

CAPÍTULO 2

ANÁLISE E CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS RESTRITOS AO LEITO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR

Data de submissão: 10/03/2023

Data de aceite: 03/04/2023

Maria Júlia Yunis Sarpi

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2801572953940436>

Célia Maria Gomes Labegalini

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0026263831825992>

Ana Paula Aparecida Aguiar

Universidade Estadual do Paraná –
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/1710822383620920>

Iara Sescon Nogueira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/8164339764901005>

Eloise Panágio Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/2726256460228811>

Érica Cristina da Silva Pereira

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/7285517871222403>

Rebeca Iwankiw Lessa Beltran

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/1181575328245293>

Poliana Ávila Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/3156951423567955>

Isabela Vanessa Tavares Cordeiro Silva

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/6182767203825926>

Mariana Pissioli Lourenço

Universidade Estadual do Paraná -
UNESPAR
Paranavaí – PR
<http://lattes.cnpq.br/0544903529001529>

Viviani Camboin Meireles

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá – PR
<http://lattes.cnpq.br/0133664256259857>

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Universidade Estadual de Maringá – UEM
Maringá - PR
<http://lattes.cnpq.br/5811597064340294>

RESUMO: Introdução: O envelhecimento traz consigo diversas alterações biopsicossociais, como perdas cognitivas, físicas, mentais, mudanças de personalidade, na vida social e produtiva, que podem afetar a autonomia, a independência e a qualidade de vida dos idosos. A dependência é a condição mais temida para idosos e evitá-la, embora seja uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica (AB), nem sempre é possível ou eficaz. Nesse contexto, os idosos com dependência de cuidados trazem demandas particulares para a AB e entender suas necessidades é imprescindível para que se possa planejar e executar intervenções apropriadas permitindo adequado tratamento e cuidado. **Objetivo:** Analisar e caracterizar os idosos frágeis, em condições de mobilidade restrita ao leito, atendidos por equipes Estratégia Saúde da Família do município de Maringá-PR. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizada com 532 idosos acamados, residentes no Município de Maringá-PR. Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, tabulados em planilhas no *Microsoft Excel*, analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012, sob parecer número: 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). **Resultados:** Foram computados 49.023 idosos cadastrados no sistema gestor municipal, destes 56,6% são do sexo feminino e 49% está na faixa etária entre 60-69 anos. A zona 7 possui a maior concentração de idosos (21,5%). Dos idosos, 532 são acamados (1,08%). Dos acamados, a faixa etária de 80-89 anos concentra 34%, seguida da faixa etária de 70-79 anos com 28%, com predominância do sexo feminino (62%). **Considerações finais:** Identificou-se que grande parcela da população idosa está concentrada na faixa etária de até 79 anos, e que a partir dessa idade, a quantidade de idosos diminui, entretanto, o grau de fragilidade aumenta. Tal fato é confirmado pela grande quantidade de idosos restritos ao leito, condição de dependência total, concentrada na faixa etária de 80-89 anos. **PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Acamado; Condições de Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ANALYSIS AND CHARACTERIZATION OF THE ELDERLY RESTRICTED TO THE BED IN THE CITY OF MARINGÁ-PR

ABSTRACT: Introduction: Aging brings with it several biopsychosocial changes, such as cognitive, physical, mental losses, personality changes, social and productive life, which can affect the autonomy, independence and quality of life of the elderly. Addiction is a condition that gluttons fear the most and avoidance, which is a function of a training team, especially in Basic Training (AB), is not always possible or effective. In this context, those able to depend on care include particular demands for AB and understanding their needs is essential so that they can plan and implement appropriate interventions, allowing for adequate treatment and care. **Objective:** To analyze and characterize the sick, in conditions of mobility restricted to the family, assisted by the Family Health Strategy teams in the city of Maringá-PR. **Method:** This is a quantitative, descriptive and exploratory research, carried out with 532 bedridden elderly, residing in the city of Maringá-PR. Data were mostly collected from the report prepared by the Management System of the Municipal Health Secretariat, tabulated in Microsoft Excel, analyzed using simple descriptive statistics and presented in table form, with absolute and relative data. I followed all the ethical precepts of Resolution 466/2012, according to number:

2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). **Results:** 49,023 seniors registered in the municipal management system were computed, of which 56.6% are female and 49% are aged between 60-69 years. In zone 7 there is a greater concentration of identities (21.5%). Two seniors, 532 are bedridden (1.08%). Two bedridden, the age group 80-89 years concentrates 34%, followed by the age group 70-79 years with 28%, with a predominance of females (62%). **Final considerations:** It was identified that the large portion with a decent population is concentrated in the age group of just 79 years old, and that from this age onwards, the number of ids decreases, while the degree of frailty increases. This fate is confirmed by the large number of identities restricted to heredity, a condition of total dependence, concentrated in the fragile age group of 80-89 years.

KEYWORDS: Elderly; Bed-restricted; Health conditions; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem caminhado para um cenário de aumento da população idosa e segundo projeções, será quinze vezes maior até o ano de 2025 (OMS, 2015). Estima-se que a expectativa média de vida passará de 75 anos para 81 anos nesse período (DANTAS et al., 2015). O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2007).

O envelhecimento traz consigo diversas alterações biopsicossociais, como perdas cognitivas, físicas, mentais, mudanças de personalidade, na vida social e produtiva, que podem afetar a autonomia e qualidade de vida dos idosos (GONÇALVES, 2013). Quando se trata de um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que não está associado a problemas caracteriza-se a senescência. Entretanto, em condições patológicas como doenças, acidentes e estresse emocional, sobrecarga, em que se desenvolvem condições patológicas que requeiram assistência, caracteriza-se a senilidade (BRASIL, 2007).

Esse processo pode ser influenciado por diversos fatores, que podem ser divididos como intrínsecos, ou seja, aqueles que estão relacionados à cada indivíduo e seu organismo; e fatores extrínsecos como temperatura, radiação, produtos químicos, vírus, fungos e bactérias (DANTAS et al., 2015).

O aumento da quantidade de pessoas idosas implica no aumento de demandas específicas para essa população. Este processo cresce em paralelo ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis/degenerativas. Essas doenças afetam a qualidade de vida do idoso, e a sua evolução pode causar a redução da capacidade funcional e o aumento do grau de fragilização (RODRIGUES, 2016).

A incapacidade funcional do idoso refere-se à dificuldade ou necessidade de auxílio para o indivíduo realizar tarefas no seu dia a dia, e somado a este fator, ainda podem existir doenças que agravam a incapacidade e tornam o idoso dependente de cuidados (SANTOS et al., 2017).

A soma do aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis/degenerativas com a incapacidade funcional do idoso pode resultar em alterações que aumentam riscos de acidentes, como quedas, que podem leva-lo a ficar restrito ao leito e trazer repercussões como o aparecimento de úlceras por pressão e infecções, e causar a dependência (COSTA et al., 2015).

A dependência é a condição mais temida para idosos, e evitá-la é uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica (AB), que deve ser um trabalho conjunto com o idoso e família (BRASIL, 2007).

No Paraná, 37.809 idosos, ou seja 14%, foram classificados como frágeis, segundo o resultado do instrumento Vulnerable Elderly Scale (VES-13), que classifica os idosos segundo seu grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2017). O VES-13 é um formulário utilizado na AB, aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todos os idosos de sua área de abrangência, e o resultado classifica os idosos em robustos, pré-frágeis e frágeis, de acordo com seu grau de vulnerabilidade, representado pelo score gerado com as respostas. A classificação como idoso frágil, não necessariamente indica a restrição de mobilidade ao leito, porém, indica a restrição de mobilidade e cognição importantes, o que os leva à restrição ao domicílio, e em casos graves, ao leito (BRASIL, 2017).

