



Deficiência cognitiva e sua influência sobre os distúrbios de equilíbrio em idosos institucionalizados

Cognitive impairment and balance disturbs in nursing home residents

FisiSenectus . Unochapecó
Ano 5, n. 1 – Jan/Jun. 2017
p. 21-30

Jaíne de Fátima Oliveira Andrade. jaine_mv19@hotmail.com

Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade São Francisco de Bragança Paulista - SP.

Lucimara de Carvalho Souza. lucyfisioterapeuta@bol.com.br

Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade São Francisco de Bragança Paulista - SP.

Michele Lacerda Pereira Ferrer. lacerdaferrer@yahoo.com.br

Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo.

Doutoranda em Saúde Pública pela USP. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco de Bragança Paulista – SP.

Resumo

Introdução: O envelhecimento fisiológico pode trazer declínio das capacidades físicas e cognitivas dos idosos. Esse declínio pode influenciar a capacidade do idoso manter-se estável, pois o controle postural engloba tarefas motoras complexas que envolvem a interação entre componentes musculoesqueléticos e informações do sistema visual, vestibular e proprioceptivo. Além disso, estudos apontam que quando o indivíduo é colocado frente a múltiplas tarefas, sua demanda de atenção aumenta e se torna mais difícil manter o equilíbrio. Dessa forma, o presente estudo enfatiza a importância de se realizar um diagnóstico precoce de distúrbios de equilíbrio, que podem ou não estar associados à deficiência cognitiva, a fim de realizar futuras intervenções melhorando a qualidade de vida do idoso. **Objetivo:** Identificar o perfil de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e investigar se há associação entre deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio. **Metodologia:** Estudo transversal, realizado em uma ILPI de Bragança Paulista - SP, que consistiu em análise dos prontuários de 80 idosos. A função cognitiva foi avaliada por meio do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o equilíbrio foi avaliado por meio do registro das Estratégias Motoras Compensatórias e do Teste Romberg. Para analisar as possíveis associações foi realizada análise descritiva com o programa estatístico SPSS 22.0 e Teste Qui-Quadrado com nível de significância de $p \leq 0,05$. **Conclusão:** O presente estudo possibilitou identificar o perfil funcional dos idosos residentes na Instituição, não sendo observada associação entre deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio.

Palavras-chave

Idoso; Cognição; Equilíbrio postural.

Isso se deve ao fato de que os idosos institucionalizados geralmente apresentam motivos específicos, tais como mudança do ambiente familiar, hábitos sedentários, redução da capacidade funcional e diminuição da autonomia¹⁰.

Em relação à influência da deficiência cognitiva sobre os distúrbios de equilíbrio, estudos apontam que quando o indivíduo é colocado frente a múltiplas tarefas que exigem atenção dividida, sua demanda de atenção aumenta e se torna mais difícil manter um bom desempenho sobre o equilíbrio^{2,11,12,13}. Além disso, acredita-se que idosos com deficiência cognitiva possam apresentar retardo durante a ativação de respostas motoras frente a desequilíbrios¹¹, fator que pode estar relacionado à lentidão no processamento cognitivo e da integração das informações sensoriais no SNC decorrente do envelhecimento fisiológico^{5,11,12}.

Dessa forma, o presente estudo enfatiza a importância de se realizar um diagnóstico precoce de distúrbios de equilíbrio, que podem ou não estar associados à deficiência cognitiva, a fim de realizar futuras intervenções melhorando a qualidade de vida do idoso; e teve por objetivo identificar o perfil físico-funcional dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência e investigar se há associação entre deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio nos idosos institucionalizados.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) situada em Bragança Paulista-SP, filantrópica, com características de uma Vila com possibilidade de habitações individuais em casas e habitações coletivas em enfermaria, de acordo com o perfil funcional do residente. Este artigo é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade São Francisco.

A amostra do estudo foi composta pelos prontuários de todos os 80 idosos residentes da instituição, que utiliza a avaliação gerontológica abrangente (AGA), sendo coletada para análise neste estudo a avaliação mais recente. A coleta de

dados na Instituição foi efetuada entre agosto e dezembro de 2014, de forma semanal, após autorização do diretor responsável pela instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco sob parecer nº 853.307.

