

Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados

Prevalence of mobility impairment in institutionalized elderly

Franciane Giaquini¹, Ezequiel Vítório Lini², Marlene Doring³

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados e sua correlação com o perfil clínico-funcional, realizou-se um estudo transversal com 191 pessoas com idade ≥ 60 anos residentes em 13 instituições de longa permanência para idosos de Passo Fundo, no ano de 2014. **Método:** Utilizou-se um questionário estruturado, aplicado aos idosos ou aos responsáveis técnicos das instituições. Foram contempladas variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e questões específicas sobre dificuldades na deambulação. Considerou-se dificuldade de locomoção a necessidade de qualquer ajuda ou apoio para caminhar, seja bengala, andador ou mesmo restrição ao leito. Realizou-se análise descritiva e bivariada dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher a um nível de significância de 5%. **Resultados:** A prevalência de dificuldade de locomoção foi de 50,3%. Utilizavam cadeira de rodas 41,7%, acamados 24%, andador 16,7%, bengala 14,6% e muletas 3,1%. Dos idosos com dificuldade de locomoção, 89,6% eram dependentes para as atividades básicas de vida diária e 62,5% consideraram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. **Conclusão:** A alta prevalência de dificuldade de locomoção, inclusive com muitos idosos restritos ao leito, alerta para a necessidade de intervenções preventivas antes da institucionalização e a minimização das complicações que estas condições podem trazer.

Palavras-chave: Idoso, Locomoção, Marcha, Instituição de Longa Permanência para Idosos

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of mobility impairment in institutionalized elderly people and its correlation with the clinical and functional conditions, a cross-sectional study was carried out with 191 people aged ≥ 60 years residing in 13 long-stay institutions for the elderly in Passo Fundo, year of 2014. **Method:** A structured questionnaire was used, applied to the elderly or to the technical managers of the institutions. Sociodemographic variables related to health and specific questions about walking difficulties were considered. It was considered mobility impairment the need of any help or aid to walk, be it a cane, a walker or even restriction to bed. A descriptive and bivariate analysis of the data was performed. To verify the association between the categorical variables Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were applied at a significance level of 5%. **Results:** The prevalence of mobility impairment was 50.3%. They used wheelchairs 41.7%, walkers 16.7%, canes 14.6% and crutches 3.1% and were bedridden 24%. Of the elderly with mobility impairment, 89.6% were dependent to perform daily living basic activities and 62.5% considered their health as fair, poor or very poor. **Conclusion:** The high prevalence of mobility impairment, including many bedridden elderly people, highlights the need for preventive interventions before institutionalization and the minimization of the complications that these conditions can bring.

Keywords: Aged, Locomotion, Gait, Homes for the Elderly

¹ Enfermeira, Universidade de Passo Fundo - UPF.

² Pesquisador, Universidade de Passo Fundo - UPF.

³ Professora, Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo - UPF.

Endereço para correspondência:
Universidade de Passo Fundo - UPF
Rua Teixeira Soares, 817
Passo Fundo - RS
CEP 99010080
E-mail: ezequielphysio@yahoo.com.br

Recebido em 21 de Agosto de 2015.

Aceito em 31 Março de 2017.

DOI: 10.5935/0104-7795.20170001

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e o Brasil vivencia esse processo de forma acelerada. Nesse sentido, o censo demográfico de 2010, aponta que a população brasileira é de aproximadamente 190 milhões de pessoas, sendo que o contingente de pessoas idosas é de cerca de 20 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total.¹

Segundo a Organização Mundial da Saúde,² cronologicamente a velhice principia aos 65 anos em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, como o Brasil, aos 60 anos. Desse modo, considerando que a velhice é uma fase da vida inerente ao processo de envelhecer, e que há cada vez mais pessoas vivendo nessa fase, surge a necessidade de um olhar especial e humano para essa população.

