

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**CAROLINI LARA CANELLA**

**ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA  
CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2010**

**CAROLINI LARA CANELLA**

**ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA  
CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Carolini Lara Canella no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Profa. MSc. Bárbara Lúcia Pinto Coelho

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2010**

**CAROLINI LARA CANELLA**

**ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA  
CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Carolini Lara Canella, no Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em fisioterapia geriátrica.

Criciúma, 8 de Junho de 2010.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Bárbara Lúcia Pinto Coelho - (UNESC) - Orientadora

Prof. ....- (Instituição)

Prof. ....- (Instituição)

## Sumário

<b>CAPÍTULO I – Projeto de pesquisa .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO II – Artigo Cientifico .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPITULO III – Normas da revista para submissão do artigo.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## **CAPÍTULO I – Projeto de pesquisa**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**CAROLINI LARA CANELLA**

**ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA  
CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2010**

**CAROLINI LARA CANELLA**

**ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA  
CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção de grau de Bacharel no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Profa. MSc. Bárbara Lucia Pinto Coelho

**CRICIÚMA, JUNHO DE 2010.**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Objeto de pesquisa .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Contextualização do Problema .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1 Caracterização do Estudo .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2 Caracterização da Amostra e local .....</b>	<b>14</b>
<b>4.3 Instrumentos para Coleta de Dados .....</b>	<b>14</b>
<b>4.4 Procedimentos para coleta de dados .....</b>	<b>15</b>
<b>4.5 Procedimentos para análise de dados .....</b>	<b>16</b>
<b>5 CRONOGRAMA .....</b>	<b>16</b>
<b>6 ORÇAMENTO .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>19</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Objeto de pesquisa

Como objeto de pesquisa tem-se: Caracterização do perfil funcional dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo de Criciúma- Santa Catarina

## 1.2 Contextualização do Problema

O envelhecimento progride a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo. Essas alterações, nos domínios biopsicossociais, põem em risco a qualidade de vida do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com eficácia, as suas atividades do cotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde (ALVES, 2004).

O envelhecimento é marcado por transformações que ocorrem na vida dos idosos. Os tecidos já não tem a mesma eficiência, começam a comprometer ossos e músculos e outros órgão começam a sofrer dificuldades para exercer suas funções. As instituições que asilam esses idosos, devem cuidar pra que as qualidades restantes sejam preservadas ou melhoradas para que o processo de envelhecimento não seja visto só como o fim de uma vida ( WALDOW, 2001).

As alterações funcionais são, freqüentemente, conseqüências de doenças e/ou problemas comuns aos idosos, sendo os quadros demências apontados como principais contribuintes para o desenvolvimento de dependência funcional (THOMAS 1998). Entre as cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar ( AGÜERO-TORRES 1998).

A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos (GUIA DOS IDOSOS).

O conceito de qualidade de vida está relacionado ao bem-estar social e à auto-estima, abrangendo vários aspectos como a capacidade funcional, situação socioeconômico, estado emocional, a interação social, atividade intelectual, suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades de vida diária e o ambiente em que se vive (VELARDE 2002)

O conceito de qualidade de vida tem que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida e, assim, inclui, mas não deve estar limitado à existência ou não dentre os idosos, já que o ambiente e seu caráter lúdico são o grande atrativo sendo comorbidades (KAMIROTO, 1999). Contudo, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também o quão física, psicológica e socialmente estão na realização de suas atividades diárias (MMWR, 1995).

Baseado no contexto apresentado formulou-se a seguinte questão problema: Caracterizar o perfil dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo de Criciúma Santa Catarina?

Para melhor direcionar o problema assim exposto foram formuladas as seguintes questões a investigar:

1- Como mensurar a capacidade dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo de Criciúma Santa Catarina, em relação a autonomia e independência?

2- O que leva um idoso institucionalizado a perder a capacidade funcional?

3- Como a fisioterapia pode ajudar a melhora da qualidade vida nos idosos institucionalizados do asilo São Vicente de Paulo de Criciúma Santa Catarina?

E para responder de forma provisória estas questões, sugerem-se as seguintes hipóteses:

1 – Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de Avaliação Funcional (LAURENTI 2003). Uma avaliação funcional simples deve

conter avaliações: do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar a atividade de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ( TOSCANO 2009). As AVDs são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As AIVD são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (RIBEIRO 2002).

2- A capacidade funcional é um dos marcadores da qualidade de vida dos idosos e de um envelhecimento bem sucedido. Com a perda dessa capacidade está associada à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade e em alguns casos até a morte. Com isso, ocorrem complicações ao longo do tempo, que resultam na necessidade de cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO, 2002).

3- A fisioterapia visa a manutenção da saúde do idoso, afastando os fatores de risco comuns na terceira idade. A intervenção depende da avaliação físico-funcional e ter o objetivo previamente estabelecidos. Podem ser medidas de prevenção primária, secundária ou atividades de reabilitação (TERRA, 2007).

### **1.3 JUSTIFICATIVA**

Diante do real aumento da expectativa de vida no último século, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não apenas uma maior sobrevida, mas também uma boa qualidade de vida (VECCHIA, 2005).

No Brasil a população de idosos chega 14,5 milhões, isso significa que 9,1% da população Brasileira são idosos. A população Brasileira pode ser considerada uma das maiores do mundo, superando a França, Itália e Reino Unido. Em 30 anos a população de idosos no Brasil poderá ser superior a 30 milhões (IBGE, 2001)

A pesquisadora sentiu-se motivada com o tema do estudo a partir da prática supervisionada fisioterapêutica II, do curso de Fisioterapia da Universidade

do Extremo Sul Catarinense (UNESC), que é realizada no asilo São Vicente de Paulo na cidade de Criciúma - Santa Catarina.

## **2 OBJETIVOS**

As informações coletadas e apresentadas na contextualização do problema serão apresentadas neste tópico pelo objetivo geral e objetivos específicos.

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar o perfil funcional dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo, Criciúma - Santa Catarina Inicie o seu texto aqui

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.
- Avaliar o perfil físico do idoso institucionalizado
- Avaliar o grau de dependência física dos idosos institucionalizados a mais de um ano no Asilo;
- Analisar os riscos de quedas existentes
- Apontar a relação da fisioterapia na qualidade de vida dos idosos asilados.
- Elaborar e aplicar o protocolo e testes para coleta de dados referentes ao estudo.
- Contribuir para a fundamentação científica no estudo de qualidade de vida dos idosos asilados.

## **4 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

### **4.1 Caracterização do Estudo**

Com referência aos conceitos de Luciano (2001) trata-se de uma pesquisa de natureza básica, exploratória, aproximando o problema da hipótese. Em relação ao problema é caracterizada como quali-quantitativa. Com relação aos

objetivos é descritiva e exploratória, utilizando recursos de ordem bibliográfica, documental e de levantamento. O trabalho teve como enfoque principal caracterizar os idosos institucionalizados do Asilo São Vicente da cidade de Criciúma Santa Catarina.

#### **4.2 Caracterização da Amostra e local**

Esta pesquisa será realizada no Asilo São Vicente de Paulo, na cidade de Criciúma –SC, no período do mês de abril de 2010, durante uma (1) semana, no período da tarde, de segunda-feira à sexta-feira.

Serão inclusos na amostra idosos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, com condições físicas e psíquicas para a realização dos testes e compreensão para responder aos questionários.

Como critérios de exclusão, os idosos que não aceitarem participar do estudo e idosos que apresentarem alguma patologia neurológica que os impedem de realizar ou responder os testes propostos.

A amostra será calculada pelo Índice de Costil, (BARBETA, 2000), onde:

$$n = \frac{400 \times N}{400 + N}$$

N= número total de idosos institucionalizados

$$\frac{27.200}{468} = 58,11$$

Apresentando assim um índice amostral de aproximadamente 58 idosos, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos e que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

#### **4.3 Instrumentos para Coleta de Dados**

Para realização da pesquisa será realizada uma entrevista direcionada ao foco de pesquisa. Serão abordados, principalmente, tópicos relacionados com a identificação, condição geral de saúde, hábitos de vida e histórico de patologias associadas à funcionalidade do idoso, avaliação das atividades instrumentas de vida

diária (AIVDS). Além da entrevista será aplicada a escala de equilíbrio de Berg, para a avaliação da mobilidade será empregado a o teste Timed Up and Go Test – TUGT, a avaliação de LAWTON e a avaliação de risco de queda.

Além disso, serão analisados os prontuários para averiguar o idoso diagnóstico clínico, uso de medicamentos .

Durante o processo de coleta de dados, serão utilizados ainda, materiais para aferir a pressão arterial (estetoscópio e esfigmomanômetro), a temperatura (termômetro), a frequência cardíaca e respiratória (relógio digital), uma cadeira com apoio para os braços.

#### **4.4 Procedimentos para coleta de dados**

Inicialmente será realizado um contato com o responsável pelo Asilo São Vicente de Paulo localizado na Rua Afonso Pena 368, na Cidade de Criciúma-SC, para informar sobre o projeto proposto pela pesquisadora. Após ser aceito, será solicitado um termo de autorização do local assinado pelo contatado (ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO).

O instrumento de pesquisa, avaliação será confeccionado pela pesquisadora e validado por no mínimo 3 professores da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. (APÊNDICE B – AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA)

O presente projeto será encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, e após sua aprovação a pesquisadora dará início às coletas.

Assim que obtiver o parecer do comitê de ética aprovado a pesquisadora irá até ao asilo, e realizara uma reunião com todos idosos da instituição para verificar os interessados em compor o estudo e os que possuem condições psíquicas para participar da pesquisa. A reunião acontecerá durante o horário combinado com o responsável da instituição. A população de idosos no Asilo São Vicente de Paulo é de 68 residentes. Dessa forma, serão selecionados todos os idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisadora.

