

IDOSOS ASILADOS: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O DÉFICIT DE EQUILÍBRIO, O DÉFICIT COGNITIVO E A CAPACIDADE FUNCIONAL

ELDERLY NURSING HOME: COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN THE BALANCE DEFICIT, THE COGNITIVE DEFICIT AND FUNCTIONAL CAPACITY

Vanessa Fernandes

Graduanda em Fisioterapia, Universidade Braz Cubas, UBC. Mogi das Cruzes, SP-Brasil

Sérgio T. T. de Freitas

Professor Mestre da Universidade Braz Cubas, UBC. Mogi das Cruzes, SP-Brasil

Ana Zahira Bassit

Professora Dra. da Universidade Braz Cubas, UBC. Mogi das Cruzes, SP-Brasil

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a relação entre o déficit de equilíbrio e cognitivo de idosos institucionalizados, demonstrando o impacto dessas deficiências na capacidade funcional desses idosos. Foram avaliados 42 idosos e após a análise dos critérios de exclusão realizaram os testes 28 idosos com idade entre 63 e 94 anos, sendo 15 mulheres e 13 homens. Foram excluídos idosos acamados, sem capacidade de deambulação, verbalização e compreensão, com deficiências visuais e auditivas graves, portadores de hemiplegia e com tempo de internação menor que um ano. Os instrumentos utilizados foi a Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB) validada por Berg et al. (1992), o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) elaborado por Folstein et al. (1975) e o Índice de Funcionalidade de Barthel. Dito isto, o estudo mostrou que a funcionalidade pode ter como um fator limitante o déficit de equilíbrio, mas não somente ele, e o déficit cognitivo não alteram por completo a funcionalidade física, mas pode ser um fator determinante para a institucionalização. Conclui-se que idosos podem ser institucionalizados, não só por incapacidade física, mas sim por incapacidade de cognição o que dificulta a relação com o meio social e familiar.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cognitivo, Funcionalidade.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the relationship between cognitive deficit and balance of elderly subjects, demonstrating the impact of these deficiencies in the functional capacity of the elderly. We evaluated 42 elderly, and after reviewing the exclusion criteria underwent the tests 28 seniors aged 63 and 94 years, 15 women and 13 men. We excluded elderly bedridden, unable to walk, verbalization and understanding, with visual and hearing impairment, patients with hemiplegia and length of stay less than one year. The instruments used were the Functional Balance Scale Berg (BBS) validated by Berg et al. (1992), the Mini-Mental State Examination (MMSE) developed by Folstein et al. (1975) and the Barthel Index of Functionality. That said, the study showed that the functionality may be a limiting factor as the balance deficit, but not only him, and cognitive impairment not completely alter the physical functionality, but can be a determining factor for institutionalization. We conclude that elderly patients may be institutionalized, not only by physical disability, but cognitive disability which hinders the relationship with the social environment and family.

Key-words: Oldness, Cognitive, Functionality.

INTRODUÇÃO

No Brasil, devido ao aumento da expectativa de vida, ocorreram mudanças consideráveis no perfil demográfico. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), dados colhidos no censo 2002, mostram que a população com 60 anos ou mais é de 14,5 milhões, o que corresponde a 8,8% do total da população (IBGE, 2003; OMS, 2005).

Com o processo de envelhecimento populacional ocorreram também o aumentando da demanda de instituições de longa permanência que abrigam idosos de várias idades e de diversas condições econômicas (BRASIL, 2005). A institucionalização asilar é uma situação estressante e desencadeia diversos problemas físicos, emocionais e psicológicos (RIBEIRO et al, 2001; BARTHOLO, 2003).

Neste ambiente, o idoso quase sempre se vê isolado do convívio social e adota um outro estilo de vida, tendo que se adaptar a uma rotina de horários, compartilhar seu ambiente com desconhecidos e enfrentar a distância da família (PORCU et al, 2002).