O crescimento em larga escala da população idosa ocorre em condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis. Constata-se que estes idosos encontram-se em vulnerabilidade físico-funcional e processos crônico degenerativos que podem predispor ao encaminha-mento às instituições de longa permanência.³ A institucionalização é cercada de diversos fatores, dentre os quais destacamos a idade avançada, fase em que várias doenças e distúrbios relacionados à velhice podem surgir, tais como os distúrbios da marcha e da mobilidade.

A marcha é uma tarefa rotineira e parte fundamental para as atividades de vida diária. Basicamente, é definida como a maneira ou o estilo que o indivíduo caminha.⁴ O bom desempenho na marcha depende do funcionamento integral de vários órgãos, especialmente àqueles que compõem o sistema neurológico, musculoesquelético e cardiovascular.⁴

OBJETIVO

Diante ao exposto, objetivou-se identificar a prevalência de dificuldade de locomoção em idosos institucionalizados de Passo Fundo/RS e verificar a associação com o perfil clínico-funcional.

MÉTODOS

Estudo transversal com 191 indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos residentes nas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) de Passo Fundo, no ano de 2014. Trata-se de um recorte da pesquisa de

dissertação intitulada “Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle de base populacional”.

Atualmente, Passo Fundo conta com 16 ILPIs, as quais abrigam 363 idosos, conforme dados do Balcão do idoso (O Balcão é um espaço para o recebimento de demandas referentes a situações de risco e vulnerabilidade social, parceria entre Ministério Público Federal, Prefeitura Municipal de Passo Fundo e Universidade de Passo Fundo). Encontram-se divididas em instituições privadas com e sem fins lucrativos. O número de moradores se modifica com frequência devido às transferências e óbitos. A capacidade de receber esses idosos também varia, conforme a disponibilidade de acomodação e estrutura.

Para o cálculo amostral, o erro aceitável adotado foi de 0,05. Foram acrescentados (10%) ao total para compensar as possíveis perdas (não elegíveis, recusas, etc.) o que resultou num total de 205 idosos. Entre o período de levantamento dos idosos residentes e coleta de autorizações até o momento da entrevista ocorreram as seguintes perdas: seis óbitos, quatro rejeições (não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido), duas hospitalizações no momento da entrevista, dois residentes com menos de 60 anos. A amostra totalizou 191 idosos distribuídos em 13 ILPIs que aceitaram participar do estudo.

Coletaram-se os dados a partir de um questionário estruturado, aplicado aos idosos. Nos casos em que os idosos não eram capazes de responder, devido complicações cognitivas ou afasias por exemplo, o responsável técnico pela instituição era solicitado. Foram contempladas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda), as relacionadas à saúde (doenças crônicas e dependência para atividades básicas de vida diária), juntamente com questões específicas relacionadas à dificuldade de locomoção. O Índice de Katz⁵ foi anexado ao questionário e trata-se de um instrumento que avalia a independência para atividades básicas de vida diária - como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências da cama para cadeira e vice-versa, controle sobre os esfínteres e alimentação sem assistência.

A partir do pressuposto que locomoção é o “deslocamento do indivíduo de um local para outro de maneira versátil e com o menor consumo de energia possível”⁶ considerou-se dificuldade de locomoção a necessidade de qualquer ajuda ou apoio para deambulação, seja bengala, muletas, andador (dificuldade parcial), cadeirantes ou mesmo restritos ao leito (dificuldade total). Alguns acamados

tinham momentos em cadeira de rodas, no entanto, foram considerados cadeirantes àqueles que realizavam ativamente as transferências e acamados os que não conseguiram sentar na cama e realizar a transferência para a cadeira.

Realizou-se análise descritiva e bivariada dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foram aplicados os testes qui-quadrado Pearson e exato de Fisher a um nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, RS, pelo parecer número 648.771/2014, e os idosos ou seus responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização da entrevista.

