



DESEMPENHO NO EQUILÍBRIO E NA MARCHA POR IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Daniela Cristina Lojudice Amarante¹, Pamela Cristina Affonso², Marlon Antonio Cavaçani²

RESUMO: Com o envelhecimento, ocorre a degeneração dos órgãos locomotores, reduzindo a eficiência da marcha. Tal disfunção pode causar graves fraturas e prejudicar sua funcionalidade, gerando mais necessidade de assistência à saúde, cuidados por longos períodos e um grande efeito negativo no bem-estar individual. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi avaliar os estados de equilíbrio e marcha de idosos institucionalizados, bem como caracterizar aqueles com mau desempenho no instrumento quanto ao sexo, faixa etária, dores crônicas e quedas. Sendo um estudo descritivo e transversal, realizado com 41 idosos, de ambos os sexos, orientados no tempo e no espaço, residentes em Instituição de Longa Permanência de Catanduva, interior de São Paulo. Os dados foram coletados mediante entrevista, com um questionário composto por informações sócio-demográficas e clínicas. A Escala de Tinetti (1986) foi utilizada para avaliar os estados de equilíbrio e marcha dos participantes. Sua pontuação varia de 0 a 28, sendo que 0 corresponde a maior disfunção e 28, a menor. Os participantes foram divididos em 2 grupos, o primeiro foi composto por aqueles com pontuação entre 0 e 19 e o segundo, com pontuação maior ou igual a 20. A análise estatística dos dados foi apresentada na forma de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis numéricas. Sendo observado um bom desempenho no equilíbrio e marcha da maioria dos participantes (61%), com prevalência do sexo masculino (64%), de 60 a 75 anos (75%) e livre de dores crônicas (76%). Portanto, os idosos do sexo masculino e aqueles sem dores referidas são aqueles que apresentaram escores mais elevados na Escala de Tinetti.

Palavras-chave: Equilíbrio, Marcha, Saúde do Idoso, Asilo.

1 Graduandos em Fisioterapia pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva IMES

2 Docentes do curso de Fisioterapia pelo Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva IMES

PERFORMANCE IN BALANCE AND ON THE RUN BY INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE.

ABSTRACT: With aging, degeneration of the locomotor organs occurs, reducing gait efficiency. Such dysfunction can cause serious fractures and impair their functionality, generating more need for health care, long-term care and a large negative effect on individual well-being. Thus, the objective of this study was to evaluate the states of equilibrium and gait of institutionalized elderly, as well as characterize those with poor performance in the instrument regarding gender, age, chronic pain and falls. A descriptive and cross-sectional study was conducted with 41 elderly people, both sexes, oriented in time and space, living in a Long Stay Institution of Catanduva, in the interior of. Data were collected by interview, with a questionnaire composed of sociodemographic and clinical information. The Tinetti Scale (1986) was used to evaluate the states of balance and gait of the participants. Its score ranges from 0 to 28, with 0 being the greatest dysfunction and 28 being the lowest. Participants were divided into 2 groups, the first group consisting of those with scores between 0 and 19 and the second with scores greater than or equal to 20. The statistical analysis of the data was presented as mean, standard deviation, minimum and for the numerical variables. A good performance was observed in the balance and gait of the majority of the participants (61%), with male prevalence (64%), 60-75 years (75%) and free of chronic pain (76%). Therefore, the elderly male and those without referred pain are those who presented higher scores in the Tinetti Scale.

Keywords: Balance, March, Seniors' Health, Asylum.

INTRODUÇÃO

O número de idosos no Brasil vem apresentando um aumento significativo e de reconhecimento universal, ocupando hoje a sétima colocação no mundo com a maior população de idosos. Podendo chegar, em 2025, a sexta posição. Por isso, para garantir uma melhor qualidade de vida e entender melhor essa população, têm sido desenvolvidos muitos estudos a fim de reduzir os impactos deletérios da senescência (KUCHEMANN, 2012).

Para Linck (2011), o envelhecimento é um processo

fisiológico, contínuo e dinâmico, seguido por transformações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com conseqüente diminuição da reserva funcional dos órgãos. À medida que o indivíduo envelhece, ocorre alterações nos seus sistemas, levando à doenças crônicas, ao declínio funcional, a perda de autonomia e incapacidades de realizar atividades cotidianas.

