

Percepção do idoso frágil, do cuidador e do fisioterapeuta sobre a funcionalidade após tratamento fisioterapêutico ambulatorial

Perception of elderly, caregiver and physiotherapist about functionality after ambulatory physiotherapeutic treatment.

COSTA LGO, CRUZ AO, NORONHA DO, VITORIANO MGM, FERRAZ DD. Percepção do idoso frágil, do cuidador e do fisioterapeuta sobre a funcionalidade após tratamento fisioterapêutico ambulatorial. *R. bras. Ci. e Mov* 2020;28(2):23-32.

RESUMO: O objetivo do estudo foi verificar a percepção do idoso frágil, do cuidador e do fisioterapeuta sobre a melhora funcional do idoso ao realizar atendimento fisioterapêutico ambulatorial. Trata-se de um estudo quase experimental, realizado no ambulatório de um Centro de Referência. O estado cognitivo foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental, as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) pelo questionário de Pfeffer, as atividades básicas de vida diária (ABVD) pelo Índice de Barthel modificado, a fragilidade pela estratificação funcional e o risco de quedas pelo teste *Timed Up and Go* (TUG). Foi elaborado pelos pesquisadores um questionário para avaliar a percepção de melhora dos idosos, cuidadores e fisioterapeutas sobre a função corporal e independência nas ABVD e AIVD. Participaram 23 idosos frágeis, 19 cuidadores e 6 fisioterapeutas. Os participantes possuíam declínio funcional parcial para as AIVD, desejavam melhorar a dor e mostraram-se satisfeitos com o resultado do tratamento. Idosos mais frágeis apresentaram uma melhor percepção sobre o desempenho para o uso do banheiro. A percepção de melhora dos cuidadores de idosos menos frágeis, com relação a atividades como higiene pessoal, vestir-se e deambulação, foi superior as dos demais. Não houve diferença significativa entre a percepção do idoso, cuidador e fisioterapeuta sobre a percepção de melhora na função corporal e nas ABVD e AIVD. Segundo a percepção do idoso, seu cuidador e fisioterapeuta o atendimento fisioterapêutico ambulatorial melhora as funções corporais de idosos frágeis auxiliando principalmente no desempenho das suas ABVD.

Palavras-chaves: Idoso Fragilizado, Fisioterapia, Percepção, Assistência Ambulatorial.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado, Fisioterapia, Percepção, Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT: The aim of this study was to verify the perception of frail elderly, the caregiver and the physiotherapist about the functional improvement of the elderly when performing outpatient physiotherapeutic care. It was developed an observational cross-sectional study, performed at an outpatient clinic of a Reference Center. The cognitive status was evaluated by Mini Mental State Examination, instrumental activities of daily living (IADL) by Pfeffer questionnaire, the basic activities of daily living (BADL) by modified Barthel Index, the fragility by functional stratification and the risk of falls by Timed Up and Go test. A questionnaire was developed by the researchers to evaluate the elderly perception of improvement, caregivers and physiotherapists on body function and independence in BADL and IADL. A total of 23 frail elderly, 19 caregivers and 6 physiotherapists participated. The participants had partial functional decline for AIDL, wished to improve pain and were satisfied with treatment's outcome. More fragile elders presented a better perception of improvement for bathroom use. The perception of improvement for personal hygiene, dressing activity and ambulation of the caregivers of less fragile elderly was superior to the others. There was no significant difference between the perception of the elderly, caregiver and physiotherapist about the improvement in body function and BADL and IADL. According to the perception of the elderly, their caregiver and physiotherapist the outpatient physiotherapeutic care improves the body functions of fragile elderly assisting in the performance of their BADL.

Keywords: Frail Elderly, Physical Therapy Specialty, Perception, Ambulatory Care.

Contato: Daniel Dominguez Ferraz - danieldf@ufba.br

Laiane G.O. Costa¹
Alessandra O. Cruz¹
Diana O. Noronha²
Maíra G.M. Vitoriano²
Daniel D. Ferraz¹

¹ Universidade Federal da Bahia

² Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

Recebido: 03/06/2019
Aceito: 12/05/2020

Introdução

A síndrome da fragilidade do idoso é desencadeada na fase do envelhecimento em que o indivíduo passa por um processo progressivo de mudanças em múltiplos sistemas¹. Essa síndrome clínica está associada ao avançar da idade e tem como consequências alterações na estrutura e função corporal como a sarcopenia, aumento da fadiga, desnutrição crônica, diminuição da força de preensão manual e da força muscular global¹. Também cursa com diminuição do nível de atividade física, redução na velocidade da marcha, menor capacidade para realizar as atividades da vida diária e repercussão negativa sobre os relacionamentos sociais^{2,3,4}.

A síndrome da fragilidade é o resultado de um declínio fisiológico, vulnerabilidade dos sistemas corporais e um menor controle da homeostase, o que pode desencadear estresse e mudanças no estado de saúde do idoso¹. Essa síndrome também facilita a ocorrência de quedas e um maior número de institucionalizações e hospitalizações¹. Diante dessas manifestações, é importante avaliar o grau de fragilidade do idoso para direcionar a intervenção terapêutica⁴. Assim, a atenção interdisciplinar por meio de uma avaliação global é a melhor forma de prevenir as complicações dessa síndrome⁴.

Os programas de exercício físico, utilizados na fisioterapia para idosos frágeis, proporcionam uma melhora da força muscular, amplitude de movimento corporal, equilíbrio postural, velocidade da marcha e desempenho cardiorrespiratório⁵. Esses programas de exercício são capazes de diminuir significativamente o declínio funcional e proporcionar bem-estar para essa população⁵. Dentro desse contexto, é importante analisar as características individuais e o grau de fragilidade dos usuários para definir, de forma precisa, os planos de tratamento a curto e longo prazo.