A fim de traçar o perfil da amostra, foram utilizados registros de dados relacionados a aspectos pessoais, quedas (considerando queda do leito para idosos dependentes e queda da própria altura para os demais), capacidade funcional, condições de equilíbrio e condições sensoriais dos idosos. A função cognitiva foi avaliada por meio do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) proposto por Folstein (1975)¹⁴.

O MEEM é um teste de rastreio para detecção de perdas cognitivas que é composto por questões relacionadas à orientação temporal e espacial, registro de memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e praxia construtiva, sendo que o escore do teste varia de 0 a 30 pontos. Para este estudo foram utilizados pontos de corte diferenciados de acordo com o nível de escolaridade, conforme sugerido por Almeida (1998)¹⁵. Para caracterizar a suspeita de deficiência cognitiva foram utilizadas notas ≤ 19 pontos para idosos analfabetos e ≤ 23 pontos para idosos com alguma escolaridade.

Em relação à escolaridade, os indivíduos foram divididos do seguinte modo: Analfabetos; Baixa escolaridade: de 1ª a 8ª série do Ensino Fundamental; Média e Alta escolaridade: Ensino Médio e Ensino Superior, para que fosse possível estratificar a pontuação do MEEM segundo o nível educacional.

O equilíbrio foi avaliado por meio do registro das Estratégias Motoras Compensatórias, que são utilizadas para recuperar o equilíbrio em resposta a estímulos externos, podendo ser utilizadas Estratégias de Tornozelo, Quadril ou Passo¹⁶. Foi considerada como resposta de análise neste estudo a ausência das reações. Além disso, foi utilizado o registro do Teste Romberg, no qual o indivíduo deve manter a posição de pés juntos e braços ao longo do corpo, primeiramente de olhos abertos e depois de olhos fechados¹⁷, sendo considerado para análise neste estudo uma resposta positiva do teste, ou seja, quando tem uma forte oscilação que impede a estabilidade do indivíduo ou incapacidade para continuidade do teste. Para investigar

se havia associação entre deficiência cognitiva e a presença de distúrbios de equilíbrio, foram excluídos os idosos com marcha dependente.

Posteriormente, os dados foram organizados e armazenados no programa estatístico SPSS 22.0, sendo realizada análise descritiva, com cálculo de frequência, porcentagem, média e desvio padrão. O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para analisar as possíveis associações entre as variáveis, com nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados

Foram analisados prontuários de 80 idosos com uma média de idade de 77,93 ($\pm 9,5$) anos, sendo 58,8% ($n=47$) do sexo feminino. Foi observado 42,5% ($n=20$) de mulheres viúvas e apenas 18,1% ($n=6$) de homens viúvos.

Da amostra estudada 93,8% ($n=75$) são aposentados e foram encontrados registros de hospitalizações prévias em 16,3% ($n=13$) dos residentes. Quanto às condições sensoriais foi encontrado registro de alteração em 55% ($n=44$) dos idosos, sendo 84% ($n=37$) déficit visual, 56,8% ($n=25$) déficit auditivo e 40,9% ($n=18$) com ambos. As demais características dos idosos estão apresentadas na **Tabela 1**.

Os dados referentes à capacidade cognitiva avaliados por meio do registro do instrumento Mini Exame do Estado Mental, demonstram que os idosos obtiveram uma nota mínima de 9 pontos e máximo de 30 pontos, com média de 19,62 ($\pm 5,2$) pontos. Com o instrumento Fluência Verbal, os idosos obtiveram uma nota mínima de 1 ponto e máximo de 23 pontos, com média de 8,56 ($\pm 3,8$) pontos. Pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS), os idosos obtiveram uma nota mínima de 1 ponto e máximo de 27 pontos, com média de 10,49 ($\pm 6,2$) pontos, sendo que 30% ($n=24$) apresentam suspeita de depressão.

