

Uma senhora de 104 anos mudou a minha mentalidade. Estimulando o potencial do idoso



Foto de Plato Terentev/Pexels

*Lucas Francisco de Oliveira Teixeira
Raquel Fernandes Batista
Nilde Burocchi Ribas D'Avila
Thuam da Silva Rodrigues*

Introdução

Atuar junto a pessoas idosas não era uma opção, para mim, quando decidi seguir o caminho da fisioterapia. Pois, sou um ex-atleta e queria seguir ferrenhamente a área esportiva e ortopédica. Mas, os percalços inesperados da vida fizeram com que durante o meu processo de graduação, surgisse uma oportunidade de estágio em uma Clínica, e o público alvo eram pessoas idosas. Então, uma senhora de 104 anos, mudou a minha mentalidade.

Os idosos chegavam com as mais diversas patologias e limitações (física, social e/ou emocional) e, desde então, passei a enxergar a fisioterapia como uma terapia que ia além do aspecto físico, pelo fato das pessoas se sentirem

bem, e de um modo confortável, e relatar que até esqueciam, momentaneamente, do motivo que as levava até o local para se tratar.

Ao conversar com uma professora sobre qual o tema do meu Trabalho de Conclusão de Curso, expus a minha vontade de trabalhar a relação entre atividade física e as pessoas idosas. Ela sugeriu que eu pesquisasse sobre a síndrome da fragilidade do idoso e, desde então, realizei diversas pesquisas para conhecer a realidade e percebi o quanto não se dá a devida importância para essa síndrome.

Pillat, Nielson e Schneider (2019) abordam a prática de atividades físicas como um instrumento tanto preventivo, quanto terapêutico para os agravos associados ao envelhecimento, como a perda da massa muscular e a síndrome da fragilidade do idoso. Ou seja, a prática de atividades físicas passa a ser um forte aliado na difusão e promoção de saúde, em todos ambientes da sociedade, a partir do momento que os estudos apresentem eficácia.

Entendendo a síndrome da fragilidade do idoso

O processo de envelhecimento, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), é individual, progressivo, biológico, acumulativo, universal, irreversível, não patológico e tem como seu último estágio a morte. Junto a este processo, podem surgir algumas doenças associadas próprias ao avançar da idade. Porém, é de extrema importância salientar que o envelhecimento não é uma determinante de adoecimento e/ou vice versa.

O aparecimento de doenças associadas ao envelhecimento pode ter uma relação direta ao estilo de vida, o ambiente em que habita, além de aspectos emocionais. Dentre tais doenças, podemos trazer a síndrome da fragilidade do idoso.

Na síndrome da fragilidade do idoso, há uma complexidade diagnóstica devido aos diversos eventos que acometem o organismo. Fried e colaboradores (2001) desenvolveram um padrão diagnóstico que consiste em avaliar se houve perda de força de preensão palmar; perda de peso não intencional nos últimos doze meses (acima de 4,5 kg); inatividade física; diminuição da velocidade da marcha e exaustão demasiada. Quando a pessoa idosa não apresenta nenhum desses critérios, é classificada como NÃO FRÁGIL; quando apresenta de um a três desses critérios, é considerada PRÉ-FRÁGIL; ao apresentar entre três e cinco dos critérios, essa pessoa idosa é considerada FRÁGIL.

Quando classificada como NÃO FRÁGIL, e com fatores socioambientais benéficos à qualidade de vida, essa pessoa idosa pode ser considerada saudável, com um baixo risco de internações e/ou quedas. Ao ser classificada como PRÉ-FRÁGIL, há um sinal de alerta para riscos de quedas, síndrome do imobilismo no leito e internações hospitalares. Já quando considerada FRÁGIL, aumentam os riscos de quedas, imobilismo, hospitalizações, incapacidades e risco iminente de morte.