Dentre os sistemas que se alteram, destacam-se os seguintes: visual, vestibular, somatossensorial, auditivo e efector da marcha. Sendo a capacidade de deambular

determinante na qualidade de vida dos idosos, onde estes, possuem dificuldades em realizar atividades que requerem velocidade e precisão devido à dificuldade na marcha (Sanglard & Pereira, 2005).

Freitas et al., (2002) define a marcha como uma forma ou estilo de caminhar, sendo parte integral das atividades de vida diária. É usualmente descrita em duas fases, a de apoio e a de balanço. A fase de apoio constitui 60% do ciclo e ocorre quando uma perna suporta todo o peso e se mantém em contato com a superfície. Já a fase de balanço, ocorre quando a outra perna que não faz apoio é avançada para o próximo passo. Através dessas fases alternadas, se dá a marcha, com os braços se movimentando em sentido inverso as pernas do mesmo lado. Mantendo dessa forma, o equilíbrio.

Com a idade, a eficiência da marcha se deteriora devido à mudanças, tais como encurtamento e diminuição da altura do passo, alargamento da base de sustentação, diminuição da velocidade da marcha e da extensão de joelho e quadril, além do aumento da fase de apoio e do tempo de duplo suporte. O resultado

disso é uma marcha com maior gasto energético, que pode desencadear a diminuição das atividades realizadas e conseqüentemente a diminuição da força muscular colaborando para o agravamento da função motora. As alterações da marcha são decorrente de multifatores: aumento do peso corporal, redução da força e energia dos músculos dos membros inferiores, aumento da rigidez articular e falta de equilíbrio, além das mudanças no colágeno, acarretando diminuição da flexibilidade (FARIA ET AL., 2003).

Os idosos também acabam não levantando os pés suficientemente quando se deparam com algum obstáculo, aumentando a probabilidade de tropeçar. Assim, as quedas são frequentes e causam conseqüências que variam de simples escoriações às fraturas diversas (MATHIAS; JORGE; ANDRADE, 2006).

Os principais fatores ambientais da queda incluem a presença de móveis instáveis; escadas inclinadas e sem balaustres; tapetes avulsos e carpetes mal adaptados; iluminação inadequada; tacos soltos no chão; pisos encerados ou escorregadios; camas altas e sofás; cadeiras e vasos sanitário muito

baixos; prateleira de difícil alcance; presença de animais domésticos pela casa; uso de chinelos ou sapatos em más condições ou mal adaptados; fios elétricos soltos, dentre outros (Papaléu Netto, 2002).

Segundo Monteiro et al. (2011), as fraturas mais frequentes nos idosos são as do úmero, distal do rádio e de pelve. As lesões de tecidos moles como a hemartrose, as torções, os deslocamentos e as equimoses requerem atenção médica, pois as lesões graves representam um importante índice de morbidade.

Para Mathias; Jorge e Andrade (2006), a fratura de quadril é uma das consequências mais graves de quedas em idosos. Através de um prospectivo realizado na Holanda, foi comprovado que esta fratura ocorre com maior frequência nas mulheres em função das dificuldades cognitivas e de locomoção, além do uso de medicamentos, em especial os sedativos.

Portanto, os profissionais clínicos devem fazer o que puderem para prevenir o problema cíclico da diminuição da mobilidade-quedas, devendo mudar o foco de cuidado aos idosos, passando a reconhecer e

otimizar a função. Sendo a parte principal da avaliação os testes de equilíbrio e marcha: o paciente inicia a avaliação sentado em uma cadeira rígida, com encosto reto e sem os braços; o paciente de pé como o examinador no fim do corredor, sem obstáculos, o paciente utiliza seu instrumento de auxílio habitual para andar, e é orientado a caminhar com seu andar de costume, então, o examinador observa um componente de marcha de cada vez. Sendo que, para alguns componentes, o examinador anda atrás do paciente, para outros, o examinador anda próximo do paciente, podendo ser necessário repetir várias vezes o percurso (Tinetti, 1986).

De acordo com Whitney, Poole e Cass (1998), existem vários métodos de avaliação do equilíbrio, dentre eles: a Escala de Equilíbrio de Berg, o Teste Clínico de Interação Social e Equilíbrio, o Teste de Alcance Funcional, o Teste Cronometrado "Levante e Siga" e o Teste de Desempenho Físico e a Escala da Avaliação da Marcha e Equilíbrio de Tinetti.

