



10º Seminário de Extensão

ATIVIDADE COM MÚSICA PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Autor(es)

DANIELA LOYOLA VIANNA DE ANDRADE

Orientador(es)

MARÍLIA MANTOVANI SAMPAIO BARROS

Apoio Financeiro

FAE/UNIMEP

1. Introdução

A população de idosos vem aumentando nos últimos anos, conseqüência do aumento da expectativa de vida, avanço da ciência e da medicina. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização das Nações Unidas (ONU -2000) o número de pessoas com mais de 60 anos, chega a 646 milhões. A partir desses dados, pode-se notar a importância de estudos que visam melhorar a qualidade de vida dessa população emergente, já que as pessoas estão vivendo mais. O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que se alteram progressivamente no organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas (Papaléo NETTO, 1996).

Com o decorrer dos anos, as alterações fisiológicas levam o indivíduo a problemas de saúde que ocasionam restrições funcionais, quanto à possibilidade de realizar atividades de vida diária (AVDs), levando à perda da independência física e social (PEREIRA et al, 2001). A internação do idoso em uma instituição de longa permanência pode representar uma alternativa para a família, frente a não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o idoso necessita (CHAIMOVICZ e GRECO, 1999).

A atividade física constitui uma forma de envelhecer ativamente para os idosos, mesmo que asilados, para que possam adquirir autonomia e independência por mais tempo, com melhor auto-estima (DAVIS, 1997; FOX, 1997 e HASSE, 2000).

Sendo feita regularmente, a atividade física exerce efeito positivo na preservação da massa óssea; é uma excelente maneira de prevenir fraturas, promover maior fixação de cálcio nos ossos, auxiliar na prevenção e no tratamento da osteoporose; além de diversos benefícios comprovados na literatura (NÓBREGA et al 1999). Por outro lado, mediante as alterações causadas pelo processo de envelhecimento, os riscos para a prática de atividades físicas são maiores nos idosos (FLEMING, 1993).

Um estudo prévio, realizado em uma população de 127 idosos do Lar dos Velinhos da Piracicaba, em 15

anos de seguimento, as patologias mais prevalentes encontradas foram as reumatológicas, seguidas das especialidades ortopédica e neurológica. As patologias dependeram da raça e da idade; as incapacidades apresentadas dependeram da ocupação dos idosos, anterior à aposentadoria, e da duração do tratamento de fisioterapia; ambas dependeram do gênero (SAMPAIO 2005; 2006; 2008). Este estudo avaliou idosos, sobretudo os institucionalizados, para reconhecer o perfil da população em questão, aplicar uma atividade física com música, como forma de promover interação social, prevenção de fatores de risco associados e bem estar para os idosos.

2. Objetivos

Identificar as principais queixas dos idosos, alterações de equilíbrio e da capacidade funcional, traçar um perfil para que possam realizar uma atividade física com música, minimizando fatores de risco e fomentando a interação social, como forma de melhorar a qualidade de vida dos idosos asilados.

3. Desenvolvimento

Com o objetivo de traçar um perfil dos idosos, além de identificar as patologias existentes e predisponentes, alterações de equilíbrio e da capacidade funcional, foi utilizada uma ficha de avaliação, investigadas as principais queixas, os antecedentes pessoais e familiares e o uso de medicamentos. Para avaliação do equilíbrio foi utilizado o Teste de Equilíbrio (BERG et al, 1992; MIYAMOTO, 2004), no qual os avaliados eram submetidos a 14 tarefas e analisados mediante pontuação obtida, com escore de 0 a 4 para item, cuja pontuação total era 56 pontos. O teste foi realizado de forma padronizada para cada item, onde foi demonstrado a maneira de realização do teste e cronometrado o tempo em que o idoso havia realizado a tarefa solicitada.

Os resultados foram analisados e pontuados segundo REUBEN et al (1990) e REUBEN & SIU (1990).

