

Artigo original

Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses

Quality of ADL execution in elderly institutionalized and not institutionalized that remained without leaving their residences for more than 6 months

Ana Carolina Ferrantin*, Camila Fernanda Borges*, José Geraldo da Silva Morelli, M.Sc**, José Rubens Rebelatto, D.Sc.***

.....
*Graduada em Fisioterapia pela Universidade Camilo Castelo Branco – Unicastelo – Campus VIII – Descalvado, **Fisioterapeuta, responsável pela disciplina de Fisioterapia aplicada a Geriatria e Gerontologia do curso de Fisioterapia da Universidade Camilo Castelo Branco – Unicastelo – Campus VIII, ***Prof. adjunto do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Resumo

O objetivo foi verificar a qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados (I) e não-institucionalizados (NI) que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. Os institucionalizados foram selecionados em asilos de Descalvado SP e região e os não-institucionalizados a partir de informações adquiridas em postos de saúde destas cidades. Constituíram o grupo dos não-institucionalizados indivíduos que não saíam de suas residências por mais de 6 meses. Para os grupos foram eleitos sujeitos com capacidade de compreensão e cognição. Utilizou-se 44 idosos de ambos os sexos, sendo 22 institucionalizados e 22 não-institucionalizados, com idades médias de $74,86 \pm 8,89$ e $71,68 \pm 6,45$ anos, respectivamente. Todos os idosos foram entrevistados por meio do Índice de Barthel e os resultados foram analisados pelo teste T-Student, com significância de $p < 0,05$. Não houve diferença estatisticamente significativa para a pontuação referente à execução das AVDs realizadas pelos institucionalizados ($17,72 \pm 3,70$) e não-institucionalizados ($16,09 \pm 4,38$). Dessa forma, sugere-se que a execução das AVDs é semelhante entre idosos asilados e aqueles idosos da comunidade que não saem de suas residências há mais de 6 meses.

Palavras-chave: AVD, idosos, institucionalizados e não-institucionalizados.

Abstract

The objective was to verify the quality of the execution of ADL in elderly institutionalized (I) and not institutionalized (NI) that remained without leaving their residences for more than 6 months. The institutionalized ones were selected in asylums of Descalvado SP and region and the not institutionalized ones from information acquired in Health Services of these cities. The group of not institutionalized was constituted of individuals that did not leave their homes for more than 6 months. For the groups individuals with understanding and cognition capacity were selected. Were used 44 aged people from both sex, being 22 institutionalized and 22 not institutionalized with average age between $74,86 \pm 8,89$ and $71,68 \pm 6,45$ years old respectively. All the aged were interviewed by means of the Index of Barthel and the results were analyzed by the T-Student test, with a significance of < 0.05 . There was not a significant difference of the punctuation with reference to the execution of the ADL carried by the institutionalized ($17,72 \pm 3,70$) and the not institutionalized ($16,09 \pm 4,38$). Therefore, it is suggested that the execution of the ADL is similar between the aged living in asylums and those of the community that do not leave their homes for more than 6 months.

Key-words: ADL, elderly, institutionalized, not institutionalized.

Introdução

Segundo Carvalho Filho & Papaléo Netto [1], o Brasil terá, em 2025, a sexta maior população de idosos do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14% da população e em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos. A partir dessa constatação é possível compreender a necessidade da adoção de políticas públicas voltadas para essa parcela da população bem como de estudos que possam caracterizar de forma mais clara esses indivíduos e seus problemas.

O processo de envelhecimento por si só, promove inúmeras perdas ao ser humano e dentre elas pode ser citada a diminuição da cognição. Segundo Ruchinskas *et al.* [2] a redução da cognição nos idosos pode estar correlacionada com a diminuição do desempenho na realização das atividades de vida diária (AVDs) e essas dificuldades cognitivas determinam a necessidade de supervisão de cuidadores, especialmente em idosos institucionalizados.

Outro fator que merece ser destacado está diretamente relacionado ao imobilismo, fato este bastante prevalente nesta faixa populacional. A falta de mobilidade característica de idosos institucionalizados favorece a perda de massa muscular ou sarcopenia nos membros inferiores, aumenta a probabilidade de quedas, hospitalizações e, conseqüentemente, perda importante da qualidade de vida [3]. Esse mesmo fato pode ser encontrado naqueles idosos que apresentam dificuldade em sair de suas residências, pois, da mesma forma que para os idosos institucionalizados, a falta de capacidade para realização de AVDs pode gerar as conseqüências citadas e outras igualmente importantes, como por exemplo, quadros demenciais, patologias respiratórias, maior perda de densidade óssea, entre outros. Além disso, estudar a população idosa, considerando os idosos institucionalizados e aqueles que não saem de suas residências é, porém, importante pelo fato de não ser uma comparação usual. Tal aspecto permite que várias questões sejam formuladas: qual a diferença entre a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não-institucionalizados que não saem de suas residências? Suas condições cognitivas são semelhantes? Suas condições físicas são semelhantes? A execução das AVDs apresentam a mesma qualidade?

Objetivo

Este trabalho teve como objetivo verificar a diferença na qualidade da execução de atividades de vida diária (AVDs) de indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de seis meses.