A Escala de Equilíbrio de Berg identifica e avalia a diminuição do

equilíbrio nos adultos idosos, apresentado itens muito similares ao POMA. É composto de 14 tarefas mais frequentemente envolvidas na realização de atividades funcionais da vida diária, tais como: sentado para levantar-se, de pé para se sentar, levantar e sentar sem apoio, locomover da cama para a cadeira, ficar de pé com os olhos fechados, ficar de pé com os pés unidos, alcance para frente, pegar objetos do chão, equilibrar-se sobre uma e duas pernas, olhar por sobre os ombros, girar 360°, alternar as pernas, sentado sobre um banco. Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5; 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada, sendo que, um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12. As tarefas são graduadas em uma escala ordinal de cinco pontos (0-4), perfazendo um total de 56 pontos.

O Teste Clínico de Interação Social e Equilíbrio é também chamado de Teste de Organização Sensorial, o qual avalia o equilíbrio estático sob seis combinações de condições

sensoriais, sendo três condições visuais e duas condições de apoio sobre superfície. As condições visuais envolvem olhos abertos, olhos fechados e entrada visual através de uma campânula de conflito. A campânula restringe a visão periférica e oferece uma entrada visual imprecisa, à medida que se move juntamente com a cabeça de uma pessoa. As condições de apoio sobre superfície são as de ficar de pé sobre o chão ou outra superfície plana rígida e ficar de pé sobre uma espuma, o que reduz a precisão da informação somatossensorial a partir dos tornozelos.

O Teste de Alcance Funcional é uma medida dinâmica da estabilidade de um movimento auto-iniciado. Alcance funcional é a diferença, em polegadas, entre o comprimento do braço de um indivíduo e o alcance máximo para frente atingido, mantendo-se de pé sobre uma base fixa e com os ombros flexionados de forma a manter os braços a 90° do corpo. A distância é a medida com um bastão de 0,9m fixo na parede ao nível do ombro do indivíduo. Este teste foi expandido a fim de se incluir o alcance para ambos os lados e para trás.

O Teste Cronometrado "Levante e Siga" é uma versão modificada, temporizada do Teste "Get-Up and Go", é realizado com uso de seus calçados habituais e se necessário de bengala. No teste, o idoso parte da posição inicial com as costas apoiadas na cadeira, e é instruído a se levantar, andar um percurso linear de 3 metros até um ponto pré-determinado marcado no chão, regressar e tornar a sentar-se apoiando as costas na mesma cadeira. O paciente é instruído a não conversar durante a execução deste teste e realizá-lo numa velocidade habitual auto-selecionada, de forma segura. O teste tem início após o sinal de partida representado simultaneamente pela flexão do braço esquerdo do avaliador e pelo comando verbal "vá" (instante em que inicia a cronometragem). A cronometragem será somente parada quando o idoso colocar-se novamente na posição inicial sentado com as costas apoiadas na cadeira.

O Teste de Desempenho Físico composto por nove itens. Este avalia as capacidades funcionais físicas, sendo que sete dos nove itens são relacionados com o equilíbrio estático e dinâmico, os outros dois

itens estão relacionados com o comer e o escrever. Os itens são pontuados em uma escala ordinal de 0 (incapaz de realizar) a 4 (o mais rápido). É possível um máximo de 36 pontos para os nove itens e de 28 pontos para os sete itens.

E a Escala da Avaliação da Marcha e Equilíbrio de Tinetti, a mais utilizada, também chamado de teste de Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) é de grande auxílio na avaliação do idoso, sendo usada para detectar problemas na locomoção, identificar e quantificar a severidade do comprometimento, estabelecendo uma pontuação basal para comparação, além de predizer o risco de quedas. Avalia, portanto, a mobilidade do paciente na execução de tarefas diárias, reproduzindo situações cotidianas que podem gerar instabilidades. Também avalia o equilíbrio em diferentes situações: sentado, levantando-se da cadeira, ao se colocar na posição de pé com os olhos abertos e fechados, em apoio unipodal e ao realizar um giro de 360°.

