuição do volume sistólico. Vojvodic (2004) destaca ainda a ocorrência de outra complicação a Trombose Venosa Profunda (TVP). Esse fato está associado à estase no fluxo sanguíneo nos Membros inferiores (MMII) e também com a redução no efeito de bombeamento dos músculos da panturrilha. E ainda uma hipercoagulabilidade que é induzida pela redução no volume plasmático e desidratação também contribui.

No sistema digestivo Nunes e Portella (2003) identificaram em estudo realizado com idosos acamados no município de Três-Passos-RS a ausência total ou parcial de dentes e uso de próteses inadequadas e perda de apetite. Chaimowicz, *et AL*, (2009) cita também a constipação intestinal e formação de fecaloma esses também foram verificados por Nunes e Portella (2003). Em seu estudo sobre diagnósticos de enfermagem dos acamados Figueiredo, *et al*, (2008) mostram também que 25% dos acamados apresentam dificuldade para se alimentar.

No sistema urinário Figueiredo, *et al*, (2008) identificaram a incontinência urinária como o principal problema queixado pelos idosos. Outra complicação é a retenção urinária causada pela dificuldade de gerar pressão abdominal em virtude da posição dorsal bem como pelo enfraquecimento dos músculos abdominais (VOJVODIC, 2004). Chaimowicz, *et AL*, (2009) acrescenta ainda as infecções do trato urinário.

No sistema respiratório as alterações são decorrentes de doenças já existentes como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que é uma das mais frequentes (FIGUEIREDO, *et al*, 2008). Esta doença provoca obstrução e conseqüente acúmulo de secreções brônquicas. O CMI (2010) aponta também algumas complicações como: “fraqueza da musculatura diafragmática e intercostal, dificuldade em eliminar secreção pela posição, tosse menos eficaz, diminuição da função ciliar resultando em acúmulo de secreção predispondo a atelectasias e infecções respiratórias”.

## 6 PRINCIPAIS PROBLEMAS EM RELAÇÃO AO CUIDADOR DO ACAMADO

Um dos principais problemas enfrentado pelo paciente acamado é a necessidade de cuidado domiciliar. Segundo Piccini, *et al*, (2006) 19% das pessoas idosas têm essa necessidade. E especificamente em relação aos idosos fragilizados em condição de permanência prolongada no leito domiciliar, um estudo identificou a necessidade de cuidadores permanentes, sendo estes familiares e, na maioria, mulheres e idosos mais jovens (NUNES, PORELLA 2003). E para Ricci, *et al*, (2005) o cuidador é responsável pela continuidade da assistência dada pela equipe, tornando-se assim, elemento terapêutico no processo de reabilitação. Entretanto estes identificaram em seu estudo que apenas 10,9% destes cuidadores estimulam a autonomia dos idosos e 84,3% apenas atendem uma atitude dependência iniciado pelo idoso.

Nunes e Portella (2003) observaram no seu estudo que todos os cuidadores eram familiares e que nenhum destes estava preparado para tal função e a maioria era mulher e quase sem suporte nenhum de outros familiares. E acrescenta Diogo, *et al*, (2005) que desta forma, pessoas que vivenciam o envelhecimento, ou que já se encontram em plena velhice, assumem a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde.

Sobre esta situação Diogo, *et al* (2005) alertam:

Estas pessoas são chamadas "vítimas ocultas", pois convivem com o isolamento, a solidão, e a sobrecarga de funções. Além da responsabilidade pelo cuidado nas 24 horas diárias, elas enfrentam o seu próprio envelhecimento e o comprometimento físico, bem como as responsabilidades financeiras e legais. Estas questões interferem no relacionamento conjugal, desencadeiam situações estressantes e problemas de saúde nas cuidadoras.

Ainda outro complicador neste cuidado é que a maioria dos cuidadores não apresenta nenhum conhecimento inicial na prestação de cuidados e que estes são adquiridos apenas no desenvolver da prática (CATTANI, GIRARDON-PERLINI, 2004).

## **7 A PREVENÇÃO DA SINDROME DA IMOBILIDADE E SUAS COMPLICAÇÕES NO IDOSO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida com a existência de ambiente e assistência adequados (TRELHA, *et al*, 2005). Uma das principais necessidades como medida preventiva é a instrumentalização das ESF para atuar no contexto familiar em que se encontram os idosos com declínio da capacidade funcional. A equipe deve ter espaços para a promoção de discussões críticas e reflexivas sobre as demandas de atenção à saúde do idoso, no sentido de repensar no seu fazer centrado na família, a qual pode apresentar entre os membros as diversas etapas do ciclo vital (AIRES, PAZ, 2008). Para o desenvolvimento dessa atividade, é necessário o envolvimento e a polivalência de toda a equipe de saúde, pois a família e/ou indivíduo possuem os mais variados diagnósticos, diferentes necessidades e problemas. Portanto, é fundamental que os profissionais possuam conhecimentos adequados do problema apresentado, para que possam planejar e executar corretamente as atividades propostas. (REIS, 2005).

