

Habilidade manual do idoso que vive com a família comparada com o idoso institucionalizado

Manual ability of the elder who live with the family compared with institutionalized one

Doralúcia Pedrosa de Araújo¹, Pollyanna Braga Barbosa², Carlúcia Ithamar Fernandes Franco³, Renan Guedes de Brito⁴

RESUMO

Objetivo. Avaliar a habilidade e destreza manual de idosos institucionalizados com aqueles que vivem com a família. **Método.** a amostra foi constituída de 40 idosos de ambos os gêneros, com idade superior a 60 anos, 20 idosos institucionalizados e 20 que vivem com a família, selecionados de forma probabilística aleatória. O instrumento utilizado foi a Caixa de Blocos, avaliados em 15 segundos e em 1 minuto. Obteve-se a média geral de cada grupo de idosos, confrontando os dados obtidos por eles, assim como o desvio padrão e o Teste T. **Resultados.** Em 15 segundos, na lateralidade direita, observou-se que os idosos domiciliares obtiveram uma média de $13,8 \pm 3,7$ e os institucionalizados $5,15 \pm 2,5$ ($p < 0,001$). Na lateralidade esquerda, os domiciliares obtiveram uma média de $15,95 \pm 4,86$ e os institucionalizados $6,2 \pm 2,91$ ($p < 0,001$). Na comparação das médias gerais, após 1 minuto, na lateralidade direita, observou-se que os domiciliares obtiveram uma média de $54,2 \pm 16,1$ e os institucionalizados $18,7 \pm 9$ ($p < 0,001$). Na lateralidade esquerda, os domiciliares obtiveram $58,7 \pm 18,17$ e os institucionalizados $20,7 \pm 10,39$ ($p < 0,001$). **Conclusão.** Os idosos institucionalizados estão mais expostos aos eventos de déficit da habilidade e destreza manual em relação aos idosos que moram com a família.

Unitermos. Idosos, Motricidade, Destreza Manual.

Citação. Araújo DP, Barbosa PB, Franco CIF, Brito RG. Habilidade manual do idoso que vive com a família comparada com o idoso institucionalizado.

ABSTRACT

Objective. Evaluate the elders ability and manual dexterity. It was collated the results gotten in the institutionalized elders with the ones that live with the family. **Method.** The sample was constituted of the 40 aged of both genders, with superior age the 60 years, chosen teams of random probabilistic form. The used instrument was the Box of Blocks. We got the general average of each group of aged, collating the data gotten for them, as well as the shunting line standard and Test T. **Results.** After 15 seconds, on right laterality, the homebound elderly got a average of 13.8 ± 3.7 and the institutionalized 5.15 ± 2.5 . On left laterality, the homebound elderly got 15.95 ± 4.86 and the institutionalized 6.2 ± 2.91 . Comparing the general average, after 1 minute, on right laterality, the homebound elderly got 54.2 ± 16.1 and the institutionalized 18.7 ± 9 . On left laterality, the homebound elderly got 58.7 ± 18.17 and the institutionalized 20.7 ± 10.39 . **Conclusion.** The institutionalized are more exposed to events of manual deficit than the homebound elderly.

Keywords. Elder, Motility, Manual Dexterity.

Citation. Araújo DP, Barbosa PB, Franco CIF, Brito RG. Manual ability of the elder who live with the family compared with institutionalized one.

Trabalho realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.

1. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde - UnB, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.
2. Fisioterapeuta, Graduada na Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil.
3. Fisioterapeuta, Doutora - UFPB, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.
4. Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande-PB, Brasil.

Endereço para correspondência:

Doralúcia P Araújo
Desembargador Azevedo, 127, Palmeira.
CEP 58109-315, Campina Grande-PB, Brasil.
Email: doraluciapedrosa@hotmail.com

Artigo Original
Recebido em: 04/08/09
Aceito em: 11/05/10
Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional tem sido observado em todo o mundo e constatado, não somente pelas produções das comunidades científicas, mas também começa a fazer parte da concepção do senso comum. É um processo global observado, primeiramente, nos países desenvolvidos e que durante as últimas décadas tem ocorrido também nos países em desenvolvimento¹.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, ou seja, a população idosa cresce mais que as outras faixas etárias². Embora o Brasil seja ainda um país jovem, vem demonstrando um perfil populacional do tipo de transição demográfica que sinaliza rápida mudança em termos de aumento vertiginoso do estrato idoso da população³. Com a transição demográfica observada na população brasileira, o perfil demográfico do brasileiro tem mudado, influenciado pela queda da mortalidade na década de 1940 e pela queda da fecundidade a partir de 1960, sendo este fator decisivo no aumento da população idosa no Brasil¹.

