

Perfil de Idosos Atendidos pela Fisioterapia em Instituições de Longa Permanência em Pindamonhangaba – SP

Profile of the Elderly Assisted by Physiotherapy in Nursing Home in Pindamonhangaba – SP

Rodrigo Tadeu Bittencourt Ribas^a; Ramatis Bazzarelli Pereira^a; Nicoli Guidace^a; Tiago da Silva Alexandre^{a*}

^aFaculdade de Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil

*E-mail: tsfisioalex@gmail.com

Recebido: 03 de novembro de 2011; Aceito: 03 de janeiro de 2012

Resumo

A perda de autonomia e independência, frequente nos idosos, vem aumentando a procura por Instituições de Longa Permanência como forma de oferecer melhores cuidados incluindo programas de reabilitação para essa população. Assim, o objetivo desse estudo foi traçar o perfil dos idosos atendidos pela Fisioterapia em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da cidade de Pindamonhangaba-SP. Trata-se de um estudo descritivo com 30 idosos residentes nas duas Instituições existentes no Município. Os dados foram retirados da avaliação gerontológica existente nos prontuários. Observou-se predominância masculina (53,3%), de idosos solteiros (41,3%) e viúvos (41,3%), com filhos vivos (60%) e média etária de 79 anos. Esses idosos moravam sozinhos antes de ir para a ILPI (34,4%) e os motivos da institucionalização foram a ausência de cuidador (33,4%) e as quedas recorrentes (18,5%). A média de sintomas depressivos, de acordo com a *Geriatric Depression Scale*, foi de 6,2 pontos. Segundo o *Mini Mental State Examination*, 80,7% apresentaram *screening* positivo para déficit cognitivo. A média de dificuldade em atividades básicas e instrumentais de vida diária, avaliada pela versão brasileira da *Olders American Research and Services*, foi de 7,5 atividades, enquanto a média de desempenho no *Timed Up and Go Test* foi de 33,2 segundos e na *Balance Scale* de 27,3 pontos. Conclui-se que os idosos atendidos, pela Fisioterapia, em ILPI no Município de Pindamonhangaba possuíam incapacidade funcional, perda de mobilidade, prejuízos no equilíbrio e alto risco de quedas, além de alta ocorrência de *screening* positivo para déficit cognitivo e sintomas depressivos.

Palavras-chave: Reabilitação. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso.

Abstract

The loss of autonomy and independence, frequent in the elderly, has been increasing the demand for Nursing Home as a way to provide better care, including rehabilitation programs for that population. Thus, the aim of this study was to delineate the profile of the elderly assisted by Physiotherapy in two Nursing Homes in Pindamonhangaba (SP). This is a descriptive study with 30 elderly who live in those institutions. Data were collected from gerontological assessment existent in medical records. There was male predominance (53.33%) of single (41.38%) and widowed elderly (41.38%), with living children (60%) and average age of 79 years. Those elderly used to live alone before living in the Nursing Home (34.48%), and the reasons for the institutionalization were the absence of a caregiver (33.4%) and recurrent falls (18.5%). The average of depressive symptoms, according to Geriatric Depression Scale, was 6.2 points. According to Mini Mental State Examination, 80.7% had positive screening for cognitive decline. The average of difficulty in basic and instrumental activities of daily living, assessed by the Brazilian version of Olders American Research and Services, was 7.5 activities, while the average performance in Timed Up and Go Test was 33.2 seconds, and in Balance Scale, 27.3 points. It was concluded that the elderly assisted by physiotherapy in Nursing Homes in Pindamonhangaba have a functional disability, mobility loss, balance damage, and high risk of falls, besides high occurrence of positive screening for cognitive decline and depressive symptoms.

Keywords: Rehabilitation. Homes for the Aged. Aged.

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno de ordem mundial produto da mudança de uma realidade de altas taxas de fecundidade e mortalidade para baixas taxas desses indicadores. A transição demográfica implicou no processo de transição epidemiológica com maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas na atualidade. O resultado dessas modificações foram mudanças de paradigma, com a insuficiência da avaliação de saúde apenas como ausência de doença, e o surgimento do conceito de capacidade funcional como novo instrumento para avaliá-la¹.