RESULTADOS

Participaram do estudo 191 idosos institucionalizados, destes, 69,1% eram do sexo feminino. A média de idade foi de 79 anos ($\pm 9,8$), variando entre 60 e 115 anos. Quanto à renda, 60,7% recebiam até um salário mínimo e 91,6% eram aposentados. Houve associação significativa na dificuldade de locomoção e situação conjugal, ou seja, os idosos que viviam com companheiro apresentaram proporcionalmente maiores taxas de dificuldade para locomoção (Tabela 1).

A prevalência de dificuldade para locomoção foi de 50,3%. Quanto ao mecanismo acessório para a marcha, 41,7% utilizavam cadeira de rodas, 24,0% eram acamados (tinham momentos na cadeira de rodas, mas incapazes de realizarem as transferências), 16,7% faziam uso do andador, 14,6% bengala e 3,1% muletas. O consumo de medicamentos estava presente em 97,4% dos entrevistados (Tabela 2).

As doenças e complicações apresentadas foram hipertensão 44,2%, Alzheimer 26,3%, diabetes 16,3%, outras demências não especificadas 13,7%, doenças do coração 13,7%, seqüela de acidente vascular encefálico 13,7%, artrites/artroses/osteoporoses 10,5%, Parkinson 9,5%, doenças circulatórias 8,4%, doenças respiratórias 4,2% e câncer 3,2%. A doença de Alzheimer teve associação significativa com a dificuldade de marcha ($p=0,002$) (Tabela 3).

Outras doenças que poderiam afetar de alguma forma a deambulação não se mostraram estatisticamente significativas, como por exemplo, o Parkinson, as outras demências não especificadas, as artrites e artroses, etc. Em contrapartida, dos idosos com sequelas motoras de acidente vascular encefálico,

Tabela 1. Distribuição dos idosos quanto as variáveis sociodemográficas e dificuldade de locomoção, Passo Fundo - RS, 2014

Variáveis	Dificuldade de locomoção				Total		p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	31	32,3	28	29,5	59	30,9	0,673
Feminino	65	67,7	67	70,5	132	69,1	
Faixa etária							
60-69 anos	19	19,8	16	16,8	35	18,3	0,264
70-79 anos	33	34,4	29	30,5	62	32,5	
80-89 anos	27	28,1	39	41,1	66	34,6	
90 ou mais anos	17	17,7	11	11,6	28	14,7	
Situação conjugal							
Sem companheiro(a)	81	86,2	90	94,7	171	90,5	0,045
Com companheiro(a)	13	13,8	5	5,3	18	9,5	
Escolaridade							
Analfabeto	17	18,7	27	29,3	44	24,0	0,150
De 1 a 4 anos	44	48,4	30	32,6	74	40,4	
De 5 a 8 anos	16	17,6	18	19,6	34	18,6	
9 ou mais anos	14	15,4	17	18,5	31	16,9	
Renda							
Até 1 salário	48	57,1	54	64,3	102	60,7	0,455
De 1 a 3 salários	27	32,1	25	29,8	52	31,0	
Acima de 3 salários	9	10,7	5	6,0	14	8,3	
Aposentado(a)							
Sim	86	89,6	89	93,7	175	91,6	0,306
Não	10	10,4	6	6,3	16	8,4	

Tabela 2. Dificuldades de locomoção e consumo de medicamentos dos idosos institucionalizados, Passo Fundo - RS, 2014

Variáveis	N	%
Dificuldade de locomoção		
Sim	96	50,3
Não	95	49,7
Auxílio de marcha		
Cadeirante	40	41,7
Acamados	23	24,0
Andador	16	16,7
Bengalas	14	14,6
Muletas	3	3,1
Medicamentos		
Sim	187	97,4
Não	5	2,6

24% (n = 23) apresentaram dificuldade para locomoção e somente 3,2% (n = 3) não apresentavam dificuldades para andar (p < 0,001) (Tabela 3).

