

CRISTIANE LIMA CARQUEJA

**DETECÇÃO DE PROBLEMAS CLÍNICO-SOCIAIS DE
PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1999

CRISTIANE LIMA CARQUEJA

**DETECÇÃO DE PROBLEMAS CLÍNICO-SOCIAIS DE
PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS NAS
ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson Cardoso

Orientador: Vanir Cardoso

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Vanir Cardoso, pela dedicação e disponibilidade em me ajudar em todos os momentos necessários.

À minha mãe, Maria Helena, por todo carinho e amor a mim dedicados. Ao meu pai, Moacir, pelo afeto, apoio incondicional e orientação técnica, e à sua esposa, Leisa, por toda paciência que teve durante todos esses anos de convivência. À minha irmã, Helena, por me ajudar sempre que precisei. Ao meu pequeno irmão, Guilherme, pela alegria que nos traz a cada dia. Aos meus familiares, pela compreensão em todos os momentos em que estive ausente.

Agradeço, também, ao professor Maurício Pereima por orientar não só a mim, mas a outros colegas, dispondo de seu tempo para enriquecer nosso conhecimento científico.

Ao meu grande amigo e companheiro de internato, Rafael, por me apoiar quando necessitei, muitas vezes esquecendo de seus próprios problemas. A meus colegas de turma, que me acompanharam e dividiram comigo vários momentos durante esses seis anos de graduação.

Aos meus vários amigos, dos quais muitas vezes me afastei em virtude de minhas obrigações acadêmicas.

A todos os professores, residentes, enfermeiros e funcionários, que contribuíram para minha formação.

Aos pacientes, que responderam prontamente a todas as perguntas, me incentivando muitas vezes a seguir em frente.

Acima de tudo, agradeço a Deus, por estar sempre iluminando meu caminho e guiando meus passos.

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	04
2- OBJETIVOS	09
3- MÉTODO	10
4- RESULTADOS	11
5- DISCUSSÃO	17
6- CONCLUSÕES	22
7- REFERÊNCIAS	23
RESUMO	25
SUMMARY	26
NORMAS ADOTADAS.....	27
APÊNDICE I	28
APÊNDICE II	32

1- INTRODUÇÃO

O período compreendido entre os anos de 1975 e 2025, está sendo considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como a “Era do envelhecimento”, devido ao acentuado crescimento da população geriátrica (60 anos e mais), em relação à população geral, em todo o mundo.^{1,2,3} Tal crescimento será observado tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento, ou subdesenvolvidos. No entanto, será muito mais dramático nestes últimos.^{1,2,3,4}

Nas nações desenvolvidas, o crescimento da população total, no período de 1970 a 2000, está estimado em 21% e o da fração geriátrica em 54%. Por outro lado, nos países subdesenvolvidos este crescimento será de 88% na população global e 123% na população geriátrica.^{1,5}

No Brasil, estes números são ainda mais assustadores. Em 1950, éramos o décimo sexto colocado entre os países de maior população geriátrica no mundo. No ano de 2025, seremos o sexto. Estima-se que, até lá, a população global crescerá 3,22 vezes, a faixa acima de 65 anos crescerá 8,9 vezes, e aquela acima de 80 anos, 15,9 vezes.^{1,5} Em termos numéricos, em 1980, a população brasileira era de, aproximadamente, 118 milhões de habitantes, sendo que, destes, 7 milhões possuíam mais de 60 anos. No ano 2000, estes números serão de 165 milhões de habitantes e 13 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. As projeções para 2020, indicam um total populacional de 200 milhões, e 27 milhões na fração geriátrica.⁶ No estado de Santa Catarina, em 1981, existiam 300 mil idosos, 6,7% de um total de 4,5 milhões de habitantes.^{3,7}

Este envelhecimento populacional acarreta grandes implicações de ordem econômica, política e social. Na área da saúde, as mudanças têm ocorrido rapidamente, devido à demanda crescente por serviços médicos e sociais especializados.⁸ Com o intuito de analisar esta situação em diversos países, e de estabelecer critérios básicos para apresentação de informações em seus trabalhos, a ONU promoveu, no ano de 1982, uma Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena (Áustria). Lá, dentre outras coisas, ficou estabelecido que, nos países desenvolvidos, o grupo geriátrico seria formado pelas pessoas de 65 anos ou mais; e, naqueles em desenvolvimento, por pessoas acima de 60 anos. Tal critério também foi adotado pela Assembléia Geral do Comitê Latino Americano da Associação Internacional de Gerontologia, realizada em Havana (Cuba), em maio de 1992.^{1,3}