A AB é o primeiro, e preferencial, contato dos usuários com o sistema de saúde, e é integrada a Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalha com equipes interdisciplinares que se responsabilizam pela saúde da população e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a ESF é responsável por uma população, localizada em uma área específica, por meio de ações na unidade de saúde e nos domicílios que abordem promoção da saúde, prevenção de doenças. Portanto, a ESF deve levar em conta, o conhecimento do seu território, já que é o local de produção de vida, e conseqüentemente, saúde (RIBEIRO et al., 2016).

A territorialização é a maneira prática em que a ESF reconhece o território, de forma a organizar e planejar as práticas de saúde; é um dos elementos essenciais para aproximar os profissionais e trabalhadores da saúde da realidade local, colaborando para o desenvolvimento de ações específicas para a necessidade daquela população (RIBEIRO et al., 2016).

Assim, ESF pode colaborar nesse cenário, sobretudo ao criar vínculos duradouros que oportunizem o apoio ao idoso e sua família (COELHO et al., 2013). Nesse contexto é importante que a equipe saúde da família entenda as necessidades dos idosos de seu território para que possa planejar e executar intervenções apropriadas.

Ainda é importante destacar que o envelhecimento populacional e o aumento de longevidade trouxeram para os serviços de saúde e seus gestores, uma demanda de ações específicas para idosos. Essa população necessita de cuidados e suporte especializados, já que são mais fragilizados e possuem maior probabilidade de desenvolverem doenças

que os levem à dependência.

Uma ampla análise e consequente caracterização dos idosos do município permite a identificação dos riscos a que população está exposta, definição prioridades de intervenção e avaliação do seu impacto na qualidade de vida dos idosos.

A ausência da análise dos idosos restritos ao leito no município de Maringá-PR é uma lacuna de conhecimento populacional que impede que as equipes e gestores do município tenham ciência dessa condição específica da população, o que impossibilita que o cuidado e as ações sejam planejados de forma eficaz.

Dessa forma, esse estudo pode contribuir para o desenvolvimento de ações coerentes com a necessidade dos idosos acamados de Maringá, realizadas pela UBS de referência para o lugar em que se encontrarem concentrados. Além de identificar quais os fatores que os levaram a essas condições.

Assim, a inexistência de uma análise e caracterização dos idosos totalmente dependentes de cuidados, ou seja, acamados, de Maringá-PR impossibilita às equipes de saúde das UBS a reconhecer essa população. Conseqüentemente, impossibilita que seja realizado um planejamento adequado das ações e intervenções de saúde que devem ser realizadas por essas equipes a nível local e municipal. Assim, esse estudo possui como pergunta de pesquisa: Qual a caracterização de idosos restritos ao leito do município de Maringá-PR? E têm-se como objetivo geral analisar os idosos restritos ao leito atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR; e como objetivos específicos: Caracterizar os idosos frágeis, restritos ao leito, atendidos pelas equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR; e Descrever as doenças referidas e condições de saúde dos idosos restritos ao leito, vinculados às equipes Estratégia Saúde da Família de Maringá-PR-BR.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória. A pesquisa exploratória possibilita uma ampliação do conhecimento do pesquisador sobre os fatos, e a pesquisa descritiva como o próprio nome diz, descreve em detalhes a realidade de um fenômeno ou população. Trata-se de um estudo fundamental quando se sabe pouco sobre o assunto pesquisado (OLIVEIRA, 2011).

Os dados desse estudo foram advindos dos cadastros dos idosos vinculados as 72 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Maringá-PR-BR. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, estar cadastrado no sistema Gestor no momento da coleta de dados, e de exclusão: ausência de informações cadastrais.

Os dados foram coletados por meio dos relatórios gerados pelo Sistema Gestor da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá-PR-BR, adquiridos na Unidade Básica de

Saúde Jardim Iguaçu. Foram gerados relatórios por equipes da ESF, estes foram tabulados em planilha do *Microsoft Excell* com as seguintes informações: Nome da Unidade Básica de Saúde, Número da equipe da ESF, código do usuário, nome do usuário, sexo, data de nascimento, nome da mãe, número do cartão nacional de saúde e condições de saúde.