Um estudo realizado por Lojudice (2005), no município de Catanduva, utilizando a Escala da Avaliação da Marcha e Equilíbrio de

Tinetti buscou avaliar a ocorrência de quedas e seus fatores determinantes na velhice, em um total de 105 idosos institucionalizados. Onde encontrou que 40% sofreram quedas e desses, 61,9% apresentaram pontuação inferior a 19 na escala, ou seja, com dificuldade no equilíbrio e marcha.

Visto isso, é preciso diminuir o número de quedas e a dependência, uma vez que o ato de deambular é extremamente importante para a funcionalidade e que está fortemente relacionada a qualidade de vida dos idosos (STEADMAN et al., 2003).

Portanto, torna-se importante pesquisar as alterações do equilíbrio e marcha em idosos, devido a estas alterações trazerem prejuízos para o envelhecimento saudável e ocasionarem quedas que podem ser causas importantes de adoecimento, incapacidades e óbito (LUCENA, 2008).

OBJETIVOS

Avaliar os estados de equilíbrio e marcha de idosos asilados, bem como caracterizar aqueles com tal disfunção quanto à faixa etária, percepção de saúde, prática de

atividade física e ocorrência de quedas.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal. De acordo com Haddad (2004) os estudos descritivos são aqueles que descrevem as características de aspectos semiológicos, etiológicos, fisiopatológicos e epidemiológicos de uma doença. São utilizados para conhecer uma nova ou rara doença e agravos à saúde, estudando a sua distribuição no tempo, no espaço e peculiaridades individuais. Em relação ao tempo, esse tipo de estudo visa encontrar uma associação da doença ou agravo com horários, periodicidade, variação sazonal, dentre outras variáveis. Em relação ao espaço, visa encontrar uma associação com distribuição geográfica, urbana, rural ou outra. Em relação às peculiaridades individuais visa encontrar uma associação com fatores como sexo, idade, etnia, condições sócio-econômicas, dentre outros. Podem abranger desde relatos ou séries de casos até estudos populacionais. Já os estudos transversais, são aqueles em que a exposição ao fator ou causa

está presente no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Eles descrevem uma situação ou fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno, não havendo necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito. Este modelo é utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico. Portanto, este apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se nos integrantes da amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (ou doença). Possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo, e por praticamente não haver perdas de seguimento.

LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma Instituição Asilar Filantrópica situada na cidade de Catanduva, interior de São Paulo.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por idosos (60 anos ou

mais), conscientes e orientados no tempo e no espaço, capazes de interagir em uma pesquisa, que aceitaram participar da pesquisa, bem como aquelas que conseguiram se manter na posição ortostática.

MÉTODOS

Após a leitura e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o participante realizou a coleta de dados mediante entrevista, com um questionário sociodemográfico e clínico (Apêndice B) com a finalidade de caracterizar a população entrevistada sobre a faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, percepção de saúde, doenças adquiridas, medicamentos, visão e audição, quedas, prática de atividade física e dores crônicas. Em seguida foi avaliado o nível de consciência pelo Mini Exame de Estado Mental (BRUCKI et al., 2003 - Apêndice C), constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos. Os valores mais

altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Assim, a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003) é 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos. Posteriormente, foi utilizado a Escala de Tinetti (1986) para avaliar os estados de equilíbrio e marcha dos participantes (Apêndice D), onde este instrumento possui 16 itens, em que 9 são para o equilíbrio do corpo e 7 para a marcha. De acordo com Shumway (1997), o teste de Tinetti classifica os aspectos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados. A contagem para cada exercício varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, com uma contagem mais baixa que indica uma habilidade física mais pobre. A pontuação total é a soma da pontuação do equilíbrio do corpo e a da marcha. A pontuação máxima é de 12 pontos para a marcha, de 16 para o equilíbrio do corpo e de 28 para a total, sendo que 0 corresponde a maior disfunção e 28, menor. Toda a pesquisa foi realizada pelos próprios

pesquisadores, com duração aproximada de 20 a 30 minutos.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística dos dados foi feita mediante análise descritiva, apresentada na forma de média, desvio padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis numéricas. Para as variáveis categóricas, as frequências absoluta e relativa foram apresentadas.

