

A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Marcio Fernandes Cunha¹, Laiz Franco Paião², Liedina Natani da Costa Alves³, Evelin Ribeiro de Macedo⁴.

RESUMO

Introdução:

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. Este envelhecimento já traz consigo vários riscos de incapacidades que podem ser amenizadas pela ajuda de profissionais capacitados. Os estudos sobre institucionalização dos idosos são escassos, não avaliam com profundidade o tema, sendo que grandes partes de idosos institucionalizados são por problemas de miséria e abandono, e em segundo lugar, por problemas mentais e físicos. Com isso a fisioterapia tem um papel importante na saúde dos idosos, com programas de reabilitação visando à prevenção, melhorando o equilíbrio e reduzindo o risco do idoso sofrer uma queda, mantendo o bem estar físico, psicológico e social, tornando-os mais independentes e ativos.

Objetivos:

Avaliar a influência do acompanhamento fisioterapêutico e sua relação em diversos aspectos da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e contribuir para a fundamentação científica.

Método:

O estudo foi do tipo transversal, realizado no ano de 2015, com uma amostra de 30 idosos de ambos os gêneros, divididos em dois grupos de instituições distintas, 15 idosos que recebem acompanhamento fisioterapêutico; 15 idosos que não recebem acompanhamento fisioterapêutico. Os locais elegidos para a realização do estudo estão localizados na região de Suzano e Mogi das Cruzes, interior de São Paulo. Foram incluídos no estudo idosos que apresentassem condições cognitivas e funcionais, para que pudessem responder e participar dos instrumentos de avaliação da pesquisa. Os idosos selecionados foram submetidos à avaliação através dos questionários: Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36), Teste de Tinetti, Timed up and Go Test, Berg Balance Scale e a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage.

Resultados:

Através dos dados coletados foi observado que há uma diferença relacionada com a inclusão dos idosos nas instituições, tal diferença sugere que a instituição nº 1 é suprida pelo governo, abrigando idosos carentes e a Instituição nº 2, é uma instituição particular suprida pelos familiares dos idosos. Na Instituição nº 1 foram avaliados 15 idosos com idade média de 75,75% que não faziam parte do programa de fisioterapia, já na Instituição nº 2 dos 15 idosos residentes na instituição 3 haviam falecido e 10 não participaram do estudo por fazerem parte dos critérios de exclusão, apresentando déficit cognitivo e comprometimento funcional. Foram avaliados apenas 2 com idade média de 75,50% que faziam parte do programa de fisioterapia. No instrumento de avaliação SF-36 que avalia a qualidade de vida, obtivemos resultados mais relevantes rela-

-cionados à capacidade funcional, pois os idosos da Instituição nº 2 (com atendimento fisioterapêutico) apresentaram 92,5%, Limitações por aspectos físicos 100%, a prevalência de DOR 92%, estado geral de saúde 69,5%, aspectos relacionados à vitalidade desses idosos da instituição nº 1 (sem atendimento fisioterapêutico) obtiveram uma média de 69,5% sendo mais expressivo. No instrumento de avaliação Berg Balance Scale, idosos da instituição nº 2 (com acompanhamento fisioterapêutico) apresentaram 51% (baixo risco de quedas) obtendo maior significância. Na escala Tinetti que avalia o equilíbrio estático e dinâmico da marcha, os idosos da instituição nº 2 (com acompanhamento fisioterapêutico), apresentaram maior significância com 22%, sendo que quanto maior o resultado melhor o equilíbrio. Na Escala de Depressão Geriátrica que avalia sintomas depressivos, Idosos com acompanhamento fisioterapêutico, obtiveram como resultado 6,5% com suspeita de depressão. No Teste Timed and Up Go Test, idosos com acompanhamento fisioterapêutico tiveram uma média de 16,25% sugerindo independência com equilíbrio e velocidade razoável da marcha.

Conclusão:

Pode-se concluir que o acompanhamento fisioterapêutico para os idosos institucionalizados, apresentaram dados com maior relevância relacionado aos níveis de qualidade de vida (QV) em geral, porém referentes à Vitalidade e Saúde Mental não apresentaram resultados significativos.

Sendo assim sugere-se que a fisioterapia pode influenciar de maneira positiva, contribuindo efetivamente na saúde física dos idosos institucionalizados. No entanto obtivemos dificuldades na obtenção dos dados por conta da amostra e pelos critérios de exclusão do presente estudo.