É dentro desse contexto que a Geriatria e a Gerontologia vêm ganhando espaço. Com o aumento da população geriátrica, os profissionais de saúde estão reconhecendo a importância de identificar e estudar os processos fisiológicos do envelhecimento, para que se possa evitar, ou pelo menos diminuir, a iatrogenia causada por “tratamentos” de alterações consideradas normais para uma certa idade.^{9,10,11} Do mesmo modo, é necessário observar que algumas alterações clínicas, que são habitualmente atribuídas como “normais da velhice”, merecem investigação clínica adequada antes de serem assim rotuladas.⁹

De fato, o envelhecimento é um processo inevitável, mas essencialmente benigno, quando não acompanhado de doença. É caracterizado pela diminuição progressiva da homeostase, com declínio de várias funções fisiológicas importantes, sendo influenciado por hábitos alimentares, fatores psicológicos, meio ambiente e carga genética.^{3,9,11,12} Por consequência, apesar de sofrer um processo absolutamente natural, o idoso apresenta um organismo vulnerável, que reage de maneira diferente daquele de um jovem, quando acometido por alguma nova afecção.¹² Também essa perda fisiológica leva ao aparecimento de

doenças crônicas, muitas delas incuráveis.^{3,8,9,12} A esse fenômeno é dado o nome de comorbidade, onde os indivíduos, à medida que envelhecem, vão acumulando patologias, as quais, muitas vezes, terminam por complicar o quadro de uma nova doença que possa surgir.^{3,12,13}

Com isso, quando um paciente geriátrico é internado numa unidade hospitalar, é grande a lista de problemas apresentados e o número de medicamentos prescritos, bem como o risco de complicações e o tempo de internação são maiores. Dessa forma, é imprescindível uma avaliação completa do paciente idoso, com a finalidade de identificar todas as patologias existentes, para que o tratamento de uma, não implique em piora, ou mesmo, interfira no tratamento de outra.

De modo geral, existe um grupo de problemas médicos, comuns à fração geriátrica da população, que podem levar à dependência e fragilidade, comprometendo a qualidade de vida desses indivíduos.^{3,10,11,12,13} Estes problemas são denominados de “5 is”, sendo definidos por:

1) Instabilidade postural – O equilíbrio e a marcha ficam comprometidos com o envelhecimento, levando a uma maior oscilação ao deambular, o que pode resultar em queda. Comumente, esta se deve a uma interação entre perdas nas funções cognitiva, neuromusculares e cardiovasculares e o meio-ambiente. As quedas são a sexta causa mais importante de óbito entre os idosos, e 1 de cada 4 pessoas que caem, apresentam lesões graves.^{3,12,13}

2) Imobilidade – As causas principais são fraturas, fraqueza, rigidez, dor, desequilíbrio e problemas psicológicos. É importante ressaltar que, muitas vezes, a imobilidade é uma complicação da instabilidade postural, e implica em um estado de dependência muito grande por parte do idoso.^{3,12,13}

3) Insuficiência cerebral – As causas predominantes são o delírio, a demência e a depressão. Estes estados também levam à dependência funcional, e não raras vezes, ficam sem diagnóstico.^{3,12,13}

4) Incontinência – A eliminação involuntária de fezes ou urina, apesar de comum, pode ser tratada, desde que a causa seja pesquisada. A continência adequada exige boa motilidade, capacidade intelectual, motivação, destreza manual e controle integrado das vias excretoras.^{3,12,13}

5) Iatrogenia – Muitos são os medicamentos ingeridos pelos pacientes geriátricos, sendo que uma boa parte deles, desnecessariamente, pois são prescritos para tratar sinais ou sintomas que ocorrem devido às alterações fisiológicas do envelhecimento, como discutido anteriormente. Além disso, a depuração dos fármacos está bastante reduzida nesses pacientes, o que aumenta o risco de reações adversas e toxicidade. Por outro lado, alguns médicos pecam por não tratar fatores que poderiam ser controlados, mas que, pela falta de informação, são julgados como “normais da idade”.^{3,9,12,13}

São atributos dos “5 is”:

- a) múltipla etiologia;
- b) não constituir risco de vida iminente;
- c) comprometer severamente a qualidade de vida;
- d) complexidade terapêutica.^{3,14}

Devido a todas essas características, muitos médicos preferem manter o conceito de que o velho é um adulto de cabelos brancos, socialmente inútil e irremediavelmente doente.¹⁴