Por conta da maior prevalência de doenças crônicas e degenerativas há aumento do risco de incapacidade, perda de

autonomia e, consequentemente, dependência. Associado a isso, as modificações da dinâmica da sociedade, da estrutura familiar e a inserção das mulheres no mercado de trabalho enfatizaram a dificuldade na prestação de cuidados aos idosos, aumentando o número de institucionalizações nessa população².

Inúmeros são os motivos para o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), dentre eles destacam-se a ausência da figura do cuidador no núcleo familiar, níveis elevados de dependência funcional do idoso, expectativa, por parte da família da prestação de melhores cuidados nas ILPI, necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio ou estágios terminais de doenças^{3,4}.

A ILPI é um estabelecimento para atendimento integral institucional, tendo como público alvo idosos com 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecerem com a família em seu domicílio. Teoricamente, devem proporcionar serviços nas áreas da medicina, do serviço social, da psicologia, da enfermagem, da fisioterapia, da terapia ocupacional e da odontologia⁵.

Quanto às suas características, normalmente são semelhantes a grandes alojamentos, raras são as ILPI que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde, ou que possuam proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. Em geral, os idosos vivem como se estivessem internados, com regras de entradas e saídas e poucas possibilidades de vida social e afetiva⁶.

Na atualidade, devido ao aumento da demanda, as ILPI devem acumular atributos positivos capazes de maximizar a capacidade funcional dos idosos e minimizar as deficiências físicas e cognitivas, assegurando ao máximo a sua autonomia⁴.

Dessa forma, torna-se necessário caracterizar a população que precisa de reabilitação e suas demandas em ILPI na tentativa de contribuir para o planejamento de estratégias nesta modalidade de assistência no intuito de melhorar a qualidade de vida desses idosos.

Frente a essa realidade o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil dos idosos atendidos no serviço de Fisioterapia de duas Instituições de Longa Permanência localizadas na cidade de Pindamonhangaba, Estado de São Paulo.

2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo. A amostra, de conveniência, foi constituída por trinta idosos atendidos pela Fisioterapia em duas ILPI da cidade de Pindamonhangaba - SP.

Os dados foram coletados das fichas de avaliação gerontológica do serviço de fisioterapia, das duas ILPI, que continham dados sociodemográficos, clínicos e funcionais.

Os dados sociodemográficos analisados foram: idade, sexo, raça, estado civil, arranjo familiar anterior à institucionalização, motivo da institucionalização, tempo de institucionalização, presença de filhos vivos, escolaridade, situação previdenciária e situação ocupacional anterior a institucionalização.

Os dados clínicos foram: percepção subjetiva da visão e audição, relato de internação nos últimos seis meses e doenças crônicas como: diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, acidente vascular encefálico (AVE), cardiopatias, infarto, insuficiência vascular periférica, asma, reumatismo, osteoporose, osteopenia, fibromialgia, artrose, câncer, incontinência urinária, depressão, insônia, etilismo e tabagismo. Foram mensurados o peso e a altura dos idosos e, então, calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC). Foram ainda, verificados os medicamentos em uso, assim como a ocorrência de quedas nos últimos seis meses.

Os sintomas depressivos foram obtidos através da versão brasileira da *Geriatric Depression Scale (GDS-15)* elaborada por Yesavage *et al.*⁷ que consiste em quinze questões aplicadas diretamente ao idoso, tendo como opções de respostas “sim” ou “não”. Foi considerado sem possíveis sinais de depressão o idoso que apresentou quatro ou menos sintomas depressivos identificados pela escala.

A avaliação cognitiva foi realizada através da versão brasileira do *Mini Mental State Examination (MMSE)* elaborado por Folstein *et al.*⁸ que contem informações referentes à orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e testes referentes à linguagem, sendo um instrumento de triagem não devendo substituir o exame neuropsicológico completo. A nota de corte adotada foi a recomendada por Brucki *et al.*⁹. Para indivíduos analfabetos 20 pontos; para indivíduos com 1 a 4 anos de estudo, 25 pontos; 5 a 8 anos de estudo, 27 pontos; 9 a 11 anos de estudo, 28 pontos; e 12 ou mais anos de estudo, 29 pontos.

