



AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE, DESEMPENHO FUNCIONAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Autora: Renata Ferreira Marques de Medeiros; Co-autoras: Eva Jeminne de Lucena Araújo Munguba; Rubia Karine Diniz Dutra.

Faculdades Integradas de Patos- PB Email: fiponline.edu.br

INTRODUÇÃO

As variações nas alterações fisiológicas relacionadas à idade tornam o envelhecimento uma experiência heterogênea e subjetiva, onde podem estar envolvidos aspectos emocionais, cognitivos e interpessoais, podendo está associado à dependência do idoso e sua satisfação com a vida.¹ O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.² Idosos que vivem em ambientes institucionalizados, o ócio e a inatividade são comuns, predominando a desocupação e a manutenção da disfunção, além da diminuição da interação com o meio e a perda de contatos sociais. Este fato ocorre devido principalmente a dois fatores: as incapacidades, uma vez que a mobilidade e a energia no idoso tendem a diminuir, e ao isolamento, por ser um ambiente restrito.³ Diante disso, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a fragilidade, funcionalidade e satisfação com a vida de idosos institucionalizados, de forma que fosse possível analisar outros objetivos como: caracterizar os idosos quanto ao perfil biodemográfico; observar o nível de fragilidade e funcionalidade e relacionar a funcionalidade com a satisfação de vida dos idosos. Levando em considerações, as alterações no idoso e limitações que os mesmos apresentam, este estudo contribui para avaliar as condições existentes no âmbito institucional, de modo que possam catalogar o nível de fragilidade e funcionalidade dos idosos bem como a satisfação com a vida, estimulando a adoção de atividades preventivas e assistências para a população institucionalizada, contribuindo para o envelhecimento saudável, com satisfação e qualidade de vida. Esta pesquisa possui relevância diante da realidade do idoso e nas políticas de saúde, sendo ela de caráter acadêmico e científico melhorando assim o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a temática da geriatria. Além disso, auxilia no aumento das fontes de pesquisas nesta área.

METODOLOGIA

A pesquisa caracteriza-se como um estudo de análise descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. A população foi composta por 20 idosos com idade acima de 60 anos que se encontrava em duas instituições de longa permanência na cidade de Patos- PB. A amostragem foi constituída por 12 idosos. Para avaliar o perfil biodemográfico foram utilizadas questões relacionadas ao padrão de vida dos indivíduos como identificação, escolaridade, tempo de residência e medidas físicas. Outro instrumento empregado foi o MEEM, utilizado para avaliar a função cognitiva, onde avalia orientação temporal/espacial, memória imediata, cálculo, evocação de palavras, nomeação, repetição, comando, leitura, redigir frase e cópia de desenho. Os escores medianos por escolaridade são: analfabetos 20; escolaridade 1- 4 anos 25; 5 – 8 anos 26; 9 – 11 anos 28 e superior a 11 anos 29. O fenótipo fragilidade foi avaliado através de um protocolo padronizado da rede de estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA, que é usado para verificar os cinco itens descritos como componentes do fenótipo de fragilidade: perda de peso, exaustão, nível de atividade física, lentidão na marcha e fraqueza muscular. Idosos que tivessem resultados positivos em três ou mais dos cinco itens avaliados para identificação do fenótipo são considerados frágeis; aqueles com um ou dois resultados positivos, pré-frágeis; e aqueles com todos os testes negativos para fragilidade são considerados robustos e não frágeis. A capacidade funcional dos indivíduos foi avaliada com o Índice de Barthel, o protocolo foi composto por dez áreas de AVDs que incluíam controle dos esfíncteres anal e vesical, cuidados pessoais, toalete pessoal, alimentação, transferência, andar em superfície plana, propulsão de cadeira, vestir e despir-se, subir e descer escadas e uso de banheiro. O resultado final variou entre 0 a 20 pontos, variando de dependentes e independentes. Na avaliação da satisfação com a vida foi utilizado a Escala para Medida de satisfação de Vida, onde foi avaliado o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação referenciada a três domínios- saúde e capacidade física; saúde capacidade mental e envolvimento social, do sujeito e dele próprio comparando-se com pessoas de sua idade. A avaliação foi feita em uma escala de cinco pontos, variando de “muito pouco satisfeito” a “muitíssimo satisfeito”. Os dados foram tratados através de estatística descritiva, realizada de forma ordenada e coerente, facilitando a interpretação dos objetivos da pesquisa, sendo utilizada a planilha eletrônica, SPSS versão 16.0 para Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de 12 idosos que se encontravam em duas instituições de longa permanência, onde os mesmos participaram de aplicações de questionários e testes para que fosse possível a realização desta