Os dados foram analisados por estatística descritiva simples e apresentados na forma de tabelas, com dados absolutos e relativos. Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido, pela SMS, em 7 regiões, a saber:

REGIÕES E UBS						
Pinheiros	Zona sul	Iguaçu	Quebec	Tuiti	Zona 7	Mandacaru
Pinheiros	Zona Sul	Iguaçu	Quebec	Tuiuti	Zona 07	Mandacaru
Piatã	Céu Azul	Universo	Império do Sol	Alvorada I	Zona 06	Olimpico
Guiapó-Requião	Paraíso	Industrial	Portal das Torres	Alvorada II	Vila Esperança	Ney Braga
Parigot de Souza	Cidade Alta	Floriano	Grevileas	Morangueira	Vila Operária	Paris
	Aclimação	Iguatemi		Internorte		Vardelina
	São Silvestre	Maringá Velho				

Quadro 1: Organização das Unidades Básicas de Saúde por Regiões.

Fonte: as autoras.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, foi solicitada autorização da pesquisa ao órgão competente da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá-PR-BR. Em seguida o estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1), sob parecer no 2.798.351/2018 (CAAE: 90116518.3.0000.0104). Os dados dos pacientes foram preservados garantindo confidencialidade e anonimato destes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em países em desenvolvimento, o número de idosos aumenta exponencialmente, isso se deve à melhora na qualidade de vida, aumento de esperança de vida ao nascer e diminuição da taxa de natalidade, e o Brasil atualmente se enquadra nessa realidade (PARANÁ, 2017). O Paraná segue o mesmo padrão demográfico. Em 2010, 11,2% da população total era considerada idosa, com 60 anos ou mais, e em 2015 a esperança de vida ao nascer era de 76,8 anos (PARANÁ, 2017).

Em Maringá, observa-se o reflexo dessa situação. Considerando que existem 291.188 pessoas cadastradas nas áreas de abrangências das Unidades Básicas de Saúde,

e deste total 17,0% são idosos, o que corrobora aos dados nacionais e estaduais (Tabela 1).

Foram computados 49.023 idosos cadastrados no sistema gestor municipal, todos vinculados a uma Estratégia Saúde da Família, distribuídos entre as 34 Unidades Básicas de Saúde de Maringá. Os dados organizados das UBS foram agrupados nas regiões de saúde, para permitir sua análise e apresentação. O município é dividido em 7 regiões de saúde, supracitadas.

Regiões	Número de UBS	Número de ESF	População total atendida	Total idosos	
				N	%
Pinheiros	4	12	52921	7987	15,1
Zona Sul	6	11	39215	6103	15,5
Iguaçu	6	10	40971	7601	16,9
Quebec	4	11	43435	7023	15,3
Tuiuti	5	14	53857	10333	19,1
Zona 07	3	05	18525	3974	21,5
Mandacaru	5	11	42264	6002	14,2
Maringá	33	74	291188	49023	17,0

Tabela 1 – Caracterização das regiões, segundo número de UBS, número de ESF, população atendida e total de idosos. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

A Tabela 1, apresenta que a região de saúde com maior concentração de idosos é a Zona 7 com 21,5 % de população idosa, seguida da Tuiti e Iguaçu, sendo que estas possuem número acima da média municipal de 17,0%. As regiões que possuem maior número de idosos são as que abrangem os bairros mais antigos da cidade em que os pioneiros fizeram suas casas e mantiveram-se até os dias atuais, tornando os bairros compostos por população envelhecida.