Ao submeter os idosos a programas de exercício, é relevante observar de que maneira esses indivíduos percebem o tratamento que lhes são oferecidos, pois essa informação ajudará o planejamento dos objetivos e das condutas terapêuticas⁶. Assim, para nortear a atuação profissional às necessidades e expectativas do idoso e aprimorar os resultados terapêuticos, torna-se relevante identificar a satisfação desses usuários sobre o serviço de saúde oferecido^{6,7,8}.

Porém, poucos estudos investigaram o nível de satisfação do idoso frágil com relação à qualidade do serviço e à percepção sobre os efeitos funcionais do tratamento. A maioria das pesquisas estudaram a opinião dos profissionais de saúde e dos cuidadores de idosos referente ao atendimento oferecido a essa população^{7,9}. Por esse motivo, é fundamental a realização de estudos que investiguem a percepção e satisfação do idoso frágil quanto ao tratamento fisioterapêutico ambulatorial. Esses resultados ajudarão a verificar a efetividade do serviço e direcionar o tratamento de acordo às necessidades dos usuários.

Assim, o objetivo do estudo foi verificar a percepção do idoso frágil, do cuidador e do fisioterapeuta sobre a funcionalidade do idoso que recebeu atendimento fisioterapêutico ambulatorial.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo quase experimental, realizado em um Centro de Referência para idosos, no período de maio a novembro de 2017. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com parecer de número 2.015.798.

A amostra foi composta por idosos frágeis, cuidadores e fisioterapeutas que acompanharam os idosos durante o atendimento ambulatorial. Foram incluídos no estudo idosos que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, apresentar pontuação 6, 7, 8 ou 9 da estratificação de fragilidade¹⁰ e ter sido tratado durante um período igual ou superior a 2 meses. Como critérios de exclusão foram aplicados: apresentar déficit cognitivo (segundo o Mini Exame do Estado Mental)¹¹, absenteísmo superior a 30%, ser portador de deficiência visual e/ou auditiva e de linguagem grave não corrigida. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações clínicas e sociodemográficas dos idosos foram coletadas por meio de um formulário elaborado e aplicado por uma pesquisadora e respondido pelo idoso com as variáveis: sexo, idade, índice de massa corporal, estado civil, escolaridade, prática de atividade física de forma regular, comorbidades, número de quedas nos últimos 6 meses, medo de cair e tempo de tratamento fisioterapêutico. Os dados referentes ao grau de fragilidade dos idosos, a capacidade funcional e cognitiva e o risco de quedas foram obtidos nos prontuários de cada paciente após avaliação da equipe interdisciplinar do Centro de Referência.

Para classificar o nível de fragilidade dos participantes foi utilizado a classificação apresentada por de Moraes et al.¹⁰. Os idosos podem ser classificados em 10 categorias de acordo a presença de comorbidades, doenças crônicas não transmissíveis e dependência para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária. São considerados idosos robustos aqueles inseridos nas categorias 1, 2 ou 3. Os idosos robustos apresentam boa reserva homeostática, sendo, portanto, capaz de gerenciar suas vidas de maneira independente e autônoma. Eles não apresentam nenhuma incapacidade funcional ou qualquer condição médica crônica associada a uma maior vulnerabilidade. Os idosos das categorias 4 e 5 são classificados em risco de fragilidade, ou seja, são capazes de gerenciar sua vida de maneira independente e autônoma, ainda que apresentem uma ou mais condições médicas crônicas indicativas de resultados

adversos, como evidência de síndrome de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de múltiplas comorbidades. Esses idosos apresentam um declínio funcional iminente, mas sem dependência funcional. Por fim, os idosos das categorias 6, 7, 8, 9 e 10, apresentam declínio funcional estabelecido e são incapazes de administrar suas próprias vidas, como resultado de uma ou várias deficiências.

O Mini Exame do Estado Mental apresenta escores de corte, sugestivos de déficit cognitivo, relacionados à idade e à escolaridade: 29 para pessoas com 18 a 24 anos, e 25 para indivíduos com 80 anos e mais; 29 para pessoas com pelo menos nove anos de escolaridade, 26 para aqueles com cinco a oito anos de escolaridade, e 22 para os com zero a quatro anos de escolaridade¹¹.

O Índice de Barthel modificado foi utilizado para avaliar a capacidade de realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD), sendo avaliadas as seguintes atividades: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais e vesicais, uso do vaso sanitário, transferência cadeira-cama, deambulação e escadas. Cada domínio foi pontuado de acordo com o desempenho de cada sujeito em realizar as tarefas podendo ser classificado em independente, parcialmente dependente ou dependente. A pontuação total foi obtida através da soma de todos os pontos em cada categoria, variando de 0 a 50 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior o grau de independência¹².

O questionário de Pfeffer foi utilizado para avaliar a capacidade dos idosos para realizar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD)¹³. Assim, funções cognitivas e sociais, como fazer compras, cozinhar, prestar atenção em programas de televisão, discutir assuntos ou manter uma conversa, foram avaliadas. Este instrumento possui 10 perguntas e em cada uma delas pode-se obter uma pontuação entre 0 a 3 pontos. Quanto maior a pontuação maior é o grau de dependência funcional, sendo considerado prejuízo funcional uma pontuação maior que 4 pontos¹³.