Uma das primeiras ações a serem feitas pela equipe segundo Bernardo (2010) é a construção de um plano de intervenção que impeça à progressão da imobilidade e ainda a promoção de um plano de reabilitação. Estes devem contemplar a recuperação da situação de base e garantir a hidratação, nutrição, ritmo intestinal, controle adequado da dor, sono adequado e conforto externo. Deve-se ainda evitar a polifarmacologia e intervir no fator ambiental e promover um apoio psico-sócio-familiar adequado. Seguindo os moldes a semelhança deste plano de ação Marques e Freitas (2009) constataram a melhora das condições de higiene, de mobilidade do paciente, de reorganização de espaços e de aspectos psicológicos das famílias que se sentiram apoiadas e mais seguras. Ainda sobre o plano de intervenção Chaimowicz, *et al*, (2009) identifica os principais pontos a serem considerados neste:

- Identificar os fatores de riscos;
- Orientar o idoso, família e cuidador na adequação do ambiente e adaptação do idoso nas atividades de vida diária, evitando acidentes domésticos;
- Orientar o idoso, família e cuidador no controle e uso correto de medicamentos;

-Promover atividades físicas, estimulando a mobilidade e evitando a restrição ao leito;

-Estimular a independência nas AVDs e ABVDs;

A visita domiciliária feita pelos programas de saúde da família (PSF) contribui para a solução dos problemas de saúde em seu foco de origem. Além de permitir que a equipe de saúde tome conhecimento das condições reais de vida da população assistida como alimentação, moradia, saneamento e possa intervir junto à comunidade e propor soluções coletivas às secretarias municipais de saúde

A visita domiciliar proporciona uma visão mais abrangente da saúde integral pela equipe de saúde e possibilita a identificar e sanar mais rápido possíveis complicações no idoso acamado (ANDRADE E LOBO, 2007). Para Marques e Freitas (2009) esta ação é um desafio para a equipe de saúde da família, pois requer um redesenho das ações e uma visão para além dos serviços hoje ofertados nas Unidades de saúde.

E ainda em estudo piloto realizado na assistência domiciliar ao acamado as principais dificuldades identificadas na implementação de um plano de assistência domiciliar por Marques e Freitas (2009) foram:

Entretanto, o serviço de saúde, por não estar organizado a pleno, teve dificuldade em responder às demandas dos idosos vinculados ao projeto. Esta dificuldade ficou evidenciada nas necessidades de transporte do acamado até a Unidade de Saúde ou hospital, de avaliação por profissional médico, no domicílio, nos casos de agravamento das suas condições de saúde, de nutricionista, para ajustes de dieta e acompanhamento nutricional e de assistente social, para encaminhamento de necessidades sociais e de formação de parcerias com instituições, sem falar no despreparo da equipe em lidar com casos de negligência de cuidados ao idoso.

Na construção do plano de intervenção é importante programar medidas específicas que visem prevenir as principais complicações vistas.

No caso das úlceras de pressão Mazzon, *et al*, ( 2007) destacam que as primeiras medidas a serem tomadas na prevenção destas são a construção de programas educativos estruturados, organizados, amplos, direcionados a profissionais, cuidadores e familiares. Especificamente na orientação destes últimos Goulart *et al*, (2010) ressalta a importância de salientar a autodisciplina e da participação e colaboração durante o tratamento. Algumas medidas básicas devem ser implementadas: exercícios ativos e passivos, massagens de conforto, higiene corporal adequada, uso de travesseiro e almofadas no reposicionamento e alinhamento corporal, uso de colchão próprio, mudança

de decúbito a cada duas horas e posicionamento e movimentação adequados (GOULART *et al*, 2010).

Em relação aos déficits na alimentação algumas ações são importantes como assegurar que a pessoa faça refeições no mesmo ambiente e em local agradável e sem distrações, refeições em pequenas quantidades, colocando a refeição do lado não afetado da boca se houver paralisia (FIGUEIREDO, *et al*, (2008). Mas de maneira geral os profissionais de saúde devem avaliar os fatores que podem interferir na alimentação e fornecer orientações específicas adequadas em relação a necessidade por (NUNES, PORTELLA, 2003).

