



ACTIVIDADE AVALIATIVA: PARTE A

VALTER RODRIGUES, N.º1910

MÓDULO 9 | FISIOTERAPIA NA PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA
UNIDADE CURRICULAR | FISIOTERAPIA TEORIA E PRÁTICA IV
RESPONSÁVEL DO MÓDULO | PROF. LINA ROBALO

2010 – 2011

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Fisioterapia Teoria e Prática IV e prende-se com o caso do Sr. Guilherme, de 89 anos, competindo a mim levantar aquelas que considero serem as necessidades de saúde específicas deste senhor para, posteriormente, elaborar uma proposta de intervenção junto do Sr. Guilherme, com vista à promoção e protecção da sua saúde.

Ao longo do trabalho, farei uma análise aos dados disponibilizados no caso de modo a conseguir compreender quais são os principais problemas no caso do Sr. Guilherme e, consequentemente, quais as necessidades que se levantam.

Exame Subjectivo

- **Dados demográficos**

Nome: Sr. Guilherme

Idade: 89 anos;

Profissão: Reformado – Antigo Engenheiro, durante mais de 40 anos;

Situação Familiar: Viúvo (esposa falecida há 15 anos); vive sozinho; tem quatro filhos e nove netos que residem na mesma cidade.

Diagnóstico médico: Insuficiência renal crónica, angina de peito, hipertensão arterial e colesterol elevado.

- **História Familiar, Social e Ambiental**

De acordo com o cenário, o Sr. Guilherme tem quatro filhos e nove netos que residem todos na cidade onde vive. O utente refere ter apoio familiar forte, fruto da família grande que tem. São eles, por exemplo, que o levam e o trazem da fisioterapia.

De um ponto de vista social e ambiental, trata-se de uma pessoa que gosta de ler livros e jornais, gosta de dar um passeio diário e de organizar jantares para os netos e passar tempo com a família, embora se tratem todas de actividades que o utente já não consegue desempenhar por um cansaço extremo aos menores movimentos e por um enfraquecimento

generalizado que se têm vindo a acentuar nos últimos dois anos e que o têm vindo a incapacitar, essencialmente, desde há um mês atrás. Trata-se de uma pessoa que, neste momento, prefere estar em casa embora sinta a falta de alguém com quem possa dialogar, sentindo-se, nesse aspecto, sozinho. Ainda assim, os seus filhos contrataram uma senhora que trata das tarefas domésticas na casa do Sr. Guilherme e que o acompanha durante o dia, visto que consideraram não ser seguro que o mesmo continuasse sozinho.

- **Perspectiva e Expectativas do Sr. Guilherme**

Aparenta estar ciente do seu processo de envelhecimento ao que referir que sabe que está a «ficar velhote» embora frise não ter vontade de morrer. Por outro lado, não encara a Fisioterapia como uma forma de o ajudar a recuperar e/ou a manter algumas das suas capacidades funcionais, quando menciona que só vem à Fisioterapia por insistência dos seus familiares, conformando-se com a sua situação. Utiliza uma bengala para se deslocar pois sente-se mais seguro e o facto de recear «partir uma perna» remete, conseqüentemente, para o receio que tem em dar quedas, o que se encontra relacionado com a sua idade já avançada e com a pobre saúde física (Vellas et al., 1997 citados por Fletcher & Hirdes, 2004) evidenciada, por exemplo, pela hipertensão ou pela insuficiência renal crónica.

Análise Crítica dos dados do Exame Subjectivo

A idade que o Sr. Guilherme tem, 89 anos, constitui-se como um dos factores mais preponderantes no seu declínio funcional, tendo em conta que Rosa et al. (2003) citados por Caeiro e Silva (2008) refere que a população idosa acima dos 80 anos de idade tem 36 vezes mais probabilidade de desenvolver dependência moderada/grave.

Relativamente aos dados demográficos, é importante realçar que o facto do Sr. Guilherme ter sido Engenheiro de profissão, durante mais de 40 anos, patenteia um nível de escolaridade relativamente elevado o que facilitará a sua compreensão face a estratégias de intervenção educativas (Grundy & Sloggett, 2003 citado por Caeiro, M. & Gomes da Silva, M., 2008) e contribuirá para, neste contexto, aumentar a probabilidade de recuperação funcional e a esperança média de vida sem incapacidades (Matthews et al., 2006 citados por Caeiro et al. 2008), promovendo uma melhor qualidade de vida (Tseng & Wang et al., 2001 citados por TU et al., 2006 citados por Caeiro et al, 2008).