O teste *Timed Up and Go* (TUG) foi utilizado para verificar o risco de quedas dos participantes. Este teste mensura em segundos o tempo utilizado pelo indivíduo para levantar de uma cadeira, andar uma distância de 3 metros, dar a volta, retornar a cadeira e sentar-se novamente. Para a realização desse teste é necessário uma cadeira de braços com assento de 46 cm de altura, um cronômetro e uma ficha de anotação dos dados. O indivíduo, ao início do teste, deverá estar com o dorso apoiado no encosto do assento e, ao final, deverá encostar-se novamente. O teste deverá ser realizado uma primeira vez para que o indivíduo se familiarize, sendo a segunda mensuração o resultado final. Quanto maior o tempo de realização do teste, maior o risco de quedas. Menos de 20 segundos corresponde a um baixo risco de queda, 20-29 segundos, moderado risco e acima de 30 segundos alto risco de quedas¹⁴.

Foram realizadas entrevistas com os cuidadores, os fisioterapeutas e os idosos atendidos, para avaliar a percepção de melhora funcional desses idosos frágeis, após um mínimo de 2 meses de tratamento ambulatorial. As perguntas das entrevistas foram baseadas no *Questionnaire of Perceived Changes*¹⁵. Essas perguntas tiveram a finalidade de obter informações sobre o objetivo dos participantes com relação ao tratamento fisioterapêutico, o grau de satisfação com o atendimento e sua percepção sobre a melhora funcional com relação à função corporal, capacidade para realizar as ABVD, AIVD e participação social (Tabela 1).

Tabela 1. Instrumento usado para avaliar a percepção do idoso, do cuidador e do fisioterapeuta participantes do estudo.

Percebeu alguma melhora no que diz respeito a:	Pontuação
1- Percepção do próprio corpo	
2- Capacidade de concentração	
3- Cansaço	
4- Equilíbrio	
5- Força muscular	
6- Mover braços e pernas	0- não percebeu melhora
7- Compreensão dos comandos e comunicação	1- percebeu pouca melhora
8- Dor	2- percebeu que melhorou
9- Sensibilidade	3- percebeu que melhorou muito
10- Alimentação	4- não se aplica ao participante
11- Higiene Pessoal	
12- Uso do banheiro	
13- Banho	
14- Continência do esfíncter anal	

- 15- Continência do esfíncter vesical
 - 16- Vestir-se
 - 17- Transferências (cama e cadeira)
 - 18- Subir e descer escadas
 - 19- Deambulação
 - 20- Manuseio da cadeira de rodas
 - 21- Manuseio do dinheiro ou medicação
 - 22- Fazer as compras
 - 23- Limpeza da casa
 - 24- Preparação das refeições
 - 25- Interação com a vizinhança ou em casa
 - 26- Estar atualizado com as notícias
 - 27- Memória de compromissos e momentos familiares
 - 28- Realização de atividades de lazer
 - 29- Andar na rua sozinho e voltar pra casa
 - 30- Pegar transporte público
-

Os idosos responderam todas as perguntas; os fisioterapeutas de 1 a 9 e os cuidadores responderam as perguntas de 10 a 30.

A entrevista aplicada ao cuidador avaliou os aspectos sobre o deslocamento do idoso até o ambulatório, sua percepção sobre a melhora do idoso no desempenho motor, na capacidade de realizar as ABVD, AIVD e na participação social. Também foram avaliadas informações relacionadas ao esforço realizado pelo cuidador durante as tarefas de cuidado. Por fim, o instrumento contemplou informações da percepção do fisioterapeuta responsável pelo tratamento do idoso sobre os efeitos das condutas com relação à sua função corporal.

O tratamento fisioterapêutico realizado foi desenvolvido pelo fisioterapeuta do Centro de Referência e baseado nas informações coletadas de uma avaliação geriátrica prévia global do idoso, por meio de escalas de avaliação voltadas para aspectos, como: as ABVD, AIVD, equilíbrio, força, nível cognitivo e risco de quedas. Sendo assim, as abordagens terapêuticas utilizadas foram baseadas no declínio funcional apresentado pelos idosos de forma individual. Entre os objetivos do tratamento fisioterapêutico ambulatorial oferecido aos participantes da pesquisa encontram-se: a melhora da força muscular de tronco, membros inferiores e superiores, incremento do equilíbrio postural, da amplitude de movimento, da capacidade de esforço e alívio da dor. Dessa forma, entre as possibilidades terapêuticas, destacaram-se o treinamento resistido de tronco, membros inferiores e superiores, alongamento muscular de grandes grupos musculares, mobilização de tronco, mobilização articular analítica, mobilização neural, eletroterapia, treino de equilíbrio e coordenação, facilitação de marcha, treino de atividades funcionais e treino aeróbico em esteira ergométrica ou bicicleta estacionária.

Foi realizada uma análise estatística descritiva. O formato da distribuição de frequências das variáveis quantitativas foi avaliado através de histogramas e do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis quantitativas foram sumarizadas em média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências simples e relativas. A inferência estatística foi realizada através do teste T-Student e o teste Qui Quadrado de Pearson. O programa estatístico usado nas análises foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS - versão 22).

Resultados

Participaram do estudo 23 idosos, com 76 (± 7) anos de idade, apresentando índice de massa corporal de 27,8 ($\pm 5,8$) Kg/m², em sua maioria do sexo feminino (65,21%) e casados (43,5%). Aproximadamente 35% possuíam de 1-3 anos de escolaridade, 34,8% apresentavam 3-7 anos, 13% acima de 7 anos e 17,4% nenhuma escolaridade. Apenas um dos idosos praticava atividade física e 60,9% possuíam declínio funcional parcial para as AIVD.

Tabela 2. Sexo e classificação da fragilidade de idosos frágeis atendidos no Centro de Referência.

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	15 (65,21)
Masculino	8 (34,8)
Fragilidade	
6- PAIVD	14 (60,9)
7- CAIVD	4 (17,4)
8- SABVD	4 (17,4)
9- PABVD	1 (4,3)

PAIVD: parcialmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária; CAIVD: completamente dependente para as atividades instrumentais da vida diária; SABVD: semi dependente para as atividades básicas da vida diária; PABVD: parcialmente dependente para as atividades básicas da vida diária.

