

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Clínica Médica

ANÁLISE DA CLIENTELA GERIÁTRICA ADMITIDA NA ENFERMARIA
DE CLÍNICA MÉDICA MASCULINA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO
PRIMEIRO QUADRIMESTRE DE 1990

Orientador: Dr. Vanir Cardoso

Doutorando: Oswaldo Guilherme Deucher Teixeira

Florianópolis, Junho de 1990

INTRODUÇÃO

São considerados idosos, nos países do Terceiro Mundo, aqueles a partir de 60 anos de idade, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Com a maior expectativa de vida da população o Brasil que já possui 10 milhões de indivíduos com mais de 60 anos de idade, no início do próximo século estará entre as seis nações com maior número de habitantes idosos do planeta. (1)

Tendo portanto, um aumento progressivo do número de idosos no país, torna-se necessário um melhor conhecimento das patologias principais e complicações que ocorrem neste grupo etário.

Nosso objetivo foi ter uma noção das principais patologias, complicações e do manuseio dos pacientes geriátricos

RESUMO

Foram analisados retrospectivamente 47 (quarenta e sete) prontuários de pacientes idosos acima de 60 anos internados no período de 1 de janeiro de 1990 a 30 de abril do mesmo ano, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

As principais considerações foram quanto as patologias incidentes neste grupo e a capacidade destes pacientes para atividades da vida diária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revisados todos os prontuários de pacientes do sexo masculino com idade superior a 60 anos, que internaram no período de 1 de janeiro de 1990 a 30 de abril do mesmo ano, no setor de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Destes, foram analisados procedência, idade, tempo de permanência hospitalar, número de internações anteriores e no período estudado, patologia básica e outras associadas e condições de internação e de alta, quanto a atividades físicas (deambulação) e de auto-cuidado. Foram classificados em: totalmente dependentes para o cuidado corporal, com necessidade de auxílio nos cuidados corporais, e, independentes para o auto-cuidado.

RESULTADOS

Selecionamos 47 pacientes que se enquadravam nos critérios da realização do trabalho, havendo no total 49 internações.

A grande maioria dos pacientes provinha da região da Grande Florianópolis (38 pacientes), os outros eram procedentes de diversos municípios do estado. Nenhum paciente era procedente de outro estado que não Santa Catarina.

A idade dos pacientes variou de 60 a 96 anos, sendo a média de 71,5 anos.

As internações tiveram de 1 a 82 dias de duração, sendo a média de 17,5 dias.

33 pacientes foram internados pela primeira vez no período, tendo então somente uma internação.

Dois pacientes sofreram 2 (duas) internações no período, sendo que já haviam estado internados anteriormente no hospital. (quadro I)

QUADRO I

Nº de internações anteriores	Nº de internações no período
01	02
02	02

Obs.: Este quadro refere-se a dois pacientes.

Os 12 (doze) pacientes restantes, já haviam sido internados anteriormente no hospital de 1 (uma) a 14 (quatorze) vezes, sendo a média de 3 (três) internações por paciente. (quadro II)

QUADRO II

N ^o de internações anteriores	N ^o de pacientes
01	06
02	02
03	01
04	01
06	01
14	01

Ressalte-se que não foram computadas as internações na unidade de observação da emergência.

Dentro do estudo, notou-se a polipatologia da grande maioria dos pacientes, haja visto, que em apenas 9 (nove) foi encontrado apenas um problema.

Analisando-se as patologias que causaram as internações, as respiratórias, cardíacas e neurológicas foram as mais prevalentes, destacando-se ainda as patologias gastroenterológicas.

