



SÍNDROME DO IMOBILISMO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Indra Peixoto Godinho¹, Flávio Cunha de Faria², Luiz Rezende Junior³, Maria Thereza Soares de Mattos⁴, Matheus Lima Sanglard⁵, Gustavo Henrique de Melo da Silva⁶

¹Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, indrapgodinho@hotmail.com

²Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, flaviocunhafaria@hotmail.com

³Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, luiz_rezendegoulart@hotmail.com

⁴Acadêmica de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, mariathereza78@gmail.com

⁵Acadêmico de Medicina, Centro Universitário Faculdade de Ciências Gerenciais UNIFACIG, m4theusls@yahoo.com.br

⁶Pós-Graduado em Cardiogeriatría pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Pós-Graduado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Pós-graduado em Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor/AMIB, gustavohenrique@sempre.facig.edu.br

Resumo: O processo do envelhecimento é um evento contínuo, multifatorial, individual. A saúde do idoso está intimamente relacionada a funcionalidade geral durante o processo de envelhecimento, impactando diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. 20% dos idosos com mais de 75 anos possuem algum agravo na sua mobilidade, cujas principais causas são hospitalização prolongada, doenças neurológicas, doenças osteoarticulares, depressão e demência. A Síndrome da Imobilidade (SI) é pouco entendida e consiste em um conjunto de sinais e sintomas que surgem devido às alterações multissistêmicas resultantes da inatividade musculoesquelética. Para ser diagnosticado, o idoso deve apresentar múltiplas contraturas, déficit cognitivo moderado a grave e dois sinais menores, dentre os quais têm-se: afasia, dupla incontinência (fecal e urinária), disfagia e úlceras de pressão. A prevenção é a principal forma de tratamento da imobilidade, visando a reabilitação do paciente antes que se enquadre na Síndrome da Imobilidade que é irreversível. Ressalta-se a importância do tratamento dessa Síndrome por uma equipe multidisciplinar, buscando garantir cuidados paliativos e diminuir o sofrimento ao máximo possível do idoso, uma vez que essa síndrome não responde ao tratamento curativo

Palavras-chave: Imobilismo; Saúde do Idoso; Instabilidade Postural; Qualidade de Vida

Área do Conhecimento: Ciências da saúde

1 INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento é um evento contínuo, multifatorial, individual, complexo, com forte influência dos hábitos de vida da pessoa (PEREIRA et al., 2009). Quando se pensa em idade, deve-se pensar em idade biológica, funcional, social ou mesmo psicológica, porém, o envelhecimento são as alterações morfofisiológicas progressivas que iniciam-se, principalmente, após o período fértil até o fim da vida (PEREIRA et al., 2009). O ponto de maior impacto do processo de envelhecer é o declínio da funcionalidade dos tecidos e órgãos, consequentemente, o aumento da mortalidade do indivíduo (PEREIRA et al., 2009).

De um modo geral, a saúde do idoso está intimamente relacionada a funcionalidade geral durante o processo de envelhecimento, impactando diretamente na qualidade de vida desses indivíduos (MARTIN et al., 2006). O normal é que com o envelhecimento também surja os problemas orgânicos, sociais e psicológicos, que, frequentemente, encaixam-se em um ou mais das 5 principais síndromes geriátricas: incontinência urinária e/ou fecal; instabilidade postural; iatrogenia; insuficiência cerebral e imobilidade (MARTIN et al., 2006). Aproximadamente 1/5 dos idosos com mais de 75 anos possuem algum agravo na sua mobilidade, cujas principais causas são hospitalização prolongada, doenças neurológicas, doenças osteoarticulares, depressão e demência (BOECHAT et

al., 2012). O processo de imobilidade é progressivo e tende a afetar todos os sistemas orgânicos, o que leva à anorexia, sarcopenia, depressão, bexigoma, úlceras de pressão, hipotensão ortostática (MORAES et al., 2010).

A Síndrome da Imobilidade é o conjunto de agravos que acometem o idoso acamado por longo período de tempo e leva ao grau máximo de imobilidade, bem como a uma perspectiva negativa de longevidade e qualidade de vida (BOECHAT et al., 2012).

Para classificar um idoso como portador da síndrome da imobilidade, necessita-se mais do que este está acamado ou ser dependente (MORAES et al., 2010). Na Síndrome da imobilidade o idoso deverá apresentar dois critérios maiores que são: múltiplas contraturas em grandes articulações e déficit cognitivo moderado a grave; e dois critérios menores, dentre os quais têm-se: afasia, dupla incontinência (fecal e urinária), disfagia e úlceras de pressão (MORAES et al., 2010).

