



PESQUISA

IMPAIRED PHYSICAL MOBILITY IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY
 MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
 MOVILIDAD FÍSICA PERJUDICADA EN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Larissa Carvalho Silva¹, Flavia Aparecida Dias², Érica Vieira de Andrade³,
 Raissa Bianca Luiz⁴, Ana Lúcia De Mattia⁵, Maria Helena Barbosa⁶

ABSTRACT

Objectives: To characterize institutionalized elderly and associate impaired physical mobility with gender, age, presence of diabetes mellitus, hypertension, pain and physical activity. **Methods:** Cross-sectional, analytical study carried out with 124 institutionalized elderly. **Results:** The majority of the elderly showed impaired physical mobility, prevalence in the age groups of 70 | 80 years and 80 years or more were female; prevalence of hypertension and diabetes mellitus; CVA sequel, weakness, pain and musculoskeletal problems as the main reasons for impaired physical mobility. There was statistical significance ($p < 0.05$) between impaired physical mobility and physical activity. **Conclusion:** These findings identify the importance of a multidisciplinary work to prevent and minimize the consequences of impaired physical mobility among institutionalized elderly. **Keywords:** Elderly, Institutionalization, Mobility limitation.

RESUMO

Objetivos: Caracterizar os idosos institucionalizados e associar a mobilidade física prejudicada com sexo, faixa etária, presença de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, dor e realização de atividade física. **Métodos:** Estudo transversal, analítico, realizado com 124 idosos institucionalizados. **Resultados:** A maioria dos idosos apresentou mobilidade física prejudicada, prevalência das faixas etárias de 70 | 80 anos e 80 anos ou mais; sexo feminino; prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; sequela de acidente vascular encefálico, fraqueza, dor e problemas musculoesqueléticos como principais motivos para mobilidade física prejudicada. Houve significância estatística ($p < 0,05$) entre mobilidade física prejudicada e atividade física. **Conclusão:** Estes achados apontam para a importância de um trabalho multiprofissional para prevenir e minimizar as consequências da mobilidade física prejudicada entre os idosos institucionalizados. **Descritores:** Idoso, Institucionalização, Limitação da mobilidade.

RESUMEN

Objetivos: Caracterizar los ancianos institucionalizados y asociar la movilidad física perjudicada con el sexo, el grupo de edad, la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dolor y realización de actividad física. **Métodos:** Estudio transversal, analítico realizado con 124 ancianos institucionalizados. **Resultados:** La mayoría de los ancianos presentaron movilidad física perjudicada, predominio de grupos de edad de 70-80 años y 80 años o más; sexo femenino; predominio de hipertensión arterial y diabetes mellitus; secuela accidente cerebrovascular, flaqueza, dolor y problemas musculo esqueléticos como principales motivos para movilidad física perjudicada. Hubo significante estadísticas ($p < 0,05$) entre movilidad física perjudicada y actividad física. **Conclusión:** Estos hallados apuntan para la importancia de un trabajo multiprofesional para prevenir y minimizar las consecuencias de movilidad física perjudicada entre los ancianos institucionalizados. **Descriptor:** Ancianos, Institucionalización, Limitación de la movilidad.

¹ Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro; bolsista de Iniciação Científica pela FAPEMIG. E-mail: lissacarvalhos@hotmail.com. ² Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: flaviadias_ura@yahoo.com.br. ³ Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: erica.vieira.andrade@terra.com.br. ⁴ Enfermeira. Mestranda em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: raissabianca.l@hotmail.com. ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: almattia@uol.com.br. ⁶ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem, docente do Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: mhelena331@hotmail.com. Rua Getúlio Guaritá, 107, Uberaba (MG), CEP: 38045-440. Telefone: (34)33185881 FAX: (34) 33185882. Auxílio Financeiro - Bolsa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o crescimento da população nacional se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque para o aumento da participação da população idosa. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualmente o Brasil tem mais de 190 milhões de habitantes, destes, aproximadamente 20 milhões possuem mais de 60 anos, correspondendo a 10,8%. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010.¹