Esses idosos tendem a apresentar sinais de depressão, autodesvalorização, fadiga e déficits cognitivos como falta de concentração e memória. Associam-se a este quadro insônias, perda de apetite, alterações psicomotoras, de equilíbrio, de coordenação e, finalmente, da funcionalidade (WILLIAMS, 2002; LACOURT & MARINI, 2006). A diminuição da funcionalidade causada pela falta de estímulos pode ser definida como um grau extremo de dificuldade para a realização das atividades de vida diária, principalmente quanto à própria higiene e alimentação (RAMOS & NETO, 2005; CHRISTOFOLETTI, 2006).

OBJETIVO

O presente estudo teve o objetivo de analisar a relação entre o déficit de equilíbrio e cognitivo de um grupo de idosos institucionalizados, demonstrando o impacto dos resultados na capacidade funcional.

METODOLOGIA

Participaram do estudo 42 idosos residentes em uma instituição localizada em Mogi das Cruzes, e após a análise dos critérios de exclusão, realizaram os testes 28 idosos com idade entre 63 e 94 anos, com média de 75, 75 anos de idade, sendo 13 homens e 15 mulheres.

Para a avaliação do equilíbrio foi utilizada a Escala de Equilíbrio Funcional de Berg (EEFB) composta por 14 tarefas funcionais específicas em diferentes bases de apoio envolvendo equilíbrio estático e dinâmico como alcançar objeto, transferir-se, manter-se em pé, girar e levantar-se (figura 1). A avaliação é observacional e pontuada com variação de 0 - 4 com total de 56 pontos. Sendo que na amplitude de 56 a 54 cada ponto a menos é associada a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas, de 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100% (BERG et al. 1995).

Para a análise do estado cognitivo foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) que faz parte de testes neuropsicológicos, tais como o The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), o Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly (CAMDEX-R) e o A Structured Interview for the Diagnosis of Dementia (SIDAM) (LOURENÇO & VERAS, 2006). Ele é constituído por sete categorias específicas para avaliar funções cognitivas específicas, como orientação de tempo, espaço, memória e linguagem. O MEEM tem escore máximo de 30 pontos, sendo considerado o escore de 24 pontos para nota de corte da publicação original,

onde o indivíduo com pontuação abaixo disso apresenta características de déficit cognitivo, podendo ser compatível com demência (BRUCKI, 2003).



Figura 1. Aplicação da Escala de Barthel.

Para a análise da funcionalidade foi utilizado o índice de Barthel, pois estudos mostraram que as atividades propostas possuíam boa correlação na avaliação funcional de idosos, medindo o grau de assistência usando dez atividades básicas como alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga e intestino, transferências, deambulação e subir ou descer escadas. A pontuação máxima é de 100 pontos, sendo que até 20 o indivíduo possui dependência total, de 21 a 35 dependência grave, 36 a 55 dependência moderada, 56 a 60 dependência leve e de 61 a 100 o indivíduo é considerado independente para as AVDs.

A análise estatística consistiu em analisar o grau de equilíbrio com a idade dos idosos, assim como o grau cognitivo, buscando a média de idade de maior comprometimento destas atividades e, posteriormente relacionar os déficits encontrados com o grau de funcionalidade obtido através da Escala de Barthel. Para a análise dos dados estatísticos foi utilizado o índice de Pearson com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O presente trabalho foi aprovado dia 07 de maio de 2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº 194-A/2008) da Universidade Braz Cubas em Mogi das Cruzes, SP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados coletados revelou que a maioria dos idosos possuía um grau cognitivo muito abaixo do esperado, mantendo uma média de 12,1 pontos no escore do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), caracterizando um aspecto demencial. Porém, o resultado da avaliação da Escala de Barthel se manteve em níveis de independência total, com uma média de 82,5 pontos. Esses dados mostram que o fator cognitivo não está diretamente relacionado com a capacidade funcional (índice de Pearson com média de -0,0093), comprovando que mesmo com as alterações cognitivas, os idosos mantêm a atividade funcional. Na escala de Berg, os idosos possuíram um escore mediano, com pontuação de 39,9 (tabela 1). Isso mostra que o fator equilíbrio não está relacionado com o caráter cognitivo (índice de Pearson com média de 0,5420), podendo ter fatores causais, como uma doença de base ou o próprio envelhecimento. Portanto, o presente estudo mostrou que a funcionalidade pode ter como um fator limitante o déficit de equilíbrio, mas não somente ele, e o déficit cognitivo não altera por completo a funcionalidade física, mas pode ser um fator determinante para a institucionalização.

