

**Redução das complicações do imobilismo no paciente acamado através da atuação
multiprofissional: projeto de intervenção**
**Reduction of immobility complications in bedridden patients through multiprofessional
work: intervention project**

Lívia Raquel Ribeiro de Alencar¹

¹ Fisioterapeuta; Especializanda em Saúde da Família e Comunidade (UFPI)

Fabrícia Castelo Branco de Andrade²

² Orientadora, Enfermeira, Mestre em Saúde da Mulher

RESUMO

O repouso prolongado pode trazer sérios prejuízos à saúde do paciente com deficiência física/acamado, ocorrendo principalmente em consequência de doenças crônicas ou de acidentes. Uma necessidade importante e que merece intervenção das equipes de saúde diz respeito à quantidade de pacientes acamados que necessitam de assistência fisioterapêutica e multiprofissional, que por sua limitação física apresentam complicações do imobilismo. O seguinte trabalho tem objetivo de promover através da equipe multiprofissional ações para conscientização da família sobre a necessidade de participação familiar para melhora da qualidade de vida do paciente deficiente/acamado. Nesse trabalho foram propostas ações estratégicas visando resolver situações problemas existentes no município de Francisco Ayres-Pi, através da atuação multiprofissional junto aos pacientes e familiares para a redução das complicações do imobilismo. Conclusão: Pelas pesquisas realizadas e levando em consideração as ações estratégicas que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes acamados ou com deficiência física foi possível observar que uma atuação conjunta da equipe multiprofissional ao apoiar e incentivar a mobilização do paciente no leito ou fora dele poderá promover mais independência e melhorar a capacidade funcional do indivíduo, reduzindo complicações e a dependência pelo profissional fisioterapeuta, visto que os pacientes e familiares serão incentivados a realizar os exercícios propostos mesmo quando não estiverem no momento do atendimento fisioterapêutico.

Palavras-chave: Fisioterapia; Limitação de mobilidade; Atenção básica à saúde.

ABSTRACT

Prolonged rest can cause serious harm to the health of the physically / bedridden patient, occurring mainly as a consequence of chronic diseases or accidents. An important need that deserves intervention by health teams is the amount of bedridden patients who need physiotherapeutic and multiprofessional assistance, which due to their physical limitations present complications of immobility. The following work aims to promote through the multiprofessional team actions to raise family awareness about the need for family participation to improve the quality of life of the poor / bedridden patient. In this work, strategic actions were proposed aiming to solve the existing problems in the municipality of Francisco Ayres-Pi, through the multiprofessional approach to patients and their families to reduce the complications of immobilism. Conclusion: Based on the research carried out and taking into consideration the strategic actions that aim to improve the quality of life of the patients in bed or with physical disability, it was possible to observe that a joint action of the multiprofessional team by supporting and encouraging the patient mobilization in or out of the bed promote more independence and improve the functional capacity of the individual, reducing complications and dependence on the professional physiotherapist, since patients and families will be encouraged to perform the proposed exercises even when they are not in the moment of physical therapy.

Keywords: Physiotherapy; Limitation of mobility; Basic health care.

INTRODUÇÃO

O repouso prolongado pode trazer sérios agravos à saúde do indivíduo, sendo que tais agravos são chamados de Síndrome do Imobilismo (SI) ou do Desuso e são identificados como sequelas/complicações/efeitos deletérios da inatividade, do repouso no leito ou da imobilização prolongada (CAZEIRO; PERES, 2010).

A Síndrome do Imobilismo ocorre tanto com o envelhecimento, pelas transformações pelas quais os sistemas corporais passam ao adquirirem algumas patologias crônicas ou agudas incapacitantes e também nos pacientes acidentados que tenham sofrido algum tipo de traumatismo ósseo, medular ou crânio-encefálico, dentre outros (CINTRA et. al, 2013)

Indivíduos com enfermidades incapacitantes que se encontram restritos ao leito desenvolvem a imobilidade que pode culminar na suspensão de movimentos articulares, comprometendo a mobilidade e resultando principalmente em sequelas neurofuncionais e musculoesqueléticas, levando a limitações funcionais prejudicando o movimento no leito e dificultando as atividades de vida diária do paciente (CINTRA et. al. 2013).