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte⁴.

Alterações físico-funcionais relacionadas ao processo de envelhecimento trazem limitações ao dia-a-dia do idoso e contribuem significativamente para o aumento de acidentes causados principalmente pela deficiência do sistema visual, da propriocepção, do sistema vestibular, da força e da resistência muscular, do equilíbrio, da coordenação e do controle postural⁵.

Com o envelhecimento, percebe-se lentidão e alterações na capacidade de realizar movimentos manuais voluntários, tornando necessária a introdução e/ou revisão de instrumentos clínicos eficazes para avaliar melhor esse declínio motor. As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crônicas podem levar a diminuição da habilidade da independência⁴.

Em decorrência dessas alterações no corpo da pessoa idosa, surge a necessidade de cuidados especiais a esses indivíduos. Por isso, em virtude das características de vida (agrupamentos familiares em centros urbanos) levaram à necessidade da existência de instituições de diversos tipos, como os asilos para idosos³.

O progressivo envelhecimento da população, aliado às condições como a alteração na estrutura familiar, as fracas condições habitacionais, a falta de adapta-

ção das casas às necessidades dos idosos, a grande probabilidade das alterações de saúde destes, e o fato dos serviços de proximidade alternativos continuarem a ser insuficientes, torna cada vez mais difícil a manutenção dos idosos no seu domicílio. Como alternativa surge o internamento da pessoa idosa em lares de terceira idade, mesmo que implique uma ruptura no seu quadro de vida⁶.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a destreza manual de idosos institucionalizados comparando com os que vive com a família.

MÉTODO

Amostra

Trata-se de uma pesquisa de caráter analítico transversal, para avaliar a associação entre a institucionalização de idosos e um déficit de destreza manual mais acentuado quando comparado a idosos não-institucionalizados. Fizeram parte da pesquisa 40 pessoas com idade acima de 65 anos, de ambos os sexos. A amostra foi composta de forma probabilística aleatória, por 20 idosos que convivem com a família, comparado com 20 idosos. Vale destacar, que a instituição de longa permanência onde foi realizada a pesquisa possui um ambulatório onde médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e educador físico prestam assistência aos idosos. Foram incluídas na pesquisa pessoas com idade superior a 60 anos e excluídos os idosos que apresentassem alterações motoras nos membros superiores (MMSS), idosos considerados com alguma alteração cognitiva no Mini Exame do Estado Mental, que possuíssem doenças crônico-degenerativas, que possuíssem alterações visuais não corrigidas ou que apresentassem sintomatologia de depressão de moderada a grave ou grave no Inventário de Depressão Beck (BDI). O Mini Exame do Estado Mental é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do Mini Exame do Estado Mental pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, era considerado com defeito cognitivo o idoso analfabeto que fizesse uma pontuação igual ou inferior a 15, para aqueles com escolaridade de 1 a 11 anos com pontuação igual ou menor que 22, e finalmente para os idosos com escolaridade superior a 11 anos, pontuação igual ou inferior a 27⁷. Foi usado o Inventário de Depres-

são Beck, um instrumento que avalia manifestações comportamentais, constituído por 21 perguntas, com intensidade variando de 0 a 3 pontos, era considerado sem depressão ou com depressão mínima os idosos com pontuação menor que 10, depressão de leve a moderada com pontuação de 10 a 18, depressão de moderada a grave com pontuação de 19 a 29, e depressão grave de 30 a 63⁸. A pesquisa foi guiada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, assegurando os direitos e deveres dos sujeitos, garantindo a privacidade e anonimato e a veracidade dos resultados, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE – 0215.0.133.000-09).

Procedimento

Foi utilizado o teste com a Caixa de Blocos (*Box of Blocks*) que avalia a habilidade e destreza manual⁹. O resultado do teste foi expresso por um escore que indica o número de blocos transportados de um compartimento para o outro em dois tempos distintos (15 segundos e 1 minuto), tanto em relação à lateralidade direita quanto com a esquerda, a qual foi determinada a partir da aplicação do Inventário de Dominância Lateral de Edimburgo¹⁰.

Análise Estatística

Os dados coletados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferência, apresentando valores médios e desvio padrão. Foi realizada a estatística inferencial, pelo teste t de Student ($p < 0,05$), em médias apresentado. O teste de tratamento estatístico, bem como o gráfico e tabelas, foram feitos utilizando a ferramenta computacional Microsoft® Excel (pacote Office 2007).