Tabela 1. Médias de Pontuação nos idosos asilados.

ESCALAS APLICADAS	MÉDIAS DO SCORE
MEEM	12,1
BARTHEL	82,5
BERG	39,9

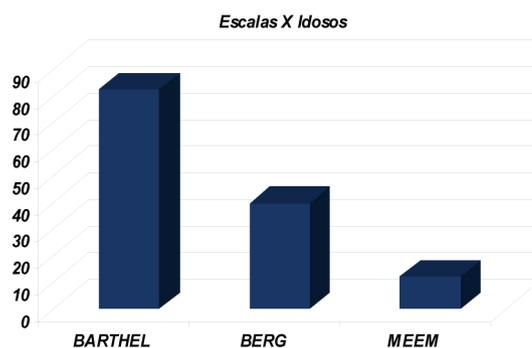


Gráfico 1. Média de Pontuação.

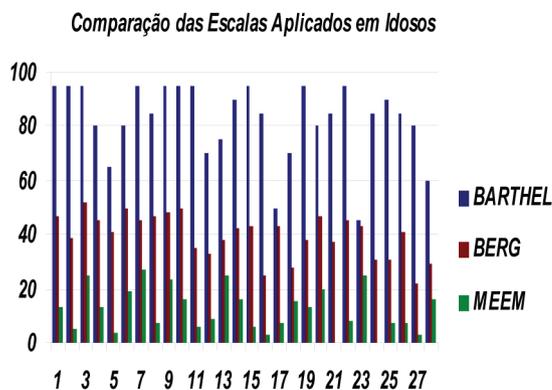


Gráfico 2. Pontuação das Escalas.

Diversos estudos evidenciam as desigualdades de condições de saúde entre as mulheres e os homens idosos, tanto nos países mais desenvolvidos, quanto no Brasil (BRASIL, 2004). De maneira geral, as mulheres possuem uma sobrevivência superior à dos homens, porém, este fato não está associado à qualidade de vida em relação às condições de saúde. As mulheres possuem a tendência a reportar maiores dificuldades funcionais do que os homens. Dados estatísticos mostram que em 2003, no Brasil, as taxas de prevalência de dificuldade na deambulação por 100m foram de 17,6%, para os homens idosos, e de 26,6%, para as mulheres (JAGGER, 2002).

Recentemente, estudos brasileiros apontaram que as disparidades na renda e educação são fatores fundamentais para explicar essas diferenças no risco de incapacidade funcional dos idosos (PARAHYBA & MELZER, 2004).

O declínio da capacidade funcional está relacionado a diversos fatores, como a falta de atividade físico-intelectual, além de alterações comportamentais como a depressão. Bustamente et al. (2003), em alguns de seus estudos sobre a relação do desempenho funcional dos idosos e sua capacidade cognitiva, revelou que há um alto índice correlacional entre os idosos com atividade funcional diminuída e o fator demencial, mostrando, ainda, que existe uma maior proporção em indivíduos do sexo feminino (BUSTAMENTE et al., 2003).

Marra et al. (2007), mostra em seus estudos a correlação de idosos com a não realização de atividade física, um índice considerável de indivíduos com algum nível de demência. Da mesma maneira, Cavalini & Chor (2003) mostraram a importância da atividade física e dos estímulos intelectuais para os idosos residentes de instituições, pois os idosos que aderiram ao programa de atividades físicas da instituição apresentaram uma deficiência cognitiva duas vezes maiores que os idosos que realizavam exercícios físicos regularmente (CAVALINI & CHOR, 2003; MARRA et al., 2007).