A capacidade funcional foi medida pela versão brasileira do *Olders Americans Research and Services (OARS)* que avalia a dificuldade de execução de 15 atividades, sendo oito atividades básicas de vida diária (ABVD): 1)deitar e levantar da cama; 2)comer; 3)pentear o cabelo; 4)andar no plano; 5) tomar banho; 6)vestir-se; 7) ir ao banheiro em tempo; e 8) cortar as unhas dos pés. E ainda, sete atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como: 1)subir escada (1 lance); 2) medicar-se na hora; 3)andar perto de casa; 4)fazer compras; 5)preparar refeições; 6)sair de condução; e 7)fazer limpeza de casa. Esse instrumento possui como opções de resposta: “não possuo dificuldade”; “posso pouca dificuldade”; ou “posso muita dificuldade” para desempenhar a tarefa questionada¹⁰. Para efeito de análise, foi considerado apenas “não possuo dificuldade” *versus* “posso dificuldade”, este último, sendo a somatória dos dois últimos níveis apresentados acima. Quanto maior o número de atividades comprometidas, pior a capacidade funcional do idoso.

A mobilidade foi avaliada através do *Timed Up and Go Test (TUGT)*. Nesse teste o paciente deve sentar-se em uma cadeira com braços, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando “já”, ele deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 metros, girar 180°, retornar em direção à cadeira e sentar-se novamente¹¹. Atualmente, o desempenho é considerado abaixo da média se o idoso exceder: 9.0 segundos para a faixa etária de 60 a 69 anos; 10.2 segundos para a faixa etária de 70 a 79 anos; e 12.7 segundos para a faixa etária de 80 a 89 anos¹².

A força muscular foi avaliada por meio da técnica de Daniels e Worthingam¹³. Os seguintes músculos foram avaliados: flexores, extensores, abdutores e adutores de quadril, flexores e extensores de joelho e dorsiflexores de tornozelo. Os músculos foram graduados de acordo com a Escala de Kendal que varia de zero a cinco. Grau zero

indica ausência total de contração muscular visível; grau um indica presença de contração muscular visível, porém sem movimento articular; grau dois indica contração muscular visível que vence a gravidade, mas não completa a amplitude de movimento; grau três indica contração muscular visível que vence a gravidade e completa a amplitude de movimento; grau quatro indica contração muscular visível, que vence a gravidade, completa a amplitude de movimento com pequena resistência oferecida pelo terapeuta; e grau cinco indica contração muscular visível, que vence a gravidade, completa a amplitude de movimento com grande resistência do terapeuta.

Para a avaliação das estratégias reativas de equilíbrio foi utilizado o teste de Shumway-Cook e Woollacott¹⁴. Dentro da base de suporte foi avaliada a estratégia de tornozelo. Nesse teste, o terapeuta, segura o paciente pelos quadris deslocando-o posteriormente. O resultado é classificado como “normal” quando o paciente apresentar oscilação centralizada nos tornozelos em movimento de pêndulo invertido do corpo com boa amplitude para frente e para trás; “parcial” quando a amplitude estiver reduzida e “anormal” quando houver incapacidade de oscilar sobre os tornozelos, controlando os joelhos e os quadris numa posição neutra. Foi avaliada também a estratégia do passo. O terapeuta desloca o centro de massa do paciente para fora da base de sustentação. O resultado é classificado como “normal” quando o idoso apresentar habilidade em dar um passo com cada pé com amplitude normal; “parcial” quando o idoso der um passo com um pé apenas ou com amplitude alterada; e “anormal” quando o idoso apresentar inabilidade de dar um passo para se assegurar de uma queda.

A *Balance Scale* foi utilizada na avaliação do equilíbrio funcional. Sendo composta por 14 atividades consideradas comuns à vida diária. A máxima pontuação a ser atingida é de 56 pontos e cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de zero a quatro pontos. O teste é de simples execução, fácil de administrar e seguro para a avaliação de pacientes idosos. Requer como equipamento somente um relógio e um estadiômetro e leva aproximadamente 15 minutos para aplicá-lo. Quanto maior a pontuação melhor o equilíbrio funcional do avaliado¹⁵.

Para a análise dos dados foi realizada a análise descritiva simples.