Descritores: Envelhecimento; Idosos Institucionalizados; Asilo; Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction:

Population aging is one of the major challenges to be faced in the coming decades. This aging already carries several risks of disabilities that can be mitigated by the help of professionals. Studies on institutionalization of the elderly are scarce, not evaluate in depth the theme, with large pieces of institutionalized elderly are by problems of poverty and abandonment, and secondly, for mental and physical problems. With this physical therapy plays an important role in the health of the elderly, with rehabilitation programmes aimed at prevention, improving balance and reducing the risk of the elderly suffer a fall, keeping the physical, psychological and social, turning them more independent and active.

Objectives:

To evaluate the influence of physical therapy and follow-up in

various aspects of the quality of life of the institutionalized elderly and contribute to the scientific basis.

Method:

The study was cross-sectional type, carried out in the year 2015, with a sample of 30 elderly people of both genders, divided into two groups of distinct institutions, 15 seniors who receive physical therapy monitoring; 15 seniors who did not receive physical therapy follow-up. The locations chosen for the study are located in the region of Suzano and Mogi das Cruzes, São Paulo. Were included in the study the elderly to provide cognitive and functional conditions, so that they could respond and participate in the evaluation of research instruments. The elderly were selected through the evaluation questionnaires: Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36), Tinetti, Timed up and Go Test, Berg Balance Scale and geriatric depression scale of Yesavage Shorthand.

Results:

Through the data collected has been observed that there is a difference related to the inclusion of older persons in institutions, such difference suggests that paragraph 1 is supplied by the Government, housing the elderly and the institution number 2, is a private institution supplied by families of the elderly. In paragraph 1 Institution were assessed 15 elderly people with an average age of 75.75% that were not part of the physical therapy program, already in the institution no. 2 of 15 elderly residents at the institution had died and 10 3 did not participate in the study for being a part of the exclusion criteria, showing cognitive deficit and functional impairment. Only 2 were evaluated with an average age of 75.50% that were part of the program of physical therapy. In the SF-36 evaluation tool that evaluates the quality of life, most relevant results related to functional capacity, because the elderly Institution number 2 (with physiotherapeutic care) presented 92.5%, Limitations on physical aspects 100%, the prevalence of 92% PAIN, general health 69.5%, aspects related to the vitality of these elderly institution no. 1 (without physiotherapeutic care) achieved an average of 69.5% being more expressive. The evaluation instrument Berg Balance Scale, elderly institution no. 2 (with accompanying physical therapy) showed 51% (low risk of falls) getting bigger significance. On the scale that evaluates the balance Tinetti static and dynamic gait, the elderly institution no. 2 (with accompanying physical therapy), presented more significance with 22%, and the higher the better result. Geriatric depression scale to evaluate depressive symptoms, the elderly with physical monitoring, obtained as a result 6.5% with suspicion of depression. The test Timed and Up Go Test, the elderly with physical monitoring had an average of 16.25% suggesting independence with balance and reasonable speed.

Conclusion:

It can be concluded that the monitoring device for the institutionalized elderly, presented data with greater relevance related to the levels of quality of life (QOL) in General, but regarding the Vitality and Mental Health did not show significant results. Therefore it is suggested that physical therapy can influence positively, contributing effectively in the physical health of the

institutionalized elderly. However we have had difficulties in obtaining data on the sample and the exclusion criteria of this study.

Key Words: Aging; Elderly Institutionalized; Asylum; Physical therapy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas. A sociedade terá de encontrar soluções para manter a qualidade de vida para os seres humanos, pois se sabe que, à medida que os anos passam, pode aumentar a incapacidade funcional, o que compromete a independência física, mental e autonomia da pessoa. Nesse sentido, a Política Nacional do Idoso apresenta como propósito fundamental a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que veem a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.¹

O próprio envelhecimento já traz consigo vários riscos de incapacidades que podem ser amenizadas pela ajuda de profissionais competentes e pelo cuidado que o idoso deve ter consigo mesmo e pela sua vontade de viver. A maioria das pessoas não conhece a população geriátrica institucionalizada nos asilos da sua comunidade nem sabe das necessidades deles, talvez por medo ou forma de enfrentamento.

Nesse aspecto a palavra “asilos” causa medo na maioria das pessoas porque nos confronta com o que há de mais profundo em nós: o medo de envelhecer e o morrer. Entretanto, viver não é pura e simplesmente existir, mas desfrutar a abundância de vida, qualidade de vida, desenvolvendo as potencialidades inerentes ao ser.²

Os estudos sobre institucionalização dos idosos são poucos e não avaliavam com profundidade o tema, sendo que grandes partes de idosos institucionalizados são por problemas de miséria e abandono, e em segundo lugar, por problemas mentais e físicos. Os asilos, geralmente, são casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Ademais, esses locais vêm também dificultar as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do idoso pela vida e pela construção de sua cidadania. Constituem, também, a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como, inconveniente, favorecer seu isolamento, sua inatividade física e mental, tendo, dessa forma, consequências negativas à sua qualidade de vida.

O Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, frisa, no artigo 3º, que a instituição asilar tem, por finalidade, atender, em regime

de internato, o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

A institucionalização é uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o ancião a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças físicas e mentais nos asilos.⁴

A fisioterapia tem um papel importante na saúde dos idosos, com programas de reabilitação visando à prevenção, melhorando o equilíbrio e reduzindo o risco do idoso sofrer uma queda, mantendo o bem estar físico, psicológico e social, tornando-os mais independentes e ativos, já que as quedas são relativamente comuns, e constituem causa de morbidade e mortalidade em indivíduos com mais de 65 anos.¹⁰

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 ressaltando ainda mais o quanto a fisioterapia é essencial para promoção da saúde, aumentando consideravelmente a expectativa de vida dos idosos e consequentemente uma melhor qualidade de vida.

OBJETIVOS

Os objetivos gerais do presente estudo foi avaliar a influência do acompanhamento fisioterapêutico nos idosos institucionalizados. Em específico avaliar o perfil físico, sintomas depressivos e a relação da fisioterapia na qualidade de vida nos idosos institucionalizados e contribuir para a fundamentação científica no estudo relacionados aos idosos asilados. Justifica-se o presente estudo por questões sociais, psicológicas, fisiológicas e de prevenção a doenças, e melhores cuidados ao idoso institucionalizado, mostrando um problema de saúde pública, onde a fisioterapia é uma intervenção satisfatória e que através dela pode se conquistar uma boa qualidade de vida durante a fase do envelhecimento, podendo relaciona-la ao fator de risco para depressão, pois o índice de depressão clínica é três vezes mais elevado em pessoas totalmente dependentes do que em indivíduos independentes. Segundo caráter acadêmico visa ampliar e contribuir para o aumento do número de pesquisas relacionadas a saúde do idoso institucionalizado.

MÉTODO

O presente estudo foi do tipo transversal, realizado com uma amostra de 30 idosos de ambos os gêneros e de instituições distintas, divididos em dois grupos, 15 idosos que recebem acompanhamento fisioterapêutico; 15 idosos que não recebem

acompanhamento fisioterapêutico.

O presente estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Cruzeiro do Sul e todos os indivíduos que participarão do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando assim o uso dos dados obtidos em pesquisas e publicações.

Os locais elegidos para a realização do estudo estão localizados na região de Suzano e Mogi das Cruzes, interior de São Paulo. Serão citados a seguir como Instituição N° 1 (Mogi) e Instituição N°2 (Suzano). Foram incluídos idosos com o seguinte critério: Idosos que apresentaram um bom nível de consciência e independência. Fizeram parte dos critérios de exclusão idosos que apresentaram déficits cognitivos, doenças neurológicas com sequelas cognitivas, e amputação de membros, tanto inferiores quanto superiores. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Medical Outcome Study 36-item Short Form (MOS SF-36) (ANEXO 1) - É um instrumento para avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100, onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde.⁵

Teste de Tinetti (ANEXO 2) - Foi desenvolvido por Tinetti em 1986 e é compreendido por duas escalas: a de equilíbrio e a de marcha, a qual consiste em 16 tarefas que são avaliadas por meio da observação do examinador. A primeira possui 09 itens: equilíbrio sentado, levantando, tentativas de levantar, assim que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos, olhos fechados, girando 360° e sentando. A segunda possui 07 itens: início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos. A pontuação total do índice é de 28 pontos. Pontuação menor que 19 indica risco cinco vezes maior de quedas. Portanto, quanto menor a pontuação, maior o problema.⁶

Timed up and Go Test (ANEXO 3) - O teste é uma versão modificada do "Get Up and Go" desenvolvido por Mathias, Nayak e Isaacs, seu objetivo é avaliar a mobilidade e o equilíbrio e é amplamente utilizado por ser de fácil aplicação. O teste quantifica em segundos a mobilidade funcional através do tempo que o indivíduo realiza a tarefa, o sujeito fica sentado em uma cadeira normal (45 cm de altura) com seu dorso apoiado na cadeira. É instruído a ficar em pé; andar tão rapidamente quanto possível e com segurança por 3 metros em uma linha reta no chão e retornar para a posição inicial. O teste tem início após o sinal de partida representado simultaneamente pela flexão do braço esquerdo do avaliador e pelo comando verbal "vá" (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. O risco de queda é considerado pelos autores como desempenho normal para adultos saudáveis um tempo até 10 segundos; entre 10,01 e 20 segundos considera-se normal para idosos frágeis ou com deficiência, os quais tendem a ser independentes na maioria das atividades de vida diária; no entanto, acima de 20,01 segundos gastos para a realização da tarefa, é necessária avaliação mais detalhada do indivíduo para verificar o grau de comprometimento funcional.⁷