No entanto, toda sociedade deve começar a mudar esta idéia pré concebida (preconceito) em relação aos idosos. Não somente porque a população está envelhecendo, mas, principalmente, pelas repercussões econômicas dessa nova realidade.⁸ Além de utilizarem com maiores frequência e nível de complexidade o sistema de saúde, atualmente os pacientes geriátricos já ocupam, em média, 30% dos leitos de hospitais gerais, justamente por causa destas doenças crônicas com elevado grau de incapacitação.^{8,14}

Não é difícil imaginar o impacto que o crescimento deste grupo populacional terá sobre o sistema de saúde, principalmente em países subdesenvolvidos, como o Brasil.¹⁴ É a soma da evolução da medicina preventiva e da geriatria e gerontologia, juntamente à conscientização da população sobre a questão dos idosos, o caminho necessário para que essa situação se reverta e tenhamos a certeza de que estamos “agregando vida aos anos, e não anos à vida”.⁸

A realização de trabalhos científicos como este que será apresentado faz parte deste desenvolvimento, e justamente por sua atual importância que este foi o tema escolhido.

2- OBJETIVOS

- 1- Observar taxa de ocupação dos leitos nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário pelos pacientes com 60 anos ou mais.
- 2- Documentar a presença de problemas comuns na geriatria nesses pacientes, que não são detectados na anamnese tradicional.
- 3- Analisar o perfil sócio-econômico desses pacientes, bem como as comorbidades por eles apresentadas e os medicamentos mais utilizados durante a internação.

3- MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, prospectivo, transversal, com pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dados referentes à taxa de ocupação de leitos foram obtidos através da realização de censos semanais nas enfermarias, totalizando um número de 9 censos.(APÊNDICE I)

Analisaram-se 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, que estiveram internados nos leitos da Clínica Médica do Hospital Universitário no período de 8 de fevereiro a 5 de abril do ano de 1999.

Foram excluídos do estudo os pacientes com alterações do nível de consciência, por não poderem prestar as informações necessárias.

Os dados foram coletados pela própria autora, através de questionário aplicado aos pacientes (APÊNDICE II) e verificação de informações contidas no prontuário médico.

Pesquisaram-se dados referentes a idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, tipo de moradia, com quem cohabita, internações anteriores, problemas comuns à geriatria, comorbidade e medicamentos em uso durante a internação. Os dois últimos com base nas avaliações de problemas e prescrições médicas dos prontuários dos pacientes.

4- RESULTADOS

No período estudado foram realizados 9 censos nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário, obtendo-se uma média de 74,33 pacientes internados. Destes, 34,68% (25,78 pacientes) tinham idade maior ou igual a 60 anos.

Dentre os problemas comuns em geriatria observados em 67 pacientes, com 60 anos ou mais, internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário notou-se, principalmente, a presença de algum grau de depressão e dificuldade para deambulação (TABELA I).

TABELA I- Frequência de problemas comuns em geriatria entre 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99.

Problemas comuns em geriatria	Número	%
Déficit de memória	26	38,81
Depressão	35	52,24
Instabilidade postural	36	53,73
História de quedas	31	46,27
Osteoartrose	13	19,40
Osteoporose	7	10,45
Incontinência fecal	11	16,42
Incontinência urinária	23	34,33

Em relação ao perfil sócio-econômico dos 67 pacientes estudados, observamos, quanto à idade, um maior número de pacientes entre 65 a 74 anos (TABELA II). Quanto ao estado civil, observamos que a maioria dos pacientes era casada (TABELA III).

Analisando o nível de escolaridade, notamos, também, uma maioria com apenas o ensino básico (TABELA IV). Da mesma forma, mais da metade dos pacientes tinha uma renda mensal muito pequena (TABELA V).

Quando estudadas condições de moradia, verificou-se que a maioria possuía habitação própria (TABELA VI) e coabitava, principalmente com o cônjuge (TABELA VII).

Segundo número de internações anteriores, grande parte dos 67 pacientes estudados apresentava entre 1 e 3 internações prévias (TABELA VIII).

TABELA II- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo faixas etárias.

Sexo/ Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
60 - 64	4	10,81	6	20,00	10	14,93
65 - 69	12	32,43	8	26,67	20	29,85
70 - 74	11	29,73	6	20,00	17	25,37
75 - 79	7	18,92	3	10,00	10	14,93
80 - 84	1	2,70	5	16,67	6	8,96
85 - 89	2	5,41	2	6,67	4	5,97
Total	37	100,00	30	100,00	67	100,00

TABELA III- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo estado civil.

