

# TRATAMENTO DOS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS NO IDOSO

*Adriana Claudia Lunardi, Carolina Fú, Celso R. F. Carvalho,  
Claudia Marina Fló e Maise Figueirôa*

## INTRODUÇÃO

A independência funcional e a possibilidade de gerenciar seu dia-a-dia são de enorme importância em todas as faixas etárias, inclusive entre os idosos. O declínio funcional é progressivo com o aumento da idade (ver Cap. 2), mas certas situações podem levar a um decréscimo brusco e importante, muitas vezes sem retorno ao patamar prévio. Hospitalizações são ótimos exemplos desse fato.

Pneumonias continuam sendo a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo, apesar de todo o avanço na área médica e social no decorrer do século e da disponibilidade de novos antibióticos.<sup>1</sup> É a sexta causa de morte nos EUA<sup>2,3</sup> e a quinta no Brasil, na população idosa. Esse grupo etário representa 70% de todas as pneumonias em nosso país.<sup>4</sup> Vários fatores, dentre eles idade avançada, sintomatologia atípica e ocorrência de multimorbidades, como doença pulmonar obstrutiva crônica, *diabetes mellitus* e insuficiência cardíaca, estão associados à sua maior morbimortalidade.<sup>5</sup>

Nos idos de 1892, Sir William Osler dizia que a pneumonia era uma amiga dos idosos,<sup>6</sup> pois proporcionava morte rápida e calma. Osler se referia à pneumonia especificamente, mas poderíamos extrapolar essa idéia para as complicações respiratórias que acometem idosos hospitalizados, muitas vezes tendo como desfecho o óbito.

Indivíduos com doenças crônicas, como diabéticos, alcoólatras, desnutridos e portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), freqüentemente têm imunidade diminuída e maiores chances de desenvolver pneumonia. Essas doenças crônicas são muito comuns entre idosos e associadas às alterações do sistema respiratório provocadas pelo envelhecimento normal, já abordadas no Cap. 1. Essas alterações explicam, ao menos em parte, as altas taxas de infecções respiratórias nos idosos.

Pneumonias adquiridas na comunidade (PAC) são consideradas aquelas que afetam pessoas fora do ambiente hospitalar ou nas primeiras 48 h da admissão hospitalar. A incidência de PAC é aproximadamente 12:1.000 habitantes.<sup>7,8</sup>

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2005 as PAC provocaram despesas hospitalares da ordem R\$331.639,50.<sup>4</sup>

*ler na próxima pag. 373*

Pneumonias são consideradas hospitalares quando os sintomas se originam até 48 h após a internação, ou quando associadas à ventilação mecânica, com manifestações nesse mesmo período de tempo.

Medidas profiláticas devem ser tomadas para evitar pneumonias:

- Vacinação de pessoas com fatores de risco e idosos (pneumocócica, a cada 5 anos; contra influenza, anualmente).

Christenson *et al.*,<sup>9</sup> em pesquisa realizada com 41.059 idosos, encontraram que aqueles que haviam sido vacinados contra influenza e pneumococos tiveram menor índice de hospitalização, além de ficarem menor número de dias hospitalizados quando se fez necessária essa prática. Além disso, ocorre efeito aditivo benéfico quando as duas vacinas são aplicadas em idosos;

- Cessação de tabagismo;
- Tratamento de doenças que propiciem a microaspiração ou aspiração de conteúdo gástrico<sup>10-12</sup> (p. ex., a doença do refluxo gastroesofágico);
- Cessação do alcoolismo;
- Alimentação adequada (Cap. 17), evitando translocação bacteriana.