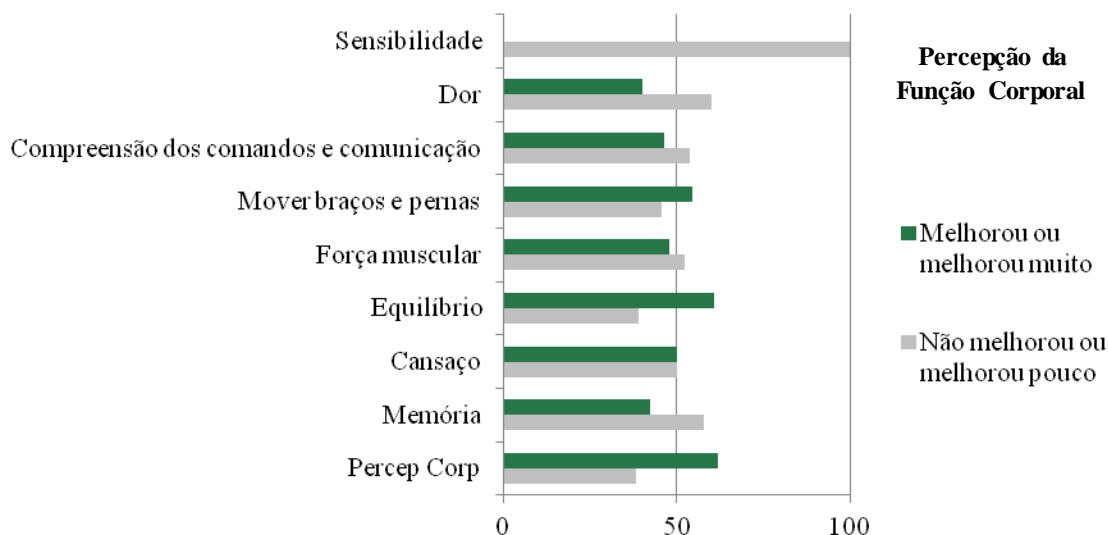
A maior parte dos idosos possuía hipertensão arterial (82,6%), 73,9% apresentavam doenças osteomioarticulares, 30,4% possuíam diabetes mellitus, 47,8% apresentavam depressão e 47,8% apresentaram doença vascular. Os participantes também apresentavam uma média de 45 (\pm 5) pontos no Índice de Barthel modificado, 6 (\pm 6) pontos no questionário de Pfeffer, 22,9 (\pm 11,7) segundos no TUG e 23 (\pm 3) pontos no Mini Exame do Estado Mental.

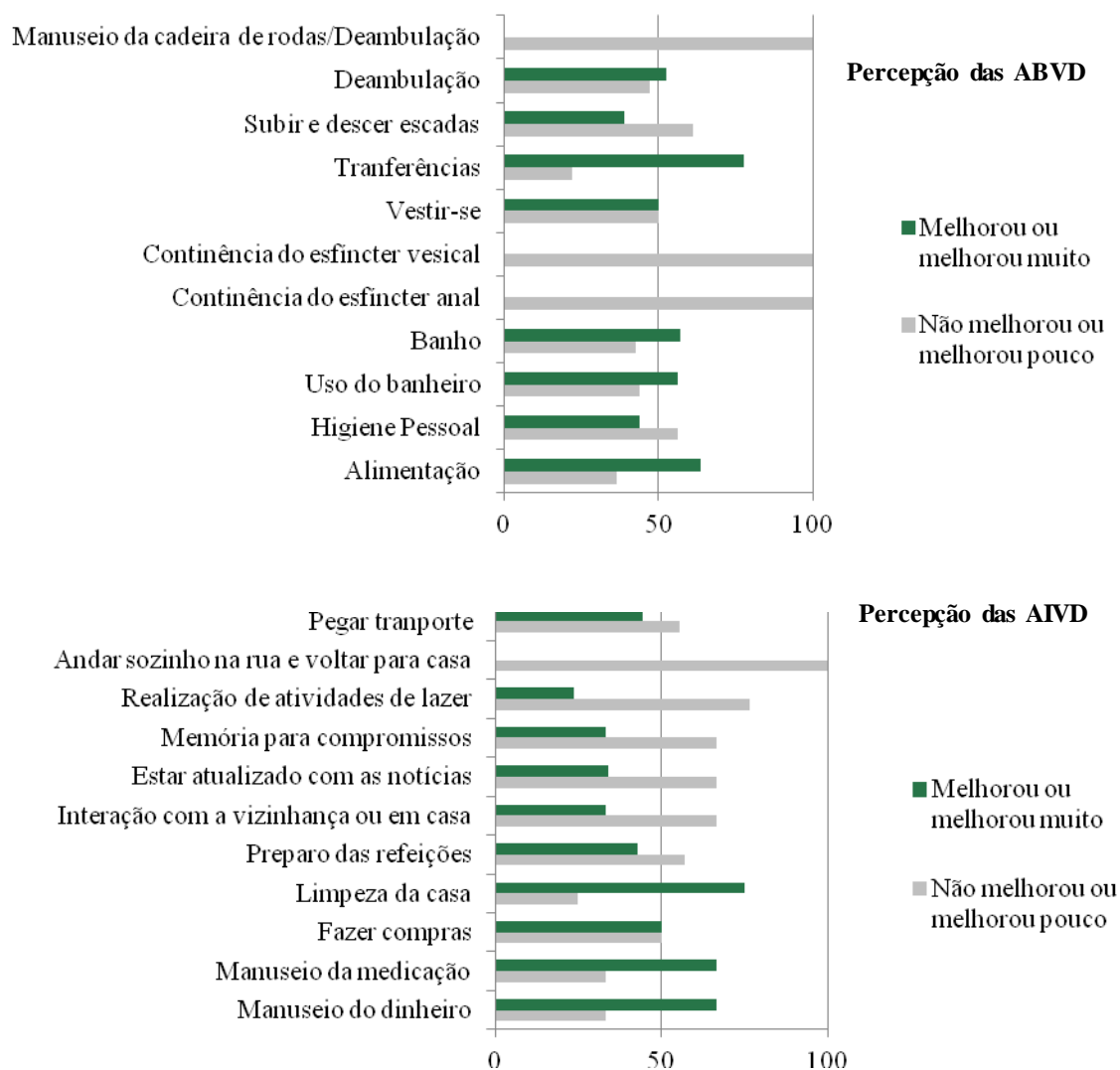
Quanto ao número de quedas nos últimos 6 meses, 39% dos idosos apresentaram ao menos 1 queda. Sessenta e cinco por cento relataram medo de sofrer quedas, 30,4% sentiam segurança quando utilizavam algum dispositivo auxiliar de marcha e 26,1% sentiam-se seguros quando deambulavam com ajuda de terceiros.