Ao observar a nota de corte do MEEM entre os analfabetos, foi encontrado em 80% ($n=16$) dos idosos notas ≤ 19 pontos. Quando observada a nota de corte do MEEM para os que possuem alguma escolaridade, 66,7% ($n=32$) apresentaram notas ≤ 23 pontos, indicando que 60% ($n=48$) dos

idosos apresentam suspeita de deficiência cognitiva, sendo 33,3% ($n=16$) de analfabetos, 64,5% ($n=31$) de baixa escolaridade e 2% ($n=1$) de média e alta escolaridade.

Foi observada associação significativa entre a presença de deficiência cognitiva entre os idosos analfabetos e de baixa escolaridade, de acordo com o Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p=0,029$) como demonstrado na **Figura 1**.

A **Tabela 2** apresenta os dados de registros referentes à capacidade funcional, como grau de dependência durante as atividades de vida diária, marcha, mudança de decúbito, sedestação e ortostatismo.

A análise dos dados sobre as quedas indica que 58,8% ($n=47$) dos idosos não apresentou nenhum registro de queda no prontuário referentes ao ano anterior, 18,8% ($n=15$) apresentou uma queda; 8,8% ($n=7$) de duas a quatro e 2,5% ($n=2$) apresentou cinco ou mais relatos de queda, totalizando 30% ($n=24$) de idosos caidores. Entre as causas das quedas estão em 3,8% ($n=3$) o tropeço; 8,8% ($n=7$) escorregão; 3,8% ($n=3$) perda da consciência e em 11,3% ausência de motivo aparente. Dos idosos que caíram, 20% ($n=16$) necessitaram de ajuda para se levantar, cursando com fratura em 10% ($n=8$) dos residentes.

Em relação ao equilíbrio, no registro do Teste Romberg 25% ($n=20$) tiveram alterações, sendo que 65% ($n=13$) apresentaram oscilação/instabilidade no teste de olhos abertos; 90% ($n=18$) com o teste de olhos fechados e 55% ($n=11$) apresentaram ambos positivos (com muita instabilidade). Em relação às Estratégias Compensatórias do equilíbrio 42,5% ($n=34$) apresentaram alterações no teste, sendo 44,1% ($n=15$) de problemas observados na resposta com estratégia de tornozelelo, 61,7% ($n=21$) na resposta de quadril e 64,7% ($n=22$) na resposta de passo atrás.

Considerando somente os 82,5% ($n=66$) de idosos que deambulavam, a **Figura 2** demonstra que idosos com deficiência cognitiva apresentaram mais alterações no Teste Romberg Olhos Fechados e Estratégia de Passo, quando comparados aos idosos sem deficiência cognitiva, não sendo, entretanto, observada associação estatisticamente significativa entre presença de deficiência cog-

nitiva e distúrbios de equilíbrio de acordo com o Teste Qui-Quadrado de Pearson ($p>0,05$).

Durante toda a coleta de dados foi observada a ausência de alguns dados que deveriam estar descritos no prontuário dos residentes, sendo que não foram encontrados os itens escolaridade, motivo do acolhimento, deficiência visual e auditiva, estratégia de quadril, estratégia de passo e ajuda na queda entre 15 e 21,3% dos prontuários. O item fratura não foi encontrado em 27,5% dos prontuários.

Além desses itens, os instrumentos que foram utilizados para análise da capacidade cognitiva e de equilíbrio constavam como não realizados em alguns prontuários. Em análise destes dados, temos que o instrumento MEEM não foi realizado em 21,3% ($n=13$) dos idosos, assim como Romberg de olhos fechados não foi realizado em 30% ($n=24$). Os demais instrumentos que não foram realizados nos residentes estão descritos na **Tabela 3**.

Discussão

No presente estudo foi observado que 58,8% ($n=47$) dos idosos eram do sexo feminino. Esse achado era esperado, pois estudos apontam que a presença de mulheres nas instituições geralmente é maior que a de homens^{18,19}, provavelmente pela maior sobrevivência das mulheres, assim como o predomínio de viuvez no sexo feminino e a mudança no papel social atribuídos a cada sexo, visto que a tarefa dos homens era o trabalho externo enquanto a mulher cuidava do lar¹⁹.