Material e método

Sujeitos

Foram observados 44 idosos de ambos os sexos, sendo 22 moradores da comunidade e 22 moradores de instituições

asilares. Os idosos não-institucionalizados tinham idades compreendidas entre 63 e 89 anos ($71,68 \pm 6,45$ anos) e os idosos institucionalizados tinham idades compreendidas entre 61 e 89 anos ($74,86 \pm 8,89$ anos). Os idosos foram selecionados na comunidade e em instituições asilares da cidade de Descalvado e região. Todos os idosos entrevistados deambulavam sozinhos ou com auxílio de pessoas ou de algum tipo de órtese, mas os não-institucionalizados não saíam de suas residências ou quando saíam, só faziam com auxílio de uma outra pessoa há mais de seis meses. Foram excluídos aqueles idosos cadeirantes ou com baixa capacidade cognitiva. Os idosos participantes bem como os responsáveis pelas instituições asilares assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do CNS.

Procedimento

Foi utilizado o questionário Índice de Barthel que avalia a qualidade da execução de determinadas AVDs.

Os idosos foram identificados por meio de visitas a instituições asilares da cidade de Descalvado e região. Nas instituições foi feito um levantamento daqueles idosos que poderiam ser participantes do estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente. Quanto aos idosos não-institucionalizados, foram realizadas visitas a dois centros de saúde da referida cidade, onde foram coletadas informações sobre aqueles idosos que apresentavam dificuldade em sair de suas residências. De posse dessas informações e com o acompanhamento de uma agente comunitária do centro de saúde, foram realizadas visitas a estes idosos. Em seguida foi aplicado o Índice de Barthel nos idosos que estavam em concordância com os critérios estabelecidos.

O Índice de Barthel [4] se caracteriza por apresentar questões referentes a qualidade da execução de determinadas AVDs. São elas: função intestinal e da bexiga, capacidade de realização de cuidados pessoais, uso do banheiro, alimentar-se, capacidade de transferir-se da cama para cadeira ou ao contrário, mobilidade de forma geral, vestir-se, subir e descer escadas e banhar-se. Toda as atividades são pontuadas de zero (0) a um (1), zero (0) a dois (2) ou zero (0) a três (3) pontos. O máximo de pontos que uma pessoa pode atingir são vinte (20) pontos, sendo estes, representativos da melhor qualidade na realização das AVDs citadas.

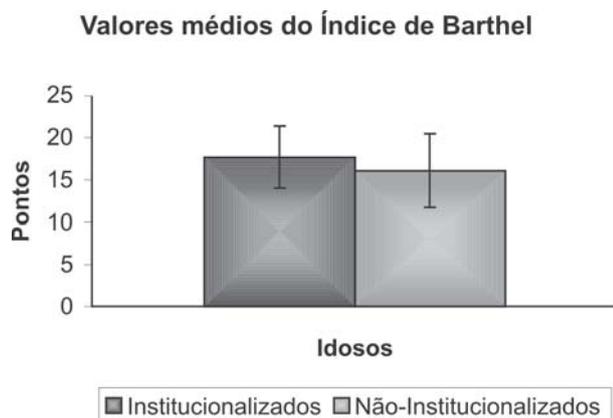
Os dados encontrados foram analisados por meio do teste T-Student, respeitando um nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Por meio da análise da Figura 1 é possível observar que não há diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a pontuação atingida pelos idosos institucionalizados ($17,72 \pm 3,70$) e os idosos não-institucionalizados com alta

permanência no lar ($16,09 \pm 4,38$). Também é possível destacar que, de acordo com o índice utilizado, os dois grupos estudados apresentaram valores próximos à pontuação máxima preconizada pelo teste.

Figura 1 - Valores médios e desvio padrão referentes às pontuações no Índice de Barthel de idosos institucionalizados e não-institucionalizados.



Vale ressaltar que de todas as atividades de vida diária propostas pelo Índice de Barthel, foi possível notar que o item "escadas" apresentou maior diferença entre os grupos (Figura 2). Na faixa etária de 60 a 69 anos, 60% dos idosos institucionalizados obtiveram pontuação máxima (2 pontos) neste quesito, sendo que nenhum idoso com alta permanência no lar apresentou esta pontuação. Nos idosos que se encontravam na faixa etária de 70 a 79 anos, 66% dos institucionalizados apresentaram pontuação máxima e 25% dos idosos que permaneciam no lar apresentaram a mesma pontuação. Quanto aos idosos com 80 a 89 anos, 66% dos institucionalizados e 55% dos com alta permanência no lar, apresentaram a Não-Institucionaliz

Figura 2 - Pontuação máxima obtida pelos sujeitos estudados para o item escadas do Índice de Barthel.



Discussão

Vêm sendo amplamente discutida na literatura as perdas funcionais que ocorrem com a senescência e, estas perdas,

acontecem nos mais variados sistemas orgânicos do corpo humano. Dentre estes sistemas que apresentam perdas funcionais podem ser citados os sistemas intestinal, urinário, visual e músculo-esquelético, entre outros [1,3].