4. Resultado e Discussão

Foram avaliados 18 idosos, moradores do Lar dos Velhinhos de Piracicaba. As três tabelas anexadas demonstram, respectivamente, as análises quantitativas dos dados característicos da população, assim como do teste de equilíbrio e da performance física ou capacidade funcional. De acordo com os resultados encontrados podemos perceber que 50% da amostra apresentaram 70 a 80 anos e 33,3% dos idosos mais de 80 anos. GUTMAN (1996) demonstrou que é possível que brasileiros com 65 anos apresentem taxas de dependência física e demanda por asilos similares às de idosos europeus, com 75 anos ou mais. Quanto ao gênero, obtivemos uma amostra onde o número de idosos e idosas foi equivalente. CHAIMOVICZ e GRECO (1999) pesquisaram que a institucionalização parece ser, em grande parte, uma questão feminina. A independência, a autonomia e a liberdade nas atividades básicas e instrumentais de vida diária são necessidades básicas dos idosos, sendo que muitas vezes o preconceito é fator que restringe a procura por instituições do tipo asilo ou lar. Na instituição em questão, existe a possibilidade de triagem do idoso, em se estabelecer em chalés, tipo moradia para idosos independentes ou pavilhões coletivos, onde convivem necessariamente com outros idosos, com capacidades funcionais semelhantes. A maioria (55,6%) residia em pavilhões coletivos, onde se encontrou complicação motora, sensorial e/ou mental; além de maior

dependência de auxílio para realização de suas atividades básicas. Nessa amostra 44,4% dos idosos demonstraram independência funcional, além de melhores condições de saúde, como pré-requisitos para se estabelecerem individualmente nos chalés internos à instituição. Todos os idosos entrevistados (18) relataram fazer uso de medicamentos. Apesar dos esforços despendidos para que os idosos tenham uma velhice cada vez mais ativa e saudável, a maioria é dotada de algum tipo de incapacidade física nessa fase, o que vem acompanhada de inúmeras queixas (DIOGO & DUARTE, 2002). Dentre as principais queixas encontradas nesse estudo, estiveram presentes relatos de cansaço crônico; dores nas regiões próximas à coluna vertebral (44,4% cada uma) e presença de dor difusa (38,9%), sendo relatadas uma ou mais queixas no mesmo entrevistado. Os antecedentes familiares representaram informação importante, já que existem patologias de etiologia genética, causando incapacidades permanentes e mortalidade em idosos. A hipertensão arterial sistêmica (44,4%) ocupou o maior destaque entre aos antecedentes, enquanto que as cardiopatias vêm a seguir (33,3%). Com relação aos antecedentes pessoais, as fraturas prévias (38,9%) e a hipercolesterolemia (33,3%) ocuparam destaque. Durante o processo de envelhecimento os ossos ficam mais frágeis, ocorre perda da massa óssea e da força muscular, gerando dificuldade na manutenção do equilíbrio, com maior risco de fraturas (FERREIRA, 2003), vide tabela 1.

HORAK e MACPHERSON (1996) pesquisaram que a integração dos vários sistemas corporais, sob o comando central é fundamental para o controle do equilíbrio corporal. O desempenho desses sistemas reflete diretamente nas habilidades do indivíduo em realizar tarefas cotidianas, ou seja, na capacidade funcional. Para o teste de equilíbrio utilizou-se a Escala de Equilíbrio (BERG et al, 1992; MIYAMOTO, 2004), com 14 tarefas diferentes, com escore de 0 (incapaz de realizar a tarefa) a 4 (muito capacitado) pontos em cada uma, o que demonstrou o equilíbrio e a capacidade ou não do idoso para executá-las. O resultado foi dividido em dois grupos. Aqueles que atingiram de 29 (pontuação mínima atingida) a 40 pontos (27,8%) e a maioria que atingiu de 41 a 56 pontos (72,2%), onde o escore 56 representava a pontuação máxima. Pôde-se concluir que a maior parte dos idosos avaliados apresentou uma pontuação de razoável a boa neste teste, já que a maioria se apresentava independente nas atividades propostas, demonstrando equilíbrio considerado razoável a bom (tabela 2).