A idade avançada tem sido relacionada ao maior desgaste e à presença de doenças crônicas, além de contribuir para o aumento da dependência desta população, pois existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais.² Este cenário que demonstra a fragilidade do idoso vem acompanhada de diversas complicações, como a sua institucionalização e o declínio funcional, que estão, entre outras manifestações, relacionados à diminuição da atividade física, da velocidade da marcha e do equilíbrio.³

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são definidas como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”.⁴

Sabe-se que o ambiente destas instituições deve ser estimulante e propiciar um conjunto de ações que permitam que a pessoa idosa se mantenha ativa.² No entanto, tal modalidade de moradia tem o inconveniente de proporcionar isolamento social, inatividade física e mental, o que resulta em diminuição de qualidade de vida,⁵

pois estimula a dependência e leva à perda de autonomia de seus residentes.

Assim, os idosos institucionalizados devido à desobrigação da realização de várias tarefas do dia a dia no local, se deparam com o aumento da inatividade. Para que este ciclo vicioso se rompa é importante que todos, inclusive os idosos institucionalizados, realizem exercícios físicos. A falta de atividade física regular é um potencial fator de risco que pode aumentar o declínio funcional,⁶ com destaque para a mobilidade física.

A mobilidade física é um dos itens abordados quando se avalia a capacidade funcional, que diz respeito ao desempenho físico. Pode ser definida, segundo alguns autores, pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, assim como tarefas relacionadas à mobilidade.⁷

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) traz como um dos seus diagnósticos de enfermagem a Mobilidade Física Prejudicada, definido como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”.⁸ A existência deste Diagnóstico de Enfermagem (DE) tem contribuído para o planejamento de intervenções de uma série de problemas de saúde que variam desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada.⁹

É sabido que o idoso tem maior propensão a perda de mobilidade, pois com o processo do envelhecimento, ocorre o enfraquecimento muscular e musculoesquelético, diminuição da coordenação motora e equilíbrio, perda de massa muscular, tônus muscular diminuído entre outras alterações.¹⁰

Estudo realizado com idosos cadastrados em equipes de Programa de Saúde da Família relata que os idosos apresentam mobilidade física prejudicada relacionada, sobretudo, à fisiologia do

envelhecimento, à falta de atividade física regular, à sensação dolorosa e a hábitos de vida.¹⁰ Não foram encontrados estudos recentes de mobilidade física prejudicada em idosos institucionalizados. Entretanto, pesquisa realizada com idosos que vivem em ILPI evidenciou que a realização de atividade física interfere de forma significativa na manutenção do equilíbrio, mobilidade funcional e prevenção de quedas nestes idosos.¹¹

Conhecer o perfil dos idosos que vivem em ILPI, quanto à presença de mobilidade física prejudicada e os seus possíveis fatores relacionados, poderá subsidiar o planejamento e a implementação das ações dos profissionais de saúde que atuam nestas instituições para contribuir com a melhor qualidade de vida desta população.

Este estudo tem como objetivos caracterizar os idosos institucionalizados de um município do Triângulo Mineiro, com e sem mobilidade física prejudicada, segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde, verificar a associação entre mobilidade física prejudicada e sexo, faixa etária, presença de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, dor e realização de atividade física.

METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um estudo maior, o qual teve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob o Parecer nº 1360. A pesquisa cumpriu todos os princípios éticos recomendados para pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 196/96.

Trata-se de uma pesquisa de campo, transversal, analítica, com abordagem quantitativa, realizada nas ILPI de um município do Triângulo Mineiro, Brasil, cadastradas na J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):346-353

Prefeitura Municipal, junto ao Conselho Municipal de Assistência Social no ano de 2010.

O referido município possuía neste período nove ILPI cadastradas, as quais abrigavam 295 idosos. Participaram do estudo, 124 idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e conseguir verbalizar. Foram excluídos da pesquisa 150 (45,7%) idosos por não atender aos critérios de inclusão, 13 (7,6%) por ter falecido ou não morar mais na instituição e 8 (4,6%) por não estar presente no momento da entrevista devido a passeio ou internação hospitalar.

Para a coleta dos dados, inicialmente, foram agendados os horários junto aos responsáveis pelas ILPI para as entrevistas e avaliações dos idosos nos campos de estudo. Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2010, após o aceite em participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo próprio idoso junto ao seu responsável na instituição.