Segundo Santos e colaboradores (2018), atividade física aeróbica possui um efeito benéfico na melhora da qualidade de vida dos idosos terminais, além de atuar efetivamente na profilaxia de agravos advindos do imobilismo em idosos.

Este estudo tem como objetivo uma revisão da literatura sobre a Síndrome do Imobilismo, apresentando o conjunto de sinais e sintomas clássicos e seus impactos negativos ao organismo dos idosos, referenciando sua ocorrência como um marcador negativo na qualidade de vida desse público. Justifica-se pela importância e abrangência do tema, além da agregação de conhecimento ao meio acadêmico tanto na área de saúde como na área social.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão sistemática da literatura, de abordagem qualitativa e objetivos explicativos, visando proporcionar maior conhecimento sobre Síndrome do Imobilismo.

É um estudo bibliográfico realizado com trabalhos selecionados de 2005 a 2018, em português, selecionados nas bases de dados *Google Acadêmico*, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *Library of Medicine* – PubMed. Utilizou-se nas pesquisas palavras-chave “Síndrome do Imobilismo”, “Idoso”, “Saúde do Idoso”, “Imobilismo” e “Cuidados Paliativos”.

Após os estudos dos artigos relacionados ao tema foi feita a síntese dos argumentos na perspectiva de representar os objetivos propostos e confirmar a justificativa do trabalho. Por se tratar de uma revisão bibliográfica, não houve a necessidade de aprovação prévia pelo Comitê de Ética da UNIFACIG.

3 DESENVOLVIMENTO E DISCUSSÃO

A revolução técnico-científica trouxe avanços e melhorias na qualidade de vida dos indivíduos, impactando benéficamente na sua longevidade. Portanto, o envelhecimento populacional faz-se presente como parte integrante de uma sociedade, acarretando a novos desafios para o sistema de saúde. O processo de envelhecimento populacional trouxe consigo mudanças da epidemiologia das doenças; mudanças biopsicossociais inerentes à vida da pessoa acima dos sessenta anos; mudanças nos hábitos de vida e mudanças no meio social (SILVA et al., 2019).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o censo de 2010 já revelava um aumento progressivo e rápido da população idosa no Brasil, com um alargamento do ápice da pirâmide etária, em contrapartida de um significativo estreitamento da base. Políticas públicas voltadas para a população idosa, avanços científicos e tecnológicos na área da saúde e a diminuição da taxa de mortalidade são os principais fatores que contribuem para o aumento progressivo da população idosa (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Aproximadamente 1/5 da população mundial encontra-se acima de 60 anos, demonstrando que a longevidade é uma representação presente no contexto mundial. Porém, para que o aumento dos anos de vida seja comemorado com valor faz-se necessário que eles sejam acompanhados de saúde e qualidade de vida (COSTA et al., 2017). Para tal, é importante mudanças no atual cenário, cuja longevidade está associada a doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, ora a péssimas condições de vida que contribuem para agravos na saúde do idoso (BORGES et al., 2015).

No Brasil, a população idosa, dependente ou independente, possuem cuidados integrais a sua saúde garantidos mediante a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, sendo o cuidado da pessoa idosa dependente responsabilidade da família (BRASIL, 2006).

O envelhecimento populacional reflete na atenção a promoção da saúde de toda a população, sendo necessária para essa faixa etária uma atenção especial, referenciada por uma equipe multidisciplinar e visando uma abordagem interdisciplinar para garantir ao idoso sua autonomia, bem-estar e qualidade de vida (SILVA et al., 2019). Idosos frágeis necessitam de cuidados específicos, que devem ser definidos a partir da análise de cada caso, mas sempre incentivando o convívio em grupo e a análise meticulosa da medicação utilizada pelo mesmo (SILVA et al., 2019).

Um ponto importante no retardo do declínio da capacidade funcional da pessoa idosa é a prática constantes de atividade física associada adoção de estilo de vida saudável e uma alimentação equilibrada, por isso é fundamental o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, mesmo antes de qualquer patologia presente (VENANCIO et al., 2018). Segundo Venâncio e colaboradores (2018), a dança deve ser uma sugestão ao idoso, pois, além de caracteriza-se como atividade física, também serve de lazer e prazer para as pessoas.