Todos os idosos com 7, 8 e 9 pontos de estratificação da fragilidade, que apresentavam dificuldade ao uso do banheiro, relataram melhora ao realizar essa atividade desde que iniciaram o tratamento de fisioterapia ambulatorial. Trinta por cento dos idosos com 6 pontos de estratificação da fragilidade, que apresentavam dificuldade ao uso do banheiro, relataram melhora, ou seja, uma diferença significativa ($p=0,024$). Não foram encontradas diferenças nas demais ABVD e AIVD.

Os participantes realizaram em média 4 (\pm 2) meses de atendimentos antes da avaliação. Os atendimentos de fisioterapia aconteceram com uma frequência de 2 vezes por semana e duração de, aproximadamente, 40 minutos por sessão. Assim, os participantes realizaram em média 32 sessões de tratamento fisioterapêutico ambulatorial.

O principal objetivo dos participantes, em relação à fisioterapia, foi diminuir a dor (69,6%), melhorar a capacidade de marcha (17,4%) e reduzir o tremor (13,0%). Sessenta e cinco por cento dos idosos relataram estarem satisfeitos com o resultado alcançado com o tratamento fisioterapêutico. Na Figura 1 encontram-se os resultados da percepção dos idosos sobre a melhora da função corporal e da capacidade para realizar as ABVD e AIVD.





ABVD: atividades básicas da vida diária; AIVD: atividades instrumentais da vida diária.

Figura 1. Percepção dos idosos atendidos no Centro de Referência sobre a melhora da função corporal, atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Também participaram do estudo, 19 cuidadores com 47 (± 15) anos de idade, uma média de 5 (± 2) anos de cuidado e uma carga horária semanal de 17,63 (± 6) horas de trabalho. Aproximadamente 95% dos cuidadores possuíam algum grau de parentesco com o idoso e o segundo grau completo de escolaridade (63,2%).

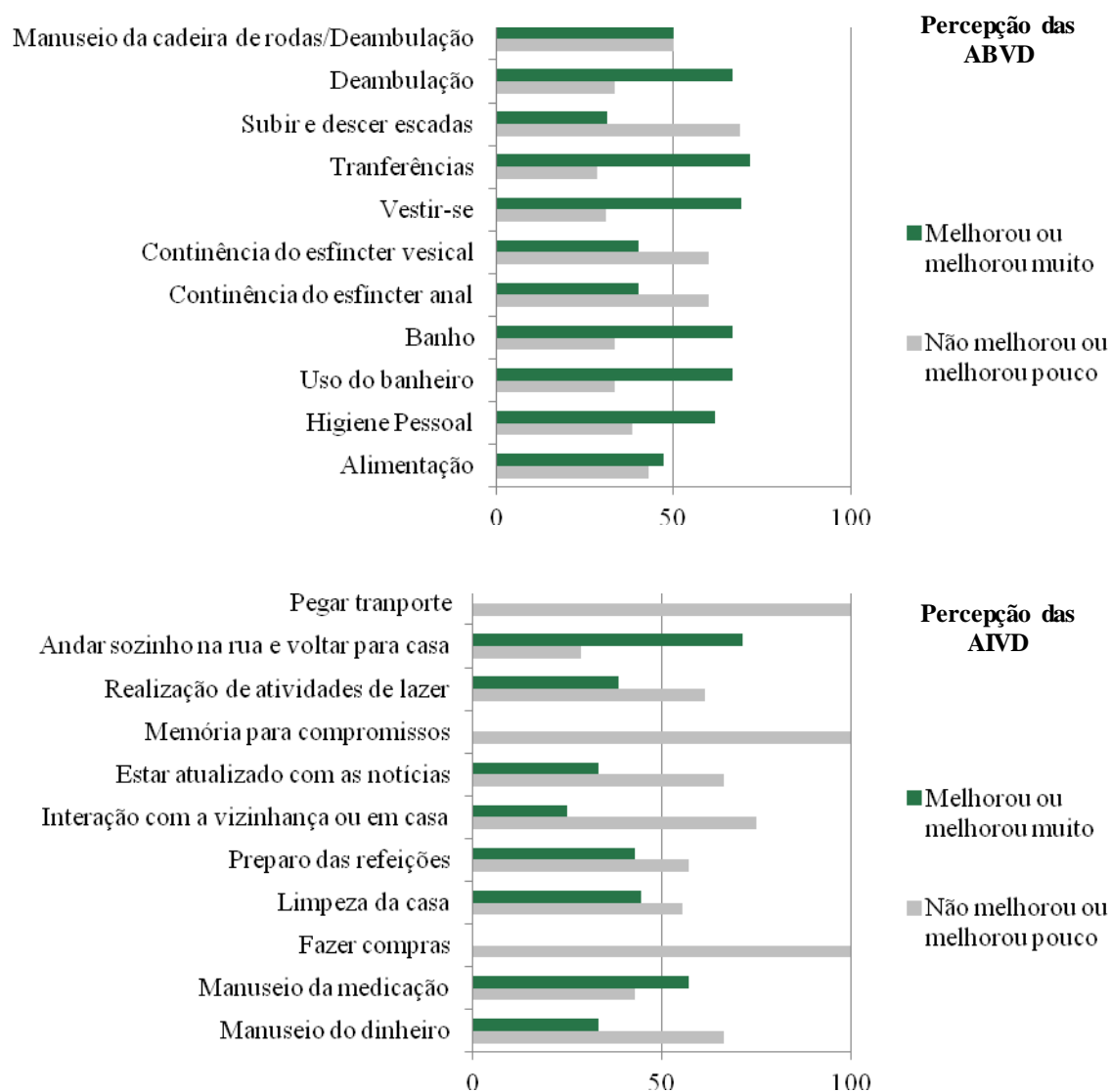
Tabela 3. Grau de parentesco, escolaridade e formação do cuidador de idosos atendidos no Centro de Referência.