Os idosos/ (e/ou responsáveis) que consentirem com o estudo, deverão realizar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste termo, será esclarecido todo o objetivo do trabalho, bem como os

procedimentos realizados em sua ordem de execução, demonstrando que toda a privacidade quanto a identificação dos dados serão respeitados conforme a resolução CNS 196/96, que orienta os estudos realizados com seres humanos (APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO).

A pesquisadora aplicará a entrevista aos idosos participantes em dias e horários pré-estabelecidos. Com os questionários preenchidos, a pesquisadora realizara a análise dos dados obtidos.

#### 4.5 Procedimentos para análise de dados

Como método de análise de dados será realizado o agrupamento das informações coletadas na pesquisa, confecção de gráficos e tabelas, utilizando recursos como Word e Excel da Microsoft.

Baseando-se no referencial teórico desenvolvido e nos questionários aplicados, será possível realizar análises e discussões sobre os dados obtidos, que serão estabelecidos precedendo às considerações finais, seguidas das referências, anexos e apêndices.

### 5 CRONOGRAMA

	2009		2010						
	N	D	J	F	M	A	M	J	J
<b>Elaboração Projeto</b>	x	x	x	X					
<b>Referencial Teórico</b>	x	x	x	X	X	x	x	x	
<b>Aprovação do Comitê de Ética</b>					X				
<b>Elaboração Coleta de dados</b>					X				
<b>Coleta</b>						x			
<b>Tabulação</b>							x		
<b>Apresentação e Análise</b>							x	x	
<b>Discussão</b>							x	x	
<b>Conclusões</b>							x	x	
<b>Elaboração Versão Final</b>							x	x	





**6 ORÇAMENTO**

<b>MATERIAIS</b>	<b>PRECO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Folhas Fardo</b>	<b>10,00</b>	<b>02</b>	<b>20,00</b>
<b>Fotocópias</b>	<b>0,10</b>	<b>350</b>	<b>35,00</b>
<b>Gasolina</b>	<b>2,67</b>	<b>10</b>	<b>26,70</b>
<b>Tinta para impressora</b>	<b>50,00</b>	<b>1</b>	<b>50,00</b>
<b>Total</b>			<b>131,70</b>

Todos os gastos pertinentes ao trabalho de conclusão de curso será realizado pelo próprio pesquisador.

## REFERENCIAS

1. AGÜERO-TORRES H, FRATIGLIONI L, GUO Z, VIITANEN M, VON STRAUSS E, WINBLAD B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. **Am J Public Health**. 1998;88(10): 1452-6.
2. CORDEIRO, RENATA et al. Concordância entre observadores de um protocolo da avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. **Revista. Fisioterapia Universidade de São Paulo**, SP, v9, n.2, p. 69-77, jul/dez 2002
3. GUIA DOS IDOSOS. Disponível em: [www.serasa.com.br/](http://www.serasa.com.br/).
4. IBGE, 2001 IBGE:  
[WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/040sintese.shtm](http://WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/040sintese.shtm)
5. LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc.Med. Bras**. 2003, vol.49, n.4, pp. 361-362.
6. MMWR. Health-related quality of life measures United States – 1993. Atlanta: **Center for Diseases Control and Prevention**, 1995;44:195-200.
7. RIBEIRO, A.P.;SOUZA,E.R.;ATIES,S.;SOUZA,A.C.;SCHILITZ,A.O. **A Influência das quedas na quantidade de vida de idosos**. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde-CLAVES, Rio de Janeiro, set.2006.
8. TERRA, N. L. **Geriatría moderna para leigos**. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007.
9. THOMAS VS, ROCKWOOD K, MCDOWELL I. Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. **J Clin Epidemiol**. 1998, 315-21.

- 10.VECCHIA, ROBERTA DALLA; et al. Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Rev Bras Epidemiol**, 2005; 246-52.
- 11.VELARDE JE, AVILA FC. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública Méx** 2002; 349-61.
- 12.WALDOW (2001) WALDOW VR. **Definição de cuidar e assistir uma mera questão de semântica?** Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre-1998; 19(1): 20-3.



**Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC**  
**Comitê de Ética em Pesquisa - CEP**

**Resolução**

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

**Projeto: 29/2010**

**Pesquisador:**

Bárbara Lucia Pinto Coelho

Carolini Lara Canela

**Título:** Análise do perfil dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma - SC

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 10 de maio de 2010.

*Mágada T. Schwalm*

Coordenadora do CEP

**ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

### AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu, Carolini Lara Canella acadêmica do curso de fisioterapia, venho através deste solicitar autorização para realização do trabalho de conclusão de Curso intitulado: " Análise do perfil dos idosos institucionalizados no Asilo São Vicente de Paulo na cidade de Criciúma – SC". O presente estudo caracterizará o perfil físico dos idosos respeitando todos os direitos de pesquisas realizadas com seres humanos, conforme a resolução CNS 196/96.



Prof Orientadora: Bárbara Coelho



Responsável  
do Asilo São Vicente de Paulo



Acadêmica: Carolini Lara Canella

Criciúma, 10 de março de 2010.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

O presente projeto para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado **“Análise do perfil dos idosos constitucionalizado no asilo São Vicente de Paulo de Criciúma Santa Catarina”**. O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos analisar o risco de quedas em idosos de instituição de longa permanência na cidade de Criciúma-SC . Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar deste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

**A coleta de dados será realizada pela acadêmica Carolini Lara Canella (fone: 91614569) da 10ª fase da Graduação de Fisioterapia da UNESC e orientado pela professora Bárbara Lucia Pinto Coelho (99882400). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

**Criciúma (SC) \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.**

---

**Assinatura do Participante**

**APÊNDICE B- AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA**

## VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Eu, **Carolini Lara Canella**, acadêmica da 10ª fase do curso de Fisioterapia da UNESC, matriculada na Disciplina de Seminário III, venho por meio deste, solicitar sua colaboração para análise deste instrumento com vistas à validação do mesmo. O título do trabalho é: **“Análise do Perfil dos idosos institucionalizados no Asilo São Vicente de Paulo da cidade de Criciúma- SC”**.

Os Idosos institucionalizados que aceitarem participar da pesquisa serão submetidos a um questionário, onde constarão dados de identificação, avaliação funcional, avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), escala de equilíbrio de Berg, questionário de Lawton, escala de avaliação de risco de queda. Com o principal objetivo de caracterizar o perfil de idosos institucionalizados.

Agradeço antecipadamente.

Acadêmica: Carolini Lara Canella

Orientadora Técnica: Prof. M.Sc. Bárbara Lúcia Coelho

Telefones: (048) 3433-0515/ 91614569

Email: caca\_lc@hotmail.com

Email: bl\_coelho@hotmail.com

Professor Avaliador: Luciano Tuon

Parecer:  válido;  Não válido;  válido com correções

Ass: [Assinatura]

Data: 26 : 03 : 2010

Professor Avaliador: Luís Luís Minetto

Parecer:  válido;  Não válido;  válido com correções

Ass: [Assinatura]

Data: 26 : 03 : 2010

Professor Avaliador: Eduardo Luiz Victor

Parecer:  válido;  Não válido;  válido com correções

Ass: [Assinatura]

Data: 25 : 03 : 2010

Não válido			Pouco válido				válido		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Confuso			Pouco claro				Claro		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

## UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE- UNESC

Asilo\_\_\_\_\_

Entrevista Nº\_\_\_\_\_

Entrevistador\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Idade:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) separado ( ) união estável ( ) outros

Escolaridade:

( ) analfabeto ( ) até 4 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais

Aposentado: ( ) sim ( ) não Quanto tempo\_\_\_\_\_

Ocupação antes de aposentar: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho\_\_\_\_\_

Idoso:( ) Acamado ( ) Cadeirante ( ) anda com apoio de uma bengala ( ) anda com apoio de muleta

( ) anda com apoio andador ( ) anda com apoio de alguém ( ) deambula passo a passo devagar

( ) caminha normalmente

**Aspectos Psicossociais e Econômicos**

4.1 Como é seu relacionamento familiar?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Difícil

4.2 Como é seu relacionamento com seus colegas de residência?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Difícil

Quem costuma lhe ajudar nas atividades do dia-a-dia?