Bruni et. al (2004), evidenciam em seu artigo que a reabilitação deve iniciar no momento do acidente, pois envolve aprendizado do paciente e da família diante de uma nova situação de vida, onde o foco será a prevenção das complicações ou incapacidades secundárias, que se tratadas podem melhorar gradativamente o potencial funcional dos pacientes.

A reabilitação pretende capacitar o doente com déficit para que melhore as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ ou sociais. Compreende um programa durante o qual o doente progride ou mantém o máximo grau de independência possível. Através do processo de reabilitação o doente pode readquirir capacidades e aprender novas formas de realizar determinadas tarefas de modo a compensar qualquer disfunção residual (PEREIRA, GUEDES, 2011).

Em Francisco Ayres-PI, cidade localizada a 215 km de Teresina-PI, até 2008, segundo dados do Ministério da Saúde (2009), a mortalidade por faixa etária em pessoas com 65 anos ou mais era de 25% para doenças do aparelho circulatório e de 37,5% do aparelho respiratório enquanto que a morbimortalidade por causas externas era de 33,3% para pessoas de 20 a 49 anos.

Segundo Cazeiro e Peres (2010), no tratamento da Síndrome do Imobilismo é notória a necessidade da participação multiprofissional visto que frequentemente os pacientes são encaminhados à reabilitação com diversos agravos em todos os sistemas do organismo, evidenciando assim a importância da atuação de toda a equipe de saúde junto ao paciente acamado.

Uma necessidade importante e que merece intervenção das equipes de saúde diz respeito à quantidade de pacientes acamados que necessitam de assistência fisioterapêutica e multiprofissional, que por sua limitação física apresentam complicações do imobilismo. Uma

maior interação entre a equipe e a família desses pacientes poderia incentivá-los a realizar a mobilização do paciente no leito e minimizar as complicações e males secundários decorrentes do imobilismo.

O seguinte trabalho tem objetivo de promover através da equipe multiprofissional ações para conscientização da família sobre a necessidade de participação familiar para melhora da qualidade de vida do paciente deficiente/acamado.

Os objetivos específicos foram: Quantificar número de pacientes/usuários com limitação física que necessitam de atendimento domiciliar; Conscientizar a equipe multiprofissional para que participe do apoio e incentivo aos familiares e pacientes acamados sobre a importância da mobilização da pessoa com deficiência no leito; Criar um guia/folheto com orientações aos pacientes e familiares com dicas sobre a melhora da ergonomia e adaptação do domicílio para ampliar a locomoção e qualidade de vida, além de exercícios domiciliares, motivando e esclarecendo os mesmos sobre a importância de fazerem as mudanças de decúbito regulares nos pacientes.

Pretende-se responder a questão: A atuação da equipe multiprofissional de saúde consoante com a maior participação dos cuidadores de pacientes acamados ajuda a reduzir as complicações do imobilismo?

REVISÃO DA LITERATURA

PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES DO IMOBILISMO EM PACIENTES COM LIMITAÇÃO FÍSICA

Após a II guerra mundial se observou que a mobilização precoce de pessoas acometidas por lesões gera mais benefícios que danos, visto que a imobilização do corpo todo pode ser mais prejudicial que a doença ou acidente que ocasione a permanência do paciente no leito (CAZEIRO e PERES, 2010).

A imobilidade caracteriza-se pela perda de capacidade funcional, pela supressão dos movimentos articulares e, pela incapacidade de mudança postural, geralmente decorrente de doenças crônico-degenerativas, de doenças agudas graves, incapacidade ou inatividade (FERNANDES et. al, 2009).

Segundo Cazeiro e Peres (2010), seja qual for a sua causa, o repouso prolongado pode trazer sérios agravos à saúde do indivíduo. Por ser um problema complexo, torna-se necessária a atenção de um número maior de profissionais, de procedimentos clínicos e medicações trazendo gastos expressivos para a família e para o sistema de saúde.

O imobilismo gera complicações em diversos sistemas do corpo, como musculoesquelético, cardiovascular, endócrino, urinário, respiratório, neurosensorial, gastrointestinal e tegumentar (QUINTELA, 2015).

Com uma maior ocorrência de acidentados, traumas e complicações de doenças como hipertensão, diabetes, dislipidemia, muitas vezes combinadas com outros fatores de risco como ausência de atividade física, tabagismo, alcoolismo, má alimentação e obesidade podem ocasionar sérias doenças que em sua maior gravidade geram um período provisório ou de total imobilidade, dentre elas, acidentes vascular encefálico e câncer.