Quanto ao diagnóstico médico, a insuficiência renal crónica de que o utente padece, que se trata de uma lesão renal caracterizada por uma perda progressiva e irreversível da função dos rins (Bortolotto, 2008; Junior, 2007), encontra-se directamente relacionada com outro problema do utente, a hipertensão arterial que tanto pode ser causa como pode ser consequência de uma doença renal (Bortolotto, 2008). Neste sentido, é extremamente importante que o utente tenha a hipertensão controlada visto que a presença destas duas doenças, por si só, agrava as repercussões cardio-vasculares da doença renal, levando ao desenvolvimento de hipertrofia cardíaca e de insuficiência cardíaca bem como o risco de doença arterial coronária (Bortolotto, 2008).

No caso deste utente, seria importante atentar à sua medicação, em duas vertentes: Num sentido, é importante certificarmo-nos de que o utente se encontra com a medicação controlada e, essencialmente, qual a medicação que se encontra a tomar visto que a poli-medicação pode-se constituir como um factor de risco para a depressão (Melo & Silva, 2003 citados por Caeiro & Silva, 2008) bem como para as quedas (Katsumata et al., 2006 citados por Caeiro & Silva, 2008); Noutra vertente, o utente refere ter dificuldades para controlar a medicação que toma e memorizar qual é a que tem de tomar, o que indica que a sua memória a curto-prazo poderá estar afectada e que poderá contribuir para a diminuição da autonomia do utente, por ver-se obrigado a que a sua neta lhe lembre quais os medicamentos a tomar.

Igualmente, o facto de se ver obrigado a ficar a maior parte do tempo em casa, com uma empregada que faz por si as tarefas domésticas, sem ter ninguém com quem conversar regularmente, levou a que a actividade física bem como a participação social do Sr. Guilherme diminuíssem para valores bastante baixos.

Exame Objectivo

- **Testes musculares funcionais**

- Extensores do Joelho -> 3+;
- Flexores do Joelho -> 3+;
- Flexores do cotovelo -> 3+;

Os resultados alcançados nos testes musculares funcionais para os flexores e extensores do joelho bem como para os flexores do cotovelo, todos com 3+, trata-se de um grau funcional em que o utente é capaz de completar a amplitude de teste e cujos segmentos suportam uma resistência mínima (Área Disciplinar de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde, 2009), pelo que o Sr. Guilherme apresenta diminuição da força muscular.

- **Tolerância ao esforço**

- Teste “Two minute step in place” - 2MST - com resultado de 4 elevações do joelho dominante: Este teste surge em alternativa ao Teste de 6 minutos de marcha o qual não foi possível realizar. O 2MST avalia o número máximo de levantamentos do joelho que um indivíduo é capaz de executar em dois minutos, sendo apenas contabilizados os levantamentos que coloquem a patela ao nível da espinha íliaca antero-superior, sendo ajudados em caso de perda de balanço (Pedrosa & Holanda, 2009). É esperado que para o género masculino, em idades compreendidas entre os 85 e os 89 anos, o score se situe entre 59 a 91 elevações (The Journal on Active Aging, 2002), o que não corresponde ao caso do Sr. Guilherme que, como foi anteriormente referido, apenas consegue efectuar 4 elevações do joelho dominante, pelo que o utente encontra-se com uma diminuição abrupta da tolerância ao esforço.

- **Equilíbrio**

- Teste do Apoio unipodal no membro dominante (olhos abertos) – 3 segundos: Este teste aplica-se com vista a avaliar o equilíbrio do Sr. Guilherme, no qual se pede ao utente para se equilibrar apenas um dos pés durante um tempo máximo de 30 segundos, sendo este teste executado três vezes e sendo considerado a melhor das três vezes, ou seja, a que durar mais tempo (Maciel & Guerra, 2005). Ainda segundo estes autores, seria expectável que o utente se aguentasse em apoio unipodal entre 21 a 30 segundos para que se considerasse que o mesmo não alterações do equilíbrio, o que revela que o Sr. Guilherme, ao sustentar-se em apoio unipodal por apenas 3 segundos, apresenta grandes défices de equilíbrio postural.

- **Mobilidade Funcional**

- Teste Up & Go - TUG – 26 segundos: O teste TUG avalia o risco de quedas que, conforme mencionado anteriormente, encontra-se bem presente na população mais idosa e associado ao seu medo em dar quedas o qual se prepondera como factor de risco para as quedas, afectando a actividade, função e a condição física do idoso (Paula, Junior & Prata, 2007). Para a aplicação deste teste, é pedido ao utente que se levante de uma cadeira, percorra uma distância de 3 metros e depois a volte para a cadeira e se sente, pedindo-lhe, igualmente, que execute estas actividades com o máximo de velocidade possível sem correr, sendo feita a cronometragem do tempo que o utente demora a concluir este teste (Pedrosa & Holanda, 2009). De acordo com Steffen, Hacker e Mollinger (2002), é expectável que um indivíduo do género masculino e entre os 80 e 89 anos consiga demore entre 9 a 11 segundos na execução deste teste, pelo que o utente apresenta uma diminuição da mobilidade funcional.