12(doze) pacientes foram internados com problemas no aparelho respiratório, sendo estes 6(seis) com DPOC descompensado, 2(dois) com Tromboembolismo Pulmonar, 2 (dois) com infecção respiratória aguda e 2(dois) com neoplasias do aparelho respiratório. (quadro III)

QUADRO III

Patologia	N ^o de pacientes
DPOC	06
TEP	02
Inf. Resp. aguda	02
Neoplasia	02

11(onze) pacientes tiveram como causa da internação patologias cardíacas, sendo 4(quatro) por coronariopatias, 5(cinco) por insuficiência cardíaca e 2(dois) por arritmias. (Quadro IV)

QUADRO IV

Patologia	N ^o de pacientes
Coronariopatia	04
Insf. cardíaca	05
Arritmias	02

9(nove) pacientes internaram por problemas neurológicos, sendo que 8(oito) por acidente vascular cerebral (AVC) e 1(um) por crise convulsiva. (quadro V)

QUADRO V

Patologia	N ^o de pacientes
AVC	08
Crise convulsiva	01

As patologias do aparelho digestivo foram o motivo da internação em 6(seis) pacientes, sendo 3(três) por pancreatite e 3 (três) por hemorragia digestiva alta (HDA).(quadro VI)

QUADRO VI

Patologia	N ^o de pacientes
Pancreatite	03
H. D. A.	03

9(nove) pacientes foram internados por outras patologias: mieloma múltiplo, linfoma não- Hodgkin, choque séptico, doença de Paget, adenocarcinoma metastático em articulação coxo-femoral, insuficiência renal crônica, insuficiência renal aguda e neoplasia de bexiga. (quadro VII)

QUADRO VII

Patologia	N ^o de pacientes
Miloma múltiplo	02
Linfoma não Hodgkin	01
Choque séptico	01
Doença de Paget	01
Adenoca metastático art. coxo femoral	01
I. R. C.	01
Neoplasia de bexiga	01

Além da patologia que causou a internação, foram detectados outros 33 (trinta e três) problemas clínicos no grupo de pacientes estudados. (quadro VIII)

QUADRO VIII

Patologia	N ^o de pacientes
H. A. S	07
Disfunção renal	06
Broncoinfecção	04
D. P. O. C	03
Diabetes mellitus	03
Gota	03
Hérnia hiatal	03
Arritmia cardíaca	03
Úlcera péptica	02
Ins. ventricular esq.	02
Alcoolismo	02
Sequela A. V. C	02
Outras patologias	21

Quanto a atividade física e capacidade para o auto-cuidado, 18 (dezoito) pacientes quando internaram, não deambulavam e eram completamente dependentes para cuidados corporais. Destes, 7 (sete) faleceram; 6 (seis) receberam alta mantendo-se com a mesma capacidade física e de auto-cuidado e 5 (cinco) apresentavam melhora quando da alta. (quadro IX)

QUADRO IX

N ^o de pac.	Internação		Alta	
	Deambulação	C. A. C.	Deambulação	C. A. C.
07	não deambula	Totalmente dependente	Óbito	Óbito
06	não deambula	ídem	não deambula	tot.dep.
03	não deambula	ídem	deambula normalmente	independente
02	não deambula	ídem	deambula c/ dificuldade	necessita de auxílio

C. A. C = Capacidade para Auto-Cuidado.

Ainda, 4 (quatro) pacientes quando da internação, não deambularam, mas não eram totalmente dependentes para cuidados corporais, necessitavam apenas de auxílio.

Quando da alta, 3 (três) destes pacientes mantinham-se com os mesmos déficits motores e funcionais de quando da internação e 1 (um) teve sensível melhora. (quadro X)

QUADRO X

N ^o de pac.	Internação		Alta	
	Deambulação	C. A. C.	Deambulação	C. A. C.
03	não deambula	necess. de aux.	não deambula	necess. de aux.
01	não deambula	necess. de aux.	deambula normalmente	independente

Tivemos 7 (sete) pacientes que ao internarem, deambulavam com dificuldade e necessitavam de auxílio para cuidados corporais. Destes 5 (cinco) tiveram melhora expressiva, 1 (um) manteve o quadro, e 1 (um) não tinha informações disponíveis no prontuário. (quadro XI)

QUADRO XI

N ^o de pac.	Internação		Alta	
	Deambulação	C. A. C.	Deambulação	C. A. C.
05	deambula c/ dificuldade	necessita auxílio	deambula normalmente	independen- te
01	deambula c/ dificuldade	necessita auxílio	deambula c/ dificuldade	necessita auxílio
01	deambula c/ dificuldade	necessita auxílio	?	?