Utilizou-se para a obtenção dos dados um instrumento constituído de duas partes, o qual foi submetido e aprovado após avaliação de conteúdo por cinco especialistas. A primeira parte referia-se aos dados de identificação dos idosos e às variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, número de filhos e escolaridade) e de saúde (comorbidades). A segunda parte referia-se aos aspectos relacionados à dor (presença, localização, tempo de início e tipo), à mobilidade física prejudicada (presença e motivos) e à realização de atividade física.

Para avaliar a presença de mobilidade física prejudicada, realizou-se o exame físico do idoso participante deste estudo para identificar a presença ou não deste DE. Foi utilizada a seguinte definição para o DE mobilidade física prejudicada: “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais

Silva LC, Dias FA, Andrade EV *et al.*

Impaired physical mobility...

extremidades”.⁸ Considerou-se este DE quando da presença de uma ou mais características definidoras, segundo a classificação da NANDA. São elas: amplitude limitada de movimento, capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas e grossas, dificuldade para virar-se, dispnéia ao esforço, engaja-se em substituições de movimento, instabilidade postural, movimentos descontrolados, movimentos lentos, movimentos não coordenados, mudanças na marcha, tempo de reação diminuído e tremor induzido pelo movimento.⁸ A presença ou ausência das características definidoras foram avaliadas por meio do exame físico e entrevista realizados pelos pesquisadores junto aos idosos participantes do estudo. O exame físico e a entrevista foram realizados em ambiente privativo (quarto) do idoso na ILPI.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel XP*[®] da *Microsoft*[®], validados por dupla entrada e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para processamento e análise.

Utilizou-se estatística descritiva por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis sociodemográficas e de saúde. Para verificar a associação entre mobilidade física prejudicada e sexo, faixa etária, presença de diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), presença de dor e realização de atividade física utilizou-se o teste Qui-quadrado e o nível de significância foi de 0,05. Considerou-se como desfecho a mobilidade física prejudicada e preditores as variáveis sexo, faixa etária, presença de DM, presença de HAS, presença de dor e realização de atividade física.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre os 124 idosos que participaram do estudo, a maioria (55,6%) apresentou mobilidade

física prejudicada. Neste grupo houve prevalência de 55,1% do sexo feminino, e no grupo sem mobilidade física prejudicada, 54,5% do sexo masculino (Tabela 1).

No grupo com mobilidade física prejudicada, houve prevalência (36,2%) de idosos nas faixas etárias de 70 | 80 anos e 80 anos ou mais. No grupo sem mobilidade física prejudicada (38,2%) prevaleceu na faixa etária entre 70 | 80 anos (Tabela 1).

Prevaleceram entre os idosos com mobilidade física prejudicada os viúvos (39,1%), com filhos (66,7%) e com ensino fundamental (58,0%) e entre os idosos sem mobilidade física prejudicada os solteiros (47,3%), sem filhos (52,7%) e com ensino fundamental (58,2%) (Tabela1).

Tabela1- Características sociodemográficas dos idosos institucionalizados com e sem mobilidade física prejudicada (n=124). Uberaba-MG, 2010.

Variáveis	Mobilidade física prejudicada			
	Com		Sem	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	31	44,9	30	54,5
Feminino	38	55,1	25	45,5
Faixa etária (em anos)				
60 70	19	27,5	16	29,1
70 80	25	36,2	21	38,2
80 ou mais	25	36,2	18	32,7
Estado civil				
Solteiro	23	33,3	26	47,3
Casado	13	18,8	8	14,5
Separado	6	8,7	8	14,5
Viúvo	27	39,1	13	23,6
Filhos				
Não	23	33,3	29	52,7
Sim	46	66,7	26	47,3
Escolaridade				
Nenhuma	25	36,2	21	38,2
Fundamental	40	58	32	58,2
Médio	3	4,3	1	1,8
Superior	1	1,4	1	1,8

Fonte: dados coletados pelas autoras.