Estado civil	Número	%
Casado	32	47,76
Viúvo	18	26,87
Solteiro	7	10,45
Divorciado	6	8,96
União estável	4	5,97
Total	67	100,00

TABELA IV- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo escolaridade.

Escolaridade	Número	%
Analfabeto	13	19,40
I Grau incompleto	35	52,24
I Grau completo	9	13,43
II Grau incompleto	1	1,49
II Grau completo	4	5,97
III Grau	5	7,46
Total	67	100,00

TABELA V- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo a renda mensal.

Renda mensal (salários mínimos)	Número	%
0 a 1	40	59,70
2 a 4	15	22,39
5 a 9	7	10,45
> 10	4	5,97
Não sabe	1	1,49
Total	67	100,00

TABELA VI- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo tipo de residência.

Residência	Número	%
Própria	53	79,10
Alugada	8	11,94
Outros	6	8,96
Total	67	100,00

TABELA VII- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo cohabitantes.

Cohabitante	Número	%
Cônjuge	36	53,73
Filhos	18	26,87
Nenhum	4	5,97
Outros	9	13,43
Total	67	100,00

TABELA VIII- Distribuição de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99 segundo número de internações anteriores.

Internações anteriores	Número	%
Nenhuma	14	20,90
1 a 3	24	35,82
4 a 6	17	25,37
7 a 9	4	5,97
10 ou mais	8	11,94
Total	67	100,00

Da análise dos prontuários, entre as comorbidades associadas, encontramos um grande número de doenças, destacando-se as cardiovasculares e as pulmonares (TABELA IX), com uma média de 3,52 diagnósticos por paciente.

TABELA IX- Relação dos grupos de doenças diagnosticados em 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99.

Grupos de doenças	Número de casos	Porcentagem
Cardiovasculares	86	36,44
Pulmonares	35	14,83
Gastrointestinais	14	5,93
Genitourinárias	21	8,90
Endócrino-metabólicas	27	11,44
Osteoarticulares	3	1,27
Miscelânea	50	21,19
TOTAL	236	100,00

Observando as prescrições dos pacientes, foi encontrada uma média de 8,18 medicamentos por paciente, sendo as 5 drogas mais prescritas, isoladamente: metoclopramida, 59 prescrições (88,06%); dipirona, 48 prescrições (71,64%); heparina, 43 prescrições (64,18%); ranitidina, 31 prescrições (46,27%); e furosemida, 27 prescrições (40,30%).

Quando analisadas por grupos, observou-se que, do total de medicamentos prescritos, 26,64% pertenciam ao grupo de drogas relacionadas ao tratamento de doenças cardiovasculares (TABELA X).

TABELA X- Relação dos grupos de medicamentos utilizados para tratamento de 67 pacientes, com idade maior ou igual a 60 anos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU no período de 08/02/99 a 05/04/99.

Grupos de medicamentos	Número absoluto	Porcentagem
Cardiovasculares	146	26,64
Sistema digestivo	108	19,71
Analgésicos e anti-inflamatórios	95	17,34
Antibióticos	26	4,74
Miscelânea	173	31,57
Total	548	100,00

5- DISCUSSÃO

Analisando a porcentagem de leitos ocupados pelos pacientes geriátricos, percebe-se a concordância com a literatura, que cita uma ocupação por volta de 30% dos leitos de hospitais gerais por idosos.^{1,8,14,17}

Uma alternativa para diminuir esse número é a criação do Hospital-lar. Descrito por Ramos, trata-se de um programa implantado em Nova Friburgo, que visa encurtar o período de internação, cortar gastos hospitalares, demandas ambulatoriais e número de funcionários, pois integra os familiares no processo de cuidado do idoso. A grande vantagem deste programa é a de manter o paciente em seu ambiente domiciliar, garantindo sua autonomia e dignidade e a possibilidade de interagir com todas as pessoas por quem tem afeto.¹⁸

Da avaliação de déficit de memória, que foi realizada de modo subjetivo, apenas com questionamento simples ao paciente, o grande número de pacientes que se julgaram sem nenhum déficit era esperado, já que aqueles que possuíam alguma alteração de consciência não fizeram parte do estudo.