Segundo o Ministério da Saúde, de acordo com o CENSO/2000, 24,6 milhões de brasileiros declararam ser pessoas com deficiência (14,5 % da população total). Também foi pesquisado o quantitativo de pessoas que tem alguma, grande ou total incapacidade de caminhar ou subir escadas, sendo que 275.301 homens encontram-se na condição de incapaz e 2.280.551 com alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas.

De acordo com o DATASUS, em Francisco Ayres-PI, a taxa de prevalência de hipertensão arterial foi de 125,1 em 2015 e a proporção e taxa total de internações hospitalares por causas externas foi 13 e serve para medir a participação relativa dos grupos de causas de internação hospitalar, no total de internações realizadas no SUS.

O imobilismo, por si só, é uma causa de morbidade no idoso, porém o imobilismo completo pode levar a perda de 5 a 6% de massa muscular e de força por dia. Essa Síndrome pode ser causada por vários fatores, tais como psicológicos, onde estão incluídos: depressão, demência e medo de quedas; sociais: visto que idosos com restrição física sofrem isolamento social e falta de estímulo; e físicos, como insuficiência venosa, osteoporose, fraqueza muscular ou mesmo quando o idoso necessita de imobilização, devido uma fratura após queda. O repouso beneficia a região lesada, mas seu prolongamento prejudica o resto do organismo (MORAES, 2010).

Segundo Boechat et. al (2012), diversos autores apontam que uma característica importante do idoso está relacionada com suas funções fisiológicas que diminuem após os 30 anos de idade, alcançando um acentuado desequilíbrio após os 60 anos e muito do decréscimo destas funções pode estar relacionado com falta de condicionamento e o desuso sendo o idoso mais propenso a apresentar lesões patológicas em diversos sistemas orgânicos com destaque para as alterações do sistema esquelético e cardiovascular.

Considera-se que de 7 a 10 dias a imobilidade no leito represente um período de repouso, de 12 a 15 dias de imobilização e a partir de 15 dias decúbito de longa duração. A utilização de exercícios em pacientes imobilizados tem como objetivo minimizar os efeitos negativos do imobilismo e tempo de internação além de melhorar a qualidade de vida (BOECHAT et al, 2012).

De acordo com Ramos (2003), um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas.

O decúbito prolongado gera pontos onde a pressão externa é superior a pressão capilar, resultando em isquemia dos tecidos subjacentes e tornando o indivíduo propenso a desenvolver úlceras de pressão. O sacro, trocanteres maiores, tuberosidades isquiáticas,

calcanhares e tornozelos, são os pontos com maior índice de desenvolvimento de úlceras de pressão (FERNANDES et. al, 2009).

A contratura pode ser definida como redução da amplitude de movimento em decorrência de limitações articulares, musculares ou de partes moles. A articulação contraturada apresenta menor fluidez do líquido sinovial e de seus nutrientes (pela ausência do efeito bomba causado pela movimentação) e proliferação do tecido conjuntivo. Durante o repouso prolongado, há uma tendência para a formação de contraturas em posição de conforto (flexão de quadris e joelhos, tornozelos em flexão plantar, adução e rotação interna do ombro, flexão do cotovelo, punho e dedos). Embora as contraturas possam ter origem nas articulações, nas partes moles ou nos músculos, todos estes tecidos acabam por desenvolver limitações secundárias, o que dificulta a mobilidade, o autocuidado e os procedimentos de enfermagem (CAZEIRO e PERES, 2010).

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Segundo as Diretrizes do NASF do Ministério de Saúde da Família (2010), um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (SF). A composição dos profissionais do NASF deve ser definida pelos gestores municipais e as equipes de SF, observando os critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais.

A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF, onde sua equipe e as equipes de SF deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Nesta perspectiva, o NASF deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado em conformidade com a ESF (MS, 2010).

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde. A Estratégia de Saúde da Família tem objetivo de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto das famílias, melhorando assim, a qualidade de vida da população. Já o NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família e não faz parte da porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde (MS, 2010).