As comorbidades prevalentes foram a HAS e o DM, com maior proporção para aqueles com mobilidade física prejudicada. Dentre estes, 43,5% referiram HAS e 21,7% DM. Entre os idosos sem mobilidade física

Silva LC, Dias FA, Andrade EV *et al.*

Impaired physical mobility...

prejudicada, 40,0% relataram ter HAS e 12,7% DM.

Do total de participantes do estudo, 58,1% referiram dor. No grupo com mobilidade física prejudicada, 62,3% referiram dor e no grupo sem mobilidade física prejudicada, 52,7% .

Quanto aos aspectos relacionados à dor entre os idosos com mobilidade física prejudicada, 55,8% referiram dor em membros inferiores, 25,6% relataram início há mais de 10 anos sendo 34,9% do tipo pontada. No grupo sem mobilidade física prejudicada, 37,8% referiram dor nos membros inferiores, 27,6% relataram o surgimento da dor há menos de um ano e 27,6% há mais de 10 anos, sendo que 31,0% referiram dor do tipo pontada.

Foram referidos como motivos para a mobilidade física prejudicada, acidente vascular encefálico (AVE) (29,0%); fraqueza (15,9%), dor (14,5%) e prejuízos musculoesqueléticos (11,6%) (Tabela 2).

Tabela 2- Motivos referidos pelos idosos institucionalizados para a mobilidade física prejudicada (n=69). Uberaba-MG, 2010.

Variáveis	N	%
Nenhum	4	5,8
Sequela AVE	20	29
Fraqueza	11	15,9
Dor	10	14,5
Problema musculoesquelético	8	11,6
Lesão	6	8,7
Amputação	5	7,2
Medo associado à fraqueza	2	2,9
Pós - operatório	2	2,9
Tremor	1	1,4

Fonte: dados coletados pelas autoras.

Verificou-se que a proporção de idosos que não realizavam atividade física (94,2%) no grupo com mobilidade física prejudicada foi

superior ao identificado no grupo sem mobilidade física prejudicada (81,8%) ($\chi^2=4,687$; $p=0,03$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre mobilidade física prejudicada dos idosos institucionalizados e as variáveis sexo, faixa etária, presença de DM, HAS, dor e realização de atividade física (n=124). Uberaba-MG, 2010.

Variáveis	Mobilidade física prejudicada				χ^2	p
	Com		Sem			
	N	%	N	%		
Sexo						
Masculino	31	44,9	30	54,5	1,133	0,287
Feminino	38	55,1	25	45,5		
Faixa etária (anos)					0,166	0,92
60 70	19	27,5	16	29,1		
70 80	25	36,2	21	38,2		
80 ou mais	25	36,2	18	32,7		
DM					1,349	0,245
Sim	15	21,7	7	12,7		
Não	34	49,3	29	52,7		
HAS					<0,001	0,992
Sim	30	43,5	22	40		
Não	19	27,5	14	25,5		
Dor					1,156	0,282
Sim	43	62,3	29	52,7		
Não	26	37,7	26	47,3		
Atividade Física					4,687	0,03
Sim	4	5,8	10	18,2		
Não	65	94,2	45	81,8		

Fonte: dados coletados pelas autoras.

A maioria dos idosos que participou deste estudo apresentou mobilidade física prejudicada. A mobilidade afetada é vista como a incapacidade do indivíduo de se mover livremente, e tal fato pode contribuir para uma série de problemas de saúde⁽⁹⁾. Estudo realizado com idosos cita que o DE mobilidade física prejudicada não está necessariamente relacionado com a incapacidade, mas sim com aspectos da fisiologia do envelhecimento, falta de atividade física regular, dor e hábitos de vida.¹⁰

Em estudos realizados com idosos institucionalizados e idosos da comunidade, foi observado maior percentual de mulheres,^{2,12} o que também foi evidenciado neste estudo, embora com uma diferença percentual pequena entre os sexos .

A predominância de mulheres na população idosa pode ser explicada pelas altas taxas de mortalidade dos homens relacionadas à violência,

acidentes de trânsito e doenças crônicas, e também por serem as mulheres mais atentas aos sinais e sintomas e procurarem com maior frequência assistência à saúde.¹³

Outros aspectos a serem considerados para institucionalização de mulheres são a prevalência do sexo feminino na população idosa e as maiores chances de desenvolver doenças crônicas e incapacitantes quanto mais avançada a idade.