Dos 96 idosos com dificuldade de locomoção, 89,6% eram dependentes para as atividades básicas de vida diária (p < 0,001). Aqueles

com marcha dificultada não realizavam atividades físicas, 88,5% (p < 0,001) (Tabela 3).

No consumo de medicamentos, principalmente acima de 11 por dia, houve diferença significativa, sendo que 16,1% (n = 15) tinham dificuldade de locomoção e apenas 4,4% (n = 4) dos idosos com consumo acima de 11 me-

dicamentos/dia deambula sem auxílio (p = 0,010) (Tabela 3).

Consideraram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim 62,5% dos idosos que tinham dificuldade de locomoção (p = 0,001) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A disparidade entre os sexos foi bastante significativa, pois 69,1% eram do sexo feminino. Segundo dados do censo,⁷ o Brasil possui cerca de 23 milhões idosos, destes 55% são mulheres, processo conhecido por feminização da velhice. Dentre os fatores que explicam esse processo, destaca-se que as mulheres cuidam mais de sua saúde, realizam consultas e exames periodicamente, tem uma alimentação saudável, praticam atividades físicas e envolvem-se menos em acidentes. Ainda, pode-se elencar uma mortalidade diferencial por sexo; queda da mortalidade materna; proteção hormonal do estrogênio; inserção diferente no mercado de trabalho; consumo diferente de tabaco e álcool; postura diferente em referência à saúde/doença; relação diferente com os serviços de saúde.⁸

A inexistência de companheiro foi identificada em 89,5% dos idosos. Idosos solitários, diante de complicações que requeiram cuidados, enfrentam desafios, principalmente quanto à oferta de cuidados. As mudanças no papel social da mulher, tradicionalmente a cuidadora familiar, é uma das dificuldades na oferta de atenção domiciliar, já que atualmente, as mulheres encontram-se inseridas no mercado de trabalho, o que reduz a presença feminina em período integral no domicílio. Esses fenômenos sociais repercutem em uma maior demanda por cuidados de longa duração.⁹

Os baixos níveis de escolaridade são visto em outros estudos. Na pesquisa desenvolvida por Alencar et al.¹⁰ observa-se que 25,5% dos idosos institucionalizados são analfabetos ou com baixa escolaridade 59,6%. Conforme Rosa et al.¹¹ no ano 2000, 40% dos homens e 48% das mulheres idosas no Brasil, declaravam-se analfabetos.

Nas instituições, as maiores faixas etárias mostraram-se prevalentes. Estes dados corroboram com estudo de Pelegrin et al.¹² com 75% dos idosos institucionalizados no intervalo entre 71 a 90 anos. Ferreira e Yoshitome¹³ demonstraram que a maioria dos idosos institucionalizados concentra-se na faixa entre 80-85 anos.

A alta prevalência de idosos com algum nível de dependência na locomoção identi-

Tabela 3. Distribuição dos idosos quanto as variáveis de saúde e dificuldade de locomoção, Passo Fundo - RS, 2014