As Diretrizes do NASF (2010) evidenciam que a reabilitação tem um papel de fundamental importância nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, destacando que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

Dados de morbidade e mortalidade mapeados no território de atendimento, como quantidade de acidentes de trânsito, crianças com deficiência congênita, acidentes de trabalho, idosos acometidos por doenças crônicas e retidos no leito são importantes para determinar os fatores causadores de deficiência, onde uma atuação integral dos profissionais do NASF, inclusive de reabilitação, deverá incluir a mobilização da comunidade e seus recursos; a transformação dos ambientes públicos e coletivos para permitir ampla acessibilidade, assim uma atuação integral deverá também envolver as famílias no cuidado e incluir sem discriminação as pessoas com deficiência na vida da comunidade (MS, 2010).

No contexto do NASF, a Fisioterapia se aglutina às demais ciências do cuidado humano no ambiente comunitário proximal-domiciliar. De acordo com o COFFITO (2012), a fisioterapia é uma ciência que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano. Por um longo período de tempo, centrou sua atuação no cuidado reabilitador em espaços hospitalares e clínicas especializadas, mas, na atualidade, a aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como uma estratégia capaz de fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do SUS e contribuindo para a garantia da integralidade na assistência (SILVA et. al, 2014).

FISIOTERAPIA PARA PACIENTES COM LIMITAÇÃO FÍSICA

Um dos principais objetivos da medicina de reabilitação, não só da geriatria e gerontologia, mas de maneira geral, é melhorar a função física e psicossocial do indivíduo com doenças crônicas e incapacitantes. Para atingir um ótimo nível de independência devemos, além de diagnosticar e tratar perdas patológicas e funcionais, também monitorar complicações potenciais que poderiam causar problemas adicionais ou incapacidades. As complicações da imobilização e inatividade nem sempre foram conhecidas como causas de disfunção, porém, nas últimas décadas, os profissionais de saúde estão voltando a atenção para os efeitos negativos e maléficos do descanso ou repouso prolongado no leito, da inatividade e os efeitos benéficos da atividade e dos exercícios (BOECHAT et. al, 2012).

De acordo com Ramos (2003), é importante o desenvolvimento de ações que tenham um significado prático para os profissionais atuando no nível primário de atenção à saúde e que tenham uma relação de custo-benefício aceitável para os administradores dos poucos recursos destinados à área da saúde.

Para Fernandes et. al. (2009), poucos estudos foram encontrados sobre o tema síndrome do imobilismo no leito e nenhum voltado para a atuação fisioterapêutica, todos os trabalhos que se relacionavam ao tema eram vinculados a equipe de enfermagem, evidenciando uma lacuna no que se diz respeito às orientações relativas à prevenção de comprometimentos osteoarticulares e complicações respiratórias que repercutem diretamente

na qualidade de vida e prognóstico destes pacientes além da sobrecarga e falta de orientações ao cuidador.

As intervenções fisioterapêuticas em pacientes acamados podem diminuir as mudanças fisiológicas desfavoráveis, que são geradas pela imobilidade. A hidratação adequada e atividades físicas diárias são algumas das medidas que podem prevenir descondição musculoesquelético e complicações da pele. Muitas destas intervenções, como exercícios para membros inferiores, podem beneficiar vários sistemas ao mesmo tempo, pois afetam tanto os ossos longitudinais, como ajuda a promover o tônus muscular e melhora a condição cardiovascular e, ainda, ajudam na redução da perda de cálcio (NASCIMENTO et. al, 2017).

Segundo Fernandes et. al. (2009), a atenção à educação dos familiares apresenta-se de extrema importância para o tratamento fisioterapêutico, sendo que a confecção de um manual é extremamente importante e sua aplicabilidade repercutirá na melhora da qualidade de vida não só do paciente assim como do cuidador, contribuindo para a efetividade do tratamento fisioterapêutico e, conseqüentemente dos seus resultados.

Cazeiro e Peres (2010) evidenciaram que além do atendimento voltado para o indivíduo acamado e sua família, os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção da Síndrome do Imobilismo na população em geral, por meio da educação em saúde e da orientação aos profissionais que atuam em unidades básicas e em hospitais. Os profissionais de saúde devem ter papel ativo na mudança de crenças inadequadas, uma delas a de que doença e velhice são sinônimas de imobilização, incapacidade e invalidez.