Um grande número de pacientes questionados (52,24%) consideraram que tinham algum grau de depressão, sem haver qualquer registro desse fato nos prontuários dos pacientes. Silvestre encontrou condições semelhantes em seu estudo, revelando 44% de pacientes geriátricos com algum grau de depressão, avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica, sem sequer um registro nos prontuários.¹⁷ Boechat também relata uma incidência de 50 a 80 % em pacientes admitidos em hospitais gerais.²⁰

A instabilidade postural, também freqüente entre os indivíduos pesquisados, apesar de queixa comum na geriatria, não foi relatada nas fichas médicas, sendo

considerado entre as listas de problemas apenas dos profissionais da área de enfermagem. Outro estudo encontrou uma frequência de 18,8% de instabilidade postural e quedas entre os idosos, também sem registro nos prontuários médicos.¹⁷

Entre as doenças osteoarticulares crônicas, apenas 3 pacientes tinham registro no prontuário da condição, contrapondo o resultado dos questionamentos efetuados aos idosos, que alcançaram uma positividade de 19,4% para osteoartrose e 10,45% para osteoporose. Fernandes cita, em seu trabalho, que apenas um paciente apresentou osteoartrose diagnosticada, sugerindo que o médico assistente tem certa dificuldade em identificar alguns dos problemas comuns aos idosos.³

Outro problema comum, mas pouco diagnosticado pelo médico, é a incontinência, tanto fecal quanto urinária. Neste estudo, 34,33% dos pacientes possuíam algum grau de incontinência urinária, estando de acordo com a literatura pesquisada.^{13,15,17}

A falta de diagnósticos de condições comuns entre os pacientes geriátricos pode ser decorrente tanto da falta de atenção ou desconhecimento por parte do profissional, quanto de sonegação de informações consideradas pouco importantes pelo paciente. Este é conhecido como “fenômeno do Iceberg”, em que os problemas detectados pelo médico correspondem a uma parte de um total que permanecem ocultos.¹ Em decorrência disso, encontram-se, na literatura, muitos trabalhos relatando a ausência de registro dos problemas nos prontuários médicos.

Montesanti et al demonstra em seu estudo que uma anamnese geriátrica dirigida detecta mais problemas que uma anamnese tradicional realizada pelo clínico geral.¹⁵

Atualmente, no universo da medicina clínica, quando se trata de idoso, é importante trabalhar com o conceito de saúde funcional, em que a saúde seria a

aptidão do idoso em manter um estilo de vida desejável, apesar da doença e da incapacidade.

A amostra estudada constituiu-se de pacientes situados predominantemente nas faixas etárias entre 65 e 74 anos, o que é condizente com a literatura, que aponta uma média de idade em torno dos 70 anos.^{3,15}

O predomínio do sexo masculino encontrado nesse estudo, é contrário à tendência mundial do aumento da população feminina. Tendência essa, comprovada no Brasil pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e observada, também, no estudo de Montesanti et al (1999).^{1,6,7,15} Neste trabalho, essa discordância pode ser explicada pelo fato de que existe maior quantidade de leitos na enfermaria de Clínica Médica Masculina.

Analisando estado civil, a maioria era casada ou possuía união estável (53,73%), o que também discorda de outros estudos, que encontraram um predomínio de viúvos e solteiros, ou seja, idosos que vivem sozinhos.^{3,15}

O grande percentual de indivíduos analfabetos e com I grau incompleto (71,64%), é concorde com outros trabalhos, e evidencia o difícil acesso à educação em nosso país nas décadas antecedentes.^{3,4,15} Esse baixo grau de escolaridade dificulta em muito a anamnese geriátrica e a aplicação de testes de avaliação, como, por exemplo, o Mini mental.

A baixa renda observada na maioria dos pacientes pesquisados, também observada por Medeiros em seu estudo, revela o problema social que é a população idosa no Brasil.¹⁶ Os idosos são os pacientes que mais consomem remédios nas farmácias e os que mais necessitam de consultas freqüentes. Num país em que não existe um programa assistencial adequado, o acesso desses pacientes ao sistema público de saúde fica extremamente dificultado, resultando em acompanhamento médico deficiente e internações freqüentes.^{1,8,17,18} Do mesmo modo, a aquisição dos medicamentos prescritos fica impossibilitada pelo

alto custo das medicações e pela indisponibilidade das mesmas na rede pública de saúde.