Outras medidas profiláticas têm relação com a ação ou com a orientação do fisioterapeuta. São elas:

- Orientar para que a alimentação não seja realizada em decúbito dorsal, pois esse decúbito favorece a broncoaspiração;
- Evitar o posicionamento em decúbito dorsal imediatamente após as refeições, e manter o leito em decúbito elevado para evitar broncoaspiração;
- Higiene oral, dos dentes e das próteses dentárias, que deve ser feita após cada ingestão de alimento;
- Evitar imobilidade, que leva à diminuição da massa muscular;
- Fortalecer a musculatura respiratória;
- Treinar a tosse (tosse assistida);<sup>13</sup>
- Lavar as mãos;
- Cuidados com o ventilador mecânico, promovendo adequada umidificação e aquecimento;
- Cuidados na aspiração traqueal, evitando traumatizar as mucosas e também a contaminação;
- Quando sob ventilação mecânica invasiva, manter *cuff* devidamente insuflado;
- Isolamento, se necessário;
- Diminuir a sedação para manter o paciente contactuando;
- Extubação precoce;
- Cuidados com a ventilação não-invasiva;
- Realizar fisioterapia respiratória.<sup>14,15</sup>

### AValiação PRÉ-OPERATÓRIA EM IDOSOS

A população idosa requer atenção especial da equipe multidisciplinar nos períodos pré-, peri- e pós-operatório, já que apresentam restrições fisiológicas e menor reserva orgânica própria da senescência. Essas restrições resultam no comprometimento dos mecanismos compensatórios a situações de trauma e estresse, como no caso de uma cirurgia, fazendo com que a recuperação no pós-operatório desses indivíduos seja

mais lenta. Essa observação baseia-se no fato de que, embora 20% a 40% das cirurgias eletivas e 50% das emergências cirúrgicas sejam realizadas em pacientes acima de 65 anos, elas representam 75% de todos os óbitos no período pós-operatório.<sup>16</sup> Esses valores são ainda mais expressivos a partir dos 75 anos de idade, período em que se acumulam mais de 57% da mortalidade pós-operatória.<sup>17-21</sup>

As alterações fisiológicas do envelhecimento levam à redução da reserva funcional de seus órgãos e sistemas, sendo mais evidentes as relacionadas às funções pulmonar, cardiovascular e renal. Além disso, os idosos têm características biológicas distintas e estão mais sujeitos a doenças crônicas, degenerativas e neoplasias.<sup>20</sup> Tudo isso acarreta uma permanência hospitalar mais prolongada, com seqüelas avassaladoras porque os idosos tendem a permanecer acamados durante a hospitalização (imobilismo). Estão associadas, ainda, altas taxas de desabilidades funcionais devido à confusão mental aguda, aumento da incidência de úlcera de pressão e piora do estado funcional com redução da capacidade de autocuidado, da deambulação e de realizar suas atividades de vida diária com independência, o que permanece após a alta hospitalar.<sup>21</sup>

Diante de todos esses fatores, deve ser dada uma maior ênfase à avaliação dos cuidados prestados pela equipe multidisciplinar aos idosos nos períodos pré- e pós-operatório.<sup>4</sup> Além da necessidade dos cuidados devido aos fatores biológicos, os idosos tendem também a utilizar mais os serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar mais elevadas, chegando a representar um terço de todos os pacientes hospitalizados.<sup>22</sup>

Com o aumento da expectativa média de vida e, conseqüentemente, do número de pessoas idosas em todo o mundo, um maior número de idosos irão necessitar de tratamento cirúrgico, elevando os índices de morbidade e mortalidade pós-operatória.<sup>17</sup> Apesar de esses níveis atualmente estarem dentro de níveis aceitáveis, devido aos avanços tecnológicos e biomédicos, as características biológicas da senescência continuarão levando à redução do funcionamento global de seus órgãos e sistemas. Por outro lado, sabe-se que a idade, isoladamente, não tem peso fundamental no aumento do risco no idoso, porque as doenças crônicas associadas são as principais responsáveis pelas complicações pós-operatórias, superando as características fisiológicas do envelhecimento.<sup>18,21</sup>

### **Importância da Capacidade Funcional do Idoso**

Além das doenças sistêmicas crônicas, o grau de condicionamento físico no pré-operatório parece constituir um importante fator prognóstico na população idosa, já que se observa maior incidência de complicações respiratórias e cardiovasculares pós-operatórias nos pacientes fisicamente menos ativos. Assim, a capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos no pré-operatório e uma ferramenta útil para identificar resultados clínico-funcionais decorrentes da internação hospitalar.<sup>21,22</sup>