Quanto ao grau de escolaridade analisada através do escore do MEEM e suas respectivas notas de corte, foi encontrada uma maior parcela de deficiência cognitiva entre os idosos analfabetos e de baixa escolaridade, o que corrobora a outros estudos que apontam o nível educacional como forte influência na pontuação do MEEM^{15,20,21}.

Em relação ao motivo que levou o idoso a ser acolhido na instituição, verificou-se que 47,5% ($n=38$) dos idosos foram institucionalizados devido à ausência de cuidador, seguida de 13,8% ($n=11$) por situação de vulnerabilidade, semelhantes a outros estudos realizados em ILPIs^{18,22}.

No presente estudo, obtivemos maior índice de idosos fisicamente independentes nos quesitos grau de dependência e marcha, discordando de outros estudos que relatam que idosos institucionalizados são mais dependentes durante as AVDs^{18,23}. Esse fato provavelmente ocorreu devido à Instituição ter características de uma Vila que abriga tanto idosos em residências quanto em enfermarias.

No que se refere às quedas, 30% ($n=24$) dos idosos apresentaram registro de ocorrência de queda no ano anterior, semelhante a outros estudos realizados em ILPIs^{24,25}, embora de acordo com o Ministério da Saúde (2007)²⁶ a taxa de quedas entre idosos institucionalizados seja cerca de 50%. Supõe-se que o fator que pode ter influenciado o resultado do presente estudo, seja a ausência de registro da ocorrência de queda no prontuário, pelo fato de que a equipe pode não ter um controle de notificação de quedas e os idosos podem ter omitido a queda por morarem sozinhos.

O presente estudo não encontrou associação significativa entre deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio, diferente do estudo de Franssen et al.²⁷, que demonstra que idosos com déficit cognitivo apresentam pior desempenho em testes de equilíbrio quando comparados com idosos cognitivamente saudáveis. Assim como Andrade et al.²⁸, que encontrou em sua revisão bibliográfica oito estudos associando deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio, porém desta vez relacionadas à dupla tarefa e diminuição da informação sensorial.

O fato dos idosos com deficiência cognitiva apresentarem mais alterações no Teste Romberg de olhos fechados quando comparados com idosos que não apresentam esse déficit, pode ter acontecido porque o idoso pode não ter entendido a verdadeira proposta do teste e o fato de que o mesmo demanda de um processo cognitivo maior durante a tarefa dividida de fechar os olhos e se manter em pé^{11,28}, além da privação do sistema visual, pois sabe-se que essa privação diminui as informações relacionadas ao ambiente, proporcionando maior desequilíbrio.

Aliado a isso, sabe-se que os idosos geralmente recuperam seu equilíbrio com estratégias motoras de quadril e/ou passo, devido à estratégia de tornozelo ser menos eficiente nessa popula-

ção^{12,29}, diferente do encontrado no presente estudo, que demonstra que o idoso teve mais presente as estratégias de tornozelo quando comparadas às estratégias de quadril e passo. Supõem-se que durante a execução do teste, o idoso poderia estar mais concentrado na tarefa^{28,29}, visto que a avaliação é realizada de forma estática, não tendo a necessidade de dividir sua atenção. Além disso, não foram encontrados registros de instrumentos específicos para avaliação do equilíbrio dinâmico, como relata Karuka et al.³⁰ em seu estudo sobre a necessidade de se utilizar testes de forma complementar e em conjunto para obter dados mais fidedignos quanto ao equilíbrio postural de idosos.

Esta pesquisa teve como limitações a subnotificação de quedas e uma falta de padronização no registro de dados no prontuário. Além desses fatores, muitos testes não foram realizados nos residentes e muitos dados não foram encontrados no prontuário durante a pesquisa, o que pode interferir na fidedignidade dos resultados.

Conclusão

O presente estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos residentes na Instituição, que apresenta uma predominância do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, sendo a maioria dos idosos fisicamente independentes. Entretanto, não foi observada associação entre deficiência cognitiva e distúrbios de equilíbrio.