ASPECTO ÉTICO DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram informados em detalhes sobre a pesquisa, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo plena liberdade de desistir em qualquer momento conforme a Resolução 196/96 sobre "Pesquisa Envolvendo Seres Humanos", do Conselho de Saúde do Ministério de Saúde. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética das Faculdades Integradas Padre Albino (CEP-FIPA) com parecer positivo quanto à sua realização sob o número 2.198.216 (Anexo A), no dia 02 de Agosto de 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 41 idosos, residentes na Instituição de Longa Permanência do município de Catanduva-SP. A pesquisa durou em média 17 minutos com cada

entrevistado e teve tempo mínimo de 10 e máximo 30 minutos.

Tabela 1. Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo sexo, idade e estado civil. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	27	66
Feminino	14	34
Idade		
60 a 75 anos	25	61
75 anos ou mais	16	39
Estado Civil		
Casado	1	2
Viúvo	19	46
Solteiro	20	48
Separado	1	2
Total	41	100

Na tabela 1, podemos observar a predominância do sexo masculino (66%) em relação ao sexo feminino (34%). No estudo de Castro & Carreira (2015), realizado com 97 idosos institucionalizados, o gênero predominante também foi o masculino (56,7%), mostrando que apesar da longevidade feminina, isto também implica em maior fragilidade.

Tais dados não corroboram com outros estudos.

Para Ferreira (2010), o gênero predominante esperado é o feminino

por vários motivos, dentre eles: a expectativa de vida das mulheres serem maior comparada aos homens, a viuvez mais frequente para as mulheres e por possuírem grau de instrução e de renda mais baixos.

No que se refere à idade predominante, esta foi a faixa etária entre 60 e 75 anos de idade (61%), sendo a mínima 60 e a máxima 96 anos. Observou-se também uma maior porcentagem de indivíduos solteiros (48%), seguido dos viúvos (46%), casados (2%) e separados (2%).

Semelhante ao estudo de Barbosa et al. (2014), para avaliar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à dor crônica com 124 idosos residentes em asilos, cujo predomínio foi de idosos com 70 a 80 anos (37%), solteiros (63%) e viúvos (23%). Confirmando a premissa de

que a ausência de companheiro é um fator determinante na institucionalização.

Tabela 2. Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo a escolaridade, doenças relatadas, tabagismo e alcoolismo. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	16	39
Primário incompleto	19	46
Primário completo	6	14
Ginásio incompleto	0	0
Ginásio completo	0	0
Colegial completo	0	0
Superior completo	0	0
Quantidade de doenças		
Nenhuma	7	17
1 a 3 doenças	31	75
4 ou mais	3	7
Doenças relatadas		
Hipertensão Arterial	24	58
Hipercolesterolemia	11	27
Osteoporose	21	51
Osteoartrose	18	44
Diabetes	12	29
Outras	5	12
Fuma		
Sim	7	17
Não	34	83
Álcool		
Sim	0	0
Não	41	100
Total	41	100

Na tabela 2, notamos a prevalência de idosos com Primário incompleto (46%), seguidos de

analfabetos (39%) e primário completo (14%).

Barbosa et al. (2014), em estudo realizado com 124 idosos residentes asilares também encontrou predominância de escolaridade até ensino fundamental (58%), seguido de analfabetos (37%).

O analfabetismo é uma realidade nos países em desenvolvimento, sendo o Brasil um deles e apresentando níveis de analfabetismo tão altos, principalmente entre a população idosa que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade (KINSELLA, 1994).

No que se refere à quantidade de doenças, a maioria relatou ter de 1 a 3 doenças (75%), sendo a maioria Hipertensão Arterial Sistêmica (58%), Osteoporose (51%), Osteoartrose (44%), Hipercolesterolemia (27%) e Diabetes Mellitus (29%), as mais relatadas. Um estudo realizado por Zaitune et al. (2006), feito com 426 indivíduos acima de 60 de anos de idade, no município de Campinas, também evidenciou a prevalência de Hipertensão Arterial em 46,4% dos homens e 55,9% nas mulheres.

O estudo de Alvarenga (2000) confirma que a aquisição de comorbidades acontece à medida que

avançam os anos de idade. Tal evento depende dos hábitos de vida e da história familiar (herança genética), pois alguns idosos conseguem retardar o aparecimento de outras doenças. Todavia, é preocupante a existência de comorbidades, pois estas podem acarretar a dependência funcional.