Hierarquização das necessidades do Sr. Guilherme

- 1) Educação ao Sr. Guilherme e respectivos familiares;
- 2) Promover um estilo de vida mais activo;
- 3) Aumentar a força muscular no membro inferior, nomeadamente flexores e extensores do joelho, bem como no membro superior incluindo os flexores do cotovelo;
- 4) Aumentar a tolerância ao esforço;
- 5) Aumentar a mobilidade funcional e o equilíbrio;
- 6) Prevenção do Risco de Quedas e Redução do Impacto causado pelas Quedas;
- 7) Aumentar a sua autonomia em actividades de auto-cuidado, sobretudo no auto-controlo da medicação;
- 8) Aumentar a sua autonomia nas suas principais actividades de lazer.

Proposta de Intervenção

Para a minha proposta de intervenção, por questão de estruturação das ideias, dissocio a vertente da Educação ao utente e respectivos familiares da restante intervenção, mas é importante realçar que na intervenção junto do utente nunca se pode deixar de pensar na saúde de um indivíduo enquanto um conjunto de diferentes aspectos – físicos, psicológicos, espirituais, sexuais e emocionais (Lis, Reichert, Cosack, Billings & Brown, 2008).

A componente Educativa ao utente e aos seus familiares constitui parte significativa desta proposta de intervenção visto que o facto de o utente afirmar que não tem vontade de morrer evidencia como o mesmo poderá motivar-se para a recuperação de algumas capacidades funcionais actualmente restritas. Deste modo, deverá ser feita a sensibilização para a importância que a intervenção da Fisioterapia poderá ter na sua vida visto que, por outro lado, o Sr. Guilherme não aparenta encarar a Fisioterapia como um processo importante para a sua reabilitação. Com vista ao aumento da sua participação social poderia ser bastante útil a aplicação do “Chronic Disease Self-Management Program” que se trata de um programa de auto-gestão de cuidados de indivíduos com doenças crónicas associadas (como é o caso do Sr. Guilherme) e permitiria a sua inserção num grupo que poderia ser constituído por 10 a 15 participantes, sendo sugeridas pela literatura 6 sessões por semana mas que numa fase inicial poderiam ser reduzidas visto que o utente encontra-se bastante debilitado presentemente, durante cerca de 2 horas e meia, sendo o debate supervisionado por dois profissionais, dois líderes treinados para a tarefa, onde se debateriam tópicos tais como a prática do exercício físico, nutrição, respiração, emoções, comunicação e medicação (Jonker, Comijs, Knipscheer & Deeg, 2009). Este programa tem como vantagem não se focar apenas nos problemas relacionados com uma determinada doença mas também noutros problemas que podem estar associados à doença tais como a fadiga, a dor ou a ansiedade (Jonker, Comijs, Knipscheer & Deeg, 2009).

A Educação no sentido de eliminar factores de risco que possam contribuir para uma queda por parte do Sr. Guilherme é fundamental, dado que uma queda pode acarretar fractura anca, a mais presente, ou de outras fracturas, bem como feridas que requerem cuidados médicos (Stalenhoef et al., 2002, citados por Caeiro e Silva, 2006). Além disso, a queda representa a principal causa que resulta numa admissão hospitalar e que pode conduzir à morte, resultando num maior risco de institucionalização, morbilidade e fragilidade (Fletcher et al., 2004 citados por Caeiro & Silva, 2008). Para além das consequências já referidas, uma queda no Sr. Guilherme poderia gerar em si o medo de cair novamente e isolar-se socialmente ainda mais e levar à diminuição da realização de actividade física, que presentemente é muito reduzida mas que ao longo da intervenção poderia vir a aumentar e os ganhos alcançados poderiam ser comprometidos por uma eventual queda (Caeiro & Silva, 2008).

Da prática de exercício advêm inúmeros benefícios, entre os quais a redução da morbilidade, o facto de se estar a contrariar deficiências e mecanismos fisiológicos ou a atenuação da perda de algumas capacidades funcionais (Bean, Vora & Frontera, 2004), mesmo quando possam existir factores tais como hábitos tabágicos, hipertensão, antecedentes familiares, ou

excesso de peso (Paffenbarger, 1996 citado por Bean, Vora & Frontera, 2004). Nesse sentido, adoptaria o treino progressivo resistido, realizado com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana com 13 a 17 na escala de Borg com base em 2 ou 3 séries de 8 a 10 repetições (Bean, Vora & Frontera, 2004). Este tipo de treino permite ganhos ao nível da endurance, poder aeróbico, ganhos de equilíbrio, de força muscular ou do volume muscular e na mobilidade (Bean, Vora & Frontera, 2004; Rydwik, Kerstin, Akner, 2005).