Variáveis	n (%)
Grau de parentesco	
Filho(a)	(14) 73,7
Cônjuge	(3) 15,8
Neto(a)	(1) 5,3
Cuidador formal	(1) 5,3
Escolaridade	
Analfabeto	(1) 5,3

2º grau incompleto	(1) 5,3
2º grau completo	(12) 63,2
Superior incompleto	(2) 10,5
Superior completo	(3) 15,8
Curso de cuidador de idosos	
Sim	(1) 5,3
Não	(18) 94,7

Entre as atividades realizadas pelos cuidadores, todos os participantes relataram acompanhar o idoso ao médico, 84,2% acompanhavam o idoso em suas atividades de lazer, 63,2% realizavam as atividades domésticas, 63,2% auxiliavam o idoso na deambulação, 52,6% controlavam sua própria a medicação, 47,4% auxiliavam o idoso na higiene e 36,8% ajudavam na alimentação.

A maioria dos cuidadores referiu bastante melhora (52,6%) ou alguma melhora (31,6%) do idoso com relação à capacidade funcional e 47,1% acreditavam que o tratamento fisioterapêutico facilitou a prestação do cuidado ao idoso. Pode-se observar na Figura 2 a percepção do cuidador com relação à melhora do idoso para realizar as ABVD e AIVD.



ABVD: atividades básicas da vida diária; AIVD: atividades instrumentais da vida diária.

Figura 2. Percepção dos cuidadores, sobre a melhora da funcional dos idosos atendidos no Centro de Referência quanto à capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Oitenta por cento dos cuidadores de idosos, com 6 pontos na estratificação da fragilidade, relataram melhora em realizar a atividade de higiene pessoal. Observou-se uma diferença significativa ($p=0,044$) com relação aos cuidadores dos idosos com 7, 8 e 9 pontos de estratificação da fragilidade, pois nenhum percebeu melhora na atividade de higiene.

Um resultado similar aconteceu na atividade de vestir-se, pois 81,8% dos cuidadores dos idosos com 6 pontos de estratificação da fragilidade observaram melhora nessa atividade. Houve diferença significativa ($p=0,021$), pois nenhum dos cuidadores dos idosos com 7, 8 e 9 pontos de estratificação da fragilidade relatou melhora nessa atividade.

O resultado da atividade de deambulação seguiu a mesma tendência, existindo diferença significativa entre a percepção de melhora dos cuidadores de idosos com 6 pontos de estratificação da fragilidade e os demais ($p=0,044$).

Não foram encontradas diferenças significativas entre a percepção do idoso, cuidador e fisioterapeuta com relação à melhora na função corporal e capacidade para realizar as ABVD e AIVD dos idosos frágeis.

Também participaram do estudo 6 fisioterapeutas, 47,8% relatou melhora no desempenho motor do idoso frágil após iniciar o tratamento fisioterapêutico, 34,8% relatou muita melhora e 17,4% pouca melhora. Na Figura 3 observa-se a percepção do fisioterapeuta a respeito da melhora da função corporal dos idosos atendidos.

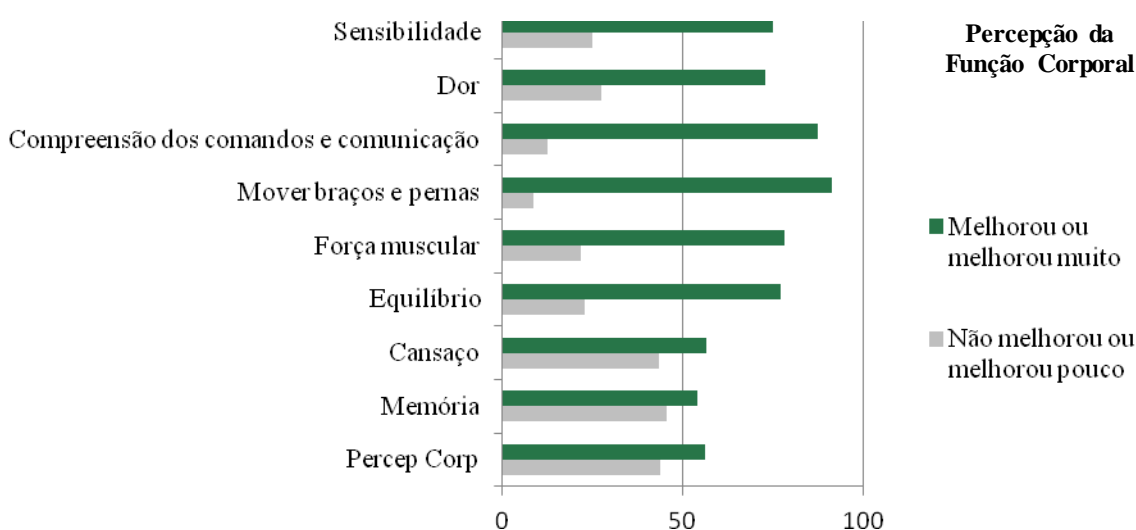


Figura 3.