Variáveis	Dificuldade de locomoção				Total		p
	Sim		Não		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão							
Sim	39	40,6	45	47,9	84	44,2	0,315
Não	57	59,4	49	52,1	106	55,8	
Diabetes							
Sim	19	19,8	12	12,8	31	16,3	0,190
Não	77	80,2	82	87,2	159	83,7	
Parkinson							
Sim	9	9,4	9	9,6	18	9,5	0,963
Não	87	90,6	85	90,4	172	90,5	
Alzheimer							
Sim	16	16,7	34	36,2	50	26,3	0,002
Não	80	83,3	60	63,8	140	73,7	
Outras demências							
Sim	13	13,5	13	13,8	26	13,7	0,954
Não	83	86,5	81	86,2	164	86,3	
Doenças do coração							
Sim	15	15,6	11	11,7	26	13,7	0,431
Não	81	84,4	83	88,3	164	86,3	
Sequela motora de AVE.							
Sim	23	24,0	3	3,2	26	13,7	<0,001
Não	73	76,0	91	96,8	164	86,3	
Artrite/artrose/reumatismo							
Sim	13	13,5	7	7,4	20	10,5	0,171
Não	83	86,5	87	92,6	170	89,5	
Doenças circulatórias							
Sim	11	11,5	5	5,3	16	8,4	0,128
Não	85	88,5	89	94,7	174	91,6	
Doenças respiratórias							
Sim	3	3,1	5	5,3	8	4,2	0,451
Não	93	96,9	89	94,7	182	95,8	
Câncer							
Sim	6	6,3	0	0,0	6	3,2	0,014
Não	90	93,8	94	100,0	184	96,8	
ABVD*							
Com dificuldade	86	89,6	59	62,1	145	75,9	<0,001
Sem dificuldade	10	10,4	36	37,9	46	24,1	
Prática atividade física							
Sim	11	11,5	47	49,5	58	30,4	<0,001
Não	85	88,5	48	50,5	133	69,6	
Consumo de medicamento							
De 1 a 5	32	34,4	46	51,1	78	42,6	0,010
De 6 a 10	46	49,5	40	44,4	86	47,0	
11 e mais	15	16,1	4	4,4	19	10,4	
Estado de saúde							
Excelente/bom	36	37,5	58	61,1	94	49,2	0,001
Regular/ruim/muito ruim	60	62,5	37	38,9	97	50,8	

ficada nesta pesquisa é semelhante ao estudo de Pelegrin et al.¹² com 72 idosos de uma instituição de Ribeirão Preto – SP; os autores identificaram taxa de 55,5%. Em pesquisa conduzida por Smanioto e Haddad¹⁴ com 204 idosos institucionalizados, as dificuldades de locomoção atingiam 46,1%. As autoras agruparam em categorias: 11,8% necessitavam de ajuda de outra pessoa, andador ou bengala; 34,3% cadeirantes ou acamados.

Com o envelhecimento acabam surgindo problemas nas articulações, com isso impedindo uma mobilidade estável, pois há um desgaste das articulações, os músculos não estão mais enrijecidos, há perda da força muscular dificultando a caminhada.⁴

Além disso, algumas doenças provocam dificuldade para caminhar de forma segura, por exemplo: o Parkinson, que é uma doença degenerativa progressiva e incapacitante que se caracteriza por tremores e lentidão dos movimentos e da conversação essas dificuldades aumentam as chances dos idosos sofrerem quedas e consequentemente fraturas; o Alzheimer, que já no estágio leve pode causar apraxia (incapacidade para executar movimentos complexos como dirigir e vestir-se); a artrose, que é uma doença articular degenerativa responsável pelas principais queixas dos idosos quanto ao movimento; além de distúrbios do sistema cardiovascular.⁴

Diante dos mecanismos acessórios e dificuldades para deambular, demonstraram-se elevadas as taxas de impossibilidade em andar, seguido pela utilização de órteses. Nas instituições de longa permanência, a dificuldade para andar é frequente, no entanto, as taxas variam muito quanto ao dispositivo acessório. Conforme relata Alencar et al.¹⁰ que dentre os idosos avaliados, 61,7% utilizavam dispositivo de auxílio à marcha. Os autores identificaram que 42,5% usavam andador, 12,8% cadeira de rodas e 6,4% bengala. Ainda, observa-se uma discrepância entre os estudos em relação à frequência da utilização da órtese. Menezes et al.¹⁵ encontraram que do total de 95 idosos avaliados, 1,05% utilizaram andador e 13,7%, a bengala. No estudo de Gonçalves et al.¹⁶ observa-se uma diferença elevada nos números de cadeirantes, já que apenas 8,8% usavam cadeira de rodas, 7,2%, o andador, 13,5% a bengala e 6,1% muletas. No estudo de Ferreira e Yoshitome,¹³ dentre os equipamentos de ajuda para a locomoção, a bengala foi a mais usada 42,2%, 17,8% utilizavam cadeira de rodas e 2,2% utilizava andador, sendo que 35,6% não precisavam de ajuda para deambular.