Além disto, a maior proporção de mulheres institucionalizadas pode estar relacionada à dependência. Estudo realizado com idosos institucionalizados revelou que o grau de dependência é mais elevado no sexo feminino, que também pode ser explicado pela idade elevada da população feminina comparada à população masculina.

Neste estudo, a faixa etária entre 70-80 anos prevaleceu tanto no grupo com mobilidade física prejudicada quanto no grupo sem mobilidade física prejudicada. Entretanto, a faixa etária de 80 anos ou mais também foi prevalente no grupo com mobilidade física prejudicada. Estudo realizado com idosos em Minas Gerais evidenciou que idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos têm 7,3 vezes mais chances de apresentar qualquer comprometimento funcional comparado aos idosos mais jovens, e idosos de 80 anos ou mais, apresentaram 3,5 vezes mais chances comparados a idosos de 70 a 79 anos.¹⁴

Embora este estudo não tenha avaliado o grau de dependência, é possível que os idosos participantes desta pesquisa apresentem maior dependência, considerando a prevalência das faixas etárias mais elevadas nesta população.

As comorbidades prevalentes neste estudo, HAS e DM, corroboram pesquisa realizada com idosos da comunidade que demonstrou que a HAS foi a doença crônica mais frequente relatada por 48,9% dos participantes e o DM relatado por 12,9%.¹²

Evidenciou-se na presente pesquisa maior frequência de idosos sedentários e com HAS no grupo com mobilidade física prejudicada. Outro estudo aponta que a maior proporção de idosos com HAS entre os que apresentavam mobilidade física prejudicada, pode estar relacionado ao sedentarismo.¹⁵

A maioria dos idosos participantes do estudo referiu apresentar dor, com maior porcentagem no grupo com mobilidade física prejudicada corroborando com pesquisa entre idosos residentes em ILPI, na qual 55,9% referiram sentir dor.² A dor pode ser um fator importante que resulta em mobilidade física prejudicada. Em pesquisa realizada com idosas, foi evidenciado o DE “dor crônica” em 71,6% das participantes, o qual foi referido como fator impeditivo para realizar atividades e até mesmo interagir com outras pessoas.¹⁶

A enfermagem diante do exposto pode propor ações que previnam e minimizem tal sintoma, juntamente com a equipe multiprofissional, para assim reduzir os impactos da dor na população idosa.

Nesta pesquisa, o principal motivo citado para mobilidade física prejudicada foi a presença de sequela de AVE. Uma das principais consequências do AVE é a perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores. Em estudo com idosos que sofreram AVE, foi demonstrado que 90% dos participantes apresentaram mobilidade física prejudicada como seqüela desta doença.⁹

O profissional de saúde pode prevenir a ocorrência de AVE na população com programas de educação em saúde de promoção de hábitos saudáveis de vida e o controle dos possíveis fatores de risco para a sua ocorrência. Há também de se destacar o papel fundamental dos profissionais de saúde junto aos idosos que apresentam sequelas de AVE no estímulo para realização de atividades físicas considerando suas

limitações funcionais de modo a contribuir para sua independência.

Também foram referidos neste estudo como motivos para a mobilidade física prejudicada, a fraqueza e a presença de problemas musculoesqueléticos entre os idosos. As doenças musculoesqueléticas como artrite, artrose e osteoporose são comuns na população idosa e resultam em enfraquecimento musculoesquelético.¹⁰

Estudo realizado com idosos, evidenciou que o reumatismo (artrite ou artrose) e osteoporose favorecem o aparecimento de problemas relacionados à restrição de atividades.¹⁰

A maioria dos participantes deste estudo não realizava atividade física regularmente, sendo maior a proporção entre aqueles com mobilidade física prejudicada. Estes achados corroboram com estudo realizado com idosos institucionalizados do Sul, Sudeste e Nordeste, em que 98,7% dos idosos não realizavam atividade física.¹⁷

Além disso, a dor crônica e a mobilidade física prejudicada são DE que predispõem à inatividade e podem levar à atividade de recreação deficiente e ao risco de intolerância à atividade, pois a dor está intimamente relacionada aos problemas musculoesqueléticos,¹⁶ o que pode justificar tal resultado.