( ) acompanhante ( ) familiares

Esta ajuda acontece: ( ) sempre ( ) às vezes ( ) quase nunca

Existe alguém de confiança para ouvi-lo? ( ) sim ( ) não

Quem? ( ) familiar ( ) acompanhante ( ) amigo

Você esta aqui ( ) por opção própria ( ) por escolha de sua família

Minha ocupação atual: \_\_\_\_\_

Hábitos de vida:

Fumo ( ) não ( ) sim

( ) fumo frequentemente ( ) fumo raramente ( ) parei de fumar. Qto tempo? \_\_\_\_\_

Tipo: ( ) filtro ( ) palheiro ( ) outros

Quantidade/dia: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

Bebida alcoólica ( ) não ( ) sim

( ) bebo frequentemente ( ) bebo raramente ( ) parei de beber

Tipo: ( ) cachaça/pinga ( ) vodka ( ) cerveja ( ) vinho ( ) outros \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

Atividade física ( ) não ( ) sim

( ) faço frequentemente ( ) faço raramente ( ) parei de fazer

Tipo: \_\_\_\_\_ Freqüência: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Muito ruim

Quando foi sua última consulta:

( ) Dentista: \_\_\_\_\_ ( ) Geriatra: \_\_\_\_\_ ( ) Psiquiatra: \_\_\_\_\_

( ) Ginecologista: \_\_\_\_\_ ( ) Oftalmologista: \_\_\_\_\_ ( ) Neurologista: \_\_\_\_\_

( ) Cardiologista: \_\_\_\_\_ ( ) Traumatolo/Reumato: \_\_\_\_\_ ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## NUTRIÇÃO

É portador de alguma doença que limite a quantidade de comida ingerida?	2 pontos
Tem comido menos quantidade ultimamente?	3 pontos
Come poucas frutas, verduras e produtos lácteos?	2 pontos
Bebe mais de 3 copos de cerveja, vinho ou licor por dia?	2 pontos
Tem problema na boca ou dentição que dificulte a alimentação?	2 pontos
Nem sempre tem condições financeiras para comprar a comida necessária?	4 pontos
Faz refeições sozinho na maior parte das vezes?	1 ponto
Ingere 3 ou mais fármacos sob prescrição médica ou não por dia?	1 ponto
Emagreceu ou engordou pelo menos 5 kg nos últimos 6 meses?	2 pontos
Nem sempre é capaz de alimentar-se, cozinhar ou comprar alimentos devido a condições físicas?	2 pontos
<b>Total</b>	

Avaliação conforme pontuação:

0-2 (risco muito baixo)= \_\_\_\_\_ 3-5 (risco moderado)= \_\_\_\_\_ 6 ou mais (risco elevado)= \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MIF) MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Algumas observações devem ser consideradas:

- Sempre que houver preparo para a tarefa por outrem, o nível máximo de avaliação é 5.
- Se a pessoa idosa é posta em risco para testar algum dos itens, não fazê-lo e marcar 1.
- Se a pessoa idosa não faz uma tarefa, deve ser classificado como 1.
- Sempre que dois cuidadores forem necessários para a realização de uma tarefa, o nível é 1.
- Nunca deixe um item sem marcação ou com registros do tipo “não avaliado” ou “não se aplica”.
- Para os itens Marcha/Cadeira de rodas, Compreensão e Expressão, é necessário marcar qual é a forma mais habitual de realizar a tarefa.
- No item Marcha/Cadeira de rodas, é necessário usar o mesmo modo no início e final do tratamento.

Sempre que estiver em dúvida, pense:

- Qual é a quantidade de cuidados demandada?
- Qual é a quantidade de energia suplementar necessária para completar a tarefa?

<b>Níveis</b>	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	<b>Sem Ajuda</b>
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	4 Dependência modificada	<b>Com Ajuda</b>
	5 Supervisão	
	4 Dependência Mínima (pessoa $\geq$ 75%)	
	3 Dependência Moderada (pessoa $\geq$ 50%)	
	2 Dependência Máxima (pessoa $\geq$ 25%)	
	1 Dependência Total (pessoa $\geq$ 0%)	
Data		
Auto-Cuidados		
A. Alimentação		
B. Higiene pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		

D. Vestir-se acima da cintura		
E. Vestir-se abaixo da cintura		
F. Uso do vaso sanitário		
Controle de Esfínteres		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
Mobilidade		
Transferências		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso sanitário		
K. Banheira ou chuveiro		
Locomoção		
L. Marcha / cadeira de rodas	M c	-
M. Escadas		
Total		
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque 1.		

## **AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)**

### **ESCALA DE LAWTON**

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. A versão ora apresentada foi publicada por Freitas e Miranda.

**Objetivo:** avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

**Avaliações dos resultados:** as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.

**Avaliações dos resultados:** as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Avaliações dos resultados: Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

**Providências com os achados/resultados:** para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.




## ESCALA DE LAWTON

1. O (a) Sr.(a) Consegue usar o telefone?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
2. O (a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
3. O (a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
4. O (a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
5. O (a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
6. O (a) Sr.(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
7. O (a) Sr.(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
8. O (a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa, no horário certo?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2 Não consegue 3
9. O (a) Sr.(a) consegue cuidar das suas finanças?	Sem ajuda 1 Com ajuda Parcial 2

	Não consegue	3
--	--------------	---

### Escala de Equilíbrio de Berg (Berg et al., 1992; Miyamoto et al., 2004)

**Procedimento de Avaliação:** A realização das tarefas é avaliada através de observação e a pontuação varia de 0 – 4 totalizando um máximo de 56 pontos. Estes pontos devem ser subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador. Este teste é constituído por uma escala de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como: alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se.

 Descrição dos Itens	Pontuação (0-4)
1. Sentado para em pé	_____
2. Em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Em pé para sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Em pé com os olhos fechados	_____
7. Em pé com os pés juntos	_____
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	_____
9. Apanhar objeto do chão	_____
10. Virando-se para olhar para trás	_____
11. Girando 360 graus	_____
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	_____
13. Em pé com um pé em frente ao outro	_____
14. Em pé apoiado em um dos pés	_____
	TOTAL _____

#### INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.

Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.

É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.

Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item 12.

### 1. SENTADO PARA EM PÉ

Instruções: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- ( ) 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- ( ) 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

### 2. EM PÉ SEM APOIO

Instruções: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- ( ) 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- ( ) 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

OBS.: Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item 4.

### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

Instruções: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- ( ) 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- ( ) 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- ( ) 2 capaz de sentar durante 30 segundos

- ( ) 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- ( ) 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

#### 4. EM PÉ PARA SENTADO

Instruções: Por favor, sente-se.

- ( ) 4 senta com segurança com o mínimo uso das mão
- ( ) 3 controla descida utilizando as mãos
- ( ) 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- ( ) 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- ( ) 0 necessita de ajuda para sentar

#### 5. TRANSFERÊNCIAS

Instruções: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- ( ) 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- ( ) 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- ( ) 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- ( ) 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- ( ) 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

#### 6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

Instruções: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos.

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- ( ) 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- ( ) 0 necessidade de ajuda para evitar queda

#### 7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

Instruções: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- ( ) 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- ( ) 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

#### 8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

Instruções: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco).

- ( ) 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- ( ) 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- ( ) 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- ( ) 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- ( ) 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

#### 9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

Instruções: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- ( ) 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- ( ) 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- ( ) 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- ( ) 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- ( ) 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

#### 10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

Instruções: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- ( ) 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- ( ) 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- ( ) 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio

- ( ) 1 necessita de supervisão ao virar
- ( ) 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

### 11. VIRAR EM 360 GRAUS

Instruções: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- ( ) 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- ( ) 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- ( ) 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- ( ) 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- ( ) 0 necessita de assistência enquanto vira

### 12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

Instruções: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- ( ) 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- ( ) 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- ( ) 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- ( ) 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- ( ) 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

### 13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

Instruções: (Demonstrar para o idoso) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- ( ) 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- ( ) 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- ( ) 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- ( ) 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos
- ( ) 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

#### 14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

Instruções: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar.

- ( ) 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- ( ) 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- ( ) 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- ( ) 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- ( ) 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda
- ( ) **PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)**

#### Time Up and Go Test – TUGT (Mathias et al.,1986)

**Procedimento de Avaliação:** o paciente sentado em uma cadeira com braços, com as costas apoiadas (o teste é realizado com o uso de seus calçados habituais e se necessário de bengala). Após o comando "vá", o idoso deve se levantar da cadeira e andar um percurso linear de 3 metros, com passos seguros, retornar em direção à cadeira e sentar-se novamente. Ele será instruído a não conversar durante a execução do teste e realizá-lo numa velocidade habitual auto-selecionada, de forma segura.

O teste tem início após o sinal de partida representado simultaneamente pela flexão do braço esquerdo do avaliador e pelo comando verbal (instante em que inicia a cronometragem). A cronometragem será parada somente quando o idoso colocar-se novamente na posição inicial sentado com as costas apoiadas na cadeira.

TEMPO GASTO NA TAREFA: \_\_\_\_\_ segundos

Até 10 segundos	Independente
Entre 10,01 e 20 segundos	Semi-independente
Acima de 20,01 segundos	Parcialmente dependente

#### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS

- Somar um ponto por item com asterisco
- 1. Quedas anteriores: Não ( ) Sim ( )\*
- 2. Medicamentos: ( ) Nenhum
  - ( ) Tranqüilizantes-Sedativos\*
  - ( ) Diuréticos\*
  - ( ) Hipotensores\*
  - ( ) Antiparkinsonianos\*
  - ( ) Antidepressivos\*
  - ( ) Outros Medicamentos
- 3. Déficit sensorial: ( ) nenhum
  - ( ) Alteração da Visão\* ( ) Nenhuma ( ) Pouco ( ) Muita
  - ( ) Alterações Auditivas\* ( ) Nenhuma ( ) Pouco ( ) Muita
  - ( ) Alterações dos Membros MI\* e MS\*
- 4. Estado Mental: ( ) Orientado
  - ( ) Confuso\*
- 5. Marcha: ( ) Normal
  - ( ) Segura, com ajuda