Utilizou-se o teste da Performance Física (TPF), segundo REUBEN et al (1990) e REUBEN & SIU (1990), como forma de se avaliar as atividades de vida diária, incluindo as básicas e as instrumentais, na qual a performance física foi avaliada de forma global. O TPF constou de sete itens ou tarefas, que consistiam das seguintes atividades: escrever uma sentença; simular a atividade de comer; vestir e tirar um jaleco; girar 360 graus em pé; erguer um livro e colocá-lo em uma estante; pegar uma moeda pequena do chão e caminhar uma distância de 15,2 metros. O escore de avaliação é determinado por uma escala de pontuação de cinco pontos (0 a 4), tendo como pontuação máxima 4 (“muito capacitado”) e mínima 0 (“incapaz de realizar a tarefa”), onde a pontuação final varia entre 0 e 28 pontos. O TPF envolveu a performance de tarefas diárias usuais, de fácil compreensão, diminuindo a necessidade de instruções mais detalhadas. Observou-se que embora a pontuação total fosse de 28 pontos para os sete itens avaliados, a maioria dos idosos (72,2%) obteve 16 pontos, em média, ou seja, representando pouco mais da metade das habilidades necessárias para as atividades de vida diária (57,1%), justificando pertinente a institucionalização para a maioria. Os escores mais baixos estiveram entre as atividades de vida diária como escrever uma sentença padrão; vestir e tirar um jaleco; girar 360 graus e caminhar uma distância de 15,2 metros, ou seja; 7,6 metros para frente, girar 180 graus e caminhar 7,6 metros de volta até a linha de chegada. A utilização do teste também se justifica para avaliar a possibilidade de quedas, além de prescrever a necessidade de institucionalização e monitorar a expectativa de vida. As dimensões avaliadas nas sete tarefas foram as funções motoras fina e grossa do membro superior, o equilíbrio, a mobilidade, a coordenação e a resistência física (tabela 3).

5. Considerações Finais

A partir dos resultados preliminares encontrados, pode-se concluir que os idosos entrevistados e avaliados, possuíam perfil satisfatório para a realização de atividades físicas de baixo custo energético, mediante supervisão, como profilaxia para fatores de risco. A faixa etária, o tipo de moradia, o uso de medicamentos,

as queixas, os antecedentes familiares e pessoais, o equilíbrio e a capacidade funcional dos idosos institucionalizados não comprometeram as atividades físicas propostas, embora novos estudos prospectivos serão necessários

Referências Bibliográficas

- BERG KO, et al. **Clinical and laboratory measures of postural balance in a elderly population.** Arch Phys Med Rehabil; v. 73, n. 11, p. 1073-80,1992.
- CHAIMOVICZ F, GRECO DB. **Dinâmica da Institucionalização de Idosos em Belo Horizonte, Brasil.** Rev Saúde Pública, v.33 , p. 454-60,1999.
- DAVIS, C. **Body Image, Exercise, and Eating Behaviors.** In Kenneth, R. Fox (Editor). The physical self - from motivation to well-being. E.U.A.: Human Kinetics. Chap. 6, p. 143-174, 1997.
- DIOGO, M. J. D. E.; DUARTE, Y. A. O. **Cuidados em Domicílio: Conceitos e Práticas.**In: FREITAS E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 130-168, 2002.
- FERREIRA, V. **Atividade Física na terceira idade, o segredo da longevidade.** Rio de Janeiro: Sprint, p. 50-69, 2003.
- FLEMING, BE. **Physical condition, activity pattern, and environment as factors in falls by adult care facility residents.** Arch Phys Med Rehabil v. 74, p. 627-30,1993.
- FOX, K. R. **The physical self and processes in self-esteem development.** In: Kenneth, R. Fox (Editor). The physical self - from motivation to well-being. E.U.A.: Human Kinetics. Chap. 11; p. 111 – 139, 1997.
- GUTMAN G. **1º Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional; uma agenda para o final do século";** Brasília. MPAS/ SAS; 1996.
- HASSE, M. **O corpo e o envelhecimento: imagens, conceitos e representações.** In: Faculdade de Motricidade Humana. **Envelhecer Melhor com a Atividade Física.** Lisboa,p.161 – 174, 2000.
- HORAK,F.B;MACPHERSON,J.M. **Postural orientation and equilibrium .** In ROWELL, L.B, SHERPHERD JT p.255-292,1996.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** [http://: ibge.gov.br](http://ibge.gov.br)- Censo 2000.
- MIYAMOTO, ST et al. **Brazilian version of the Berg balance scale.** Braz J Med Biol Res, v. 37, n. 9, p.1411-1421, 2004.
- NOBREGA, A.C.L.; FREITAS, E.V. et al. **Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso .**Rev Bras Med Esporte, v. 5, n. 6, p.207-211 , 1999.
- PAPALÉO NETTO,M. **Gerontologia.** São Paulo: Ed. Atheneu, cap.2, , 1996. p. 80-89
- PEREIRA, S.R.M.; BUKSMAN, S. et al. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Quedas em idosos.** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina , 2001.
- REUBEN DB et al. **A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activies of daily living (AADL) level.** *J Am Geriatr Soc*, v.38, n.8, p.855-861, 1990.
- REUBEN DB; Siu, AL. **An objective measure of physical function of elderly outpatients.** *J Am Geriatr Soc*, v.38, n.10, p.1105-1112, 1990.
- SAMPAIO BARROS, M.M.; BARATTO, D.A.; TOGNIN, M.E. *et.al.* **Institutionalized elder patientes: diseases and disabilities.** Ann Rheum Dis, v. 64, supp.III, p. 600, 2005.
- SAMPAIO BARROS, M.M.; BARATTO, D.A.; TOGNIN, M.E. *et.al.* **Profile of chronic diseases in a physiotherapy unit of elderly patients.** Ann Rheum Dis, v. 65, suppl. II, p. 674, 2006.
- SAMPAIO BARROS, M.M.; RICCI, V.G.S.; BARATTO, D.A.; *et.al.* **Physiotherapy care for elderly patients with rheumatic diseases.** Ann Rheum Dis, v. 67, suppl. II, p. 676, 2008.