3 Resultados e Discussão

A amostra apresentou predominância masculina (53,3%) com média etária de 79 anos e desvio padrão (dp) de 8 anos, sendo a idade mínima de 61 e a máxima de 91 anos. A maioria da amostra foi composta por idosos solteiros e viúvos, com 41,3% de idosos em cada um desses grupos. No que se refere à raça, houve predominância da raça branca (76,6%).

O motivo da institucionalização foi relatado por 27 dos 30 idosos, sendo os principais: ausência de cuidador (33,4%); quedas recorrentes (18,5%); e acidente vascular encefálico (11,1%) (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência relativa e absoluta dos motivos da institucionalização relatados por 27 idosos em reabilitação em duas Instituições de Longa Permanência na cidade de Pindamonhangaba (SP) no ano de 2010

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Ausência de cuidador	9	33,4
Quedas recorrentes	5	18,5
Acidente Vascular Encefálico	3	11,1
Tratamento de Úlceras	2	7,4
Problemas Familiares	2	7,4
Melhores Cuidados	1	3,7
Outros	5	18,5
Total	27	100%

A maioria dos idosos avaliados possuía filhos vivos (60%) e moravam sozinhos antes da institucionalização (34,4%). A média de tempo de institucionalização foi de 37 meses (dp = 27 meses) sendo o tempo mínimo de seis e o máximo de 96 meses. Os idosos estudados apresentaram média de 3 anos de escolaridade (dp = 3), hoje, são aposentados (60%), mas trabalhavam antes da institucionalização (85,7%).

No que se refere às morbidades autorrelatadas houve predominância de hipertensão arterial sistêmica (60%), seguida por insônia (33,3%) e acidente vascular encefálico (30%).

O número de morbidades autorrelatadas foi analisado como variável quantitativa discreta e a média encontrada foi de três doenças (dp = 2,11). A mesma variável foi analisada como qualitativa ordinal (nenhuma morbidade autorrelatada, de uma a três morbidades autorrelatadas ou quatro ou mais morbidades autorrelatadas) sendo que, nessa análise, observou-se que 50% dos idosos apresentavam de uma a três morbidades autorrelatadas.

A percepção subjetiva da visão e da audição foi classificada como boa ou excelente por 60 e 90% dos idosos respectivamente.

A massa média encontrada entre os idosos foi de 55,2 kg (dp = 10,1 kg), a média de altura foi de 1,4 metros (dp = 0,11 metros) e a média do Índice de Massa Corpórea (IMC) foi de 24,8kg/m² (dp= 6,4kg/m²).

Dos idosos avaliados, 75% não sofreram internação nos últimos seis meses e 91,6% relataram fazer uso de algum medicamento. Dos que utilizavam medicamentos, a média de uso foi de cinco medicamentos (dp = 2).

Relataram quedas, nos últimos seis meses, 51,7% dos idosos institucionalizados que recebem atendimento fisioterapêutico. A queixa de quase quedas ocorreu em 76% dessa população, enquanto 85,1% mencionaram ter medo de cair.

A maioria das quedas (66,6%) ocorreu em ambiente doméstico, ou seja, dentro da Instituição. As circunstâncias mais frequentes de quedas foram as transferências (26,6%) e a marcha (26,6%). Os principais motivos de queda foram:

tontura (20%), escorregamento (20%), seguidos da associação de fraqueza e vertigem (13,3%) e somente fraqueza (13,3%).

O mecanismo de queda mais frequente relatado pelos idosos foi o mecanismo anterior (35,7%), seguido pelo mecanismo posterior (21,4%). É válido ressaltar que 21,4% dos idosos não souberam relatar o mecanismo de suas quedas.

Dentre os que caíram, 61,5% não apresentaram mecanismo de proteção e a mesma porcentagem precisou de ajuda para se levantar. As lesões ocorreram em 33,3% dos caídores, sendo, principalmente, lesões de partes moles (83,3%). Relataram que a queda restringiu suas atividades 46,6% dos analisados.

Afirmaram fazer uso de dispositivos de auxílio para a movimentação 55,1% dos idosos avaliados. Os dispositivos mais utilizados foram a cadeira de rodas (56,5%) seguido pelas bengalas (37,5%).