- ( ) Insegura com ou sem ajuda\*  
 ( ) Impossível
6. Apresenta doenças:
- ( ) Cardiovasculares (hipotensão postural, hipertensão, arritmias, insuficiência coronária, AVC, AIT)
  - ( ) Neurológicas (AVC, Hemiplegia/ Hemiparesia)
  - ( ) Endócrinas (tireoidopatias, diabetes, distúrbios da supra renal)
  - ( ) Osteomusculares (osteoartrite, artrite, osteoporose, fraqueza muscular, alteração postural, tendinopatias principalmente em MI)
  - ( ) Psiquiátricas ( demências e depressão)
7. Sofreu alguma queda?  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.1. Caso a resposta tenha sido afirmativa, qual foi o local?  
 ( ) Casa ( meio interno; dentro de casa)  
 ( ) Na rua ( meio externo; passeios, compras e outros)
- 7.2. apresenta medo de cair novamente?  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.3. Em caso de queda apresentou alguma complicação após queda?  
 Sim ( ) Não ( )  
 Quais:  
 ( ) Fraturas  
 ( ) Entorses  
 ( ) TVP  
 ( ) Síndrome da Imobilização  
 ( ) Pneumonia por imobilização  
 ( ) Escaras por imobilização  
 Outras.....
- 7.4. Permaneceu hospitalizado após a queda?  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.5. Apresentou alguma restrição com relação as suas atividades de vida diária ( AVD'S) após a queda:  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.6. Caiu uma ou mais vezes, em menos de seis meses.  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.7. Tem medo de que a situação de queda aconteça (somente respondo se a resposta da questão de n seis for negativa)  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.8. Apresenta conhecimento dos fatores de risco que poderão levá-lo há quedas?  
 Sim ( ) Não ( )
- 7.9. sabe quais medidas poderão ser adotadas para prevenção de quedas em seu meio ( externo/interno) ou seja na rua e em seu lar? Quais?  
 Sim ( ) Não ( )  
 Quais:.....
8. Participou de algum programa preventivo de quedas?  
 Sim ( ) Não ( )
9. Sente a necessidade de algum programa voltado a prevenção de quedas?  
 Sim ( ) Não ( )

---

Escala de Avaliação de Risco de Dowton, inserido do artigo de VIERA, Renata Alvarenga, d'ALESSANDRO, Cristiane Cotrim, REIS, Érica Detoni de Souza, Juliana Pacheco, XAVIER, Kersia Lara et al. A Atuação da Fisioterapia na Prevenção de Quedas em Pacientes com Osteoporose Senil. IN: Fisioterapia Brasil, V.3, n.2, mar/abr.2002.

\* Três ou mais pontos indicam riscos elevados de quedas.

### Mini Mental State Examination - MMSE ( Folstein et al. ,1975)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_



Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27 \_ 24 \_ 21 \_ 18 \_ 15 \_

Nota: \_\_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos\_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

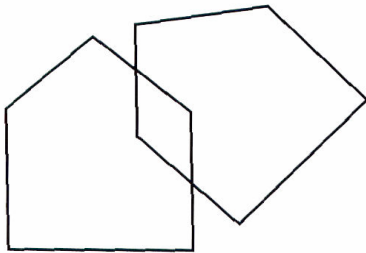
Frase:

Nota:\_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

**Cópia**



Nota: \_\_\_\_\_

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

## **CAPÍTULO II – Artigo Científico**

## **ANÁLISE DO PERFIL FUNCIONAL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO DA CIDADE DE CRICIÚMA- SC**

Carolini Lara Canella<sup>1</sup>, Barbara Lucia Pinto Coelho<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC / Criciúma / Santa Catarina /Brasil. E-mail [caca\\_lc@hotmail.com](mailto:caca_lc@hotmail.com) telefone: (48) 91614569

<sup>2</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC / Criciúma / Santa Catarina/ Brasil. E-mail [bl\\_coelho@hotmail.com](mailto:bl_coelho@hotmail.com) telefone: (48) 99882400

### **RESUMO**

O envelhecimento é marcado por transformações que ocorrem na vida dos idosos. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos. O conceito de qualidade de vida tem que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida e, assim, inclui, mas não deve estar limitado à existência ou não dentre os idosos. Esta pesquisa foi realizada no Asilo São Vicente de Paulo, na cidade de Criciúma –SC, no período do mês de abril de 2010, durante uma (1) semana, no período da tarde, de segunda-feira à sexta-feira. Foram inclusos na amostra idosos com idade superior a 60 anos. Os resultados encontrados na pesquisa mostraram que, a grande maioria dos idosos participantes deste estudo, são parcialmente independente, necessitando, em algumas tarefas da ajuda dos cuidadores.

Palavra chave: Idoso, qualidade de vida, Asilo

### **ABSTRACT**

Aging is marked by transformations that occurs in the elderly's life. It is estimated that in 2020 the population with over 60 years old, should reach 30 million people in the country (13% of the total), and life expectancy should reach 70.3 years old. The concept of life quality must be understood as influenced by all dimensions of life and thus, includes, and should not be limited, to the existence among the elderly. This research was accomplished at São Vincente de Paulo asylum in the city of Criciúma, SC, in the period of month of April 2010, during one (1) week, in the afternoon, from Monday to Friday. in the sample were included the elderly aged older than 60 years. The results found in the research showed that the vast majority of elderly participants in this study are partially independent, requiring assistance in some tasks of caretaker's help.

Key-word: Elderly, life quality, asylum

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é marcado por transformações que ocorrem na vida dos idosos. Os tecidos já não têm a mesma eficiência, começam a comprometer ossos e músculos e outros órgãos começam a sofrer dificuldades para exercer suas funções. As instituições que asilam esses idosos devem cuidar pra que as qualidades restantes sejam preservadas ou melhoradas para que o processo de envelhecimento não seja visto só como o fim de uma vida<sup>21</sup>.

Sendo os quadros demências apontados como principais contribuintes para o desenvolvimento de dependência funcional<sup>19</sup>. Entre as cinco diferentes áreas que compõem a

funcionalidade, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar<sup>1</sup>.

A população brasileira vive, hoje, em média, de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que no início da década de 90. Estima-se que em 2020 a população com mais de 60 anos no País deva chegar a 30 milhões de pessoas (13% do total), e a esperança de vida, a 70,3 anos<sup>7</sup>.

O conceito de qualidade de vida está relacionado ao bem-estar social e à auto-estima, abrangendo vários aspectos como a capacidade funcional, situação socioeconômico, estado emocional, a interação social, atividade intelectual, suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades de vida diária e o ambiente em que se vive<sup>20</sup>

O conceito de qualidade de vida tem que ser compreendido como influenciado por todas as dimensões da vida e, assim, inclui, mas não deve estar limitado à existência ou não dentre os idosos, já que o ambiente e seu caráter lúdico são o grande atrativo sendo comorbidades. Contudo, diante do impacto que o conceito saúde pode ter na vida das pessoas, se fazem necessários indicadores que possam nortear operacionalmente essa dimensão da qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se não só à forma como as pessoas percebem seu estado geral de saúde, mas também o quão física, psicológica e socialmente estão na realização de suas atividades diárias<sup>12</sup>.

Para mensurar a capacidade do idoso em relação à autonomia e à independência, existe um conjunto de dados clínicos, testes e escalas denominadas de Avaliação Funcional<sup>9</sup>. Uma avaliação funcional simples deve conter avaliações: do equilíbrio e mobilidade, da função cognitiva, da capacidade para executar a atividade de vida diária (AVD) e as atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As AVD são as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal. As AIVD são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte<sup>13</sup>.

## **Matérias e métodos**

Essa pesquisa é caracterizada de natureza básica, exploratória, aproximando o problema da hipótese. Em relação ao problema é caracterizada como quali-quantitativa.

O trabalho teve como enfoque principal caracterizar os idosos institucionalizados

do Asilo São Vicente da cidade de Criciúma Santa Catarina, no período do mês de abril de 2010, durante uma (1) semana.

Foram inclusos na amostra idosos com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, com condições físicas e psíquicas para a realização dos testes e compreensão para responder aos questionários.

Como critérios de exclusão, os idosos que não aceitarão participar do estudo e idosos que apresentam alguma patologia neurológica que os impediam de realizar ou responder os testes propostos.

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, o qual teve sua aprovação com o parecer 29/2010.

Logo após o parecer do comitê de ética a pesquisadora teve contato com os idosos institucionalizados, onde foi verificado os interessados em compor a pesquisa, os idosos que consentiram participar do estudo leram e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido.

A pesquisadora aplicou a entrevista aos idosos participantes em dias e horários pré-estabelecidos. Com os questionários preenchidos, a pesquisadora realizou a análise dos dados obtidos.

Como método de análise de dados foi realizado o agrupamento das informações coletadas na pesquisa, confecção de gráficos e tabelas, utilizando recursos como Word e Excel da Microsoft.

Os testes utilizados pra a pesquisa foram o teste de nutrição, onde mostra um provável risco de desnutrição nos idosos,

Também foi realizado o teste de Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF tem como meta determinar quais os cuidados necessários a serem prestados para que o paciente realize as AVDs. A escala de MIF foi desenvolvida e organizada com o objetivo de mensurar o grau de cuidado de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras cognitivas<sup>14</sup>.

Outro teste utilizado foi a escala de Lawton. O teste de Lawton tem como objetivo avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentas que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Para a avaliação dos resultados as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções, para cada questão a primeira resposta significa independência, caso o idoso opte pela

segunda resposta, significa dependência parcial com ajuda, e a terceira resposta significa dependência. O máximo da pontuação pode chegar a 27 pontos<sup>6</sup>.

O teste escala de equilíbrio de Berg é utilizada para determinar os fatores de risco para perda da independência e para quedas em idosos. Para o procedimento de avaliação as realizações das tarefas são avaliadas através de observação, a varia de 0 a 4 pontos totalizando um máximo de 56 pontos. No caso do tempo ou a distancia não sejam atingidos, o sujeito necessitar de supervisão para execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte ou necessita de ajuda do examinador os pontos devem ser subtraídos. O teste é composto por 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico como: alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se<sup>2,11</sup>.