No estudo de Maciel e Guerra. (2005), observaram uma forte associação da alteração funcional com o equilíbrio e um índice variável na idade, ou seja, a maioria dos idosos pertencia à faixa etária acima de 75 anos. Este fato tem explicação pela própria característica do processo de envelhecimento, principalmente nos idosos residentes em instituições que não oferecem programas de incentivo à atividade física e mental, colocando, assim esses indivíduos em risco de quedas constantes (MACIEL & GUERRA, 2005).

Parahyba & Melzer (2004) demonstrou em um estudo de análise funcional de idosos institucionalizados que, a incapacidade funcional entre os idosos tem caráter progressivo em relação ao avanço da idade, porém verifica-se a existência de idosos com idade avançada, mas com um grau fisiológico de atividades funcionais (PARAHYBA & MELZER, 2004).

CONCLUSÃO

Portanto, este estudo mostrou que neste grupo de idosos o déficit de equilíbrio foi um fator limitante para a funcionalidade, aumentando o risco de quedas, mas pode ocorrer de maneira independente do fator cognitivo, estando associado a outras causas como o próprio envelhecimento. O déficit cognitivo não influenciou diretamente na perda da funcionalidade física, mas pode dificultar a relação social e familiar, tendo colaborado para o processo de institucionalização (gráficos 1 e 2).

REFERÊNCIAS

BARTHOLO, M. E. C. No último degrau da vida: um estudo no asilo Barão de Amparo, no município de Vassouras. Vassouras: **Revista de Mestrado em História**, 2003.

BERG, K; WOOD-DAUPHINEE, S; WILLIAMS, J. I. The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke. **Scand. J. Rehab. Med.** v. 7, 1995.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção de População do Brasil por sexo para o período 1980-2050. **Revisão 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>**

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 810; 2005.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.** v.

61, n. 3-B, 2003.

BUSTAMANTE, S. E. Z, et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 601, n. 3-A, 2003.

CAVALINI, L. T. & CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 6, n. 1, 2003.

CHRISTOFOLETTI, G et al. Risco de quedas em idosos com Doença de Parkinson e Demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, 2006.

CORREIA, M. V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA. **Rev. Psiq. Clín.** v. 35, n. 4, 2008.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2002.** Rio de Janeiro, 2003.

JAGGER, C. & MATHEWS, F. Gender differences in life expectancy free of impairment at older ages. **J. Women Aging.** v. 14, n. 1-2, 2002.

LACOURT, X. M & MARINI, L. L. Decréscimo da função muscular decorrente do envelhecimento e a influência na qualidade de vida do idoso: uma revisão de literatura. **RBCEH – Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.** Passo Fundo, p.114-121, 2006.

LOURENÇO, R. A & VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública.** 2006.

MACIEL, A. C. C. & GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Rev. Bras. Cien. e Mov.** v. 13, n. 1, 2005.

MARRA, T. A. et al. Atividades de vida diária de idosos com demência. **Rev. bras. Fisioter.** v. 11, n. 4, 2007.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde;** 2005.

PARAHYBA, M. I. & MELZER, D. Income inequalities and disability in older Brazilians. Abstracts of the European Congress of Epidemiology. Porto, Portugal. **J. Epidemiology Community Health,** 2004.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum,** v. 24, n. 3, 2002.

RAMOS, L. R & NETO, J. T. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar – UNIFESP- Escola Paulista de Medicina – Geriatria e Gerontologia.** São Paulo: Manole; 2005.

RIBEIRO, C. et al. **Idosos e família: asilo ou casa. In: A felicidade do possível.** RIBEIRO, C. Edições Academia. Rio de Janeiro, 2001.

WILLIAMS, A. K. **Depressão e função no idoso.** In: GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia Geriátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.