Com o avançar da idade surge em algum momento, impedimentos para realização das

atividades diárias. Os resultados desta pesquisa demonstram que 75,9% dos idosos apresentam dificuldades para as ABVDs. Dentre os que apresentavam dificuldade de locomoção, a dependência para ABVDs foi ainda mais acentuada, com significativa correlação. Esta taxa elevada de dependência é relatada por Del Duca et al.¹⁷ no estudo sobre o desempenho das atividades básicas de vida diária com o Índice de Katz com 393 idosos institucionalizados de Pelotas – RS. Os autores constataram que 79,4% dos idosos eram dependentes para realizar ao menos uma tarefa.

As ABVDs dependem de um funcionamento adequado, conforme a complexidade da atividade, dos sistemas funcionais principais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. O processo de perda da independência começa pelas tarefas mais complexas, com maior exigência, como banhar-se e progridir até a dependência para alimentar-se.¹⁸ Portanto, idosos com dificuldades em deambular, perdem o pleno funcionamento de no mínimo um dos principais sistemas responsáveis pela independência nas ABVDs, que é o sistema locomotor.

As doenças mais frequentes foram hipertensão arterial, Alzheimer, Diabetes, outras demências não especificadas, doenças do coração, seqüela de AVE, artrites/artroses. Pellegrin et al.¹² identificaram alta prevalência de hipertensão arterial, com 47,2%, seguido por diabetes 18%, 13,9% osteoporose, 13,9% demência e 12,5% tiveram AVE.

As seqüelas de AVE, na maioria das vezes, provocam uma marcha patológica conhecida como espástica, consequência da instalação de hemiplegias ou hemiparesias. Nestes casos o membro inferior fica rígido, levemente fletido na bacia e estendido no joelho; o pé permanece em flexão plantar e ao andar, arrasta no chão. Para compensar esse problema, o indivíduo balança a perna afetada em um arco externo (circundação) a cada passo. Essas seqüelas levam a um comprometimento no equilíbrio.⁴

Indivíduos em estágios avançados de Alzheimer vivenciam uma marcha conhecida como marcha magnética, que é caracterizada pela base alargada, postura ligeiramente fletida, passos pequenos e rápidos. Há uma dificuldade em iniciar o passo e uma vez iniciado, a pessoa pode interrompê-la bruscamente.⁴ Assim, tanto as seqüelas de AVE quanto Alzheimer influenciam negativamente no equilíbrio e desempenho de marcha segura, o que predispõe a recomendação de dispositivos auxiliares para andar ou até mesmo impossibilita essa atividade.

A maioria dos idosos institucionalizados fazia uso de alguma classe medicamentosa (97,4%). A necessidade de medicamentos nos idosos é esperada, em especial nas instituições como mostra o estudo de Alencar et al.¹⁰ com 91,5% dos idosos pesquisados utilizando ao menos um medicamento. Gonçalves et al.¹⁶ encontraram que 83,3 % dos idosos utilizavam pelo menos uma medicação, no estudo de Menezes et al.¹⁵ verificou-se que 91,6% fazem uso de pelo menos uma medicação. Devido à complexidade dos problemas clínicos, a polifarmácia torna-se comum entre os idosos, o que aumenta as chances de efeitos adversos, tais como tontura, sedação, hipotensão postural, confusão mental, delírios, quedas, dentre outros,¹⁹ o que repercute negativamente no desempenho de uma deambulação segura.