Na presente pesquisa também foi utilizado o Time Up and Go Test (TUGT). O TUGT considera independente o idoso que realizar o teste em ate 10 segundos. O idoso que realizar o teste de 10.01 a 20 segundos é considerado semi-independente e acima de 20,01 segundos o idoso é considerado parcialmente dependente<sup>21</sup>.

A escala de avaliação do risco de queda, que foi um dos instrumentos utilizados no presente estudo, tem como objetivo somar um (1) ponto para cada item com asterisco (\*). Das questões que compõem a entrevista, da pergunta 1 à 5 há probabilidade de somar pontos, dependendo da resposta dada. Pergunta 1.

Para avaliar o déficit cognitivo foi utilizado o Mini Mental State Examination-MMSE. Este teste é composto por 7 categorias com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, como : orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e praxia visuo-constructiva. Para cada acerto é um somado um ponto ao total. O escore desse teste varia de 0 a 30 pontos, sendo que nos resultados quando há valores mais baixos, estes apontam para um possível déficit cognitivo<sup>4</sup>. Como o teste sofre influência da escolaridade, valores de referência foram propostos que consideram com defeito cognitivo: analfabetos com pontuação menor ou igual à 15 pontos; pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade que atingiram pontuação menor ou igual a 22 e os com escolaridade superior a 11 anos com pontuação menor ou igual a 27 pontos apresentam déficit cognitivo<sup>17</sup>.

## **Resultados**

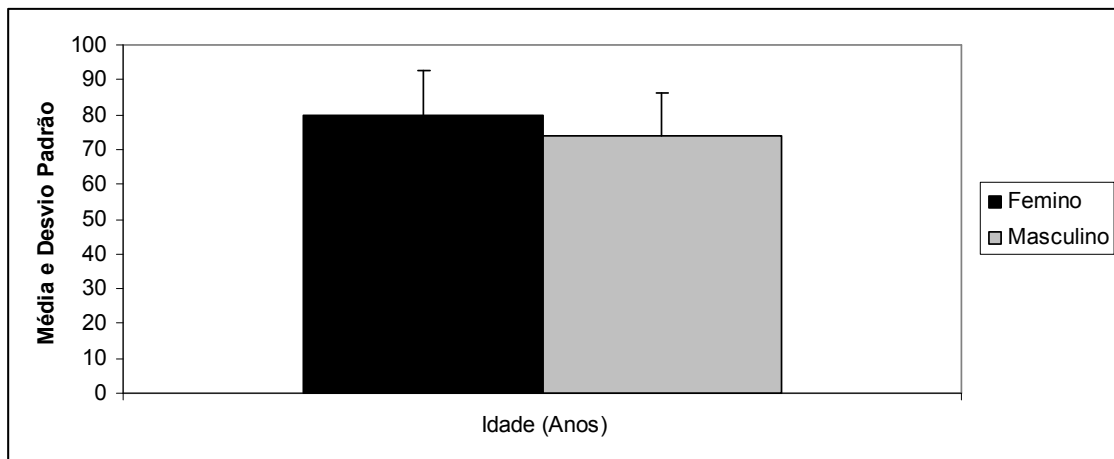
### **Análise Estatística**

Os dados obtidos nas avaliações foram devidamente tabulados, analisados e avaliados pelo programa de estatística SPSS versão 17.0, utilizando o Teste Não Paramétrico para comparação entre os dados obtidos e a normalidade da Literatura sendo utilizado o Teste T de Wilcoxon. Para os demais dados foi utilizada análise descritiva de freqüências para análise das porcentagens, média, desvio padrão, mínimo e máximo. Foi considerada como estatisticamente significativa as questões que obtiveram  $p < 0,05$ . Após realizado os testes estatísticos, a base de dados foi transferida para o programa Microsoft Excel para construção de gráfico e assim, confrontados com a literatura científica.

### Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo foi composta por dezesseis (16) idosos de ambos os sexos institucionalizados no Asilo São Vicente de Paulo localizado na Cidade de Criciúma/SC, destes seis (06) são do sexo feminino com média de idade de 79,75 anos ( $DP \pm 12,69$ ) tendo idade mínima de 61 anos e no máximo 88 anos e dez (10) do sexo masculino, com média de idade de 73,78 anos ( $DP \pm 12,34$ ) tendo no mínimo 57 anos e no máximo 89 anos.

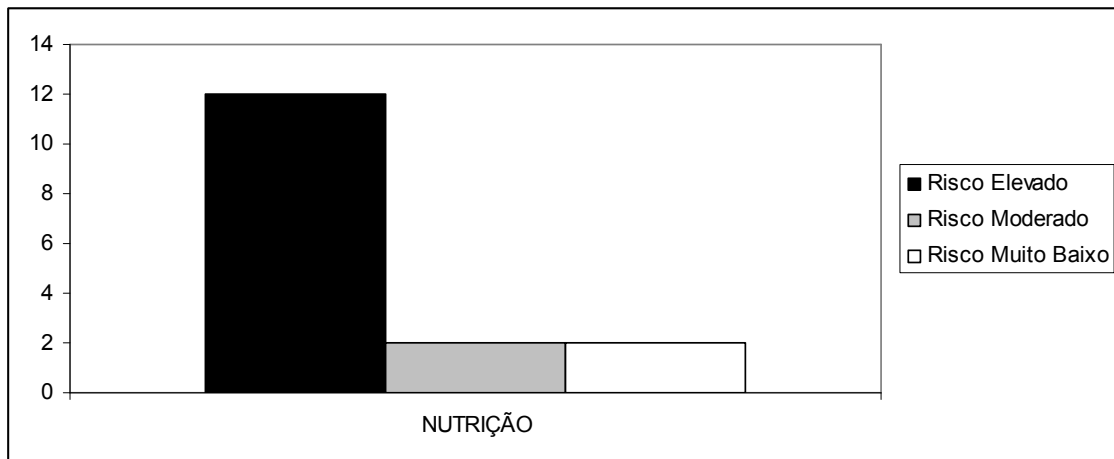
**Figura 1 -**



Este gráfico mostra a faixa etária de idade que mostrou que há mais idosos do sexo feminino dentro dos critérios de inclusão.

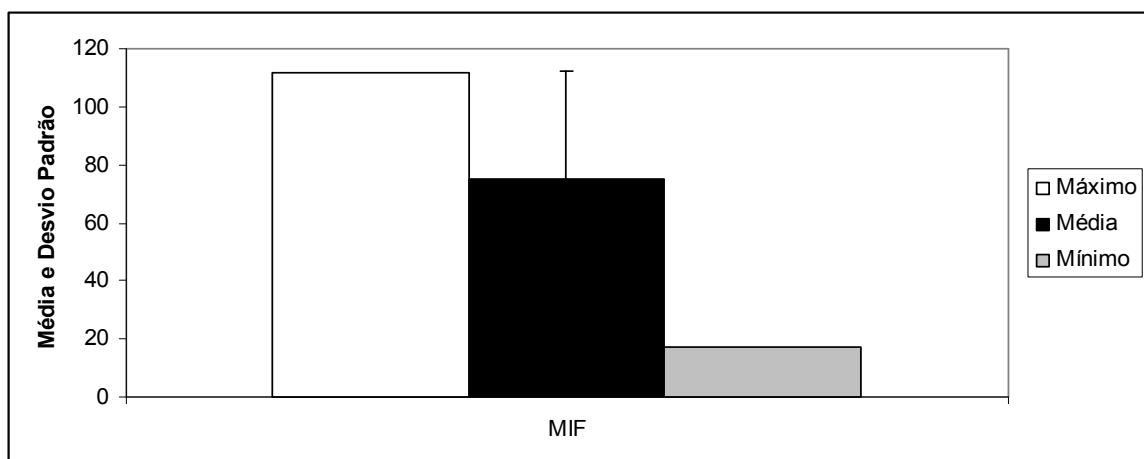


### Nutrição (figura2)

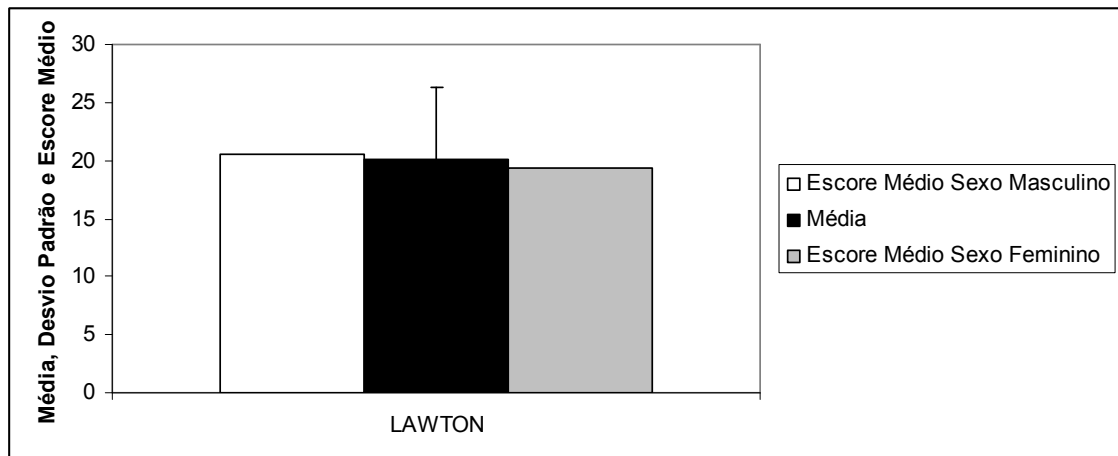


No que se trata de nutrição está demonstrando que os idosos tem prováveis alterações nutricionais. Levando em conta que 12 idosos possuíam um risco elevado, 2 risco moderado e 2 idosos com risco baixo de alteração nutricional.