A média de desempenho na versão brasileira da *Geriatric Depression Scale* foi de 6,2 pontos (dp = 2,9). Apresentaram cinco ou mais sintomas depressivos 70% da amostra analisada.

A média de desempenho no *Mini Mental State Examination* foi de 17,4 pontos (dp = 7,2). De acordo com a escolaridade, 80,7% dos idosos analisados apresentaram *screening* positivo para déficit cognitivo.

A média de dificuldade no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária relatadas pelos idosos de acordo com a versão brasileira do instrumento *Olders American Research and Services* foi de 7,5 (dp = 4,6). As frequências absolutas e relativas do relato de dificuldade em atividades básicas e instrumentais de vida diária são mostradas na Tabela 2.

Tabela 2: Frequência absoluta e relativa do relato de dificuldade na execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária de acordo com a *OARS* em idosos em reabilitação em duas Instituições de Longa Permanência na cidade de Pindamonhangaba (SP) no ano de 2010

Variável	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Subir escada (1 lance)	21	80,77
Cotar unhas dos pés	21	77,78
Sair de condução	18	72,00
Fazer limpeza da casa	17	65,38
Preparar refeições	15	65,22
Andar no Plano	17	62,96
Deitar/levantar da cama	17	60,71
Ir ao banheiro em tempo	15	55,56
Vestir-se	15	53,58
Tomar banho	14	51,85
Fazer compras	12	50,00
Andar perto de casa	11	47,82
Comer	7	25,00
Medicar-se na hora	6	22,22
Pentear cabelo	5	17,85

A média de desempenho no *TUGT* foi de 33,2 segundos (dp = 27,7), sendo o melhor desempenho de 9 segundos e o pior de 120,2 segundos. Dos idosos avaliados, 83,3% apresentaram *TUGT* superior a 13,5 segundos, sugerindo grande probabilidade de quedas nessa população¹⁶.

Dentre os grupos musculares avaliados, aqueles que apresentaram maior ocorrência de força igual ou menor que três foram: adutores de quadril esquerdo (61,5%), adutores de quadril direito (57,6%), abdutores de quadril direito e esquerdo (40,7%), isquiotibiais direito e esquerdo (47,0%), glúteo direito (35,2%) e glúteo esquerdo (29,4%).

Dos idosos analisados, 33,3% apresentaram estratégia de tornozelo alterada e 46,6% apresentaram estratégia de passo alterada.

Na avaliação do equilíbrio funcional através da versão brasileira da *Balance Scale*, a média de pontuação foi de 27,3 (dp = 18). A maior pontuação alcançada foi 55 e a menor zero.

A caracterização sociodemográfica do presente estudo demonstrou, quanto ao gênero, predominância de idosos institucionalizados do sexo masculino, dados estes que não corroboram com a literatura. Chaimowicz e Greco¹⁷ que avaliaram a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte - MG, apontaram, que 81,1% dos idosos institucionalizados eram do sexo feminino. Menezes¹⁸ avaliou Instituições do município de Caxias do Sul - RS e encontrou predominância de 65,1% de idosas. Talvez essa discrepância com os dados da literatura esteja relacionada à amostra de conveniência utilizada no presente estudo, visto que não se analisou todos os residentes das Instituições de Longa Permanência, mas somente aqueles em atendimento fisioterapêutico, sendo coincidentemente a maioria masculina.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos idosos institucionalizados era viúvo ou solteiro. Davim *et al.*⁶ em estudo realizado no município de Natal - RN, encontraram realidade semelhante. O mesmo aconteceu com Menezes¹⁸ com idosos institucionalizados do município de Caxias do Sul - RS, indicando que a falta de um companheiro pode ser importante motivo de institucionalização.

A ausência de um cuidador é fator preponderante para a institucionalização. Na amostra analisada, a maioria dos idosos era solteira ou viúvos e moravam sozinhos antes de serem institucionalizados, porém possuíam filhos vivos o que excluiria, em tese, a inexistência de um membro da família para a prestação de cuidados. Resultados semelhantes foram encontrados por Herédia *et al.*¹⁹ ao analisarem Instituições de Longa Permanência em Caxias do Sul - RS verificando que a maioria dos idosos institucionalizados possuía familiares vivos, principalmente filhos.