Faixa Etária	Geral		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
60-69 anos	23965	49	10370	43,2	13595	56,7
70-79 anos	16307	33,2	7190	44	9117	56
80-89 anos	7170	14,6	2941	41,6	4129	58,4
90-99 anos	1485	3	549	38,4	881	61,6
100 ou mais	96	0,2	28	30,4	64	69,6
TOTAL	49023	100	21078	43,3	27786	56,6

Tabela 2 – Número absoluto e porcentagem de idosos por sexo, segundo faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 2 observa-se o número geral de idosos segundo faixa etária no município de Maringá-PR, e a sua distribuição por sexo segunda faixa etária. De acordo com a faixa etária, 49% estão entre 60-69 anos; e 33% entre 70 e 79. Em relação ao sexo, 56,6% dos idosos de Maringá são do sexo feminino, sendo a maioria.

A concentração maior de idosos está entre as faixas etárias 60-69 anos e 70-79 anos, em consonância com os dados estaduais e nacionais, considerando que a esperança de vida ao nascer no Paraná, em 2015, era de 76,8 anos para a população geral, sendo de 73,4 anos para homens e 80,2 anos para mulheres (PARANÁ, 2017).

Essa diminuição da concentração dos idosos com 80 anos ou mais, está diretamente relacionada com o seu nível de fragilização, visto que há uma prevalência de idosos fragilizados a partir dessa faixa etária. Entre as idades de 80 a 85 anos, houve uma prevalência 15,7% de idosos frágeis e de 26,1% após os 85 anos (PARANÁ, 2017). A fragilidade é uma condição que antecede a incapacidade, e é um fenômeno multicausal e multidimensional que pode resultar em internações, quedas, dependência e mortalidade (PARANÁ, 2017).

A evolução de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) também se relaciona com a prevalência de idosos com até 79 anos. A partir dessa idade é que se concentram os idosos com níveis severos de incapacidade, causados pela evolução das DCNT (CARNAUBA et al, 2017). Isso se justifica pelo processo de transição epidemiológica e demográfica em que se encontra o país, em que há um aumento na quantidade de idosos e consequentemente um aumento da concentração das DCNT, que estão relacionadas com as alterações fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento (CARNAUBA et al, 2017).

Além disso, outro fenômeno é a feminilização da velhice, corroborando achados de outros estudos. Tem-se uma parcela de 56,6% de mulheres idosas, se comparado ao total (Tabela 2). Ao observar a concentração do sexo feminino por faixas etárias, nota-se que em todas elas, houve predominância feminina. Há uma maior probabilidade de sobrevivência das mulheres, já que possuem maior atenção com a saúde e com o autocuidado do que o sexo masculino, sendo uma construção histórica e cultural (PEREIRA et al, 2016). A predominância de idosas pode também ser atribuído a fatores biológicos e a exposição desigual a fatores de risco à saúde (CARNAUBA et al, 2017).

Região	Sexo				Faixa etária										Total
	Masculino		Feminino		60 - 69		70 - 79		80 - 89		90 - 99		100 anos ou mais		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Pinheiros	24	39	37	61	13	21	21	34	22	36	3	5	2	3	61
Zona Sul	19	42	26	58	7	16	10	22	19	42	9	20	0	0	45
Iguaçu	40	33	81	67	19	16	29	24	42	35	30	24	1	1	121
Quebec	30	36	54	64	11	14	24	29	28	34	18	21	3	4	84
Tuiuti	33	46	39	54	9	13	19	26	27	38	15	21	2	3	72
Zona 07	23	34	45	66	7	11	17	25	24	35	19	28	1	2	68
Mandacaru	32	40	49	61	15	18	30	37	21	26	12	15	3	4	81
Maringá	201	38	331	62	81	15	150	28	183	34	106	20	12	3	532

Tabela 3 – Número absoluto e porcentagem de idosos restritos ao leito, segundo sexo e faixa etária. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 3 tem-se o quantitativo de idosos restritos ao leito por região, segundo sexo e faixa etária. No município de Maringá, 532 idosos estão registrados no gestor municipal como acamados, isso é equivalente a 1,08% do total de idosos do município. No município, a faixa etária de 80-89 anos concentra 34% dos idosos acamados, seguido da faixa etária de 70-79 anos, com 28%. Com relação ao sexo, 62% dos idosos restritos ao leito de Maringá, são mulheres. E as três regiões com maior porcentagem de idosos totalmente dependentes foram, respectivamente, Iguaçu, Quebec e Mandacaru.