3 (três) pacientes tinham dificuldade na deambulação e eram dependentes ao serem internados; 2 (dois) saíram com melhora no aspecto deambulação e 1 (um) manteve a dificuldade (quadro XII)

QUADRO XII

N ^o de pac.	Internação		Alta	
	Deambulação	C. A. C.	Deambulação	C. A. C.
01	deambula c/ dificuldade	independen- dente	deambula c/ dificuldade	independen- dente
02	deambula c/ dificuldade	independen- dente	deambula normalmente	independen- dente

Por fim, tivemos 17(dezessete) pacientes que tinham deambulação normal e eram totalmente independentes para o auto-cuidado quando da internação e assim se mantiveram quando da alta. (quadro XIII)

QUADRO XIII

N ^o de pac.	Internação		Alta	
	deambulação	C. A. C.	deambulação	C. A. C.
17	deambula normalmente	independente	deambula normalmente	independente

DISCUSSÃO

Considerando-se que 14 (quatorze) pacientes (29,7%) dos que internaram no período estudado, apresentavam anteriormente 1 (uma) ou mais internações, é de se questionar a necessidade ou não de outras formas de assistência ao idoso que não a hospitalar, para um atendimento contínuo entre as crises agudas. Para isto pode-se utilizar a assistência em casas de repouso, que devem destinar-se ao idoso são e as várias formas de assistência aberta, que se desenvolveram nos últimos anos, ou seja, assistência domiciliar, e, assistência intermediária entre a hospitalar e a domiciliar sob a forma de hospital ou centro diurno, no qual o paciente permaneceria durante o dia apenas; concomitantemente teria acompanhamento de pessoal especializado (médico, enfermeira, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos). (8)

No idoso é raro encontrarmos-nos diante de uma única patologia, freqüentemente estamos diante de um complexo de doenças que é denominado polipatologia do idoso. (8)

O fato do idoso ter comumente mais de uma patologia leva a uma dificuldade, tanto no diagnóstico quanto no tratamento.

Em nosso estudo esta tendência à polipatologia se manteve, visto que, apenas 9 (nove) pacientes (19,15%) se apresentaram com um único problema.

Quanto as patologias mais encontradas neste grupo de pacientes estudados, a causa mais freqüente de internação foi o acidente vascular cerebral (AVC) em 8 (oito) pacientes (17%).

Nos pacientes idosos, com AVC, os cuidados incluem a prevenção da recorrência e a supervisão da reabilitação. Isto requer cuidadoso diagnóstico diferencial, tratamento da doença contribuinte e tratamento específico. (7)

A incidência anual de AVC é de 5 (cinco) a 10 (dez) casos por 100.000 (cem mil) habitantes em pessoas com menos de 40 (quarenta) anos, elevando-se para 10 (dez) a 20(vinte) casos por 1000 (mil)

habitantes em pessoas de mais de 65 (sessenta e cinco) anos de idade.(7) Isto denota a sua importância na faixa dos idosos.

As DPOC também tiveram papel de destaque, foram encontradas em 6 (seis) pacientes (12,76%). Estas englobam uma série de entidades de etiopatogenia diferente, mas que tem em comum a obstrução do fluxo aéreo.(3)

No idoso, o pulmão é menor, mais leve e mais flácido do que no jovem ocorrendo diminuição da elasticidade do parênquima.(8)Pode-se considerar a possibilidade de enfisema senil, se não há história atual de doença cardiopulmonar ou de tabagismo. Todavia deve-se ter o cuidado de separar o envelhecimento dos efeitos acumulados de doenças anteriores ou exposição a um meio ambiente nocivo.(2)

A insuficiência cardíaca foi encontrada em 5 (cinco) pacientes (10,65%) como patologia principal.