pesquisa. Inicialmente os dados descritos são referentes às características biodemográficas dos participantes: gênero, idade, escolaridade, medidas físicas e tempo de residência. No que se refere ao gênero observou-se prevalência do gênero feminino (n=7; 58%), resultado similar ao encontrado no estudo de Freitas e Sheicher⁴ que avaliava qualidade de vida onde predominou o gênero feminino, o mesmo supõe que esses valores sejam devido a expectativa de vida das mulheres ser maior em relação aos homens, fatores que favorecem o ingresso em instituições de longa permanência. Em relação à faixa etária dos participantes observou-se média de idade de 77,83 (DP=9,35) anos. Nossa pesquisa corrobora ainda com Lenardt⁵, onde em sua pesquisa sobre a condição de saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência diz que a idade média das idosas foi de 79,82 (DP=8,23). Enquanto à escolaridade observou-se que 50% (n=6) eram analfabetos, 42% (n=5) relataram ter ensino fundamental incompleto, e 8% (n=1) possuíam ensino médio completo. Corroborando com o estudo de Freitas et al⁶, realizada com idosos institucionalizados de Fortaleza- CE, onde observaram o predomínio de idosos analfabetos (51%). No que se refere às medidas físicas foram analisados: peso, altura e o índice de massa corporal (IMC). O cálculo do IMC foi obtido por meio da equação [peso atual (Kg)/ estatura (m)²]. A média apresentada foi de 25,74 (DP=5,78) com classificação de sobrepeso (25- 29,9Kg/m²). O tempo de instituição variou de menos de 6 meses a mais de 4 anos, sendo a média e o maior percentual 41% (n=5) dos idosos encontravam-se institucionalizados pelo período de mais de 4 anos. Resultado semelhante foi verificado em estudo realizado em ILPI no Distrito Federal-DF, onde se observou grandes períodos de institucionalização, mostrando ainda que o tempo máximo fora de 28 anos.⁷ Os dados obtidos após a aplicação do MEEM variou de zero até o máximo de 30 pontos. A média de pontuação no MEEM obtida pela amostra foi de 12,83 (DP=4,85), que corresponde a um estado cognitivo baixo. Uma das hipóteses que podem explicar a associação entre demência e baixa escolaridade, é a menor capacidade de compensação de déficits cognitivos ente os indivíduos com baixa escolaridade, enquanto o padrão neuropsicológico do comprometimento cognitivo em indivíduos com escolaridade alta é diferente, estando algumas áreas cerebrais mais preservadas do que outras.⁸ Quanto ao fenótipo de fragilidade pôde-se observar que 100% da população é frágil, onde foram analisados através de 5 critérios. No componente perda de peso a prevalência foi: perda de peso < 4,65, correspondente a 75% (n=9). Em consonância com este trabalho, pesquisa realizada por Remor⁹, a perda de peso não intencional característica das manifestações da síndrome da fragilidade estão diretamente relacionadas com idosos frágeis que possuíam inatividade e capacidade funcional diminuída. Em relação à exaustão houve prevalência de < 2 pontos, 67% (n=8) na maioria dos participantes. Para este critério, os idosos que obtiveram escore 2 ou 3