Os achados estão em consonância com os achados gerais do município, visto que mais uma vez a porcentagem de mulheres supera a dos homens, reflexo do fenômeno de feminilização da velhice supracitado (SCHNEIDER; PAVIN, 2021).

Diferentemente da média municipal encontrada, para os idosos restritos ao leito, há uma concentração maior nas faixas etárias de 80 – 89 anos. Com o avançar da idade o idoso passa por diversas mudanças anatômicas e fisiológicas, portanto fica mais propenso a desenvolver doenças que o levam a dependência total (DANTAS et al, 2015). O processo de dependência ocorre normalmente como consequência de processos patológicos, que podem levar a restrição total ao leito, e este processo está relacionado com o avançar da idade e consequente fragilização do idoso (DANTAS et al, 2015).

A capacidade funcional do idoso é um dos seus grandes marcadores de saúde, e a sua investigação é ponto crucial para avaliação de sua qualidade de vida (PEREIRA, LC et al, 2016). Pode ser conceituada como a capacidade de manter habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma, seu declínio é multifatorial e a identificação precoce pode evitar um quadro de dependência total.

O envelhecimento não é um processo patológico, entretanto as mudanças que acontecem no organismo do indivíduo idoso diminuem a sua capacidade funcional, para exercer atividades de vida diária, por isso, o processo de envelhecer contribui para acentuar a fragilização (PERERIA, et al, 2013).

Região	Condições de saúde							
	AVE		Diabetes mellitus		HAS		DM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pinheiros	12	19,7	12	19,7	39	64	7	11,5
Zona Sul	17	38	18	40	33	73	2	4
Iguaçu	26	21,5	36	30	96	79	7	5,8
Quebec	10	12	24	28,5	64	76	6	7
Tuiuti	10	14	22	30,5	47	65	10	14
Zona 07	14	20,5	15	22	42	62	8	12
Mandacarú	11	13,5	21	26	39	48	3	4
Maringá	100	19	148	28	360	68	43	8

Legenda: AVE – Acidente Vascular Encefálico; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Distúrbio Mental; DC: Doença Crônica.

Tabela 4 – Número absoluto e porcentagem das condições crônicas dos idosos restritos ao leito, segundo região. Maringá (PR), 2018.

Fonte: as autoras.

Na tabela 4 são referidas as comorbidades que os idosos acamados de Maringá possuem, de acordo com a sua região. A porcentagem foi inserida com base no total de idosos restritos ao leito (532). Observa-se que 19% foram acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE); 28% são portadores de *Diabetes mellitus*; 68% de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 8% têm algum tipo de distúrbio mental (DM).

O usuário que tem pouca mobilidade física, ou aquele restrito ao leito, está suscetível a apresentar alterações em órgãos e sistemas, desenvolverem lesões e até mesmo DCNT (SOUZA et al., 2016). A Síndrome da Imobilidade é um conjunto de fatores que levam a manutenção da postura no leito por um período longo, que leva a redução da capacidade funcional (SOUZA et al., 2016).

Quando o idoso começa a apresentar altos graus de fragilidade começa a ocorrer declínio de funções fisiológicas, isso associado a idade, resulta na diminuição da capacidade de lidar com estressores e de recuperação de eventos nocivos à saúde (PARANÁ, 2017).

Observa-se que a amostra do estudo possui uma concentração significativa de DCNT, o que corrobora achados em outros estudos. As DCNT têm sido associadas com o aumento da idade dos indivíduos, e atualmente, a multimorbidade (presença de mais de uma Doença Crônica (DC) em um mesmo indivíduo), tem sido a condição mais comum nos

idosos (PARANÁ, 2017).