Há uma correlação significativa entre a dificuldade de locomoção e a prática de atividade física. Para o desempenho da maioria das atividades físicas faz-se necessário que o indivíduo esteja em condições para tal, com avaliação do sistema cardiovascular, respiratório, análises de medida antropométrica, testes neuromotores, avaliação metabólica, identificação de limitações, etc.²⁰ Faz-se necessário salientar que a prática de atividade física promove benefícios em qualquer idade, com melhora na qualidade de vida, manutenção da capacidade funcional e conserva as habilidades físicas e mentais adquiridas ao longo da vida.²¹

Os idosos que apresentavam dificuldade de locomoção autopercebiam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. As complicações de saúde vivenciadas pela maioria dos idosos influenciam diretamente na pior percepção de saúde, no entanto, o fator que parece intensificar a queixa de piores quadros de saúde é a incapacidade funcional e perda de autonomia.²²

Este estudo apresenta como principal limitação a impossibilidade de interrelação temporal, assim, as associações e os dados precisam ser interpretados com cuidado. Estudos longitudinais com vistas ao acompanhamento do processo de debilitação da marcha em idosos institucionalizados poderiam esclarecer com maior precisão as relações de causa e efeito.

CONCLUSÃO

Identificou-se uma alta prevalência de idosos que necessitam de auxílio ou mesmo não conseguem deambular nas instituições. A dificuldade de locomoção esteve associada à doença de Alzheimer, seqüela motora de acidente vascular encefálico, dificuldades para

realizar atividades básicas de vida diária, inatividade física, alto consumo de medicamentos e percepção de saúde ruim. Esses achados geram preocupação, visto que, provavelmente estes idosos, por precisarem de auxílio para andar, têm uma marcha dificultada, o que aumenta as chances de acidentes e/ou de evolução do quadro para situações de dependência total.

Medidas com vistas à minimização das complicações inerentes às dependências para deambular devem ser estimuladas. Ações preventivas a fim de evitar ou retardar a dificuldade de locomoção, com a máxima manutenção das habilidades locomotoras podem ser trabalhadas. Para aqueles com quadros mais graves, cadeirantes e acamados, o foco são os cuidados com as complicações decorrentes da imobilização, bem como o incentivo de todo e qualquer grupo muscular funcionante.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pela concessão da bolsa de estudos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. [Texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 2014 Out 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Martins KAS, Cerchiari EAN. Enfermagem e terceira idade: atividades lúdicas e de lazer na prevenção e Recuperação da saúde de idosos asilados. Dourados: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul; 2011.
4. Paixão Junior CM, Heckmann MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Cadernos de Atenção Básica, n. 19].
6. Ramalho-Junior, A. Marcha normal e patológica. In: Hebert S, Xavier R, Pardini Junior AG, Barros Filho TE. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 35-55.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra [texto na internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [citado 2014 Out 09]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios [texto na internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado 2014 Out 07]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>

9. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982010000100014>
10. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RD. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(4):785-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017>
11. Rosa PV, Glock L, Berlezi EM, Rossato DD, Rosa LHT. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. RBCEH. 2011;8(1):38-47.
12. Pelegrin AKAP, Rosset I, Cyrillo RMZ, Costa LC, Araújo JA. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. Arq Ciênc Saúde. 2008;15(4):182-8.
13. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características de quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):991-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>
14. Smanioto FN, Haddad MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. Rev Rene. 2011;12(1):18-23.
15. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(4):1209-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>
16. Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de Quedas em Idosos Asilados do Município de Rio Grande, RS. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):938-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500021>
17. Del Duca GF, Silva MC, Silva SG, Nahas MV, Hallal PC. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2011;16(2):120-4.
18. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
19. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
20. Conselho Federal de Educação Física. A avaliação física em programas de exercícios físicos e desportivos [texto na internet]. Rio de Janeiro: CONFED; 2012 [citado 2014 Out 11]. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=837>
21. Mazini Filho ML, Zanella AL, Aidar FJ, Silva AMS, Salgueiro RS, Matos DG. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. RBCEH. 2010;7(1):97-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2010.010>
22. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Dal Molin V, Wibeling LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(1):79-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>