RESULTADOS

O grupo de idosos domiciliares e o de idosos institucionalizados foram constituídos por indivíduos de 65 a 75 anos e de ambos os gêneros. Os idosos institucionalizados possuíam um tempo de institucionalização que variava de 5 a 15 anos (Tabela 1).

Com relação à escolaridade dos idosos pesquisados, verificou-se que uma parcela considerável partilhava das condições de não saber ler e nem escrever 40% ($n=16$) e de precário tempo de escolarização, fato comprovado pelo grande número de idosos que não concluíram sequer o ensino fundamental, 55% ($n=22$).

Em relação à mão direita, os idosos domiciliares apresentaram em média, 13 blocos deslocados em 15 segundos, em comparação aos idosos institucionaliza-

Tabela 1
Caracterização sócio-demográfica dos idosos

ID			II			
Paciente	Gênero	Idade	Paciente	Gênero	Idade	TI
1	F	65	1	F	65	5
2	F	65	2	F	65	5
3	F	65	3	F	65	5
4	F	68	4	F	68	8
5	F	68	5	F	68	8
6	F	68	6	F	68	8
7	F	72	7	F	72	12
8	F	72	8	F	72	12
9	F	72	9	F	72	12
10	F	75	10	F	75	15
11	M	65	11	M	65	5
12	M	65	12	M	65	5
13	M	65	13	M	65	5
14	M	68	14	M	68	8
15	M	68	15	M	68	8
16	M	68	16	M	68	8
17	M	72	17	M	72	12
18	M	72	18	M	72	12
19	M	72	19	M	72	12
20	M	75	20	M	75	15

ID = Idosos Domiciliares; II = Idoso Institucionalizados; F = Feminino; M = Masculino; TI = Tempo de Institucionalização

dos, que apresentaram em média 5 blocos em 15 segundos ($p < 0,001$; Figura 1).

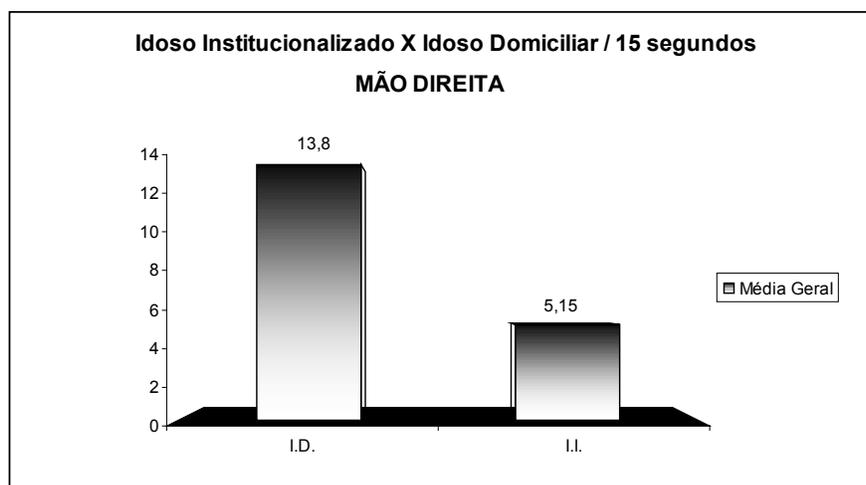
Já em relação à mão esquerda, os idosos domiciliares apresentaram em média, 15 blocos deslocados em 15 segundos, em comparação aos idosos institucionalizados, que apresentaram em média 6 blocos em 15 segundos ($p < 0,001$; Figura 2).

Em 1 minuto, os idosos domiciliares apresentaram uma média de 54 blocos, em comparação aos idosos institucionalizados, que apresentaram em média de 18 blocos ($p < 0,001$; Figura 3).

Já em relação à mão esquerda, em 1 minuto, os idosos domiciliares apresentaram uma média de 58 blocos, em comparação aos idosos institucionalizados, que apresentaram em média de 20 blocos ($p < 0,001$; Figura 4).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados da avaliação da destreza manual através do Teste com a Caixa de Blocos por grupo de idosos domiciliares e institucionalizados, evidencia que os idosos que vivem com a família possuem