Os motivos apontados para que esses idosos que possuem familiares vivos, principalmente filhos, sejam institucionalizados relacionam-se a impossibilidade dos mesmos de conciliarem o trabalho e as atividades pessoais com a prestação de cuidados à pessoa idosa no ambiente

doméstico, principalmente quando estes se encontram dependentes. Dessa forma, perante a dificuldade na execução do cuidado, os familiares passam a pensar na possibilidade de institucionalização².

Outro fato que potencializa a possibilidade de institucionalização são os problemas de relacionamento pessoal entre pais e filhos que ocorreram no decorrer da vida e que não foram solucionados a contento, impedindo que os filhos prestem os cuidados e acabem por optar pela Instituição de Longa Permanência para essa função¹⁹.

É válido ressaltar que além das dificuldades ou impossibilidades da prestação do cuidado ao idoso por parte da família, segundo Leal *et al.*²⁰, a sociedade ao não promover recursos e condições para que o idoso permaneça no contexto familiar também contribui para a institucionalização dessa população.

A capacidade funcional é, também, importante determinante para a institucionalização. A impossibilidade, por parte do idoso, de realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária por patologia orgânica, que gere incapacidade motora, ou déficit cognitivo, que gere incapacidade intelectual, são fatores desencadeantes da necessidade de prestação de cuidados por parte de terceiros e quando a dependência é presente numa situação de ausência da figura do cuidador há impossibilidade de permanência do idoso no convívio independente na sociedade².

Montenegro e Silva²¹ afirmam que nos idosos institucionalizados a presença de incapacidades funcionais é maior do que em idosos não institucionalizados, o que indica que tais idosos apresentam maiores necessidades sociais, de saúde e menos autonomia e independência nas atividades diárias, sendo, portanto, mais dependentes do que os idosos não institucionalizados.

Esse comprometimento funcional que culmina com a necessidade da prestação do cuidado ao idoso e é relatado como motivo de institucionalização, no presente estudo foi evidenciado pelos resultados encontrados nos testes funcionais realizados.

O *TUGT* demonstrou tempo elevado de desempenho, com muitos idosos o desempenhando em mais de 13,5 segundos, indicando prejuízos na mobilidade e alto risco de quedas¹⁶. Estes resultados subsidiam a ideia de que a população institucionalizada apresenta déficit de mobilidade e vulnerabilidade funcional.

Outro fator importante para a manutenção da capacidade funcional é o equilíbrio. Para Brito *et al.*²² ele se deteriora com a idade em decorrência da diminuição da acuidade visual e auditiva, das perdas degenerativas do sistema vestibular, redução da flexibilidade e redução da força muscular global, ambas as condições foram encontradas na população analisada neste estudo, podendo, então, explicar o desempenho negativo verificado na *Balance Scale*.

Associado ao equilíbrio e não menos importante para a

manutenção da capacidade funcional, tem-se a força muscular. O declínio da força muscular relacionada ao envelhecimento, afeta os músculos dos membros superiores e inferiores, sendo mais acentuado nos inferiores, tendo efeito direto sobre a extensão e a qualidade do movimento²³.

As principais alterações que ocorrem com o envelhecimento do sistema musculoesquelético são as reduções das células musculares e a diminuição da massa óssea com repercussões em alterações posturais e redução da mobilidade articular. Se essas modificações forem reforçadas por um estilo de vida sedentário haverá maior contribuição para o declínio motor²⁴.

Estas alterações interferem na realização dos movimentos e nos receptores articulares, tornado a movimentação lenta, imprecisa e sem coordenação, comprometendo por fim a amplitude de movimento e a capacidade funcional do idoso²⁵.

Alterações na mobilidade, equilíbrio e força muscular modificam a marcha deixando o idoso mais vulnerável a queda²⁶. Perracine e Ramos²⁷ listaram como fatores de risco determinantes de quedas em idosos: idade igual ou superior a 75 anos; sexo feminino; inatividade física; fraqueza muscular; distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou de mobilidade; história prévia de acidente vascular encefálico; quedas anteriores com ou sem fraturas; comprometimento na capacidade de realizar as atividades de vida diária; e o uso de várias medicações concomitantes, fatores encontrados também no presente estudo.