Os programas terapêuticos aplicados pelos profissionais da saúde consistem em processos pelos quais se ministra, orienta, guia e ensina a demanda funcional adequada, a fim de estimular que os mecanismos de reorganização neural desenvolvam-se de forma ideal, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensoriomotoras dos pacientes com lesão neurológica (PIASSAROLI et. al, 2012).

Estudos realizados por Franciulli et. al (2015), concluíram que programas de fisioterapia que objetivam a prevenção de quedas e independência funcional de idosos com tendência a cair amenizam o declínio do equilíbrio e da capacidade funcional inerente ao envelhecimento. Os protocolos avaliados são de fácil reprodutibilidade e podem ser implantados em todos os serviços de reabilitação como práticas terapêuticas menos dispendiosas aos programas de atenção ao idoso.

De acordo com Moraes, Marino e Santos (2010), a família, por sua vez, é outro elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial e sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (insuficiência familiar).

Os profissionais que trabalham com idosos, portanto, devem realizar a sua avaliação multidimensional e ficarem atentos à identificação e tratamento das síndromes geriátricas, principais responsáveis pela perda da sua autonomia e independência (MORAES, MARINO, SANTOS, 2010).

Os programas propostos em água e solo mostraram-se eficientes para promover a melhora da qualidade de vida e prevenção de quedas nos idosos (LAZZARESCHI e SILVA, 2009). A inclusão de fisioterapeutas nas equipes de Atenção Básica vem emergindo como contribuição para o alcance da integralidade no SUS, notadamente pelos fatores demográficos e epidemiológicos.

A inserção da fisioterapia domiciliar se amplia para além da reabilitação, atuando na prevenção primária, na qual a profissão também pode imprimir sua marca no cuidado às pessoas na promoção da saúde, devendo ser priorizada a capacitação das famílias para suas potencialidades de cuidados ao sistema familiar, no cuidar aos seus entes parentais mais dependentes na ausência do terapeuta. Também busca potencializar o sistema familiar para maior autonomia do sistema de cuidados profissionais (SILVA et. al, 2014). Dessa forma, a equipe de saúde deve estimular os cuidados ao paciente acamado mesmo nos dias em que não exista a presença do profissional de fisioterapia no domicílio, evidenciando a coparticipação da família e paciente no processo de cuidados com a própria saúde.

PLANO OPERATIVO

Tabela 1. Plano Operativo

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Falta de cuidados básicos com mobilidade do paciente no leito; Cuidados ineficientes ou impróprios da família para com o paciente ocasionando complicações do imobilismo.	Promover ações para conscientização da família sobre a necessidade de participação familiar para melhora da qualidade de vida do paciente deficiente/acamado.	Para realização dessa proposta, serão feitas orientações semanais ou quinzenais, sendo que todos os pacientes atendidos pela ESF/NASF que necessitam de assistência fisioterapêutica domiciliar por estarem acamados ou limitados fisicamente, deverão receber orientações dos profissionais responsáveis no período de até 60 dias.	Criação e distribuição de folheto ou guia com ilustração dos cuidados e benefícios de exercícios físicos domiciliares; Palestras e reuniões sobre conscientização dos cuidados da família para com o paciente acamado; As orientações de exercícios serão feitas pelo fisioterapeuta que fará acompanhamento quinzenal ao paciente que não necessite de atendimento regular/semanal;	Fisioterapeuta e Assistente Social NASF; Médico e Enfermeira ESF