ID = Idosos domiciliares; II = Idosos institucionalizados; $p < 0,001$

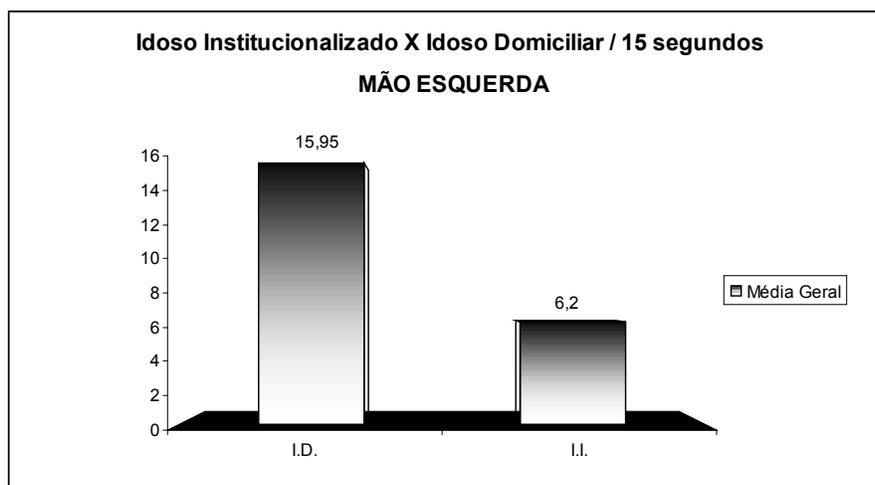
Figura 1. Comparação da quantidade de blocos em 15 segundos em relação à lateralidade direita entre idosos domiciliares e institucionalizados (desvio padrão: ID = 3,7 e II = 2,5).

uma destreza manual melhor que os que moram em instituição.

Os resultados da pesquisa foram surpreendentes, visto que, não se esperava tamanha desigualdade entre os valores obtidos pelos dois grupos participantes da pesquisa, pois anteriormente a coleta dos dados, havia a hipótese de que o número de blocos transportados pelos idosos institucionalizados seria semelhante ao número dos blocos conduzidos pelos idosos domiciliares. Acreditava-se que a lentidão e a dificuldade dos movimentos manuais eram advindas exclusivamente do processo de envelhecimento, no entanto, após a pesquisa constatou-se que a longevidade não é o único

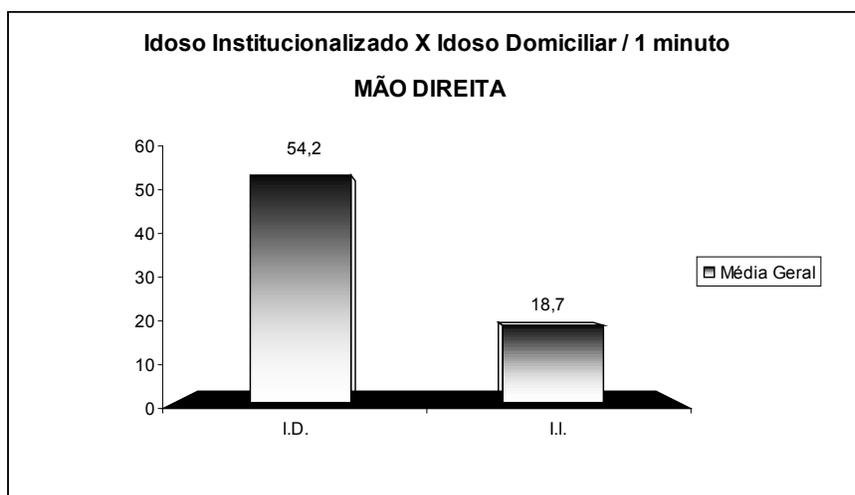
fator que altera a habilidade e destreza manual, sendo assim, certamente outros fatores estão influenciando o comportamento motor dos idosos institucionalizados.

Como os idosos institucionalizados recebem atenção diária de médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e educador físico, possuindo, assim, uma assistência à saúde diária e uma vida relativamente ativa, essa diferença entre o desempenho desses dois grupos pode estar associada ao ambiente físico onde os idosos vivem, uma vez que os arranjos de vida para idosos – com quem e onde vivem – são componentes críticos do envelhecer bem sucedido, pois eles determinam o ambiente físico e social onde ocorre o envelhecimento¹¹.