Gac *et al.*²⁸ relatam que idosos institucionalizados tem 50% mais chances de cair do que um idoso não institucionalizado, enquanto para Borges *et al.*²⁹ a própria institucionalização já é um fator de risco para quedas. A institucionalização representaria um fator de risco para quedas pelo fato do idoso, nessa modalidade de assistência, ser mais dependente, requerer maior atenção e suporte, manter-se isolado, permanecer, na maioria das vezes, inativo fisicamente, com várias morbidades e usando vários medicamentos^{27,30}.

A utilização de vários medicamentos foi outro fator encontrado no presente estudo. A utilização de muitos medicamentos e a interação dos mesmos no organismo do idoso pode gerar quedas, já que é sabido, que o idoso tem a capacidade metabólica e renal diminuída, o que favorece alterações nas respostas centrais relacionada ao equilíbrio, diminuição da função motora, fraqueza muscular, fadiga, vertigem e hipotensão postural^{31,32}.

Dentre as doenças crônicas e degenerativas, a que apresentou maior ocorrência foi a HAS. Para Graafmans³³ esta é a doença crônica mais comum entre os idosos, sendo que sua prevalência aumenta progressivamente com a idade e consiste no principal fator de risco para os acidentes vasculares cerebrais.

A história pregressa de acidente vascular cerebral poderia ser um dos fatores associados às quedas, possivelmente, pelas consequências deste evento, como a hemiplegia ou parestesia da extremidade inferior que afeta a marcha do indivíduo,

que acaba assumindo uma posição ereta instável com comprometimento da base de apoio e com tendência a cair para frente do lado enfraquecido³⁴.

Vários são os comprometimentos que podem ocorrer depois de uma queda, o idoso pode apresentar importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia nas AVD e AIVD, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança³⁵.

Essas modificações psicológicas que ocorrem com o idoso podem levá-lo a depressão, já que o mesmo encontra-se com autoestima baixa devido a ausência, na maioria das vezes, de fatores que possam elevá-la.

O número elevado de sintomas depressivos encontrado vem ao encontro dos resultados de Cherloni *et al.*³⁶ que demonstraram elevada prevalência (65%) de depressão em idosos institucionalizados no Município de Mossoró - RN, nesse mesmo sentido, Siqueira *et al.*³⁷ ao avaliarem os sintomas depressivos nos moradores do Abrigo Cristo Redentor no Município de Jaboatão dos Guararapes - PE encontrou 51% de idosos com sintomas depressivos.

Para Cherloni *et al.*³⁶ o idoso institucionalizado está mais propenso a desenvolver sintomas depressivos por que o mesmo é obrigado a adaptar se a horários, dividir seu ambiente com desconhecidos, além de estar distante dos familiares.

No presente estudo, um percentual alto de idosos apresentou *screening* positivo para déficit cognitivo. De acordo com Fillenbaum *et al.*³⁸ a condição cognitiva pode influenciar a capacidade funcional do idoso, por ser função fundamental para o planejamento e execução das atividades instrumentais e básicas de vida diária.

4 Conclusão

Várias características sociodemográficas, clínicas e funcionais adversas foram encontradas na população analisada, demonstrando que hoje as Instituições de Longa Permanência para Idosos atendem um público que necessita de cuidados específicos de uma equipe multidisciplinar.

É válido ressaltar que este estudo é de característica descritiva e impossibilita a análise de fatores associados à institucionalização ou até mesmo à capacidade funcional destes idosos, além de impedir a análise da temporalidade dos eventos. Dessa forma a discussão baseou-se, também, no levantamento de novas hipóteses a serem testadas em estudos posteriores.

Homens, brancos, com média etária de 79 anos, solteiros ou viúvos, com filhos vivos, que moravam sozinhos antes de chegarem à ILPI e se institucionalizaram por ausência de um cuidador ou por quedas recorrentes foram maioria dos atendidos pelo Serviço de Fisioterapia nas ILPI da cidade de Pindamonhangaba – SP.