Em relação ao fumo, 83% relataram não ter este vício e 100% deles não fazem uso de bebida alcoólica.

Sabe-se que o hábito de fumar entre os idosos nas ILPIs possui um número significativo, com média de 4,25. A literatura aponta que a maioria dos asilados (77,6%) encontra-se nos grupos de moderado (51,7%) a elevado grau (25,9%) de dependência nicotínica, constituindo um grupo de difícil abordagem na intervenção para a cessação do tabagismo (CARVALHO et al., 2010). No entanto, percebemos em nossa amostra que apenas 17% dos idosos são fumantes, tal ocorrência pode se dar devido aos critérios de inclusão adotados em algumas instituições.

A ingestão de bebidas alcoólicas é uma realidade comum em nossa sociedade. Era de se esperar

que alguns idosos asilados também ingerissem este tipo de bebida. No entanto, tal fato não foi verificado, visto que essa substância é proibida na instituição pesquisada. Um estudo realizado em asilos de Natal/RN também mostrou que 100% dos idosos institucionalizados não ingeriam

qualquer tipo de bebida alcoólica, não informando se era um comportamento dos indivíduos ou um critério de admissão (DAVIM et al., 2004).

Tabela 3. Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo uso de medicamentos, óculos e aparelho auditivo. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Uso de medicamentos		
Sim	41	100
Não	0	0
N° de medicamentos		
0	0	0
1 a 2	5	12
3 a 4	17	41
5 ou mais	19	46
Classes		
Medicamentosas	39	95
Anti-hipertensivos	24	58
Diuréticos		

Anticoagulantes	19	46
Vasodilatadores	17	41
Antiulcerosos	17	41
Antiepiléticos	16	39
Antidiabéticos	12	29
Antidepressivos	12	29
Anticolesterol	12	29
Cálcio e sais minerais	12	29
Antiparkinsoniano	8	19
Outros	37	90
Visão		
Ótima	2	5
Boa	16	39
Regular	12	29
Ruim	8	19
Péssima	3	7
Uso de óculos		
Sim, com melhora total	12	29
Sim, com melhora parcial	9	22
Não, mas necessitaria	15	36
Não, não tem necessidade	5	12
Audição		
Ótima	7	17
Boa	25	61
Regular	9	22
Ruim	0	0
Péssima	0	0
Uso de aparelho auditivo		
Sim, com melhora total	0	0
Sim, com melhora parcial	12	29
Não, mas necessitaria	29	70
Não, não tem necessidade		
Total	41	100

Observa-se na Tabela 3 que todos os entrevistados (100%) fazem uso de algum medicamento, e destes, 46% ingerem diariamente 5 ou mais remédios. Verificou-se que os medicamentos mais utilizados foram

os Anti-hipertensivos (95%), Diuréticos (58%), Anticoagulantes (46%), Vasodilatadores (41%), Antiulcerosos (41%), Antiepiléticos (39%), Antidiabéticos (29%), Antidepressivos (29%), Anticolesterol (29%), Cálcio e

sais mineirais (29%) e Antiparkisoniano (19%).

No estudo de Aguiar et al. (2008), para avaliar a farmacoterapia em 94 idosos institucionalizados no Nordeste do Brasil, evidenciou-se que os fármacos mais consumidos entre eles são aqueles que atuam no sistema cardiovascular (47,3%).

O impacto das doenças nos idosos é um dos fatores que acentua o uso de fármacos nessa faixa etária. Através do padrão de morbidade dos internos nas ILPI's pode-se verificar que entre o consumo de medicamentos predominam as patologias crônicas próprias desta idade e uso de drogas para tratamento

de doenças do aparelho cardiovascular, dislipidemias, tranqüilizantes, sedativos, analgésicos e diabetes (SILVA et al., 2008).

Quanto a visão, 39% dos entrevistados relatam ter sua visão boa e 36% não usam óculos mas acham que necessitariam. Já em relação à audição, 61% dizem ser boa e 70% não usam aparelho auditivo e não veêm necessidade de usá-lo.