Apesar da baixa renda, 79,1% dos pacientes referiram ter residência própria. Não foram pesquisadas, no entanto, qualidade de moradia, como saneamento básico, número de cômodos etc. Grande parte dos pacientes reside com o cônjuge (53,73%), o que seria esperado, pois foi observado o mesmo percentual de indivíduos casados e com união estável. Mesmo assim, observa-se que muitos moram com os filhos, indicando a tendência de o idoso tornar-se dependente à medida que envelhece.^{3,8,10,19}

Entre os idosos estudados, apenas 20,9% negaram ter internações prévias, confirmando o ponto discutido anteriormente, em que as internações entre os idosos têm sido mais e mais frequentes.^{1,8,17,18}

Nos prontuários analisados, foi constatada uma média de 3,52 diagnósticos por paciente, estando de acordo com a literatura.^{3,15,17} As patologias mais encontradas são do grupo de doenças cardiovasculares (36,44%), concordando com os trabalhos consultados.^{3, 15, 20} As alterações fisiológicas que ocorrem no coração com o envelhecimento têm importância clínica fundamental, pois são substrato para o desenvolvimento de doenças cardíacas ou complicações cardíacas de outras doenças. O exame físico cardiológico nem sempre está alterado, fazendo com que o médico precise tomar muito cuidado quanto ao manejo do paciente geriátrico.⁹

As enfermidades do aparelho respiratório foram encontradas em 14,83% dos pacientes, 2 vezes mais que no estudo de Montesanti et al.¹⁵ De qualquer modo estima-se que, se o presente trabalho fosse realizado nos meses mais frios, os diagnósticos de doenças pulmonares seriam mais numerosos.

Apresentando um número elevado de comorbidades, as prescrições dos pacientes idosos contêm uma série de itens, sendo as medicações ditas sintomáticas (analgésicos e anti-eméticos) presentes na quase totalidade dessas

prescrições. É amplamente documentado na literatura que, quanto mais medicamentos o idoso ingere, maior é o risco de apresentar alguma reação adversa a drogas. As reações adversas podem ser exacerbadas pela polifarmácia, comorbidade, variedade de sintomas, toxicidade freqüente para sistema nervoso central, demência e depressão. Com isso, o quadro clínico fica mascarado, correndo-se o risco de negligenciar a condição básica. Muitas vezes o médico não consegue reconhecer os efeitos colaterais das drogas, e acaba usando outra droga para tratar uma reação adversa.^{20,21,22,23}

A Assembléia geral das Nações Unidas designou o ano de 1999 como o Ano Internacional do idoso quando adotou a proclamação sobre o envelhecimento em 1992, ao perceber o envelhecimento sem precedentes da população em todo mundo. Com o declínio da mortalidade e o aprimoramento das condições de saúde e higiene, as pessoas estão vivendo cada vez mais.

A velhice não é uma doença, é apenas mais uma das crises vitais que resulta em novas formas de relação com o meio. Esta relação pode ser prazerosa e positiva, se respeitada a experiência de vida do idoso e permitida a expressão de seus potenciais.

6- CONCLUSÕES

Através dos dados analisados neste estudo, conclui-se que os pacientes geriátricos ocupam, em média, 34,68% dos leitos das enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário.

Em relação aos problemas comuns em geriatria, percebe-se que os pacientes não possuem déficit de memória mas revelam algum grau de depressão, têm instabilidade postural, poucos possuem doença osteoarticular e 1/3 tem incontinência. Esses problemas não foram registrados nos prontuários, revelando que a anamnese tradicional não demonstra todos os problemas do paciente idoso.

O paciente geriátrico internado no Hospital Universitário situa-se na faixa etária de 65 a 74 anos, predomínio do sexo masculino, casado, com I grau incompleto, renda mensal entre 0 e 1 salário mínimo, residindo em casa própria com o cônjuge, e tendo, em média, 1 a 3 internações anteriores.

Esses pacientes apresentam fenômeno de comorbidade, acumulando, em média, 3,52 diagnósticos, sendo as doenças cardiovasculares as mais freqüentes.

Para tratamento são utilizados, em média, 8,18 medicamentos por paciente, sendo, também, mais comuns as drogas para tratamento de doenças cardiovasculares. Os analgésicos e anti-eméticos são encontrados em quase todas as prescrições.