Esses idosos apresentam múltiplas comorbidades, fazem uso médio de cinco medicamentos e mais da metade apresentaram quedas nos últimos seis meses. Apresentam

prejuízo da mobilidade, do equilíbrio e dificuldade na execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além disso, apresentam *screening* positivo para depressão e para déficit cognitivo.

Referências

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987;21(3):200-10.
2. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):229-36.
3. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Quedas acidentais em idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm* 2002;15(3):51-9.
4. Martinez SHL, Brêtas ACP. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. *Acta Paul Enferm* 2004;17(2):181-8.
5. Oliveira CAA. Idoso em movimento: proposta para melhor qualidade de vida na velhice Monografia. [Especialização em Fisioterapia] - Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
6. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos asilares no Município de Natal/RN: características sócio-demográficas e de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2004;12(3):518-24.
7. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Neuropsiquiatria* 2003;61(3-B):777-81.
10. Blay SL, Ramos LR, Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Olders Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:687-92.
11. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
12. Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2006;29:64-8.
13. Daniels LMA, Worthingham C. Provas de função muscular: técnicas de exame manual. Rio e Janeiro: Guanabara Koogan; 1986.
14. Shumway-Cook A, Woollacott M. Assessment and treatment of the patient with mobility disorders. *Motor Control: theory and practical applications*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
15. Berg K, Wood-Dauphinee S, Willians JI, Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy* 1989;41:304-11.
16. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. *Phys Ther* 2000;80(9):896-903.
17. Chaimowicz F, Greco D. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte. *Rev Saúde Publica* 1999;33(5):454-60.
18. Menezes RMP. História de saúde e doença: narrativas de idosos atendidos em um serviço de saúde Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 2001.

19. Heredia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. Porto Alegre: Edipucrs/Educ; 2004.
20. Leal AA, Monteiro RAS, Bandeira KMB. A terceira idade: da rejeição familiar à procura de um novo lar. In: Anais do 1º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia. Salvador, Bahia; 1998.
21. Montenegro SMRS, Silva CAB. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(2):161-78.
22. Brito RR, Santiago L, Elisa P, Pereira LSM. Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Textos Envelhecimento* 2005;8(1):9-20.
23. Fronteira R, Larsson L. Função da musculatura esquelética nas pessoas idosas. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
24. Mazo G Z, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade física e o idoso: uma concepção gerontológica. Porto Alegre: Sulina; 2001.
25. Fronteira R, Larsson L. Função da musculatura esquelética nas pessoas idosas. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
26. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgrtner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing* 1997;26:189-93.
27. Perracine MR, Ramos LR. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Rev Saúde Publica* 2002;36:709-16.
28. Gac H, Marín PP, Pereira G. Falls in institutionalized elderly subjects. Features and geriatric assessment. *Rev Med Chil* 2003;131(8):887-94.
29. Borges LL Garcia PA, Ribeiro SOB. Características clínico-demográficas, quedas e equilíbrio funcional de idosos institucionalizados e comunitários. *Fisioter Mov* 2009;22(1):53-60.
30. Soares AV, Laus LH, Suzuki S. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. *Fisioter Bras* 2003;4(1):12-5.
31. Chaimowicz F, Ferreira TJ, Miguel DF. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6):631-5.
32. Kelly K, Pickett W, Yiannakoulis N, Rowe BH, Schopflocher DP *et al.* Medication use and falls in community-dwelling older persons. *Age Ageing* 2003;32(5):503-9.
33. Graafmans WC. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1996;143(11):1129-36.
34. Campbell AJ, Reinke J, Allan BC, Martinez GS. Falls in old age: a study of frequency and related clinical factors. *Age Ageing* 1981;10(4):264-70.
35. Fabrício SC, Rodrigues RA, Costa ML. Falls among older adults seen at a Sao Paulo State public hospital: causes and consequences. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):93-9.
36. Cherloni CFP, Pinheiro FLS, Cavalcanti Filho M, Medeiros AL. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). *Expressão* 2003;34(2):61-73.
37. Siqueira GR, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14(1):253-9.
38. Fillenbaum GG, Chandra V, Ganqli M, Panday R, Gilby JE, Seaberg EC *et al.* Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in a illiterate rural population in Indian. *Age Aging* 1999;28(2):161-8.