Percepção dos fisioterapeutas sobre a melhora da função corporal dos idosos frágeis atendidos no Centro de Referência.

Discussão

Idosos frágeis, seus cuidadores e fisioterapeutas, participantes do estudo, relataram uma percepção similar e positiva sobre a melhora das funções corporais e atividades funcionais ao realizar tratamento fisioterapêutico ambulatorial. Os achados do estudo indicam que os idosos, embora frágeis, acreditam apresentar algum potencial de melhora ao serem atendidos em serviço de fisioterapia ambulatorial. Porém, pode-se observar que a percepção dos idosos e cuidadores sobre a melhora da capacidade de realizar as ABVD foi mais relevante frente as AIVD. Embora não tenha existido diferença significativa, a percepção de melhora das funções corporais dos idosos foi mais expressiva segundo a visão dos fisioterapeutas. Na percepção dos cuidadores, os idosos menos frágeis se destacaram frente aos mais frágeis, com relação à recuperação da capacidade para realizar as ABVD.

O perfil dos idosos desse estudo é semelhante ao de outros realizados previamente^{2,4}. A literatura mostra uma maior prevalência de fragilidade com o avançar da idade, em idosos do sexo feminino, com menor nível de escolaridade, histórico de quedas nos últimos anos e com doenças crônicas, entre elas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e doenças osteomioarticulares^{2,4}.

A presença de doenças crônicas pode aumentar a vulnerabilidade do indivíduo para desenvolver a síndrome da fragilidade, pois essas doenças estão associadas à perda de função, e estão comumente relacionadas à síndrome¹⁶. Entre esses idosos frágeis, que realizam tratamento de fisioterapia ambulatorial, a maioria tem como objetivo principal o alívio da dor. O estudo de Macedo, Gazzola e Najas⁴ mostrou que alterações neuroendócrinas presentes no processo de envelhecimento estão diretamente relacionadas à menor capacidade de regulação de mecanismos estressores do sistema nervoso, incrementando os níveis de cortisol na população idosa. A desregulação desse ciclo causa dores crônicas em idosos frágeis. Além disso, Carmo, Drummond e Arantes¹⁷ afirmam que a presença da dor em idosos pode reduzir a funcionalidade, gerando dependência de assistência e cuidado nas ABVD. Supõe-se, que os idosos busquem o alívio dessas queixas álgicas por meio da fisioterapia por conta da dor afetar de forma significativa a qualidade de vida e a

socialização desses indivíduos.

No estudo atual, a maior parte dos idosos relatou estar satisfeito com o resultado alcançado com o tratamento fisioterapêutico, principalmente referente ao equilíbrio e mobilidade corporal. Além disso, a maioria dos fisioterapeutas também relatou uma percepção de melhora do desempenho motor nos idosos após o tratamento. Isso se deve provavelmente ao fato do protocolo de tratamento fisioterapêutico, utilizado na instituição, estar voltado à melhora da força muscular e equilíbrio postural. Além disso, as evidências científicas mostram que exercícios resistidos¹⁸ e funcionais que envolvam força, resistência, flexibilidade e equilíbrio, auxiliam no aumento da força muscular¹⁸, redução dos escores de fragilidade, melhora da mobilidade¹⁸, da capacidade de realizar as ABVD¹⁹ e da percepção da saúde¹⁹.

A dependência para as ABVD é mais prevalente em idosos frágeis ou pré-frágeis²⁰. No estudo atual, a maioria dos cuidadores referiu melhora dos idosos frágeis com relação à capacidade funcional principalmente na execução das ABVD, que são as mais beneficiadas com a melhora das funções corporais. Entre as funções mais aprimoradas, após o tratamento de fisioterapia ambulatorial, encontraram-se: a transferência, banho, vestir-se, higiene pessoal, uso do banheiro e deambulação. O artigo de Santos, Borges e Menezes¹⁹ corroboram com o resultado do estudo atual ao verificar que idosos mais velhos e frágeis apresentaram melhora da função e do desempenho para realizar as ABVD, após um programa de exercício físico. Porém, vale a pena destacar que segundo os cuidadores do estudo atual, foram os idosos menos frágeis os que mais melhoraram a capacidade para realizar as ABVD.

Não existe diferença entre a percepção de melhora sobre as ABVD de idosos com diferentes graus de fragilidade. Porém no estudo atual, os participantes mais frágeis foram os que mais relataram melhora com relação ao uso do banheiro após o tratamento fisioterapêutico. Supõe-se que os idosos mais frágeis possuem maior dificuldade para utilizar o banheiro, por serem mais dependentes funcionalmente e por conta disso, possivelmente tenham apresentado uma percepção de melhora mais expressiva nessa atividade. Contudo, somente os cuidadores de idosos menos frágeis informaram melhora na higiene pessoal, na atividade de vestir-se e na deambulação. Essa percepção positiva pode estar relacionada à menor necessidade de dar suporte a esses idosos nessas tarefas, já que os mesmos relataram que o tratamento fisioterapêutico facilitou na prestação do cuidado ao idoso. Os cuidadores dos idosos mais frágeis provavelmente não notaram nenhuma melhora nessas funções pelo fato dos idosos continuarem precisando de suporte contínuo.