Tabela 4. Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo a ocorrência de quedas, prática de atividade física, percepção de saúde e presença de dor crônica. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Quedas nos últimos 6 meses		
Sim	8	19
Não	33	80
Se sim, n° de quedas		
1	5	62
2	2	25
3 ou mais	1	12
Teve consequências		

Sim	4	50
Não	4	50
Quais consequências		
Dor	3	75
Escoriações	2	50
Fraturas	1	25
Prática de atividade física		
Sim	18	44
Não	23	56
Percepção de saúde		
Ótima	3	7
Boa	34	83
Ruim	3	7
Muito ruim	1	2
Dor crônica		
Sim	9	22
Não	32	78
Total	41	100

Na Tabela 4, nota-se um baixo número de quedas, onde 80% disseram não ter caído nos últimos 6 meses. Os resultados foram semelhantes ao estudo de Uchida & Borges (2013). Estes, com o objetivo de verificar a frequência de quedas em idosos institucionalizados, verificaram que apenas 22,2% dos entrevistados relataram ter caído nos últimos doze meses.

Ao contrário de outros estudos, mas que pode ser explicado segundo Siqueira et al. (2007), pelo fato das quedas serem predominantes em idosos do sexo feminino e aqueles mais velhos, o que não foram as características dos idosos

entrevistados na presente pesquisa, onde a maioria era homens e "jovens idosos" (60 a 75 anos).

No que se refere à prática de atividade física semanalmente, esta esteve presente em apenas 44% dos idosos. Esses dados corroboram com o estudo de Mosegui et al. (1999), onde 89,2% dos entrevistados eram sedentários.

Apesar de já ser comprovado por inúmeros estudos que a atividade física minimiza os declínios do envelhecimento, o sedentarismo tem aumentado muito na atualidade, contribuindo para acelerar as perdas funcionais no idoso (THOMAS, 2000).

Em relação a percepção de saúde, 83% relataram ter boa saúde, 7% ótima, 7% ruim e 2% muito ruim. Quanto à dor crônica, a maioria dos entrevistados (78%) relatou não ter. Tais dados não corroboram com outros estudos, porém pode ser explicados pelo fato da maioria dos entrevistados serem homens e estes não admitirem a dor advinda do envelhecimento.

Para Helme & Gibson (1997) a dor crônica na terceira idade pode apresentar importantes complicações,

tais como depressão, ansiedade, isolamento social, distúrbios do sono, agitação, agressividade, comprometimento da função cognitiva, incapacidade funcional e diminuição da qualidade de vida, levando a dependência em atividades de vida diária, sendo esta o principal fator de consenso familiar para institucionalização do idoso.

Tabela 5. Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo o desempenho na Escala de Tinetti. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Escala de Tinetti		
Mal desempenho (Escore<19)	16	39
Bom desempenho (Escore≥19)	25	61
Total	41	(100)

Na Escala de Tinetti, usada para avaliar o equilíbrio e marcha, houve predominância de bom desempenho dos idosos entrevistados (61%). Semelhante ao estudo realizado por Lojudice et al. (2008), também em instituição asilar de Catanduva, com 105 idosos, onde 50,5% dos entrevistados também apresentaram-se com bom desempenho.

Tabela 6. Caracterização dos idosos institucionalizados com bom desempenho na Escala de Tinetti. Catanduva-SP, 2017.

VARIÁVEIS	N	%
Escala de Tinetti (Escore ≥ 19)		
Sexo		
Sexo Masculino	16	64
Sexo Feminino	9	36
Faixa etária		
60 a 75 anos	19	76
75 anos ou mais	6	24
Dor crônica		
Sem dores crônicas referidas	19	76
Com dores crônicas referidas	6	24
Total	25	100

Nesta tabela de caracterização dos idosos com boa pontuação na Escala, observa-se que o bom desempenho esteve presente na maioria dos entrevistados (61%), e encontra-se prevalência no sexo masculino (64%), com idade entre 60 e 75 anos (76%) e sem dores crônicas referidas (76%).

Porém, também é possível notar neste estudo, a existência de grande número de fatores de risco para desequilíbrio e quedas em idosos. Destacando-se os fatores que podem ser controlados ou

modificados, como a polifarmácia, que foi observada em todos os idosos avaliados. Sabe-se que medicamentos psicotrópicos, diuréticos, cardiovasculares, entre outros, podem causar sedação excessiva, diminuição do tempo de reação, hipotensão postural e alterações de equilíbrio, o que favorece a ocorrência de quedas (CARVALHO, 2007).