Em relação à respiração é necessário um acompanhamento clínico sendo importante avaliar e estabelecer condutas de acordo com os sinais e sintomas considerando fatores de risco e doenças que interferem na função respiratória (NUNES, PORTELLA, 2003). É importante também promover um padrão respiratório mais eficaz com posicionamento adequado do paciente entre outras medidas (VOJVODIC, 2004).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi visto, a assistência ao paciente idoso acamado é muito complexa e requer muitos esforços por parte da equipe de saúde. A área de abrangência do Centro Saúde Cachoeirinha especificamente da equipe 2, apresenta uma realidade onde grande parte dos problemas identificados estão presentes. Existem muitos idosos acamados, e muitos destes com complicações já presentes, além disso, como já visto a proporção de idosos de uma maneira geral nesta área é muito grande, o que requer além de intervenções visando à reabilitação dos primeiros como medidas preventivas que contemplem a garantia de medidas de promoção de saúde e prevenção.

Com isso é necessário uma organização e planejamento da equipe para alcançar estes propósitos. Como foi visto a construção de um plano de ação é fundamental. Alguns recursos necessários para construção deste a equipe dispõem e servem como facilitadores na construção do plano de ação como:

- Espaços para discussão e planejamento multiprofissional como reuniões semanais da equipe, reuniões mensais com equipe de apoio de saúde mental e reunião mensal com o Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF);
- Um horário reservado na agenda dos componentes da equipe para realização de visita domiciliar;
- Equipe de saúde completa, comprometida e com boa vinculação dos profissionais com a comunidade.

Entretanto algumas pontos precisam ser mais bem trabalhados para implementação exitosa como:

- Falta de parcerias estabelecidas de intersetorialidade para tratar questões como maus tratos e violência;
- Distância da unidade de saúde das residências dos usuários e falta de transporte suficiente;
- Capacitação dos profissionais na abordagem de questões específicas que foram vistas como complicações possíveis nos pacientes acamados.

Mesmo diante destas dificuldades, com os recursos que dispõe, a equipe pode realizar um plano de ação que garanta uma assistência de qualidade ao usuário. E como contribuição deste trabalho ao serviço de saúde na qual está inserido o autor deste trabalho

propõe-se um plano de ação ANEXO A para assistência aos acamados residentes na área de abrangência deste centro saúde.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida. **Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família.** Revista Gaucha enfermagem, v.29, n.1, p. 83-89, mar. 2008.

ANDRADE, Marilda; LOBO, Eric Leonard. **A Importância da visita domiciliária para o idoso portador de doença crônica após a alta hospitalar.** Informe-se em promoção da saúde, v.3, n.2, p.12-14, 2007.

ARAUJO, Tereza Cristina Nascimento; ALVES, Maria Isabel Coelho. **Perfil da população idosa no Brasil.** Universidade Aberta da Terceira Idade: Textos sobre o Envelhecimento, v.3, p.7-19, 2000.

BERNARDO, Ana. **Porque fica um idoso acamado?** Disponível em: < [http://www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor\\_files/file/HRMar\\_familiar\\_acamado\\_outinv08.pdf](http://www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor_files/file/HRMar_familiar_acamado_outinv08.pdf)> Acesso em: 20 DE MAIO DE 2010.

BEZERRA, Sandra Marina Gonçalves; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista. **Prevalência de Úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio.** 61º congresso brasileiro de enfermagem. Fortaleza, Dezembro 2009. Disponível em: < <http://www.abeneventos.com.br>> acesso em 14 de abril de 2010.

CALDAS, Célia Pereira. **Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família.** 19:773-81. Cadernos de Saúde Pública, v.19, n.3, p. 773-781, Jun. 2003.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. **Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br) acesso em: 06 de abril de 2010.

CENTRO DE MEDICINA DO IDOSO. **O idoso acamado.** Disponível em: < [http://www.gedarni.com.br/idoso\\_acamado](http://www.gedarni.com.br/idoso_acamado)>. Acesso em 22 de abril de 2010.

CHAIMOWICZ, Flávio. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançalo FAX, Gorzoni ML, Doll J. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan; 2006. P. 106-30.

CHAIMOWICZ, Flávio. *et al.* **Saúde do idoso**. Editora Coopmed: Belo Horizonte, 2009.

COSTA, Gabriela Maria; HENRIQUES, Maria Emília; FERNANDES, Maria das Graças Melo. **Programa de atenção à saúde do idoso na visão da clientela**. Revista A terceira idade, v. 27, p. 53-67, maio 2003.

DIOGO, Maria José D'Elboux; CEOLIM, Maria Filomena; CINTRA, Fernanda Aparecida. **Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio**. Revista escola de enfermagem, v.39, n.1, São Paulo, Mar. 2005.

DIOGO, MJD, PASCHOAL SMP, CINTRA FA. Avaliação global do idoso In: Duarte YAO, Diogo MJD. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 145-71.

FIGUEIREDO, Maria do livramento. *et al.* **Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio**. Revista brasileira de enfermagem, v. 61, n. 4, p.464-69. Brasília, 2008.

GIACOMIN, Karla C.; *et al.* **Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de saúde pública, v.24, n. 6, p. 1260-1270, Rio de Janeiro, jun.2008.