Pacientes com limitação física ou acamados que necessitam de assistência fisioterapêutica	Quantificar número de pacientes/usuários com limitação física que necessitam de atendimento fisioterapêutico domiciliar.	Identificar no prazo de 30 dias todos os pacientes acamados ou com deficiência física que necessitam de atendimento fisioterapêutico no domicílio.	O levantamento será feito através de ação conjunta com os agentes comunitários de saúde e ESF que identificarão em suas respectivas áreas os pacientes com deficiência física ou acamados.	Fisioterapeuta, Assistente Social, Médico, Enfermeira ESF e Agentes Comunitários de Saúde
Os pacientes com deficiência física ou acamados que necessitam de assistência fisioterapêutica, encontram-se nessa situação em decorrência de acidentes automobilísticos ou por sequelas de doenças adquiridas ou congênitas. São encaminhados pelo médico para Fisioterapia com número de sessões prescrita.	Promover além dos atendimentos fisioterapêuticos domiciliares, a conscientização do paciente sobre a necessidade dos exercícios físicos no leito, além das mudanças de decúbito, mesmo na ausência do fisioterapeuta.	Prazo de 60 dias para promover informação através dos profissionais responsáveis a todos os pacientes acamados/limitação física atendidos pela ESF/NASF. As orientações serão feitas semanalmente ou quinzenalmente, dependendo da necessidade de atendimento de cada paciente.	Distribuição de folheto com ilustração dos cuidados e benefícios de exercícios físicos domiciliares; Orientação verbal dos profissionais responsáveis sobre a importância de se prevenir as complicações do imobilismo. Realização de atendimento fisioterapêutico em conformidade com a prescrição médica.	Fisioterapeuta e Assistente Social NASF; Médico e Enfermeira ESF A orientação dos exercícios físicos deverá ser feita pelo fisioterapeuta.
Participação da equipe multiprofissional no apoio e incentivo aos familiares e pacientes acamados	Conscientizar a equipe multiprofissional para que participe do apoio e incentivo aos familiares e pacientes acamados sobre a importância da mobilização da pessoa com deficiência no leito.	Realizar reuniões mensais das equipes ESF/NASF conscientizando os profissionais para realização do objetivo proposto para que no prazo de 60 dias os pacientes e familiares identificados nesse estudo tenham sido orientados.	Consultas de visitas domiciliares de profissionais de nível superior da ESF ou NASF realizando orientações e incentivando a realização de mudanças de decúbito e prática de exercícios domiciliares.	Fisioterapeuta e Assistente Social NASF; Médico e Enfermeira ESF

Fonte: Dados de pesquisa de campo

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Para realização desse plano de intervenção deverão ser realizadas as reuniões mensais das equipes ESF/NASF onde serão discutidas as ações e serviços de saúde que serão realizadas para promover orientações e distribuição de folhetos educativos com informações sobre a prevenção de complicações do imobilismo.

Os profissionais responsáveis pelo atendimento e orientação aos pacientes deverão realizar essas atividades preventivas semanalmente ou quinzenalmente levando essas informações a todos os pacientes deficientes físicos ou acamados atendidos pela ESF/NASF no prazo de até 60 dias.

Os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares encaminhados pelo médico serão realizados semanalmente ou quinzenalmente, dependendo da necessidade de cada paciente. Ao término das sessões serão reavaliados para identificar a possível necessidade de continuidade do tratamento.

O plano de intervenção sobre a promoção da qualidade de vida aos pacientes acamados ou com limitação física através da prevenção das complicações do imobilismo deverá ser reavaliado semestralmente para observação dos resultados que serão obtidos através da realização dos objetivos propostos.

CONCLUSÃO

As complicações decorrentes do imobilismo prolongado no leito são comprovadas há muito tempo e evidenciadas em diversos artigos na literatura. Apesar disso, ainda se encontra com muita frequência, pessoas acamadas ou com limitação física que não têm conhecimento sobre os riscos que podem sofrer pela mobilidade reduzida no leito. Em Francisco Ayres-PI, devido a quantidade de pessoas acamadas tanto em decorrência de doenças crônicas quanto por sequelas de acidentes automobilísticos, há uma grande demanda de atendimento fisioterapêutico domiciliar. Esses pacientes costumam desenvolver uma espécie de dependência do profissional limitando a realização de atividades motoras apenas no momento das sessões de fisioterapia que por sua vez ocorrem semanalmente ou quinzenalmente, de forma que os pacientes permanecem imobilizados por longos períodos.

Dessa forma, este estudo procurou desenvolver uma série de ações estratégicas visando a participação familiar e de toda a equipe multiprofissional para que se estimule a movimentação do paciente no leito promovendo assim melhora da capacidade funcional do paciente e conseqüentemente de sua qualidade de vida, reduzindo assim, as diversas complicações do imobilismo.

Uma dificuldade de execução dessas ações poderá ser a resistência dos profissionais da atenção básica em apoiar e incentivar familiares e pacientes a realizarem os exercícios propostos por ainda manterem a visão individualista de atenção à saúde, focando apenas em suas respectivas áreas de atuação sem se preocupar com o paciente como um todo.