Anexos

Tabela 2- Teste de Equilíbrio (Borg et al, 1992; Miyamoto et al, 2004).

Variável / Tarefas	Pontuação Média (0 a 4 pontos)	Frequência	Porcentagem (%)
Item 1	4	11	11,1
Item 2	4	17	54,4
Item 3	4	17	54,4
Item 4	4	14	47,3
Item 5	4	12	66,7
Item 6	4	17	54,4
Item 7	4	13	72,2
Item 8	3	11	66,7
Item 9	4	15	83,3
Item 10	2 e 4	14	71,4
Item 11	4	14	77,0
Item 12	4	10	66,7
Item 13	3 e 4	10	55,0
Item 14	2, 3 e 4	12	66,7
Resultados	20 a 40 pontos	6	11,1
	14 a 56 pontos	13	72,2

0 (não conseguiu realizar a tarefa) a 4 (muito capacitado, para cada item).

Item 1- Sentado com o pé em pé; Item 2- Em pé sem apoio; Item 3- Sentado sem suporte para as costas, com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco; Item 4- Em pé para sentado; Item 5- Transferir objetos (como um de uma cadeira para outra); Item 6- Erguer uma capa de cama sobre o leito; Item 7- Erguer um saco, uma caixa, uma mala; Item 8- Alisar o cabelo com as mãos; Item 9- Erguer o pé em pé; Item 10- Apoiar o cotovelo em uma superfície; Item 11- Sentar em 30 segundos; Item 12- Colocar os pés alternadamente sobre degraus ou banco, permanecendo em pé e sem apoio; Item 13- Permanecer em pé sem apoio, com o pé sobre o banco; Item 14- Permanecer em pé apoiado em uma parede. Escore total (máximo = 56 pontos).

Tabela 3- Teste de Performance Física (Reuben et al, 1990; Reuben & Siu, 1990).

Variável / Tarefas	Pontuação média (0 a 4 pontos)	Frequência	Porcentagem (%)
Item 1	0 e 1	14	77,8
Item 2	3 e 4	12	66,7
Item 3	3 e 4	11	61,1
Item 4	1 e 2	12	66,7
Item 5	3	11	61,1
Item 6	2	15	83,3
Item 7	1 e 2	14	77,8
Resultados Médios	16 pontos	13	72,2

Significado dos itens avaliados do Teste de Performance Física (TPF), escore escore 0 (incapaz de realizar a tarefa) a 4 (muito capacitado) para cada item

Item 1- Escrever uma sentença; Item 2- Simular o ato de comer; Item 3- Erguer um livro e colocá-lo em uma estante; Item 4- Vestir um jaleco e tirá-lo; Item 5- Pegar uma moeda pequena no chão; Item 6- Girar 360°; Item 7- Caminhar 15,2 m. Pontuação total (máxima de 28 pontos para 7 itens).

Tabela 1- Perfil dos Idosos da Atividade com Música.

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem(%)
Idade (anos)	Menor de 70	3	16,7
	70 a 80	9	50,0
	Meio de 80	6	33,3
Sexo	Feminino	9	50,0
	Masculino	9	50,0
Tipo de Moradia	Chalé	8	44,4
	Prédio	10	55,6
Uso de Medicamentos	de Sim	18	100
Queixas	Cansaço	8	44,4
	Dor na coluna	8	44,4
	Dor difusa	7	38,9
Antecedentes Familiares	Hipertensão Arterial Sistêmica	8	44,4
	Cardiopatas	6	33,3
Antecedentes Pessoais	Câncer	4	22,3
	Fratura	7	38,9
	Hipercolesterolemia	6	33,3
	Hipertensão Arterial Sistêmica	5	27,8