A hospitalização de pessoas idosas pode resultar em complicações não relacionadas com a causa primária da internação hospitalar.<sup>23</sup>

### **Efeitos da Hospitalização no Paciente Idoso**

A inatividade e o decúbito dorsal horizontal são duas das maiores causas do comprometimento funcional relacionado à hospitalização, principalmente em

pacientes idosos. Os efeitos da inatividade e do tempo prolongado de permanência no leito incluem desmineralização óssea, formação de escaras e úlceras de pressão, desorientação têmporo-espacial decorrente da privação sensorial, redução do apetite, perda de força muscular e redução da capacidade de oxigenação. Além disso, nesses indivíduos a capacidade aeróbica e a força muscular já estão frequentemente reduzidas e acabam por ficar ainda mais comprometidas durante a hospitalização.<sup>22,24</sup>

Todo esse impacto adverso já pode começar a ser notado logo após 24 h de restrição ao leito, agravando-se significativamente com a permanência em hospitais. Atualmente, sabe-se que a hospitalização, mesmo de curta duração (5 a 7 dias), acarreta a diminuição das capacidades cardiorrespiratória e osteomioarticulares, mesmo em pacientes que apresentam doenças com menores gravidades e que não ficam restritos ao leito. Além disso, essas perdas são mais acentuadas em pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico e com recuperação prolongada, tipicamente observada em idosos. Lembramos que a reabilitação e o condicionamento nessa população demoram muito mais tempo do que o descondicionamento e, habitualmente, têm resultados mais restritos.<sup>25</sup>

Durante a hospitalização, a deambulação diminui igualmente, tanto em pacientes idosos que andam com independência, como naqueles que necessitam de auxílio.<sup>25</sup> Conseqüentemente, recomendamos ao fisioterapeuta planejar medidas para prevenir ou reverter essa situação, considerada de alta prioridade de atenção durante a assistência hospitalar. Esses cuidados devem ser ainda mais acentuados pela equipe multidisciplinar para pacientes idosos que ficam acamados por qualquer motivo, como, por exemplo, demências, já que a manutenção do paciente na posição supina implica diversas conseqüências malélicas em pacientes hospitalizados, tais como hipotensão postural, diminuição da capacidade ventilatória e aumento do risco de broncoaspiração.<sup>26</sup> A perda de volume plasmático, por desidratação e desnutrição, associada à posição supina exacerba a insensibilidade dos barorreceptores relacionada com a idade e deixa os idosos mais propensos a hipotensão postural.<sup>27</sup>

Idosos em posição supina por um período prolongado podem exacerbar a redução da capacidade ventilatória, já inerente ao envelhecimento, quando, não raro, encontra-se uma pressão parcial de O<sub>2</sub> no sangue arterial entre 70 e 75 mmHg, devido a fatores funcionais e mecânicos, tais como: diminuição da ventilação das regiões alvéolo-dependentes dos pulmões, redução da força e resistência dos músculos respiratórios, redução do recolhimento elástico dos pulmões, desenvolvimento do chamado *enfisema pulmonar senil*, em que a capacidade residual e o volume de fechamento aumentam pela dilatação dos alvéolos e alargamento das vias respiratórias conseqüentes à perda do tecido de sustentação.<sup>25-29</sup>

A pessoa idosa também tem maior risco de broncoaspiração, exacerbada pela diminuição do reflexo de tosse e pela posição supina prolongada. Claramente, a deambulação precoce e o menor tempo no leito são essenciais para otimizar o retorno à funcionalidade após a alta hospitalar. Para o paciente que já não deambula, manter o leito elevado a, pelo menos, 30° ou posicionar o paciente sentado melhorará a ventilação pulmonar, reduzirá a hipotensão ortostática e minimizará os riscos de broncoaspiração. Nessa perspectiva, é fundamental para pessoas idosas que o retorno às suas atividades e ao lar seja o mais rápido possível.<sup>10-12,28</sup>

Do livro: Funcionalidade e Envelhecimento  
 Autores: Mônica R. Perracini e Claudia Fló  
 Ed. Guanabara Koogan [ano: 2011]