Como tudo aconteceu

Os idosos foram selecionados a partir da lista de espera da Clínica de Fisioterapia, da Universidade Santo Amaro. A busca foi feita de forma aleatória, independente do gênero, com patologias associadas, desde que, sem comprometimento cognitivo, neurológico e/ou motor. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livres e Esclarecido, a fim de seguirmos os critérios de ética em pesquisa e foram orientados quanto ao processo terapêutico.

No segundo momento foram submetidos a uma avaliação através do questionário *MOBILIZE Boston Study*, que serve para classificar os idosos em: NÃO FRÁGIL, PRÉ – FRÁGIL ou FRÁGIL - instrumento composto por três perguntas – se houve perda de peso não intencional nos últimos 12 meses; exaustão demasiada e incapacidade de sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem auxílio das mãos.

Em um terceiro momento, realizaram três testes de avaliação segundo o *Short Physical Performance Battery*, para avaliar o equilíbrio estático em pé; a velocidade do andar; sentar e levantar de uma cadeira, e a força muscular dos membros inferiores. O escore total varia de zero (pior desempenho) a 12 (melhor desempenho) e é a soma total de pontos de cada tarefa, que vale o máximo de 04 pontos (FREITAS, 2016).

Quando obtinha entre zero a quatro, era considerado idoso com risco iminente de hospitalização, alto risco de quedas e limitações funcionais além do alto risco de morte. Quando a nota estivesse entre cinco e nove, o idoso tinha risco moderado de quedas, limitações funcionais e risco de hospitalizações. E o que atingia notas entre dez e doze era considerado de baixo risco de queda, funcionalidade preservada, e baixo risco de hospitalizações. Após a realização de todo processo classificatório, obtivemos o seguinte resultado: 02 (dois) FRÁGEIS e 02 (dois) idosos PRÉ-FRÁGEIS.

Protocolo de exercícios

Os exercícios foram divididos em três etapas: Fase adaptativa: duração - duas sessões, com exercícios moderados de alongamentos, fortalecimentos e mobilização ativa. Os exercícios de fortalecimento foram realizados utilizando faixas elásticas de uma mesma marca para que se mantivesse um padrão na variação de tensões.

FASE 1 - cinco sessões, duração de uma hora e meia; exercícios de fortalecimento de músculos dos membros superiores e inferiores, exercícios de marcha com ziguezague (figura 1), marcha com obstáculos e a marcha associada a estímulos de memória e verbalização, adaptada do método Padovan (figura 2 e 3). Todas as marchas foram feitas 3 vezes, num percurso de 3 metros.



Marcha em ziguezague



Marcha adaptada do Método Padovan

Ao final da primeira fase, alguns idosos já relatavam sentir melhora para a realização das atividades de vida diária.

Essa fisioterapia tem me feito muito bem, tenho conseguido andar melhor na rua. Saio daqui um pouco dolorido, mas no dia seguinte as dores somem todas, até as dores do joelho. J., 68 anos.

Obrigada por tudo, agora consigo andar sem tropeçar em todos os lugares. Agora tenho mais confiança de sair na rua sem medo de me esborrachar no chão. M.J, 72 anos.

FASE 2 - nove sessões, exercícios anteriores e alongamento dos músculos da parte posterior da perna (figura 4); o número de repetições aumentou (exercícios de fortalecimento duas séries de 10 repetições aumentaram para duas séries de 15 repetições). Marcha lateral (1,5 metro) – (figura 5) e marcha de costas (3 metros) foram incluídas nessa fase do protocolo. Vale ressaltar que durante todos os exercícios os pesquisadores tiveram ajuda de uma equipe treinada, para proteger os idosos e evitar o risco de quedas.



Figura 4 - Alongamento de cadeia posterior de membros inferiores



Figura 5 - Sr. J1 realizando marcha lateral, sob supervisão

Ao final todos os idosos participantes tiveram melhora no critério de equilíbrio, observado no processo de reavaliação, pois três dos quatro participantes, atingiram pontuação de melhor desempenho, no teste *Short Physical Performance Battery*. Apenas um permaneceu com o resultado inalterado, o que já é bom, embora o tempo de realização do seu teste de equilíbrio tenha apresentado uma redução.