A diminuição no funcionamento geral dos sistemas orgânicos do idoso também pode gerar um a diminuição na qualidade da execução de atividades de vida diária (AVDs) desta população. Segundo Thapa *et al.* [5], 45 a 70% dos idosos residentes em instituições sofrem quedas anualmente e esta taxa é duas vezes maior que em idosos não-institucionalizados. A maior prevalência de quedas em idosos institucionalizados talvez esteja correlacionada à maior inatividade destas pessoas e isto vem ao encontro do relato de Lichtenberg *et al.* [6] que afirmam que em idosos institucionalizados pode ser encontrada maior redução da cognição e esta pode estar associada com a diminuição da habilidade para desenvolver as AVDs.

As afirmações citadas estão em discordância com os resultados encontrados neste estudo se for considerada a população que, embora não-institucionalizada, permanece por tempo prolongado em suas residências. De uma pontuação máxima de vinte (20) pontos, tanto idosos institucionalizados como não-institucionalizados atingiram pontuações próximas, $17,72 \pm 3,70$ e $16,09 \pm 4,38$ pontos, respectivamente. Por outro lado a literatura aponta uma baixa sensibilidade do Índice de Barthel [4], falta de força discriminatória fina e introdução de subjetividade à avaliação feita por este índice [7]. Além disso, Rockood *et al.* [8] afirmam que o Índice de Barthel pode ser um instrumento útil para avaliação de indivíduos hospitalizados bem como de indivíduos com algum grau de demência. Dessa forma, estes relatos podem explicar a alta pontuação dos grupos, visto que eles possuem características pessoais diferentes daquelas em que o Índice de Barthel pode ser mais sensível, segundo os autores citados. Outro fator que pode explicar a alta pontuação dos grupos é o citado por Creel *et al.* [4] que afirmam que uma das limitações do Índice de Barthel inclui a possibilidade de apresentar o "efeito teto", especialmente quando não for utilizado em populações com características semelhantes às citadas.

Vale ressaltar que a não significância estatística encontrada demonstra que a qualidade da execução das AVDs para os dois grupos estudados é semelhante e que mesmo idosos que não são moradores de instituições asilares podem apresentar imobilismo e as conseqüências da inatividade. Segundo Xavier *et al.* [9] a percepção em relação à qualidade de vida para idosos está diretamente relacionada à saúde e, conseqüentemente, à funcionalidade e autonomia.

A partir destas constatações, mesmo levando em consideração as limitações do Índice de Barthel para a população estudada, algumas afirmações podem ser consideradas: a) idosos moradores de instituições asilares podem apresentar a mesma qualidade na execução de AVDs que idosos moradores da comunidade que permanecem por

longo tempo em suas residências; b) a semelhança na execução das AVDs talvez esteja amparada no imobilismo e não na situação de moradia. Ou seja, a adoção de um outro estilo de vida parece ser a alternativa mais adequada, pois segundo Rebelatto e Morelli [10] o imobilismo leva à maior perda de massa muscular, especialmente nos membros inferiores, podendo gerar maior grau de dependência com o passar do tempo. Robert Pires [11] afirma que a prática sistemática de atividade física pode produzir inúmeros benefícios aos idosos e, conseqüentemente, à qualidade de vida.

O exame dos dados encontrados também permite analisar novos aspectos relativos a importância das adequações ambientais e funcionais para os indivíduos idosos, independentemente de tais adequações serem implementadas em instituições formais ou nas próprias residências.

Conclusão

Por meio da análise dos resultados obtidos sugere-se que a qualidade na execução de algumas AVDs em idosos institucionalizados não difere significativamente de idosos não-institucionalizados que não saem de suas residências.

Referências

1. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 1ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
2. Ruchinskas RA et al. Cognitive status and ambulation in geriatric rehabilitation: walking without thinking? Arch Phys Med Rehabil 2000;81:875-82.
3. Lustri WR, Morelli JGS. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: Rebelatto JR; Morelli JGS. Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole; 2004. p.37-84.
4. Creel GL, Light KE, Thigpen MT. Concurrent and construct validity of scores on the timed movement battery. Phys Ther 2001;81(2):789-98.
5. Thapa PB, Brockman KG, Gideon P, Fought RL, Ray WA Injurious falls in nonambulatory nursing home residents: a comparative study of circumstances, incidence, and risk factors. JAGS 1996;44:273-8.
6. Lichtenberg PA et al. A preliminary investigation of the role of cognition and depression in predicting functional recovery in geriatric rehabilitation patients. Adv Med Psychol 1994;7:109-24.
7. Dickstein R, Hocherman S, Pillar T, Shaham R. Stroke rehabilitation. Three exercise therapy approaches. Phys Ther 1986;66(8):1233-8.
8. Rockood K, Stolee P, Fox RA. Use of goal attainment scaling in measuring clinically important change in the frail elderly. J Clin Epidemiol 1993;46(10):1113-8.
9. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people's definition of quality of life. Rev Bras Psiquiatr 2003;25(1):31-9.
10. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso. 1ed. São Paulo: Manole; 2004.
11. Robert Pires CM. Fisiologia do exercício aplicada ao idoso. In: Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2004.p.123-65. ■