GOULART, Fernanda Maria. *et al.* **Prevenção de Úlcera por Pressão em Pacientes Acamados: Uma revisão da literatura**. Disponível em: <http://faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/prevençãodeulcera.pdf>>. Acesso em 06 de abril de 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 2005**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2006.

LESSA I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis**. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 1998.

MARQUES, Giselda Quintana; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. **Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil**. Revista escola enfermagem, v. 43 , n.4, p. 825-832, São Paulo, Dez. 2009.

MAZZON, Danielle de Souza; CASTRO, Daiana Batista Almagro de; TOMAZELLI, Majoi. **Úlcera de pressão no idoso acamado e a assistência de enfermagem**. 5ª simpósio de ensino de graduação. UNIMEP, outubro de 2007. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/5mostra/4/177.pdf> acesso em 15 de abril de 2010.

NUNES Lilia Maria; PORTELLA, Marilene Rodrigues. **O Idoso Fragilizado no domicílio: A problemática encontrada na atenção básica em saúde**. Boletim da saúde, v. 17, n.2, p. 109-12, Porto Alegre, Jul/dez. 2003.

PARANA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Direito do idoso. **Projeto saúde do idoso**. 2003. Disponível em: <<http://direitodoidoso.braslink.com/09/proj001.htm>>. Acesso em 25 de maio de 2010.

PAZINATTO, MC. **Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidados após alta**. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifca Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.

PICCINI, Roberto Xavier; *et al.* **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde**. Ciência & Saúde coletiva, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

RAMOS, Luis Roberto. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 13 maio de 2010.

RAPOSO, Ana Cláudia; LÓPEZ, Ramón F. Alonso. **Efeitos da imobilização prolongada e atividade física**. Revista Digital, ano 8, n. 50, Buenos Aires, 2002. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd50/efeitos.htm>>. Acesso em 25 de maio de 2010.

RICI, Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi; CORDEIRO, Renata Cereda. **Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar**. Revista Saúde Publica, v. 39, n. 4, São Paulo, ago.2005.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa. *et al.* **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. Revista Saúde Publica; v. 37, n. 1 , p. 40-48, São Paulo, 2003.

SOUZA, José A. G.; IGLESIAS, Antônio Carlos R.G. **Trauma no Idoso**. Revista Associação Médica Brasileira, v.48, n.1, p.79-86, São Paulo, jan./mar. 2002.

TRELHA, Celita Salmaso. *et al.* **Capacidade Funcional de Idosos Restritos ao Domicílio**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 26, n. 1, p. 37-46, Londrina, jan./jun. 2005.

UNICOVSKY, MAR. **Idoso com sarcopenia: uma abordagem do cuidado da enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 57, n.3, p. 298-302, 2004.

VOJVODIC, Carla. **Síndrome de Imobilidade**. São Paulo, julho 2004.

ZAHREDDINE, Danny; RIGOTTI, José Irineu Rangel. O Processo de Envelhecimento Populacional em Belo Horizonte: Análise e mapeamento dos anos de 1991 e 2000. In: XV Encontro de Estudos Populacionais, 2006, Caxambu. **Anais**. Caxambu: ABEP, 2006.

ANEXO A – Plano de ação para assistência ao idoso acamado do Centro Saúde Cachoeirinha.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Cronograma
Conhecer melhor e determinar prioridades.	Identificação e análise de 100% dos idosos acamados da área de abrangência do centro saúde cachoeirinha da equipe de PSF 2.	-Visitas domiciliares;  -Entrevista com familiares e com os ACS (Agentes Comunitários de Saúde);  -Pesquisa em prontuários da unidade;	-Apresentação da proposta a equipe de saúde.	-Enfermeiro	Outubro a dezembro de 2010.
Organizar dados individualmente	Identificação e descrição individual de 100% dos idosos	-Arquivo rotativo com fichas individuais com espaço para anotações.	-Acordar com gerência da unidade material para o projeto.	-Enfermeiro	Outubro a dezembro de 2010.
Plano terapêutico individual.	Construção de projetos terapêuticos com ações multiprofissionais de 100% dos idosos	-Reuniões semanais da equipe de saúde da família;  -Reuniões mensais com equipe do	-Apresentar proposta aos outros profissionais envolvidos.	-Enfermeiro	Outubro a março de 2011.

	acamados.	NASF;  -Reuniões mensais com equipe de apoio de saúde mental.			
Ações coletivas	Capacitação de todos cuidadores de idosos.	-Grupo operativo multiprofissional.		-Enfermeiro	Outubro a março de 2011.
Visitas domiciliares regulares.	Garantia de acompanhamento de todos idosos de acordo com o estabelecido no plano terapêutico.	-Visitas domiciliares;  -checagem semanal do arquivo rotativo.		- ACS	Outubro a março de 2011.