A aplicação do treino aeróbio, conjugada com o já referido treino resistido progressivo poderá apresentar benefícios ao nível da qualidade de vida e na redução de factores de risco cardíacos, tendo em conta, adicionando, que estamos perante um utente com diagnóstico multi-factorial e com problemas cardíacos, devendo ser realizado com uma frequência de 2 ou 3 vezes por semana com o tempo de duração constantemente a aumentar até aos 30/40 minutos (Bean, Vora & Frontera, 2004). Será importante incentivar o utente a realizar estes treinos e a tentar adaptá-los a actividades funcionais que o utente desempenhe ou consiga vir a desempenhar no seu dia-a-dia.

No sentido de promover a actividade física de forma autónoma para o Sr. Guilherme, sugerir-lhe-ia, ainda, consoante a sua evolução ao longo do tempo para que tentasse sair um pouco de casa, devidamente acompanhado, aproveitando para ir a um café ou ir comprar um jornal, até porque se trata de uma das suas actividades de lazer, como forma de andar e também estar socialmente mais activo.

Conclusão

Através da realização deste trabalho, pude aprofundar os meus conhecimentos no que toca aos principais problemas associados ao envelhecimento e enquadrá-los com o caso do Sr. Guilherme, identificando, assim, quais seriam as suas necessidades de saúde. Foi-me possível, igualmente, compreender a importância em cada vez mais olhar com outra perspectiva a população idosa, que se trata de um conjunto populacional com características muito específicas e da qual, no final de contas, um dia farei parte.

Ao fazer o levantamento das necessidades do utente, procurei-as hierarquizar de forma a constatar quais as serias as mais e as menos prioritárias, mas senti alguma dificuldade em colocar em ordená-las por ordem de prioridade.

Bibliografia

- Fletcher, P. C.; Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *British Geriatrics Society* 33(3), 273-279
- Bean, J., Vora, A., Frontera, W. (2004). Benefits of exercise for community dwelling older adults. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(3), 31-42.
- Área Disciplinar de Fisioterapia da ESS. (2009). *Teste Muscular: Documento de Apoio*. Setúbal: Escola Superior de Setúbal - IPS.
- Rydwik, E., Kerstin, F., Akner, G. (2005). Physical Training in institutionalized elderly people with multiple diagnosis - a controlled pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 29-44.
- Steffen, T., Hacker, T., Mollinger, L. (2002). Age- and Gender-Related Test Performance in Community-Dwelling Elderly People: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and Gait Speeds. *Physical Therapy*, 82(2), 128-137.
- The Journal on Active Aging. (2002, April). *Measuring Functional Fitness of Older Adults*. Retrieved April 17, 2011, from http://www.inactiveaging.org/resources/measuringfunctionalfitness2.pdf/at_download/file
- Caeiro, M.; Silva, M. G. (2008). Factores Predisponentes e Incidentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa. *ESSFisionline*, 4(1), 15-34.
- □ Caeiro, M., Guerreiro, D., Lopes, T., et al. (2008). Evolução da Função do Idoso: Identificação dos Factores Predisponentes e Incidentes Críticos com Influência no Declínio Funcional – resultados preliminares. *ESSFisionline*, 4(2), 3-18.

- Bortolotto, L. A.(2008). Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. *Revista Brasileira Hipertensão* 15(3), 152-155.
- Junior, J. E. R. (2007). A Doença Renal Crônica: Do Diagnóstico ao Tratamento. *Prática Hospitalar*, 3, 183-187.
- Pedrosa, R., Holanda, G. (2009). Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e tug em hipertensas idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 13(3), 252-256
- Maciel, A. C. C., Guerra, R. O. (2005). Prevalência e factores associados ao défice de equilíbrio em idosos. *RBCM*. 13(1), 37-44.
- Paula, F. L., Junior, E. D. A. & Prata, H. (2007). Teste Timed "Up and Go": uma comparação entre valores obtidos em ambiente fechado e aberto. *Fisioterapia em Movimento*, 20 (4), 143-148.
- Lis, K., Reichert, M., Cosack, A., Billings, J. & Brown, P. (2008). Evidence-Based Guidelines on Health.
- Ange`le A. G. C. Jonker • Hannie C. Comijs • Kees C. P. M. Knipscheer • Dorly J. H. Deeg. (2009). Promotion of self-management in vulnerable older people:a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program, 6, 49-54.