Estudos mostraram que exercícios físicos por meio do tratamento fisioterapêutico favorecem a melhora da funcionalidade de idosos com diferentes níveis funcionais, proporcionando a possibilidade de reverter, prevenir e/ou diminuir as características que predisõem a fragilidade^{21,22}. Um estudo com 77 idosos pré-frágeis ou frágeis (idade média de 75 anos) submetidos a uma intervenção multifatorial duas vezes por semana, composta por exercícios resistidos, educação nutricional e programas psicossociais, também encontraram redução da fragilidade e melhora da saúde funcional²³.

A Fisioterapia é capaz de melhorar a força muscular, o desempenho da marcha, a capacidade funcional, o equilíbrio postural e diminuir o risco de quedas dessa população^{21,22}. Em conformidade, embora o estudo atual tenha avaliado o resultado terapêutico quanto à percepção do próprio idoso frágil, os participantes relataram um melhor desempenho nos domínios de função corporal como, equilíbrio, mobilidade e percepção corporal.

Dentre as limitações do presente artigo, temos a inexistência de estudos que abordem a percepção do idoso frágil, do seu cuidador e do fisioterapeuta com relação à melhora funcional ao realizar tratamento fisioterapêutico ambulatorial; o tempo do tratamento, pois alguns pacientes frágeis podem demandar um período superior para alcançar resultados funcionais mais expressivos; os aspectos psíquicos e emocionais do idoso que podem ter prejudicado o relato sobre a percepção de recuperação funcional; a diferença entre o número de idosos segundo a fragilidade e o pequeno tamanho amostral.

Conclusão

O estudo atual trata-se do primeiro em investigar a percepção dos idosos frágeis em relação à melhora funcional após o tratamento fisioterapêutico ambulatorial. Pode-se concluir que a fisioterapia ambulatorial desempenha um papel importante na melhora das funções corporais e principalmente no desempenho das ABVD, segundo a percepção dos idosos frágeis, seus cuidadores e fisioterapeutas. Idosos menos frágeis, segundo a percepção dos cuidadores, são os que mais melhoram sua capacidade para realizar as ABVD.

Referências

1. Clegg A, Young J, Liffé S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in Older People. *Revista Europe PMC Funders Group*. 2013; 381: 752–62.
2. Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014; 17: 673-680.
3. Storti LB, Whebe CCF, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Revista Texto Contexto Enfermagem*. 2013;

- 22: 452-9.
4. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Revista Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2008; 33: 177-84.
 5. Simões M, Moura P, Varanda V, Nascimento M, Pompeu J. Comparison between unimodal and multimodal Physical Therapy interventions in frailty: a systematic review. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015; 20: 458-466.
 6. Santos MB, Ferraz RRN, Dias TOS, Neri ASC, Oliveira RS. Satisfação dos idosos com relação ao atendimento fisioterapêutico ambulatorial como instrumento de gestão em uma clínica universitária. *Revista de Administração de Roraima*. 2014; 4: 4-14.
 7. Gonçalves JR, Veras FEL, Matos ACM, Lima ISA. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior. *Revista Fisioter. Mov*. 2011; 24: 47-56.
 8. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfação da população idosa atendida na estratégia de saúde da família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. *Revista Texto Contexto Enferm*. 2014; 23: 871-9.
 9. Oliveira NS, Souza TS, Alencar FS, Oliveira GL, Ferreira NB, Alencar JS. Percepção dos Idosos Sobre o Processo de Envelhecimento. *Revista de Psicologia*. 2014; 8: 49-83.
 10. Moraes EM, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical functional categorization of the elderly: visual scale of Frailty (VS-Frailty). *Revista J aging Res Clin Pract*. 2016; 5: 24-30.
 11. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Jama* 1993; 269(18):2386-2391.
 12. Pinheiro IM, Ribeiro NMS, Pinto ACS, Sousa DBS, Fonseca EP, Ferraz DD. Correlação do índice de Barthel modificado com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2013; 13: 39-46.
 13. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CHL. Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community. *Journal of Gerontology*. 1982; 3: 323-329.
 14. Woellner SS, Araujo AGS, Martins JS. Protocolos de equilíbrio e quedas em idosos. *Revista Neurociências*. 2014; 16: 104-117.
 15. Mercier L, Landry M, Corbiere M, Perreault M. Measuring client's perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR, editors. *Evidence-based practice manual: research and outcome measures in health and human services*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 904-9.
 16. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19: 119-128.
 17. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 2011; 18: 17-22.
 18. Nagai K, Miyamoto T, Okamae A, Tamaki A, Fujioka H, Wada Y, Uchiyama Y, Shinmura K, Domen K. Physical activity combined with resistance training reduces symptoms of frailty in older adults: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018 May - Jun;76:41-47.
 19. Santos AF, Borges LL, Menezes RL. Efeitos dos programas de exercícios no tratamento de idosos frágeis: uma revisão de literatura. *Revista EFDeportes*. 2012; 1-21.
 20. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. 2009; 16: 120-5.
 21. Zanin C, Jorge MSG, Knob B, Wibelinger LM. Fisioterapia na síndrome da fragilidade em idosos. *Revista Ciência em Movimento*. 2017; 19: 99-110.
 22. Assumpção AM, Dias RC. Efeitos da fisioterapia na prevenção e na reversão da fragilidade em idosos: revisão sistemática. *Revista Geriatria & Gerontologia*. 2009; 3:117-130.
 23. Seino S, Nishi M, Murayama H, Narita M, Yokoyama Y, Nofuji Y, Taniguchi Y, Amano H, Kitamura A, Shinkai S. Effects of a multifactorial intervention comprising resistance exercise, nutritional and psychosocial programs on frailty and functional health in community-dwelling older adults: A randomized, controlled, cross-over trial. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Nov;17(11):2034-2045.