Dentre as DCNT, o AVE tem mostrado-se frequente, com incidência maior após os 65 anos, havendo aumento do risco com o aumento da idade, além disso, é uma das principais causas de incapacidade funcional, sendo precedida apenas por doenças cardiovasculares e câncer (PEREIRA et al., 2013). As pessoas que sobrevivem a um AVE permanecem com algum grau de incapacidade, e ocorrem mudanças na dinâmica de suas vidas, incluindo limitações das atividades básicas de vida diária, e até mesmo, imobilidade (PEREIRA et al., 2013).

O AVE está diretamente relacionado à HAS, uma vez que esta condição é um de maiores seus fatores de risco (CHAVES, 2000). HAS pode acometer as artérias cerebrais dos mais variados calibres e as estruturas que as compõem, como as camadas média e íntima. Nos vasos de grande calibre, normalmente, a camada íntima é a acometida, o que leva à aterosclerose e, conseqüentemente, à formação de placas e estenose dos vasos (ARAUJO et al, 2017).

A liberação de gordura pelas placas pode provocar embolia, que ocorre quando algum resíduo bloqueia o fluxo sanguíneo em algum vaso de menor calibre, e pode também formar coágulos sanguíneos, conhecidos como trombos, que soltam-se da parede da artéria e deslocam-se pela corrente sanguínea, podendo bloquear a circulação em vasos menores e impedir a oxigenação dos tecidos (GOTTLIEB et al, 2005).

A amostra do estudo apresentou 68% dos idosos portando HAS, corroborando outros achados. A HAS é a DCNT mais comum entre os idosos. Entretanto, a HAS não deve ser vista como uma consequência natural do envelhecimento. O idoso acamado, pela sua condição, apresenta uma grande alteração do sistema cardiovascular, causando um aumento da pressão arterial pelo aumento da resistência vascular periférica (SOUZA et al., 2016). O envelhecimento dos vasos é um dos fatores que se relaciona ao aumento da pressão arterial nos idosos, e ocorre no sexo feminino principalmente após a menopausa (PARANÁ, 2017).

Obteve-se que 28% dos idosos apresentaram *Diabetes mellitus*. A diabetes se apresenta no idoso com algumas características diferentes do adulto. Apresenta-se normalmente assintomática, com poliúria e polidipsia pouco aparentes e com sintomas inespecíficos, como mal-estar (PARANÁ, 2017). Grande parte dos idosos não apresenta a diabetes de maneira isolada, mas sua incidência vem crescendo de forma exacerbada (SANTOS et al., 2016).

A grande concentração de idosos em situação de imobilidade com DCNT aparente neste estudo, aponta a necessidade de ações efetivas de prevenção e controle dessas doenças, principalmente para essa população, visto que a inatividade física é um fator de alto risco para desenvolvimento das mesmas (SANTOS et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome da Imobilidade se desenvolve após instalada uma condição de fragilização do idoso, é uma condição multifatorial e multicausal, que interfere diretamente na qualidade de vida do idoso em questão. O objetivo do cuidado com idosos frágeis deve ter como foco a qualidade de vida, controle de sintomas e prevenção de agravos a saúde.

De acordo com os achados desse estudo, foi possível notar que uma grande parcela da população idosa está concentrada na faixa etária de até 79 anos. E que a partir dessa idade, a quantidade de idosos diminui, entretanto, o grau de fragilidade aumenta. Isso pode ser confirmado quando nota-se que a quantidade de idosos restritos ao leito, condição de dependência total, está concentrada na faixa etária de 80-89 anos. Todos os resultados apontaram para uma quantidade maior de mulheres com mais de 60 anos, mostrando que a mulher tem mais envolvimento com o cuidado da sua saúde, e menor exposição a fatores de risco, do que os homens idosos.