Doença aterosclerótica da artéria coronária, cardiopatia hipertensiva, cardiopatia valvular e miocardiopatia causam de 90 (noventa) a 97 (noventa e sete) por cento das insuficiências cardíacas do idoso. Etiologicamente as insuficiências cardíacas diferem pouco do idoso para os jovens.(6)

As coronariopatias (cardiopatia isquêmica) foi a patologia prevalente em 4 (quatro) pacientes (8,51%). É geralmente devida à aterosclerose das artérias coronárias e seus ramos. No idoso pode ocorrer uma apresentação "silenciosa" em 38 (trinta e oito) a 81 (oitenta e um) por cento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio.(6)

Dentre as patologias secundárias que encontramos, as mais comuns foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 7 (sete) pacientes (14,90%) e disfunção renal em 6 (seis) pacientes (12,76%).

Segundo as referências bibliográficas (4) cerca de metade das pessoas idosas é hipertensa. A HAS tem importância devido as complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais que o seu não tratamento implicam; complicando a já lábil hemostasia do paciente idoso.

Já o rim é um dos órgãos mais vulneráveis às alterações funcionais do envelhecimento. Ocorre um declínio no fluxo sanguíneo renal, na taxa de filtração glomerular e na reabsorção tubular renal.

Além disso o paciente idoso é mais sujeito a outras doenças que causam complicações renais como HAS e diabetes mellitus.(10) Isto leva à necessidade de uma maior atenção quando da prescrição de medicamentos para idosos, devendo haver avaliação do mecanismo de metabolização e da função renal. Ainda, como o idoso é um paciente com polipatologia, ele tende a ser manuseado com múltiplos medicamentos, o que pode desestabilizar a sua função renal.

A importância da avaliação da autonomia e invalidez em pacientes idosos, está diretamente relacionada com o seguimento do paciente e controle de resultados terapêuticos.

Na avaliação global do nosso material , em 49 (quarenta e nove) internações , 28 (vinte e oito) pacientes (57,14%) mantiveram-se na alta com as condições de autonomia e dependência com que entraram no hospital 13 (treze) pacientes (26,53%) apresentaram melhora, 7 (sete) pacientes (14,28%) apresentaram piora (óbito) e 1 (um) (2,05%) não tinha referência quando da alta.

Isto nos dá idéia do número de pacientes com melhora clínica e independência, pacientes que necessitam terapia adicional (fisioterapia, cinesioterapia, etc) após a alta e avaliação continuada a nível ambulatorial.

Um sujeito auto-suficiente consegue levantar-se sozinho da cama, lavar-se sozinho, vestir-se sozinho, preparar as suas refeições, promover a limpeza da casa, e sair de casa sozinho sem necessitar de ajuda. Estas são as atividades da vida diária (AVD) que preferencialmente devem ser investigadas no idoso, para melhor conhecimento das suas condições de autonomia e independência. (8)

Existem métodos mais eficazes de se avaliar as atividades da vida diária (AVD) como o índice de Katz (9) e a escala de avaliação geriátrica de Crichton (5) (ver anexos I e II).

ANEXO I

Índice de Katz de independência em atividades da vida diária. (9)

O índice de Katz é uma medida da independência funcional ou dependência de pacientes no banho, vestir-se, ir ao toilete, locomoção, continência e alimentar-se. Estas atividades tendem a ser perdidas em ordem crescente.

A- Independente para alimentar-se, continência, locomoção, ir ao toilete, vestir-se e banhar-se.

B- Independente em tudo, menos uma função.

C- Independente em tudo menos banho e mais uma função adicional.

D- Independente em tudo menos banho, vestir-se e mais uma função adicional.

E- Independente em tudo menos banho, vestir-se, ir ao toilete e mais uma função adicional.

F- Independente em tudo menos banho, vestir-se, ir ao toilete, locomoção e mais uma função adicional.

G- Dependente em todas as seis funções.

Outra: dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C,D,E ou F .

ANEXO II

Escala de avaliação geriátrica de Crichton (5)

1. Mobilidade

1. Totalmente ambulante (incluindo escadas).
2. Usualmente independente (não consegue utilizar escadas).
3. Caminha sob supervisão.
4. Caminha com meios artificiais e sob rigorosa supervisão.
5. Restrito à cadeira. Restrito ao leito (na maior parte do tempo).