A implementação de programas apropriados de exercícios e atividades físicas nas ILPI, são primordiais para a manutenção e até mesmo recuperação do processo de envelhecimento mais ativo. Para que isso seja possível, é necessário que haja a avaliação da capacidade funcional e da aptidão física dos residentes destas instituições.¹⁷ A realização de exercícios físicos resultará na manutenção do equilíbrio, mobilidade funcional e até mesmo prevenção de quedas na população idosa.¹¹

O profissional de enfermagem diante destes dados deve incluir em seu plano de ações, J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):346-353

o estímulo e a facilitação de atividades que promovam a funcionalidade e assim, prevenir a mobilidade física prejudicada. As ações devem ser planejadas e executadas pela equipe de saúde, de modo a contribuir com a melhoria da condição funcional do idoso.

Este estudo teve como limitação a não participação de idosos que não verbalizavam, considerando o instrumento e método adotados para esta pesquisa. Entretanto isto não comprometeu os resultados achados neste estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria dos idosos apresentou mobilidade física prejudicada com prevalência das faixas etárias de 70 | 80 anos e 80 anos ou mais; maior frequência do sexo feminino; HAS e DM como comorbidades prevalentes; os motivos mais referidos para mobilidade física prejudicada foram sequela de AVE, fraqueza, dor e problemas musculoesqueléticos. A única variável com significância estatística ($p < 0,05$) para mobilidade física prejudicada foi atividade física. Entretanto, destaca-se como limitação deste estudo, o recorte transversal que não permite estabelecer relações de causalidade.

Para que haja melhores resultados em relação à mobilidade física dos idosos institucionalizados, é importante o planejamento das ações de saúde e de cuidado por uma equipe multiprofissional que tenha como meta a qualidade de vida desta população.

O incentivo à realização de atividades simples e cotidianas, assim como a promoção de condições para a realização de atividades físicas é fundamental tanto para prevenir quanto para minimizar as consequências da mobilidade física prejudicada principalmente no âmbito das ILPI.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro

(RJ). Acessado em: 21 de abril de 2012. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1.

2. Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. A qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. *Rev Latino-am Enfermagem* [internet]. 2008. [Acessado em 5 de maio de 2011]; 16 (6): 88-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000600014&lang=pt.

3. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 jun;32(2):385-93.

4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada Nº283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005; 2p.

5. Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):285-92.

6. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de Vida em Idosos com Distintos Níveis de Atividade Física. *Rev Bras Med Esporte.* 2009;15(3):169-173.

7. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Cienc Saude Coletiva.* 2008;13(4):1199-207.

8. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011 / NANDA internacional; tradução Regina Machado Gaecez. - Porto Alegre (RS): Artmed; 2010. 456 p.

9. Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por Acidente vascular Encefálico. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44 (3): 753-8.

10. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39 (1): 53-61.

11. Gomes FRS, Brochado FTG, Oliveira J. Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de queda em idosos institucionalizados. *Rev Port Cien Desp.* 2009; 9 (1): 36-42.

12. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44 (3): 1-11.

13. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEAD (SP). Esperança de vida aumenta e diferença entre gêneros diminui: queda de homicídios em jovens poupa vidas e explica avanço masculino.[on-line]. 2007. [citado 31 maio 2007]. Disponível em:

http://www.seade.gov.br/produtos/espvida/espvida_jan2006.pdf. Acesso em: 23 abril 2012.

14. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13 (5): 376-82.

15. Souza JA, França ISX. Prevalência de Hipertensão Arterial em pessoas com mobilidade física prejudicada: implicações para a enfermagem *Rev Bras Enferm.* 2008; 61 (6): 816-21.

16. Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de enfermagem de idosos carentes de um programa de saúde da família (PSF). *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12 (2): 278 - 84.

17. Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo ZG, Benedetti TRB, Santos SMA, Marques S, et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(9):1738-46.

Recebido em: 10/08/2012

Revisões Requeridas em: 29/01/2013

Aprovado em: 01/04/2013

Publicado em: 01/07/2013