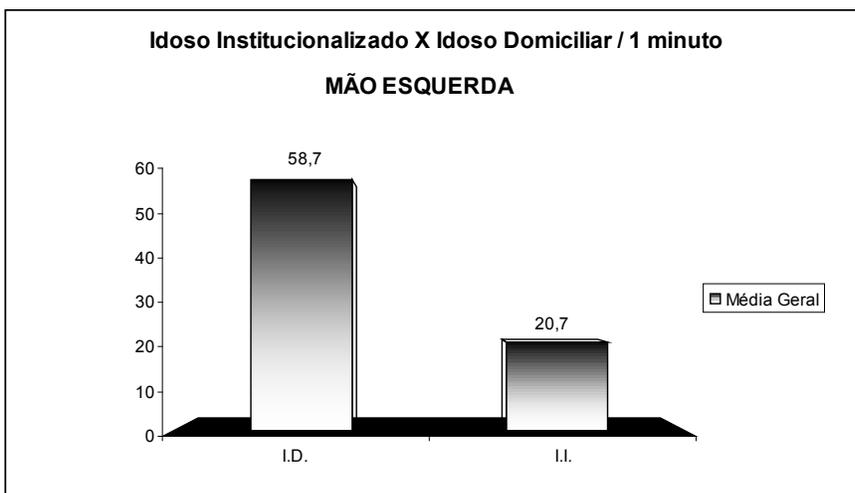
ID = Idosos domiciliares; II = Idosos institucionalizados; $p < 0,001$

Figura 2. Comparação da quantidade de blocos em 15 segundos em relação à lateralidade esquerda entre idosos domiciliares e institucionalizados. (desvio padrão: ID = 4,86 e II = 2,91).



ID = Idosos domiciliares; II = Idosos institucionalizados; $p < 0,001$

Figura 3. Comparação da quantidade de blocos em 1 minuto em relação à lateralidade direita entre idosos domiciliares e institucionalizados (desvio padrão: ID = 16,1 e II = 9,0).



ID = Idosos domiciliares; II = Idosos institucionalizados; $p < 0,001$

Figura 4. Comparação da quantidade de blocos em 1 minuto em relação à lateralidade esquerda entre idosos domiciliares e institucionalizados (desvio padrão: ID = 18,17 e II = 10,39).

Neste caso, algumas hipóteses podem ser levantadas a esse respeito, como a falta da família junto ao idoso, visto que os asilos, mesmo com boas condições físicas, possuem um ambiente humano frio e impessoal, as regras são rígidas e despersonalizadas, de tal forma que impede o idoso de manter os seus hábitos, desenvolver as suas capacidades, ou seja, ser ele mesmo⁶.

Vale destacar, que o domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde, pois é um local permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores. A quebra desse

vínculo, idoso e família, podem trazer alterações à vida deste, como o isolamento, a falta de motivação e a baixa auto-estima¹².

O idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações na qual sua história de vida foi construída, constituindo mais um possível fator desestimulante, que quando somado as perdas oriundas do processo de envelhecimento, pode acarretar um déficit motor maior que em outros idosos não-institucionalizados¹³.

CONCLUSÃO

Este estudo observou que o desempenho da habilidade de transportar os blocos de um compartimento para o outro da Caixa de Blocos entre o grupo dos idosos institucionalizados está muito aquém do desempenho observado no grupo dos idosos que vivem com suas famílias, esclarecendo-se, assim, o perfil motor manual dos idosos que vivem com a família e dos idosos que moram em instituição, permitindo aos profissionais de saúde entendimento para desenvolver pesquisas e tratamentos específicos. Diante da ausência de estudos semelhantes a este na literatura, torna-se necessário à realização de novos estudos objetivando avaliar o perfil motor manual dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Luzardo AR, Gorini MIC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e contexto - enferm.* 2006;15:587-94.

2. Benedetti TRB, Gonçalves LHT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto contexto - enferm.* 2007;16:387-98.
3. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto contexto - enferm.* 2006;15:570-7.
4. Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002, 531p.
5. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública.* 2003;3:717-24.
6. Pereira EGA, Costa MAM. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. *Texto contexto - enferm.* 2007;16:408-16.
7. Almeida OP. Mini-exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1998;56:1-12.
8. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Grachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev. psiquiatr.* 2007;29:28-34.
9. Desrosiers J, Bravo G, Herbert R, Dutil É, Mercier L. Validação da Caixa de Bloco de ensaio como uma medida da destreza das pessoas idosas: confiabilidade, validade e normas estudos. 1994;15:751-5.
10. Paroli LA, Teixeira R. Assimetrias Laterais em Ações Motoras: Preferência Versus Desempenho. *Motriz.* 2000;6:1-8.
11. Wilmoth J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias.* 2002;7:215-21.
12. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto contexto - enferm.* 2007;16:90-8.
13. Júnior RCF, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface.* 2005;9:110-8.