7- REFERÊNCIAS

1. Cançado AX. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Editora Coopmed; 1994. p. 17-43.
2. Esteves B. O Brasil de cabelos brancos. Revista Ciência Hoje. 1998; 23(137): 18-21.
3. Fernandes VRA. Perfil das pacientes acima de 60 anos internadas na enfermaria de clínica médica do Hospital Universitário- UFSC, no período de janeiro a março de 1997. Florianópolis: UFSC, 1997. 52p.
4. Peres EA, Galinsky D, Martinez FM, Salas AR, Ayéndez MS. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p.10-32.
5. Sayeg MA. A vida após os 80 anos de idade. Arquivos de Geriatria e Gerontologia 1996; 0(0):5-8.
6. Anuário estatístico do Brasil 1996/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. p.18.
7. Censo demográfico 1991/ Fundação IBGE. p.129-130.
8. Netto MP. Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu; 1996. p.313-323, 394-402.
9. Busse EW, Blazer DG. Psiquiatria geriátrica. 1ª ed. Porto Alegre: Artes médicas; 1992. p.32-46.
10. Campos CMT. Reflexões sobre o desenvolvimento da fragilidade. Arquivos de Geriatria e Gerontologia 1996; 0(0):21-23.
11. Pereira SRM. Fisiologia do envelhecimento. Arquivos de Geriatria e Gerontologia 1996; 0(0):18-20.

12. Isslbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Medicina Interna. 13^a ed. Colonia Atlampa: Nueva editorial inter-americana SA; 1995. p.32-40.
13. Wingaarden JB, Smith LH, Bennet JC. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 19^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1993.
14. Biagarella RL. Atualidades em Geriatria. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia- RS; 1996.
15. Montesanti LT, Marques Jr OW, Quadrante AC, Gorzoni ML, Ribeiro MCSA. Anamnese clínica x geriátrica. Gerontologia 1999; 7(1):8-16.
16. Medeiros SL. Saúde e qualidade de vida na opinião dos idosos. Gerontologia 1994; 2(1):7-12.
17. Silvestre JA. Como anda a saúde do idoso no Brasil?. Revista Ciência Hoje 1998; 23(137):22-29.
18. Ramos JAS. Assistência domiciliar: vivência de uma conquista serviço hospital-lar. In: No envelhecimento... o que queremos?. Rio de Janeiro: Frontis/ Editorial; 1999. p.63-69.
19. Guimarães RM. Prevenção das doenças associadas ao envelhecimento. Arquivos de Geriatria e Gerontologia 1996; 0(0):9-14.
20. Boechat NS. Síndromes de hospitalização do idoso. In: No envelhecimento... o que queremos?. Rio de Janeiro: Frontis/ Editorial; 1999. p.53-62.
21. Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. Annal of Internal Medicine 1987; 107(2):169-173.
22. O'Keefe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. JAGS 1997; 45:174-178.
23. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, Lewis IK. Adverse drug events in high risk older outpatients. JAGS 1997; 45:945-948.

RESUMO

O envelhecimento populacional tem assumido uma proporção muito grande, fazendo com que a Geriatria e a Gerontologia desenvolvam-se cada vez mais. Apesar disso, observa-se dificuldade em identificar problemas comuns em pacientes geriátricos, implicando em assistência deficiente ao idoso, e aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares por esses pacientes.

Este trabalho tem por objetivos observar a taxa de ocupação de leitos, documentar a presença dos problemas comuns em geriatria, e analisar perfil sócio-econômico, comorbidades e medicamentos utilizados pelos pacientes idosos.

Para tal, foram pesquisados 67 pacientes de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário, no período de 8 de fevereiro a 5 de abril do ano de 1999. Neste intervalo realizaram-se, também, censos semanais totalizando 9 censos.

Observou-se que os pacientes geriátricos ocupam 34% dos leitos das enfermarias de Clínica Médica. São problemas comuns: depressão (52,24%), instabilidade postural (53,73%), osteoartrose (19,40%), osteoporose (10,45%), incontinência fecal (16,42%) e incontinência urinária (34,33%), os quais não são diagnosticados pela anamnese tradicional. Tais pacientes situam-se na faixa dos 65 a 74 anos, predomina o sexo masculino, casado, com I grau incompleto, renda entre 0 e 1 salário mínimo, residindo em casa própria com o cônjuge e apresentando de 1 a 3 internações anteriores. Acumulam, em média, 3,52 diagnósticos e utilizam, 8,18 medicamentos durante a internação.

SUMMARY

The aging of the whole world population is a fact, and pushes medical researchers to improve Geriatrics and Gerontology. But, despite of that, one notice that it is still hard to diagnose common diseases in geriatric patients, which leads to an deficient assistance and the increase of hospital occupation by aging people.

This study aims the observation of this hospital occupation, record common diseases in geriatrics, analyze socio-economic profile, as well comorbidities and drugs used by elderly patients.

On this purpose, 67 patients beyond 60 years old, both sexes, treated in internal medicine infirmaries of University's Hospital from 02/08/99 to 04/05/99, were surveyed. During this period 9 weekly census were performed.