A falta de atividade física foi outro fator de risco encontrado para quedas, inclusive em relação à idosos institucionalizados. Vale lembrar que o

exercício físico melhora a força muscular e o equilíbrio, proporcionando, como consequência, melhor capacidade funcional e qualidade de vida aos idosos (SHERRINGTON ET AL., 2008).

Dessa forma, é necessário ressaltar a importância de medidas preventivas e restauradoras, com um olhar de uma equipe multidisciplinar, para prevenção de alterações do equilíbrio e marcha, evitando quedas e seus agravos.

CONCLUSÃO

Com base nestas informações e dados coletados, concluiu-se que idosos apresentam-se com bom desempenho na Escala de Tinetti, sendo os do sexo masculino, faixa etária de 60 a 75 anos e àqueles sem dores referidas os que apresentaram escores mais elevados.

REFERÊNCIAS

ALVES LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8): 1924-30.

BARBOSA, R. M. S. P. Educação física gerontológica. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

BARROS JAC, JOANY S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:891-8.

Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:228-38.

BUSNELLO, F. M. Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2007.

CAMPOLINA et al. Expansion of morbidity: trends in healthy life expectancy of the elderly population. *Revista Associação Médica Brasileira* 2015; 60(5):434-441.

FREIRE RC, TAVARES JR. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16): 147-58.

IBGE- Projeção da população do Brasil: 1980-2050. [Http://WWW.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa.shtm](http://WWW.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa.shtm).

GORDILHO et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. *Bahia Analise e Dados* 2001; 10 (4):138-53.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA. Dicas dos especialistas: Como reduzir quedas no idoso. 2010; Disponível em: http://www.into.saude.gov.br/de_quedas_idosos.php.

MAZUIM CHR. Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação? *Logos* 2006; 17(2): 97-103.

NAHAS, M. V. Atividade Física e Qualidade de Vida. 2º ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. *Revista*

Brasileira de Educação Física e Esporte. v.24 n.1 São Paulo, 2010

NAKAMURA. Locomotive syndrome: disability-free life expectancy and locomotive organ health in a “super-aged” society. *J Orthop Sci* (2009) 14:1–2.

NAKAMURA. The concept and treatment of locomotive syndrome: its acceptance and spread in Japan. *J Orthop Sci* (2011) 16:489–491.

NASRI, F. O envelhecimento Populacional no Brasil. *Einstein* 2008; 6(Supl 1): S4-S6.

NETO et al. Associação entre sarcopenia, obesidade sarcopênica e força muscular com variáveis relacionadas de qualidade de vida em idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2015;16(5):360-7.

Papaléo Netto M et al. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

PARAHYBA MI, VERAS RP, MELZER D. Incapacidade Funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista Saúde Pública* 2005; 39(3): 383-91.

PEREIRA SRM, BUKSMAN S, PERRACINI M, PY L, BARRETO KML, LEITE VMM. Quedas em Idosos - Projeto Diretrizes. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 2001.

PÍCOLI; FIGUEIREDO; PATRIZZI. Sarcopenia e envelhecimento. *Revista Fisioterapia Movimento* 2011 jul/set;24(3):455-62.

ROSA et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública* 2003; 37(1):40-8.

SANTELE, O.; LEFEVRE, A. M.;
CERVATO, A. M. Alimentação
institucionalizada e suas representações
sociais entre moradores de instituições de
longa permanência para idosos, São Paulo,
Brasil. Revista de Nutrição, Campinas, v.
18, n. 1, p. 3061-3065, 2005.

SILVA et al. Análise da alteração do
equilíbrio, da marcha e o risco de quedas
em idosos participantes de um programa de
fisioterapia. Colloq Vitae 2015 set-dez;
6(3):11-18. DOI:
10.5747/cv.2015.v06.n3.v106.

VERAS, R. Envelhecimento populacional
contemporâneo: demandas, desafios e
inovações. Revista Saúde Pública 2009;
43(3):548-54.

YANG Y, GEORGE LK. Functional
disability, disability transitions, and
depressive symptoms in late life. J .Aging
Health 2005; 17:263-92