Vale destacar que um dos idosos chegou se locomovendo com cadeira de rodas, devido à exaustão e inatividade física, além de uma grande dependência funcional. Ao final das fases, o idoso se locomovia utilizando andador (figura 6).



Figura 6 - Sr. J2. Caminhando com andador

Este participante foi considerado o mais frágil, pois além da dificuldade para caminhar, apresentava diversas doenças associadas. No início, apresentou resistência para fazer os exercícios, sendo estimulado pelo filho que o acompanhava. Ao final do protocolo, na reavaliação, não obteve alteração da pontuação, porém pudemos observar que houve melhora no tempo de realização de cada teste. Além da percepção da melhora, no aspecto físico e na fisionomia, que o próprio relatou e dos demais participantes notaram.

Agora eu me sinto mais animado, eu quero ficar bom logo e andar de bicicleta. J, 78 anos.

Considerações finais

Ter desenvolvido esse trabalho foi no mínimo gratificante, podendo contribuir no desempenho e na qualidade de vida dos idosos e auxiliá-los a trabalharem e evoluírem para alcançar suas potencialidades individuais, e se redescobrirem ao interagir junto com os outros. O tratamento preconizado é a prática de atividades físicas multicomponentes - dupla tarefa, fortalecimento, alongamento, exercícios cognitivos - respeitadas as limitações da pessoa idosa.

Cada um de nós carrega uma responsabilidade de compartilhar sempre o que de melhor temos dentro de nós. A partir do momento que compartilhamos com o outro nossas potencialidades, automaticamente nos redescobrimos e estimulamos o próximo a se redescobrir também.

Referências

FREITAS, E.V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.II.

FRIED, LP.; TANGEN, CM.; WALSTON, J.; NEWMAN, AB.; HIRSCH,C.; & GOTTDIENER, J. *et.al.*; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J GerontolABiolSci Med Sci*. 2001; 56(3): M146-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11253156/> DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2012. 98p. Disponível em <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>

PILLATT, A.P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R.H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. *Fisioter. Pesqui.* [Internet]. 2019. June [cited 2020 July 29]; 26(2): 210-217. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502019000200210&lng=en . Epub July 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World. Health Organization. Tradução: Suzana Gontijo.

Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60p.:il. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/401/1/WORLD_envelhecimento_2005.pdf>

Data de recebimento: 02/06/2021; Data de aceite: 23/08/2021

Imagem: arquivo dos autores

Lucas Francisco de Oliveira Teixeira - Graduando em Fisioterapia, pela Universidade Santo Amaro, São Paulo - SP. E-mail: lucasotsp@gmail.com

Raquel Fernandes Batista - Fisioterapeuta, Mestrado em Ciências da Saúde, especialista em Psicomotricidade. Docente do Curso de Fisioterapia e Supervisora de Estágio em Fisioterapia da Família e da Comunidade na Universidade Santo Amaro, São Paulo - SP. E-mail: raquelfbatista@hotmail.com

Nilde Burocchi Ribas D'Avila - Fisioterapeuta. Mestrado em Saúde Materno Infantil. Docente do Curso de Fisioterapia na disciplina de Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica e Supervisora de Estágio em Geriatria na Universidade Santo Amaro, São Paulo - SP. E-mail: nildedavila@uol.com.br

Thuam Silva Rodrigues - Bacharel em Fisioterapia, com experiência em equipe multiprofissional na área de Reabilitação clínica, domiciliar e comunitária, atua no ônibus de Itinerante Fisioterapia Clínica Móvel de atendimento na Vila Missionário e no Grajaú, SP (2018-atual). Especialista em Gerontologia, Mestre em Gerontologia Social (PUCSP), Doutorando em Epidemiologia (FSPUSP). Docente do Curso de Fisioterapia, Farmácia e Medicina e Supervisor de Estágio em Fisioterapia em Saúde Pública, na Universidade Santo Amaro, São Paulo - SP (2018-atual). E-mail: tsrodrigues@prof.unisa.br