O acompanhamento dos idosos pelas ESF, a aplicação dos instrumentos de avaliação de risco e de vulnerabilidade se mostram cada vez mais necessários, e são fatores cruciais para promover a saúde dos idosos, prevenir agravos e fazer educação em saúde. Assim, torna-se imprescindível que a equipe de saúde acompanhe essa população, planejando ações de saúde específicas.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. A qualificação profissional do enfermeiro da atenção primária no cuidado com o idoso. **Revista de Enfermagem UFPE On Line: REUOL**. v.8, n. 8, p.2805-2810, 2014.

ARAUJO, Layse Pereira Gonçalves et al. Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 3, n. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10741, 1 de outubro de 2003**: Estatuto do Idoso e Normas Correlatas. Brasília (DF): Câmara dos deputados, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília (DF): MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Saúde do Idoso**. Curitiba (PR): SESA, 2017.

BRITO, R. F. S. L. V.; LEAL, M. C. P.; ARAGÃO, J. A.; MAIA, V. L. L. B.; LAGO, E. C.; FIGUEREDO, L. S. O idoso na estratégia saúde da família: atuação do enfermeiro durante o envelhecimento ativo. **Revista Interdisciplinar**, v.8, n. 4, p. 99-108, 2015.

CARNAÚBA, C.M.D.; SILVA, T.D.A.; VIANA, J.F.; ALVES, J.B.N.; ANDRADE, N.L.; FILHO, E.M.T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.3, p. 353-363, 2017.

CHAVES, Márcia LF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev Bras Hipertens**, v. 7, n. 4, p. 372-82, 2000.

COELHO, R. E.; SACERDOTE, S. D.; CARDOSO, S. T. L.; BARRETO, S. C. M. R.; SOUZA, C. R. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, p.172-179, 2013.

DANTAS, T.M.; RODRIGUES, L.B.; SANTOS, W.S.; DIAS, J.C.; SANTANA, N.M.; LIMA, I.C.V. Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v.28, n.3, p.411-417, 2015.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.6, p.1494-1502, 2012.

GONÇALVES, H. T. L.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, M. L.; BISOGNO, C. S.; BIASUZ, S.; FALCADE, L. B. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.2, p.315-325, 2013.

GOTTLIEB, Maria GV; BONARDI, Gislaïne; MORIGUCHI, EMÍLO H. Fisiopatologia e aspectos inflamatórios da aterosclerose. **Scientia Medica**, v. 15, n. 3, p. 203-7, 2005.

MENDES, C. K. **Representações sociais dos trabalhadores de saúde da atenção básica sobre envelhecimento e o atendimento ao idoso**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (doutorado), Centro de ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Ciências as Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. 1. ed. Catalão, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo**: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Brasília (DF): MS, 2015.

PEREIRA, L.C.; FIGUEIREDO, M.L.F.; BELEZA, C.M.F.; ANDRADE, E.M.L.R.; SILVA, M.J.; PEREIRA, A.F.M. Fatores preditores para a incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.1, p.106-112, 2017

PEREIRA, R.A.; SANTOS, E.B.; FHON, J.R.S.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga de cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Escola Enfermagem USP**, v. 47, n.1, p.185-92, 2013.

PILGER, C.; DIAS, J. F.; KANAWAVA, C.; BARATIERI, T.; CARREIRA, L. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária à saúde. **Ciência y Enfermería**, v.19, n.1, p.61-73, 2013.

SANTOS, A.C.; SILVA, J.O.M.; MAKUCH, D.M.V.; MATIA, G.; ROZIN, L. Sobrecarga do cuidador familiar do idoso dependente. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**. v.18, n.2, p.55-62, 2017.

SCHNEIDER, N.; PAVIN, R. As relações de gênero e a feminização da velhice. **Diálogo**, n. 48, p. 1-9, 2021.

SOUZA, J. O.; OLIVEIRA B. C.; SOUZA, V. L.; FIGUEIRAS, S. R. D.; BASTOS, A. D. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 3, p. 292-300, 2016.