Referências

1. Dos Reis LA, Torres GV, Novaes LKN, Dos Reis LA. **Déficit cognitivo como fator de risco para a limitação de atividades cotidianas em idosos institucionalizados.** *Revista de Psicologia* 2011 Jan-Jun;2(1):126-36.
2. Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Controle Motor*. 2ª ed. Barueri-SP: Manole; 2003. Capítulo 9, Envelhecimento e Controle Postural; p.209-32.
3. Prata MG, Scheicher ME. Correlation between balance and the level of functional independence among elderly people. *São Paulo Med J* 2012;130(2):97-101.
4. Sachetti A, Vidmar MF, Silveira MM, Wibelinger LM. **Equilíbrio x Envelhecimento humano: um desafio para a fisioterapia.** *Rev Ciênc Méd Biol* 2012 Jan-Abr;11(1):64-9.
5. Rodrigues SR. **Desempenho dos sistemas sensoriais envolvidos na manutenção do equilíbrio corporal em jovens, adultos e idosos.** Porto Alegre. Dissertação [Mestrado] – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015.
6. Silveira MM, Pasqualotti A, Colussi EL, Wibelinger LM. **Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso.** *Rev Bras Ciênc Saúde* 2010 Out-Dez;8(26):52-8.
7. Toledo DR, Barela JA. **Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural.** *Rev Bras Fisioter* 2010 Mai-Jun;14(3):267-75.
8. Vieira AAU, Aprile MR, Paulino CA. **Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa.** *Rev Equilíbrio Corporal Saúde* 2014;6(1):23-31.
9. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, Pedro-Cuesta J. **Factors associated with falls among older adults living in institutions.** *BMC Geriatrics* 2013;13(6):1-9.
10. Ferreira DCO, Yoshitome AY. **Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados.** *Rev Bras Enferm* 2010 Nov-Dez;63(6):991-7.
11. Muchale SM. **Cognição e equilíbrio postural na doença de Alzheimer.** São Paulo. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
12. Prado JM. **Controle postural em adultos e idosos durante tarefas duais.** São Paulo. Dissertação [Mestrado] – Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2008.
13. Custódio EB, Malaquias Júnior J, Voos MC. **Relação entre cognição (função executiva e percepção espacial) e equilíbrio de idosos de**

baixa escolaridade. *Fisioter Pesq* 2010 Jan-Mar;17(1):46-51.

14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Minimal state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975 Nov;12:189-98.

15. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998 Set;56(3-B):605-12.

16. Carneiro JAO, Santos-Pontelli TEG, Colafêmina JF, Carneiro AAO, Ferriolli E. A pilot study on the evaluation of postural strategies in young and elderly subjects using a tridimensional electromagnetic system. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013 Mar-Abr;79(2):219-25.

17. Khasnis A, Gokula RM. Romberg's Test. *J. Postgrad Med [Internet]* 2003 [Citado em 26 Nov 2016]; 49:169-72. Disponível em: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2003/49/2/169/894>

18. Polaro SHI, Fideralino JCT, Nunes PAO, Feitosa ES, Gonçalves LHT. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012 Out-Dez;15(4):777-84.

19. Duca GFD, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública* 2012 Fev;46(1):147-53.

20. Gurian MBF, Oliveira RG, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(2):275-83.

21. Wajman JR, Bertolucci PHFF. Intellectual demand and formal education as cognitive protection factors in Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 2010 Dez;4(4):320-24.

22. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida

de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(1):147-54.

23. Marinho LM, Vieira MA, Costa SM, Andrade JMO. Grau de dependência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev Gaúch Enferm* 2013;34(1):104-10.

24. Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(6):2945-52.

25. 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.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: 2007; 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

27. Franssen EH, Souren LE, Torossian CL, Reisberg B. Equilibrium and limb coordination in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc [resumo]* 1999 Abr;47(4):463-9.

28. Andrade LP, Stella F, Barbieri FA, Rinaldi NM, Hamanaka AYY, Gobbi LTB. Efeitos de tarefas cognitivas no controle postural de idosos: Uma revisão sistemática. *Motricidade* 2011;7(3):19-28.

29. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Controle Motor. 2ª ed. Barueri-SP: Manole; 2003. Capítulo 7, Controle Postural Normal; p.153-78.

30. Karuka AH, Silva JAMG, Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Fisioter* 2011 Nov-Dez;15(6):460-6.

Anexos

Tabela 1 – Perfil sóciodemográfico da população de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. Bragança Paulista, SP. 2014

Variáveis Descritivas	N	%
Sexo		
Masculino	33	41,3
Feminino	47	58,8
Estado Civil		
Solteiro (a)	36	45,0
Casado (a)	04	5,0
Separado (a)	09	11,3
Viúvo (a)	26	32,5
Escolaridade		
Analfabeto	20	25,0
Ensino Fundamental I *	37	46,3
Ensino Fundamental II **	06	7,5
Ensino Médio	02	2,5
Ensino Superior	03	3,8
Tempo de Acolhimento		
Menos de um ano	36	45,0
De 1a a 5 anos	16	20,0
De 6 a 10 anos	12	15,0
Mais de 10 anos		
Motivo do Acolhimento		
Ausência de cuidador	38	47,5
Transferência de Entidade	04	5,0
Situação de Vulnerabilidade	11	13,8
Outros	10	12,5
Uso de Medicação		
Nenhuma	09	11,3
Uma medicação	05	6,3
Duas ou mais medicações	61	76,3

* Ensino Fundamental I: de 1ª a 4ª série

** Ensino Fundamental II: de 5ª a 8ª série

[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Tabela 2 – Perfil Funcional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. Bragança Paulista, SP. 2014

Variáveis Descritivas	N	%
Grau de Dependência nas AVD's		
Grau I*	42	52,5
Grau II**	22	27,5
Grau III***	07	8,8
Mudança de Dcúbito		
Sim	60	75,0
Com auxílio	15	18,8
Não	02	2,5
Sedestação		
Sim	60	75,0
Com auxílio	12	15,0
Não	04	5,0
Ortostatismo		
Sim	53	66,3
Com auxílio	16	20,0
Não	06	7,5
Marcha		
Independente	37	46,3
Com dispositivo de auxílio	29	36,3
Dependente	10	12,5

* Grau I: Independente para realização de Atividades de Vida Diária (AVD's).

** Grau II: Dependência para até três AVD's.

*** Grau III: Dependência total para AVD's.

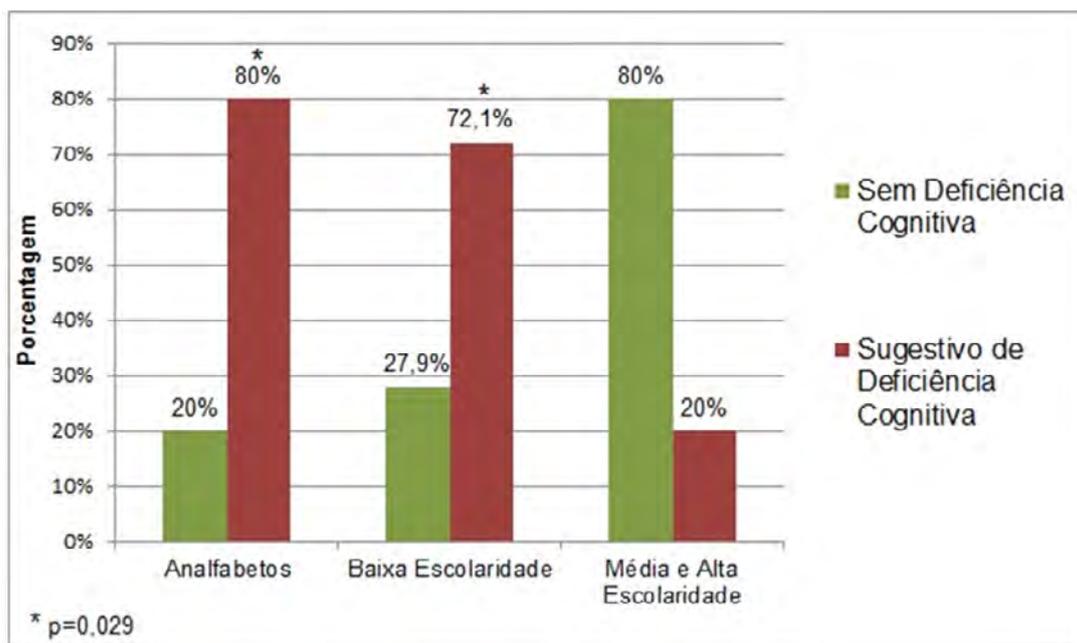
[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Tabela 3 – Número de idosos que não foram submetidos à avaliação de cognição e equilíbrio em uma Instituição de Longa Permanência. Bragança Paulista, SP. 2014