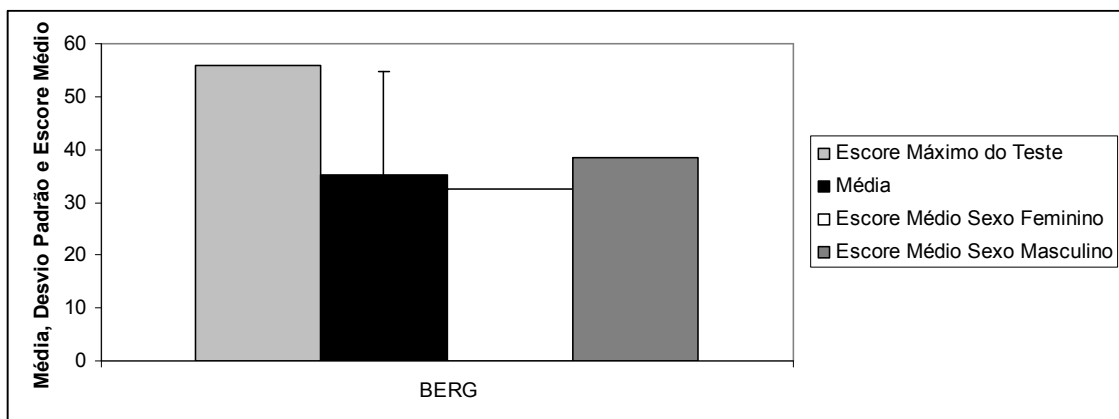
### Medida de Independência Funcional (figura3)



Conforme o gráfico acima foi encontrado que os idosos dependem pouco dos cuidadores. Mostrando uma média de 74,88, um desvio padrão de 37,4, tendo um mínimo de 17 e um máximo de 112.

**LAWTON (figura4)**

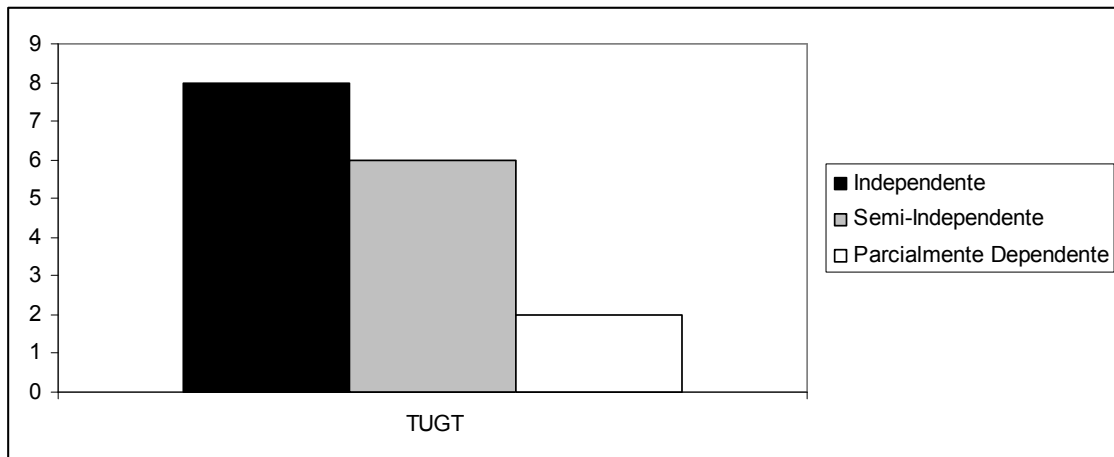
O gráfico acima mostra que não houve uma diferença estatística demonstrando que tanto os homens quanto as mulheres conseguem realizar suas AVD'S sozinhas. Tendo uma média de 20,06, um desvio padrão de 6,23, com um mínimo de 9 e um máximo também de 9. O escore médio do sexo feminino foi de 19,33 e o do sexo masculino de 20,5.

**Berg (figura5)**

Escore médio sexo F=32,43      Escore Médio sexo M=38,3

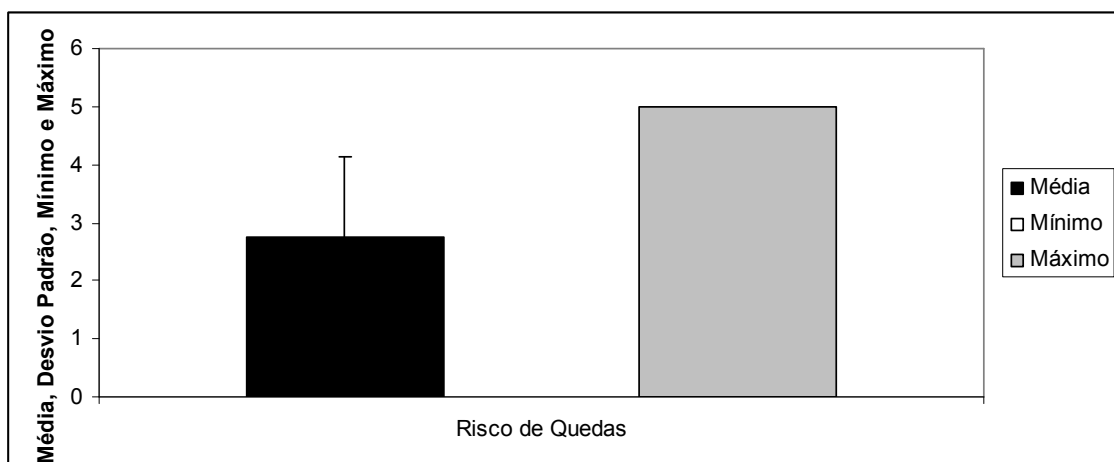
Houve diferença estatisticamente significativa quando comparado os valores obtidos nas avaliações quando comparado com o escore máximo possível a ser obtido pelo teste (56 pontos) ( $p < 0,05$ ).

### TUGT (figura6)



Neste gráfico foi demonstrado que os idosos possuem uma independência durante a marcha. Em 16 idosos da instituição e a média de tempo gasto para a realização da tarefa foi de 18.56 segundos. Portanto, a maioria da amostra é considerada semi-independente. Foi encontrado no teste 8 idosos independentes, 6 semi-independentes e 2 parcialmente independentes.

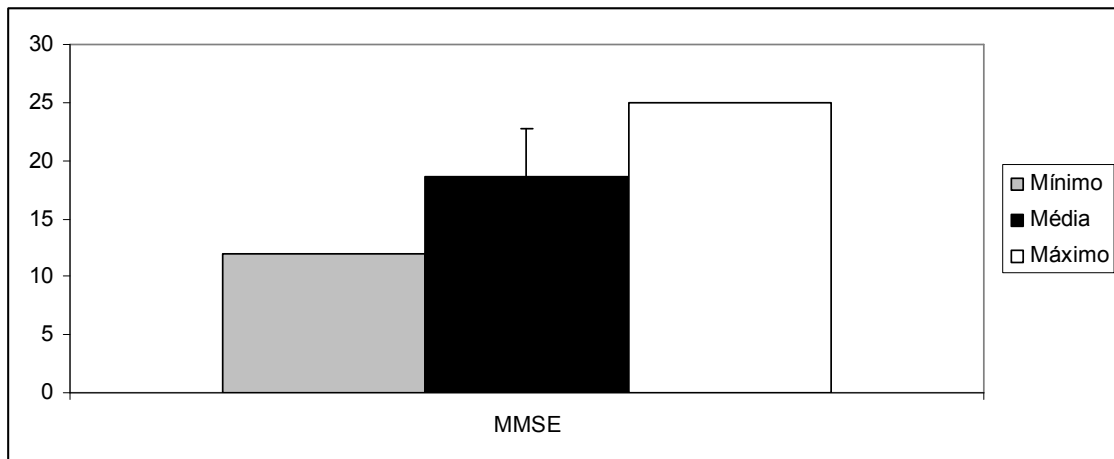
### Escala de Avaliação do Risco de Quedas (figura8)



Neste gráfico mostra que a média se obteve 2,75, observa-se que o mesmo está próximo ao índice de 3, que indica risco elevado de queda. Porém se observarmos o desvio padrão teremos um escore de no máximo 4,14 confirmando o alto risco de queda

Média	2,75
Mínimo	0
Máximo	5
DP	1,39

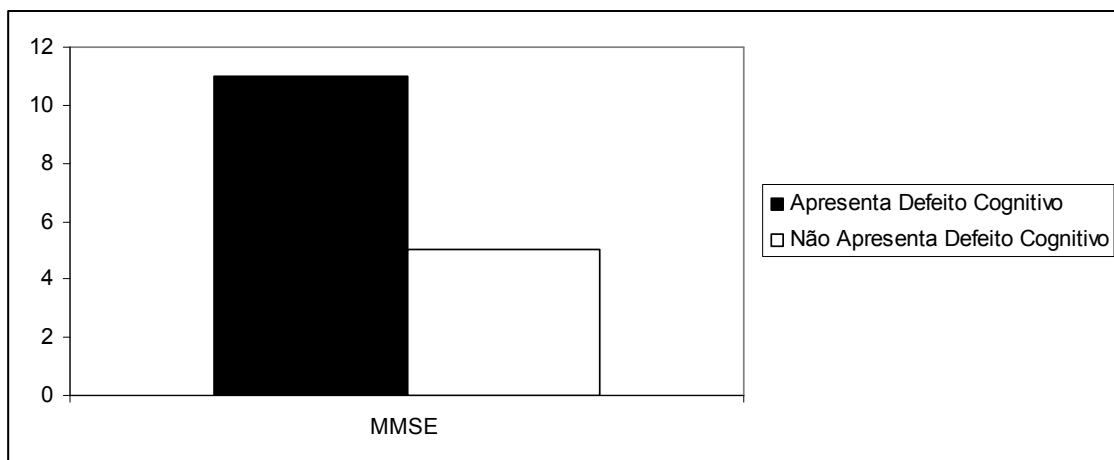
### MMSE (figura9)



Houve diferença estatisticamente significativa quando comparado os valores obtidos nas avaliações quando comparado com o escore máximo (30 pontos) ( $p < 0,05$ ).