Outra dificuldade poderá ser em fazer com que os próprios pacientes e familiares realizem os exercícios propostos visto que culturalmente consideram que a mobilização só é eficaz quando feita pelo fisioterapeuta. Desse ponto nota-se ainda mais importante a importância da orientação médica visto que os pacientes ainda consideram a palavra do médico como verdade absoluta.

Uma participação efetiva dos profissionais apoiados pela gestão de saúde municipal poderá influenciar positivamente a vida desses pacientes deficientes físicos por melhorarem sua saúde e também reduzindo os gastos públicos com internações, transporte dos pacientes para cidade com atendimento de referência e melhor atenção do fisioterapeuta para com os mesmos, podendo desenvolver um maior campo de atuação ao invés de permanecer sempre com os mesmos atendimentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, K.S.; PINTO NOVO, A. F. M.; CARNEIRO, S. R.; ARAÚJO, L. N. Q. Análise das Variáveis Hemodinâmicas em Idosos Revascularizados após Mobilização Precoce no Leito. *Rev Bras Cardiol.* 27(3):165-171, maio/junho 2014.
- BRUNI, D. S.; STRAZZIERI, K, C.; GUMIEIRO, M. N.; GIOVANAZZI, R.; SÁ, V. G.; MANCUSSI, A. C. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev Esc Enferm USP*; 38(1):71-9. 2004.
- CAZEIRO, A. P.; PERES, P. T. A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cad. Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 18, n.2, p. 149-167/149, mai/ago 2010.
- CINTRA, M. M. M.; MENDONÇA, A. C.; SILVA, R. C. R.; ABATE, D. T. Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. *Colloquium Vitae*, 5(1): 68-76. DOI: 10.5747/cv.2013.v005.n1.v076, jan/jun 2013.
- FERNANDES, F.; LEITE, J.; NASCIMENTO, B.; BACIUK, E. P. Atuação fisioterapêutica em imobilismo no leito prolongado. *Revista Intellectus*, ISSN 1679-8902; art nº 25, 2009.
- PEREIRA, J. A. ; GUEDES, N. Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Rev Port Med Int*; 18(3), Portugal, 2011.
- QUINTELA, J. M. R. F. **Síndrome da imobilidade no idoso**. FMUC Medicina [Tese de Mestrado] 2015 , Coimbra- Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/30569>. Acesso em: 23/08/ 2017.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*; 20(1): 54-66, 2010.
- BOECHAT, J. C. S.; MANHÃES, F. C.; GAMA FILHO, R. V.; ISTOÉ, R. S. C. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Inter Science Place*, ISSN: 1679-9844; ed 22, vol 1, art nº 5, julho/setembro 2012.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai/jun 2003.
- SILVA, L. W. S.; SOUZA, T. F.; SOUZA, T. O.; SOUZA, M. C.; SOUZA, M. Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), pp.69-86; ISSN 2176-901X; São Paulo (SP), Brasil, março 2014.
- NASCIMENTO, G. I. F.; SILVA, E. C. B.; OLIVEIRA, Y. S. B. O.; PEREIRA, T. M. F.; CABRAL, R. M. **Atuação da fisioterapia na síndrome do imobilismo no idoso: uma revisão de literatura**. 2017. Centro Universitário Tabosa de Almeida–ASCES/UNITA, Caruaru- PE. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. [online] Disponível em: www.cneh.com.br. Acesso em: 01/09/2017.
- PIASSAROLI, C. A. P.; ALMEIDA, G. C.; LUVIZOTTO, J. C.; SUZAN, A. B. B. M. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. *Revista Neurociencia*; 20(1):128-137, 2012.
- FRANCIULLI, P.M.; SOUZA, G. B.; ALBIACH, J. F.; SANTOS, K. C. P.; BARROS, L. O.; SANTOS, N. T. et al. Efetividade da hidroterapia e da cinesioterapia na reabilitação de idosos com histórico de quedas. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 671-686, 2015.
- LAZZARESCHI, I.; SILVA, A.; CUNHA, M. F.; GANTUS, M. C.; SUMAN, M. R.; PARIZI, C. C. et al. A influência da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos na comunidade: estudo comparativo. *Motriz Revista de Educação Física*, Rio Claro, v.15 n.3 p.527-536, jul./set. 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 27. Brasília – DF, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. 1º ed. Brasília, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. DataSUS: mortalidade Piauí. 2015. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 02 set. 2017.