	N	%
Mini Exame do Estado Mental	17	21,3
Teste de Fluência Verbal	19	23,8
Escala de Depressão Geriátrica	21	26,3
Romberg Olhos Anertos	23	28,7
Romberg Olhos Fechados	24	30,0
Estratégia de Tomozelo	15	18,8
Estratégia de Quadril	15	18,8
Estratégia de Passo	16	20,0

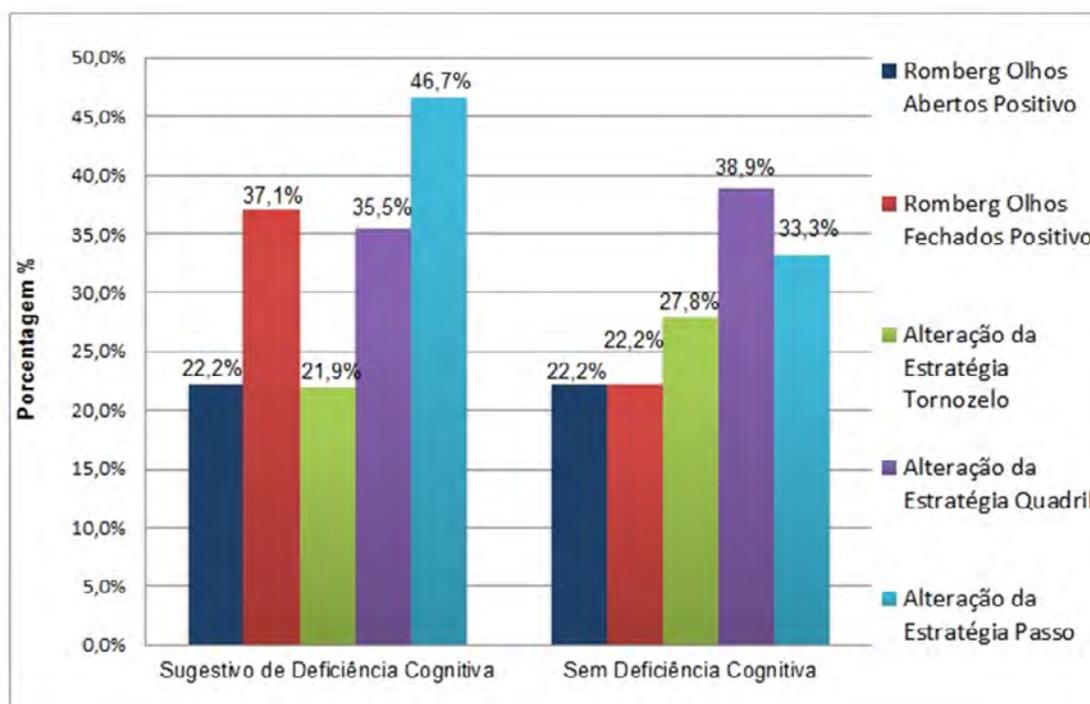
[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Figura 1 – Níveis de Escolaridade segundo capacidade cognitiva, analisada através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) em idosos de uma Instituição de Longa Permanência. Bragança Paulista, SP. 2014



[\(clique para voltar ao texto\)](#)

Figura 2 – Deficiência cognitiva em associação com a presença de distúrbios de equilíbrio em idosos de uma Instituição de Longa Permanência. Bragança Paulista, SP. 2014



[\(clique para voltar ao texto\)](#)