It was noticed that 34% of internal patients were elderly. Common problems were: depression (52,24%); postural instability (53,73%); osteoartrosis (19,40%); osteoporosis (10,45%); fecal incontinence (16,42%); and urinary incontinence (34,33%), which are seldom diagnosed by traditional anamnesis. Such patients are 65 to 74 years old, predominantly male, married, incomplete first degree of school, earning from 0 to 1 minimum wage, living in their own house with spouse and presenting from 1 to 3 previous hospitalizations. They have an average of 3,52 positive diagnosis and take 8,18 drugs while in hospital care.

NORMAS ADOTADAS

Neste trabalho foram adotadas as normas para trabalhos científicos conforme resolução nº 001/ 97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC.

APÊNDICE I

CENSOS DOS PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE CLÍNICA MÉDICA DO HU

Dia 08/02/99	CMF*	CMM I**	CMM II***	TOTAL
Total de pcts internados	29	23	24	76
Pcts ≥ 60 anos	15	07	06	28 (36,84%)

* CMF- Clínica Médica Feminina

** CMM I- Clínica Médica Masculina I

*** CMM II- Clínica Médica Masculina II

Dia 16/02/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	22	25	21	68
Pcts ≥ 60 anos	08	06	05	19 (27,94%)

Dia 22/02/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	26	26	22	74
Pcts ≥ 60 anos	10	08	06	24 (32,43%)

Dia 02/03/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	24	24	26	74
Pcts ≥ 60 anos	11	09	09	29 (39,19%)

Dia 08/03/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	25	24	26	75
Pcts ≥ 60 anos	12	07	09	28 (37,33%)

Dia 15/03/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	28	27	26	81
Pcts ≥ 60 anos	09	11	09	29 (35,80%)

Dia 24/03/99	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
Total de pcts internados	25	27	21	73
Pcts ≥ 60 anos	07	08	08	23 (31,51%)

Dia	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
29/03/99				
Total de pcts internados	29	27	21	77
Pcts ≥ 60 anos	09	07	08	24 (31,17%)

Dia	CMF	CMM I	CMM II	TOTAL
05/04/99				
Total de pcts internados	25	24	22	71
Pcts ≥ 60 anos	12	09	07	28 (39,44%)

MÉDIA: TOTAL
74,33

≥ 60a
25,78
(34,68%)

APÊNDICE II

**DETECÇÃO DE PROBLEMAS CLÍNICO-SOCIAIS DE PACIENTES
GERIÁTRICOS INTERNADOS NAS ENFERMARIAS DE CLÍNICA
MÉDICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Questionário aplicado aos pacientes

Nome:

Leito:

Data:

1- Idade:

2- Sexo:

3- Estado civil:

4- Profissão:

5- Procedência:

6- Com quem mora?

☐ cônjuge

☐ filhos

☐ sozinho

☐ outros

7- Casa:

☐ própria

☐ alugada

☐ outros

8- Renda mensal:

9- Escolaridade:

☐ analfabeto

☐ I grau incompleto

☐ I grau completo

☐ II grau incompleto

☐ II grau completo

☐ III grau

10- Problemas de saúde (comorbidade)

11- Medicamentos em uso (durante internação)

12- Internações anteriores:

ISDAS

1- Tem problema de memória?

☐ sim ☐ não

2- Depressão?

☐ sim ☐ não

3- Seqüelas de AVE

☐ sim ☐ não

4- Tem história de quedas?

()sim ()não

5- Caminha bem sem apoio?

()sim ()não

6- Aparelho osteoarticular

a) Tem osteoartrose?

()sim ()não

b) Osteoporose?

()sim ()não

7- Enxerga bem?

()sim ()não

8- Ouve bem?

()sim ()não

9- Problemas respiratórios e cardiovasculares:

()sim ()não

10- Tem problemas digestivos?

()sim ()não

11- Tem constipação?

()sim ()não

12- Incontinência fecal?

()sim ()não

13- Incontinência urinária?

()sim ()não

14- Já teve infecção urinária?

()sim Quantas vezes? _____

()não

15- Fuma?

()sim ()não

16- Já fumou?

()sim ()não

17- Fuma, ou fumou, há quanto tempo? _____

**TCC
UFSC
CM
0405**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0405

Autor: Carqueja, Cristian

Título: Detecção de problemas clínico-so



972806914

Ac. 253554

Ex.1 UFSC BSCCSM