O idoso acamado por período longo de tempo fica susceptível a alterações do sistema osteomuscular, ocasionando disfunções nas atividades da vida diária, caracterizando a Síndrome do Imobilismo (CINTRA, et al., 2013).

3.1. DEFINIÇÃO DE SÍNDROME DO IMOBILISMO

A síndrome da imobilidade (SI) é pouco entendida e consiste em um conjunto de sinais e sintomas que surgem devido às alterações multissistêmicas resultantes da inatividade musculoesquelética (LEDUC; LEDUC; SUGUINO, 2016).

Os idosos que estão restritos ao leito por um período maior que 15 dias, em geral, são os que desenvolvem a SI. Entretanto, várias patologias podem ser a causa dessa intercorrência nos idosos. Essa síndrome leva, principalmente, às manifestações osteomusculares, tegumentares, neuropsiquiátricas e urinárias (CARLA et al., 2011).

Nessa síndrome há importante atrofia muscular que leva à perda de sarcômeros e força, bem como ao aumento do tecido conjuntivo, o que prejudica a perfusão das fibras musculares. Tais alterações musculares deformam as articulações o que resulta em contraturas que limitam a amplitude dos movimentos. Observa-se, ainda, perda de massa óssea responsável pelo desenvolvimento de osteoporose ou osteomalácia (LEDUC et al., 2016).

A pele senil apresenta desidratação, redução de elasticidade e espessura em cerca de 20% a 30%. Tais condições fisiológicas favorecem o surgimento de lesões dermatológicas em pacientes com síndrome da imobilidade. As lesões comumente encontradas são úlceras por pressão, dermatite amoniacal, lacerações e equimoses (VOJVODIC, 2004).

Em relação aos distúrbios neuropsiquiátricos destacam-se alterações cognitivas, delirium, depressão, demência, bem como afasia e disfagia. Essa é responsável pela menor ingestão de nutrientes que pode levar à caquexia, além de pneumonia aspirativa (LEDUC et al., 2016).

A maioria dos pacientes com SI apresentam incontinência urinária (IU) devido ao estágio avançado de demência. A IU é considerada uma grave alteração, visto que favorece o desenvolvimento de lesões tegumentares, a exemplo, dermatite amoniacal (FIGUEIREDO et al., 2008). De acordo com Chaimowicz e colaboradores (2013), a infecção do trato urinário ocorre em 40% dos pacientes diagnosticados com SI.

3.2. DIAGNÓSTICO

A fragilidade se caracteriza pelo aumento da vulnerabilidade de fatores que determinam a diminuição das reservas fisiológicas e pelo acúmulo de deficiência nos múltiplos sistemas (CARLA et al., 2011). Essa fragilidade é um dos fatores contributivos para a imobilização do idoso ao leito (SANTOS et al., 2018).

A Síndrome da Imobilidade possui como marco inicial a imobilidade do idoso. Segundo Moraes e colaboradores (2010), o termo mobilidade está associado ao deslocamento do indivíduo no meio que está inserido, sendo que imobilidade está associada a limitações dessa movimentação.

Para o diagnóstico de síndrome da imobilidade existem dois critérios maiores e quatro critérios menores. Os maiores são: deficiência cognitiva de moderado a grave e múltiplas contraturas (CARLA et al., 2011). Os menores dividem-se em quatro: dupla incontinência; disfagia, afasia e úlcera de pressão (MORAES et al., 2010). Para o diagnóstico da síndrome da imobilidade, são necessários a presença de dois critérios maiores e dois critérios menores (MORAES et al., 2010).

Condição de pacientes acamados em longo prazo (15 dias) assume condição de fator de risco, causada pelo débito de longa duração, o que pode afetá-lo tanto em seu estado emocional como físico, podendo desencadear o aparecimento de critérios maiores ou menores no paciente (MARTIN et al., 2006).