em qualquer uma das questões perguntadas preencheram o critério de fragilidade para este item. Este lado pode ser justificado pela diminuição da idade e a não realização de atividade física contínua, como relatam estudos que informam que possíveis causas de cansaço, exaustão e fadiga incluem a falta de atividade física, sarcopenia, anemia e desnutrição.¹⁰ No nível de atividade física, a prevalência foi de 58% (n=7), onde a maioria não realizava atividade física, sendo considerados não ativos/sedentários. Em concordância com o nosso estudo, os resultados do estudo de Oliveir¹¹, demonstraram que a maioria dos idosos eram sedentários sendo à média de 97,7%. A força de preensão palmar foi avaliada através do dinamômetro, onde foi considerado o valor da média de três tentativas. A força obtida foi de 12,65Kgf (DP=10,14), sendo considerada diminuída. Para justificar esses achados Lindle¹², relata que a força muscular reduz com a idade, acompanhada por uma perda de massa muscular e pelo aumento na gordura. No que se refere a lentidão para mensurar a velocidade da marcha, o idoso foi orientado a caminhar normalmente em uma distância de 4,6 metros. O teste foi realizado três vezes com cada idoso, sendo considerado apenas o último valor. A velocidade da marcha usual teve como média 33,16s (DP=15,47), sendo classificado como marcha lenta/lentidão. A velocidade da marcha está relacionada ao nível de mobilidade e funcionalidade. Idosos com baixa velocidade de marcha permanecem limitados ao interior de suas casas. Uma velocidade inferior a 0,42m/s é preditor de dependência funcional.¹³ A capacidade funcional foi avaliada através do Índice de Barthel, onde foi obtida uma média de pontuação 16,75 (DP=2,95), sendo os idosos classificados como independentes. De acordo com os estudos de Guedes e Silveira¹⁴, ao aplicarem o Índice de Barthel em idosos institucionalizados da cidade de Passo Fundo-RS, também encontraram a prevalência de sujeitos considerados independentes, correspondendo a 59,63% da amostra. No que se refere a satisfação com a vida, a avaliação foi feita em através de uma escala de cinco pontos, variando de “muito pouco satisfeito” com uma pontuação mínima de 12 a muitíssimo satisfeito” com pontuação máxima de 60. A média alcançada foi de 32,17 (DP=7,81), apresentando uma pontuação equivalente a mais ou menos satisfeita. Para Barros¹⁵, a satisfação com a vida é relacionada com a forma como cada residente institucionalizado vê a sua doença, a sua institucionalização e o propósito da sua vida. Em relação a correlação entre a capacidade funcional e satisfação com a vida verificamos que não houve correlação significativa entre as variáveis onde $r = 0,55$ e $p = 0,06$.

CONCLUSÃO

Conforme o objetivo exposto neste trabalho foi possível avaliar a fragilidade, funcionalidade e satisfação dos idosos que residiam em instituições de longa permanência, evidenciando que os idosos das instituições pesquisadas são fragilizados e mesmo assim apresentaram uma independência nas suas atividades. Averiguou-se que a satisfação com a vida não foi totalmente satisfatória, observando-se também que não houve uma correlação significativa quanto à capacidade funcional e satisfação com a vida dos idosos. É necessário que o idoso assuma seu papel como participante ativo no processo de envelhecimento, com adoção de hábitos saudáveis e de um estilo de vida ativo, o que proporcionará um menor impacto tanto para ele quanto para o ambiente na qual está inserido. A fisioterapia pode apresentar resultados significativos nessa população, levando ao aumento da amplitude movimento (ADM), melhor desempenho na realização das (AVDs), melhora da marcha, equilíbrio, proporcionando uma melhora qualidade de vida para esse idoso.

REFERÊNCIAS:

- 1 Teixeira INDO. Fragilidade Biológica e Qualidade de Vida na Velhice. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice: Um enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p. 151-171.
- 2 Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. Ver Psicol Teoria Pes. 2004; 20: 153-64.
- 3 Arribada MC. Occupational therapy in rheumatology. Rev Chil Reumatol. 2004; 20:183-183.
- 4 Freitas MA, Scheicher ME. Universidade Estadual Paulista. Departamento de Educação Especial, Curso de Fisioterapia. Marília: Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010; 13: 40-395.
- 5 Lenardt MH et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no mini exame do estado mental. Acta Paul Enferm. 2009; 22: 638-44.
- 6 Freitas MC et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prealência e fatores de risco. Rev Gaucha de Enferm. 2011; 32: 143-50.
- 7 Araújo NP et al. Aspectos sociodemográficos de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados do Distrito Federal. Rev Ciênc Med. 2008; 17: 123-32.

- 8 Bertocci PHF et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52: 1-7.
- 9 Remor CB. Características relacionadas ao perfil de fragilidade do idoso. *Sci Med*. 2011; 21: 303-310.
- 10 Chaves PHM, Semba RD, Leng SX. Impacto f anemia and cardiovascular disease on frailty satatus of community-dwelling older women: the womens health and aging studies I and II. *Rev Gerontol Med Sci*. 2005; 60: 729-735.
- 11 Oliveira PB. [Dissertação] avaliação das condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência/ Uberaba – MG. 2002. 182fls.
- 12 Lindle RS, Metter EJ, Lynch NA. Age and gender comparasons of muscle strength in 654 women and men aged 20-93 yr. *Rev J Appl Physiol*. 1997; 83: 1581-17.
- 13 Tinetti ME et al. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *Rev Journal of the American Geriatrics Society*. 1995; 43: 1214-1221.
- 14 Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. *Rev Bras de Cien do Envelh Hum*. 2004; 10: 10-21.
- 15 Barros C. [Dissertação] Bem-estar subjetivo, Atividade física e Institucionalização em Idoso. FADEUP/Porto.2006. 112fls.