2. Orientação

1. Completa
2. Orientado. Reconhece as pessoas.
3. Confunde pessoas e redondezas, mas acha o caminho.
4. Não encontra o caminho para cama ou banheiro, sem ajuda.
5. Perdido

3. Comunicação

1. Sempre clara. Retém informações.
2. Expressa suas necessidades. Compreende direções verbais simples. Manuseia bem informações simples.
3. Compreende informações verbais e não-verbais simples. Não expressa necessidades.
4. Não compreende informação simples verbal e não-verbal, mas retém alguma habilidade expressiva.
5. Nenhum contato afetivo.

4. Cooperação

1. Ativamente cooperativo.
2. Passivamente cooperativo.
3. Requer freqüente encorajamento e/ou persuasão.
4. Rejeita assistência e mostra alguma atividade independente ,mas

pobrememente dirigida.

5. Completamente introvertido ou com muita resistência.

5. Inquietude

1. Nenhuma
2. Intermitente
3. Persistente (durante o dia)
4. Persistente durante o dia, com inquietude noturna freqüente.
5. Constante.

6. Vestuário

1. Veste-se corretamente sem auxílio
2. Veste-se imperfeitamente, mas adequadamente.
3. Veste-se adequadamente, com mínima supervisão
4. Veste-se inadequadamente, a menos que continuamente supervisionado.
5. Incapaz de se vestir ou manter-se vestido por causa de insuficiência mental.

7. Alimentação

1. Alimenta-se corretamente, sem supervisão, nas horas certas.
2. Alimenta-se adequadamente, com mínimo de supervisão.
3. Não se alimenta adequadamente, a menos que persistentemente supervisionado.
4. Alimentação inadequada por causa de incapacidade física ou mau apetite.
5. Incapaz de alimentar-se, por insuficiência cerebral.

8. Continência

1. Continente
2. Incontinência noturna; acidentes ocasionais (urina ou fezes).
3. Continte durante o dia desde que tenha acesso ao banheiro ou a utensílios para a coleta de urina, regularmente.
4. Incontinente urina, apesar de ter acesso ao banheiro ou a utensílios para a coleta de urina, regularmente.
5. Regularmente/frequentemente incontinente (urina e fezes)

9. Sono

1. Normal (sem medicamento)
2. Uso eventual de hipnótico ou ocasionalmente inquieto.
3. Dorme bem com hipnótico, ou usualmente inquieto por um período, toda noite.
4. Ocasionalmente com distúrbios, apesar de uso hipnótico.
5. Com distúrbios, apesar de forte sedação.

10. Humor objetivo

1. Resposta afetiva e aparência normal e estável.
2. Resposta afetiva moderada ou nem sempre apropriada ou estável.
3. Muito grosseiro (rude); ou alteração do humor, ou afeto inapropriado.
4. Labilidade emocional ou do afeto. Apático, falta espontaneidade, mas pode responder.
5. Alucinações ou idéias delirantes de culpa ou disfunção somática.

11. Humor subjetivo

1. Bem-estar ou euforia.
2. Auto-reprovação sem interesse, indeciso, indiferente.
3. Importantes preocupações hipocondríacas ou somáticas.
4. Grave apatia ou agitação . Importante introversão, embora responda ao que se lhe pergunta.
5. Desejos de morte ou suicida. Medo ou agitado, ao ponto de incoerência.

CONCLUSÃO; Sem deterioração- 11 pontos; Deterioração leve- 12-20 pontos; Deterioração moderada- 21-30 pontos; Deterioração grave- 31 pontos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que em pacientes idosos, devemos ter especial atenção na investigação; porque estes pacientes frequentemente tem mais de uma patologia.

Para um melhor acompanhamento do paciente em termos de capacidade de auto-cuidado e capacidade física (autonomia e invalidez), seria útil a utilização de um dos métodos já citados (Katz ou Crichton), sendo interessante o seu uso nos prontuários do hospital. Houve dificuldade na coleta de dados devido a falta de uniformidade na descrição das habilidades do indivíduo e nas atividades da vida diária.