3.3. TRATAMENTO

A prevenção é a principal forma de tratamento da imobilidade, visando à reabilitação do paciente e possibilitando assim o retorno a suas atividades da vida diária. A principal forma de reabilitação é a fisioterapia, na qual através do programa de cinesioterapia promove a movimentação do paciente, utilizando de movimentos ativos ou passivos, de acordo com a condição clínica do

mesmo, com o objetivo de prevenir contraturas articulares ou osteomusculares. A movimentação precoce promove também melhora da nutrição e oxigenação de órgãos internos, além de diminuir a incidência de trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. (BOECHAT et al, 2012)

A síndrome da imobilidade não responde ao tratamento curativo, portanto o tratamento é basicamente paliativo, no qual o foco não está na cura da enfermidade, mas sim na melhora da qualidade de vida do idoso e atenuação de possíveis complicações. O tratamento deve ser voltado a minimização dos sintomas, tais como, alívio da dor, alterações gastrointestinais como náuseas, vômito, xerostomia, diarreia, anorexia, obstipação e sintomas urinários. É importante também o tratamento de doenças associadas, como depressão, que é muito comum em paciente com imobilidade, assim como delirium, principalmente devido ao uso de determinados medicamentos, que podem ser alterados para melhora do quadro do paciente (LEDUC et al., 2016).

O tratamento da síndrome da imobilidade deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar composta pelo geriatra, enfermeira, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, coordenador de cuidados e fisioterapeuta (LEDUC et al., 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o repouso prolongado no leito, muito recomendado por médicos no passado, afeta os sistemas do organismo principalmente das pessoas de mais idade, acarretando em uma série de complicações sistêmicas, contribuindo para o desenvolvimento da Síndrome da Imobilidade.

Quanto maior o grau de fragilidade do idoso, maiores são as chances deste desenvolver o quadro da Síndrome de Imobilidade, reduzindo drasticamente sua expectativa de vida.

Há a necessidade de uma melhor capacitação e esclarecimento aos profissionais da saúde sobre a Síndrome da Imobilidade, visando evitar condutas terapêuticas inadequadas que direcionem os idosos para tal quadro, ampliar os cuidados prévios, refletir na melhoria da qualidade e longevidade de vida dos idosos e impactar de forma positiva na saúde pública.

Ressalta-se a importância do tratamento dessa Síndrome por uma equipe multidisciplinar, buscando garantir cuidados paliativos e diminuir o sofrimento ao máximo possível do idoso, uma vez que essa síndrome não responde ao tratamento curativo.

5 REFERÊNCIAS

BOECHAT, J.S.; *et al.* A Síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. **Revista Científica Internacional**, v.5, n.5, p. 89-193, jul/set. 2012.

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. **Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas.** In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Ed.). *Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população.* Rio de Janeiro: IBGE, 2015. p. 138-151.

BRASIL. **Portaria nº 2528, de 10 de outubro de 2006.** Dispõe sobre a Política Nacional da pessoa idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 out. 2006.

CARLA *et al.* Frequência da síndrome da imobilidade em uma enfermaria de geriatria. **Soc. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 136-139, julho/ago./set. 2011.

CINTRA, M. M. M.; *et al.* Influência da Fisioterapia na Síndrome do Imobilismo. **Colloquium Vitae**, v. 5, n. 1, jan. /jun. 2013.

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. Saúde do idoso. **NESCON UFMG**, 2 ed., 179 p., 2013.

COSTA, T.; *et al.* Changes in the quality of life of an elderly group of the family health strategy. **International Archives of Medicine**, Berlin, v. 9, n. 381, p. 1-9, 2017.

FIGUEIREDO, M. L.; LUZ, M. H.; BRITO, C. M.; SOUSA, S. N.; SILVA, D. R. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 464-469, 2008.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000- 2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2010.

LEDUC, M. M. S.; LEDUC, V. R.; SUGUINO, M. M. **Imobilidade e síndrome da imobilização**. In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1069-77.

MARTIN, G. B. *et al.* Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 1, p. 59-65, mar. 2006.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais Síndromes Geriátricas. **Rev. Med de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. **Scientia Medica**, v. 19, n. 4, p. 154-161, out./dez. 2009.

SANTOS, J. R.; *et al.* Aplicabilidade do cicloergômetro no controle da síndrome do imobilismo durante a terminalidade. **REFACS [online]**, v. 6, supl. 2, p. 649-653, 2018.

SILVA, R. S.; *et al.* Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 2, p. 345-356, jun. 2019. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n2/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoAO1590.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

VENANCIO, R. C. P.; *et al.* Efeitos da prática de Dança Sênior® nos aspectos funcionais de adultos e idosos. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 26, n. 3, p. 668-679, jul. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n3/2526-8910-cadbto-26-03-00668.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2019.

VOJVODIC, C. **Síndrome de imobilidade**. São Paulo, 2004.