No gráfico acima houve uma diferença estatística significativa no teste MMSE, demonstrando que a maioria dos idosos avaliados possui um déficit cognitivo ( $p < 0,05$ ). Sendo a média 18,56, o desvio padrão 4,16. Os valor mínimo de 12 e o Maximo de 25.

### Resultado MMSE – Defeito Cognitivo (figura10)



Apresenta Defeito Cognitivo – 11 idosos Não apresenta defeito cognitivo – 5 idosos

### Discussão

As mulheres constituem 81,1% da população dos asilos, sugerindo que a institucionalização parece ser uma questão feminina. Segundo estudos prévios desenvolvidos por<sup>16</sup> em Israel e no Canadá as mulheres representam 70% dos idosos residentes em instituição de Longa Permanência. Essa tendência se explica, em parte, pelo fato das mulheres terem sobrevivido maior que os homens<sup>3</sup>.

Quanto a análise do gênero pode-se verificar que 6 idosas eram do sexo feminino com média de idade de 79,75 anos (idade mínima de 61 anos e máxima de 88 anos) 10 idosos do sexo masculino, com média de idade de 73,78 anos, (mínimo 57 anos e no máximo 96 anos). Portanto, comparando-se com a literatura, nota-se que os resultados encontrados no Asilo São Vicente de Paulo foram compostos por um número maior de homens, contrariando a estatística.

A má nutrição que ocorre no idoso pode ser devida as alterações fisiológicas do envelhecimento, as condições sócio-econômica, as doenças e a interação entre nutrientes e medicamentos<sup>10</sup>. Para análise da nutrição, o estudo mostra que no Asilo São Vicente de Paulo ocorre um grande risco de desnutrição nos idosos institucionalizados, mostrando que 75%, ou seja, 12 idosos dos 16 que participaram do estudo estavam com um risco elevado, 12,5%, 2 idosos, com risco moderado e 12,5,2 idosos estavam com risco leve.

Em um estudo observacional descritivo com análise comparativo entre duas medidas: a observação do profissional da saúde e a percepção do cuidadores mostraram que para os profissionais, 42,59% dos idosos foi classificados como dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas) e para os cuidadores 47,5% dos idosos apresentavam dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas).

No presente estudo mostrou que os idosos participantes tiveram uma média de pontuação de 74,88 pontos, comparando com a literatura, prova-se que os idosos participantes deste estudo tem uma dependência modificada, que necessita de ajuda em até 25% das tarefas.

Segundo um estudo realizado em um PSF de Goiânia que foi aplicada a 116 idosos da população local, mostra que com relação á capacidade de realizar as AIVDS (mensuradas pela escala de Lawton), foi identificados que 27,4% eram independentes, 68,4% apresentavam dependência parcial, 4,2% apresentavam dependência total, perfazendo que 72,6% de idosos com dificuldades para administrar o ambiente em que viviam e lideram com a vida social de forma autônoma.

Já o presente estudo podemos analisar que o escore médio no sexo feminino foi de 19,33, mostrando que no asilo São Vicente de Paulo, as idosas tem uma dependência parcial ou com ajuda de terceiros. Já o escore do sexo masculino foi de 20,5 demonstrando, também, que os idosos da instituição tem uma dependência parcial ou capacidade com ajuda de terceiros.

Em um estudo que buscou observar qual o escore médio no Teste de equilíbrio Berg em uma população de 58 idosas freqüentadoras da Casa do Pão Paróquia dos Capuchinhos em Belém, Pará. Os resultados foram que o escore médio da população estudada foi de 50,47, as idosas desse estudo apresentam menos de 45% de chance de cair. Sendo que 58 idosas

estudadas, 25 relatam quedas nos últimos anos, o que equivale a 43% da amostra. Exemplificando assim a sensibilidade do teste para prever quedas, uma vez que o número de senescentes que caiu ficou muito próximo da possibilidade de quedas dada pelos escores. De tal modo que se considera 40% da amostra um número significativo em relação as pessoas q caem.

No presente estudo foram analisados 16 idosos. Sendo que a resposta encontrada foi de 56 pontos, indicando que houve um baixo risco de quedas pelos idoso da instituição.

Em um estudo que foi aplicado em idosos institucionalizados da Clínica de Fisioterapia da Faculdade de Assis Gurgacz De Cascavel/PR, evidenciou que 21,87% dos idosos realizou o teste em menos de 10 segundos. Sendo classificados como independentes, 78,13% realizou o teste entre 10 a 20 segundos, sendo classificados como semi-independentes e nenhum dos idosos realizou o teste em mais de 20 segundos.

Na pesquisa realizada no Asilo São Vicente de Paulo na cidade de Criciúma/SC, mostrou, 8 participantes do estudo eram dependentes, 6 semi- independentes e 2 parcialmente dependentes, e a média de tempo gasto para a realização da tarefa foi de 12 segundos. Portanto, a maioria da amostra é considerada semi-independente.

Em um estudo com 72 idosos de uma comunidade de baixa renda na cidade do Rio de Janeiro/RJ, mostrou que entre eles 37,5% admitiram ter caído no último ano e, dos que caíram, 70,4% referiam uma só queda, enquanto 29,6% relatam mais de uma queda. Essa proporção de quedas é próxima encontrada em um grupo de idosas com 60 ou mais anos que freqüentam um programa de atividade física da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no qual 43% sofreram quedas no último ano.

Dados da pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios/PNAD de 1998 revelam que 13,9% dos idosos brasileiros deixaram de realizar alguma atividade habitual nas duas ultimas semanas por motivos de saúde e este relato aumentou com a idade de forma consistente em ambos os sexos.

Neste estudo a média obtida foi de 2,75, observa-se que o mesmo está próximo ao índice de 3, que indica risco elevado de queda. Porém se observarmos o desvio padrão teremos um escore de no máximo 4,14 confirmando o alto risco de queda.

Com isso, fica evidente que as alterações decorrentes do envelhecimento e as doenças associadas são fatores de grande relevância para explicar o alto índice de quedas em idosos.

O que diz respeito ao teste MMSE foi encontrado em um estudo realizado em uma instituição de longa permanência no município do Rio de Janeiro com 292 idosos. Ficaram abaixo do ponto de corte 24 analfabetos, 95 de baixa/ média 34 de alta escolaridade, num

total de 153 idosos, correspondendo a 52,4% para identificação de “casos” com comprometimento cognitivo e suspeitos de demências, e acima do ponto de corte 24 analfabetos. 104 de baixa/média e 11 de alta escolaridade, num total de 139 idosos, correspondendo a 47,6%, com possível comprometimento cognitivo e normais na amostra total.

Já no presente estudo mostrou que 11 idosos apresentaram déficit cognitivo e 5 idosos não apresentam déficit cognitivo.

### **Conclusão**

Com a perda da capacidade funcional o idoso tem uma tendência de ficar mais fragilizado, assim ficando mais vulnerável a uma independência ou até mesmo de doenças psicológicas.

Os resultados encontrados na pesquisa mostraram que, a grande maioria dos idosos participantes deste estudo, são parcialmente independente, necessitando, em algumas tarefas da ajuda dos cuidadores.

O que se pode avaliar é que um dos fatores que levam o idoso a perder sua capacidade funcional é o aumento do risco de quedas.

A fisioterapia visa a manutenção da saúde do idoso, afastando os fatores de risco comuns na terceira idade. A intervenção depende da avaliação físico-funcional e ter o objetivo previamente estabelecidos. Podem ser medidas de prevenção primária, secundária ou atividades de reabilitação<sup>19</sup>.

A fisioterapia pode ajudar a melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados fazendo um trabalho de prevenção de quedas, uma maior independência nas AVD'S e na funcionalidade.

Para futuros trabalhos científicos sugere-se analisar a população idosa de outras Instituições de Longa Permanência e comparar os dados obtidos, além disso fazer um tratamento fisioterapêutico.

### **REFERENCIAS**

<sup>1</sup>-AGUERO-TORRES H, FRATIGLIONI L, GUO Z, VIITANEN M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. **Am J Public Health**. 1998;88(10): 1452-

<sup>2</sup>-BERG KO. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. **Phys Canada** 1989; 41: 304-8.

- <sup>3</sup>-CHAIMOWICZ, F.; GRECO,D.B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5.São Paulo,Oct.,1999
- <sup>4</sup>-CHRISTOFOLETTI, G.;OLIANI,M.M.;GOBBI, L.T.B.;GOBBI, S.; STELLA, F.Risco de Quedas em Idosos com Doença de Parkinson e Demência de Alzheimer: Um Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-433, out./dez. 2006.
- <sup>5</sup>-CORDEIRO, Renata et al. Concordância entre observadores de um protocolo da avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. **Revista. Fisioterapia Universidade de São Paulo**, SP, v9, n.2, p. 69-77, jul/dez 2002
- <sup>6</sup>-Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 609-617
- <sup>7</sup>-GUIA DOS IDOSOS. Disponível em: [www.serasa.com.br/](http://www.serasa.com.br/).
- <sup>8</sup>-IBGE, 2001 IBGE: [WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/040sintese.shtm](http://WWW.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/040sintese.shtm)
- <sup>9</sup>-LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida. **Rev. Assoc.Med. Bras.** 2003, vol.49, n.4, pp. 361-362.
- <sup>10</sup>-MARCHINI JS; EDUARDO F; MORIGUITI JC. Suporte Nutricional no Paciente Idoso.**Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: NUTRIÇÃO CLÍNICA** 31: 54-61, jan./mar. 1998.
- <sup>11</sup>-MIYAMOTO, ST et al. Brazilian version of the Berg balance scale. **Braz J Med Biol Res**, v. 37, n. 9,p.1411-1421, 2004.
- <sup>12</sup>-MMWR. Health-related quality of life measures United States – 1993. **Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention**, 1995;44:195-200.
- <sup>13</sup>-PAULA HAA; OLIVEIRA FCE; FREITAS J; GOMES CI; ALFENSAS RCG. Avaliação do estudo nutricional de pacientes geriátricos. **Rev.Bras Nutr Clin** 2007;22(4):280-5
- <sup>13</sup>-RIBEIRO,A.P.;SOUZA,E.R.;ATIES,S.;SOUZA,A.C.;SCHILITHZ,A.O. **A Influência das quedas na quantidade de vida de idosos**. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde-CLAVES, Rio de Janeiro, set.2006.
- <sup>14</sup>-RIBERTO M, MIYAZAKI MH, FILHO DJ, SAKAMOTO H, BATTISTELLA LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica** 2001; 8(1): 45-52.
- <sup>15</sup>-ROSSELLI M, TAPPEN R, WILLIAMS C, SALVATIERRA J. The relation of education and gender on the attention items of the Mini-Mental State Examination in Spanish speaking Hispanic elders.**Arch Clin Neuropsychol**. 2006 Oct;21(7):677-86. Epub 2006 Sep 11.
- <sup>16</sup>-RUBENSTEIN LZ, Nasr SZ. Health service use in physical illness. In: Ebrahim S, Kalache A. **Epidemiology in old age**. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 106-25.



- <sup>17</sup>-TERRA, N. L. **Geriatrics moderna para leigos**. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007.
- <sup>18</sup>-Thomas VS, Rockwood K, McDowell I. Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. **J Clin Epidemiol**. 1998, 315-21.
- <sup>19</sup>-VECCHIA, ROBERTA DALLA; et al. Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Rev Bras Epidemiol**, 2005; 246-52.
- <sup>20</sup>-VELARDE JE, AVILA FC. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública Méx** 2002; 349-61.
- <sup>21</sup>-WALDOW (2001) WALDOW VR. **Definição de cuidar e assistir uma mera questão de semântica?** Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre- 1998; 19(1): 20-3.

### **CAPITULO III – Normas da revista para submissão do artigo**



## Revista Fisioterapia Brasil

Revista Indexada na LILACS - Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde, CINAHL, LATINDEX

Abreviação para citação: *Fisioter Bras*

A revista *Fisioterapia Brasil* é uma publicação com periodicidade bimestral e está aberta para a publicação e divulgação de artigos científicos das várias áreas relacionadas à Fisioterapia.

Os artigos publicados em *Fisioterapia Brasil* poderão também ser publicados na versão eletrônica da revista (Internet) assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro. Ao autorizar a publicação de seus artigos na revista, os autores concordam com estas condições.

A revista *Fisioterapia Brasil* assume o "estilo Vancouver" (*Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*) preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), [www.icmje.org](http://www.icmje.org), na versão atualizada de outubro de 2007.

Submissões devem ser enviadas por e-mail para o editor executivo ( [artigos@atlanticaeditora.com.br](mailto:artigos@atlanticaeditora.com.br) ). A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/96, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde.

### 1. Editorial

O Editorial que abre cada número da *Fisioterapia Brasil* comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos Editores, que podem publicar uma ou várias Opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

## **2. Artigos originais**

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos.

Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo) e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 12 páginas A4, em espaço simples, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc.

Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word.

Figuras: Máximo de 8 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 50 referências.

## **3. Revisão**

São trabalhos que expõem criticamente o estado atual do conhecimento em alguma das áreas relacionadas à Fisioterapia. Revisões consistem necessariamente em análise, síntese, e avaliação de artigos originais já publicados em revistas científicas. Será dada preferência a revisões sistemáticas e, quando não realizadas, deve-se justificar o motivo pela escolha da metodologia empregada.

Formato: Embora tenham cunho histórico, Revisões não expõem necessariamente toda a história do seu tema, exceto quando a própria história da área for o objeto do artigo. O artigo deve conter resumo, introdução, metodologia, resultados (que podem ser subdivididos em tópicos), discussão, conclusão e referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: mesmas limitações dos Artigos originais.

Literatura citada: Máximo de 50 referências.

## **4. Relato de caso**

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 10.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de duas tabelas e duas figuras.

Literatura citada: Máximo de 20 referências.

## **5. Opinião**

Esta seção publica artigos curtos, que expressam a opinião pessoal dos autores: avanços recentes, política de saúde, novas idéias científicas e hipóteses, críticas à interpretação de estudos originais e propostas de interpretações alternativas, por exemplo. A publicação está condicionada a avaliação dos editores quanto à pertinência do tema abordado.

Formato: O texto de artigos de Opinião tem formato livre, e não traz um resumo destacado.

Texto: Não deve ultrapassar 5.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: Máximo de uma tabela ou figura.

Literatura citada: Máximo de 20 referências.

## **6. Cartas**

Esta seção publica correspondência recebida, necessariamente relacionada aos artigos publicados na *Fisioterapia Brasil* ou à linha editorial da revista. Demais contribuições devem ser endereçadas à seção Opinião. Os autores de artigos eventualmente citados em Cartas serão informados e terão direito de resposta, que será publicada simultaneamente. Cartas devem ser breves e, se forem publicadas, poderão ser editadas para atender a limites de espaço. A publicação está condicionada a avaliação dos editores quanto à pertinência do tema abordado.

### **Preparação do original**

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.
- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.
- Legendas para Tabelas e Figuras devem constar à parte, isoladas das ilustrações e do corpo do texto.
- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

### **Página de apresentação**

A primeira página do artigo traz as seguintes informações:

- Título do trabalho em português e inglês;
- Nome completo dos autores e titulação principal;
- Local de trabalho dos autores;

- Autor correspondente, com o respectivo endereço, telefone e E-mail;

### **Resumo e palavras-chave**

A segunda página de todas as contribuições, exceto Opiniões, deverá conter resumos do trabalho em português e em inglês e cada versão não pode ultrapassar 200 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão.

Abaixo do resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

### **Agradecimentos**

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

### **Referências**

As referências bibliográficas devem seguir o estilo Vancouver. As referências bibliográficas devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [ ], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE.

Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed in Index Medicus* ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

Exemplos:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995.p.465-78.

Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

### **Envio dos trabalhos**

A avaliação dos trabalhos, incluindo o envio de cartas de aceite, de listas de correções, de exemplares justificativos aos autores e de uma versão pdf do artigo publicado, exige o pagamento de uma taxa de R\$ 150,00 a ser depositada na conta da editora: Banco do Brasil, agência 3114-3, conta 5783-5, titular: Atlântica Multimídia e Comunicações Ltda (ATMC). Os assinantes da revista são dispensados do pagamento dessa taxa (Informar por e-mail com o envio do artigo).

Todas as contribuições devem ser enviadas por e-mail para o editor executivo, Jean-Louis Peytavin, através do e-mail [artigos@atlanticaeditora.com.br](mailto:artigos@atlanticaeditora.com.br). O corpo do e-mail deve ser uma carta do autor correspondente à Editora, e deve conter:

- Resumo de não mais que duas frases do conteúdo da contribuição;
- Uma frase garantindo que o conteúdo é original e não foi publicado em outros meios além de anais de

congresso;

- Uma frase em que o autor correspondente assume a responsabilidade pelo conteúdo do artigo e garante que todos os outros autores estão cientes e de acordo com o envio do trabalho;
- Uma frase garantindo, quando aplicável, que todos os procedimentos e experimentos com humanos ou outros animais estão de acordo com as normas vigentes na Instituição e/ou Comitê de Ética responsável;
- Telefones de contato do autor correspondente.

- A área de conhecimento:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular / pulmonar<br>cinético-funcional      | <input type="checkbox"/> Saúde funcional do idoso      | <input type="checkbox"/> Diagnóstico       |
| <input type="checkbox"/> Terapia manual<br>e equipamento                      | <input type="checkbox"/> Eletrotermofototerapia        | <input type="checkbox"/> Orteses, próteses |
| <input type="checkbox"/> Músculo-esquelético<br>do trabalhador                | <input type="checkbox"/> Neuromuscular                 | <input type="checkbox"/> Saúde funcional   |
| <input type="checkbox"/> Controle da dor<br>da criança                        | <input type="checkbox"/> Pesquisa experimental /básica | <input type="checkbox"/> Saúde funcional   |
| <input type="checkbox"/> Metodologia da pesquisa<br>legislativa e educacional | <input type="checkbox"/> Saúde funcional do homem      | <input type="checkbox"/> Prática política, |
| <input type="checkbox"/> Saúde funcional da mulher                            | <input type="checkbox"/> Saúde pública                 | <input type="checkbox"/> Outros            |

Observação: o artigo que não estiver de acordo com as normas de publicação da Revista *Fisioterapia Brasil* será devolvido ao autor correspondente para sua adequada formatação.

Atlantica Editora

[www.atlanticaeditora.com.br](http://www.atlanticaeditora.com.br)