A Berg Balance Scale (ANEXO 4) - É um teste que foi originalmente desenvolvido para determinar a capacidade dos idosos para manter seu equilíbrio. Há 14 etapas que devem ser concluídas. Os resultados são baseados em quanto tempo leva para concluir os testes específicos e quanto bem os testes são realizados. Cada teste é avaliado em uma escala de pontos de 0 a 4 pontos.⁸

Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage (ANEXO 5) - Contendo 15 questões breves, com respostas dicotômicas (sim ou não) de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana revelando sintomas referentes a mudança de humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O resultado da avaliação sugere o diagnóstico de depressão. A pontuação de 0 a 4 pontos não deprimidos; de 5 a 10, indícios de depressão leve ou moderada; e de 11 a 15 indícios de depressão grave ou intensa.⁹

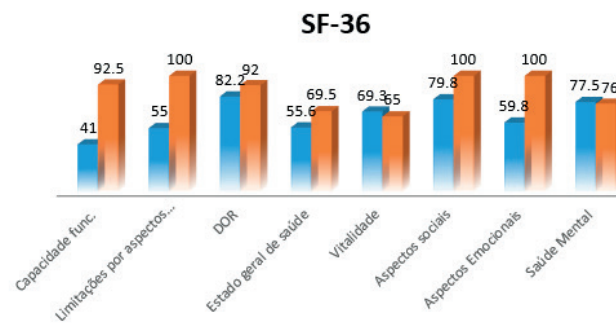
RESULTADOS

Através dos dados coletados pode-se observar inicialmente que, há uma diferença relacionada com a inclusão dos idosos nas instituições, tal diferença sugere que a Instituição nº 1 é suprida pelo governo, abrigando idosos carentes e a Instituição nº 2 é uma instituição particular suprida pelos familiares dos idosos. A avaliação foi realizada no período de julho à setembro de 2015 nas respectivas instituições. Na Instituição nº 1 foram avaliados 15 idosos acima de 65 anos, sendo 4 do sexo feminino e 11 masculino que não faziam parte do programa de fisioterapia, já na Instituição nº 2, 12 do sexo feminino e 3 masculino, foram avaliados apenas 2 idosos acima de 65 anos que faziam parte do programa de fisioterapia, dos 15 idosos residentes na instituição 3 haviam falecido e 10 não participaram do presente estudo por fazerem parte dos critérios de exclusão, apresentando déficit cognitivo e motor.

| Instituição | Média |
|-------------------------------------|--------|
| Instituição nº 1 (Sem Fisioterapia) | 75,75% |
| Instituição nº 2 (Com Fisioterapia) | 75,50% |

Os dados foram coletados, obtendo-se a média de acordo com cada instrumento aplicado durante a avaliação, sendo comparados entre si.

Os dados do questionário SF-36 estão organizados na Figura 1:



Os idosos da Instituição nº 1 representado pela cor azul na figura, não recebiam atendimento fisioterapêutico, na Instituição nº 2 representada pela cor laranja na figura, recebiam atendimento fisioterapêutico.

Relacionado à capacidade funcional os idosos da instituição nº 1 em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e 100 é o melhor estado, apresentaram 41% na Instituição nº 2 apresentaram melhor estado com 92,5%.

Relacionado à Limitações por aspectos físicos os idosos da instituição nº 1 apresentaram 55% e os idosos da instituição nº 2 apresentaram 100% obtendo maior relevância.

Sobre a prevalência de DOR, idosos da instituição nº 1 apresentaram 82,2%, e na instituição nº 2, 92% sendo mais expressivo.

O Estado geral de saúde dos idosos da instituição nº 1 obtiveram em média 55,6% e 69,5% para os com da instituição nº 2, tendo maior relevância.

Aspectos relacionados à vitalidade desses idosos da instituição nº 1 obtiveram uma média de 69,5% da e 65% para os da instituição nº 2 sendo menos significativo.

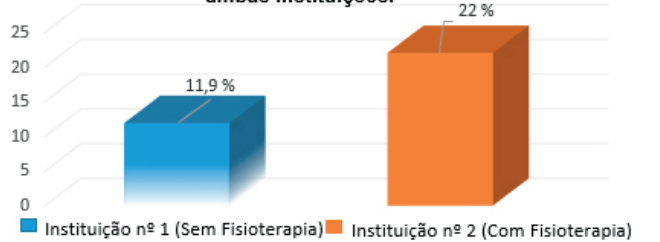
Referente aos aspectos sociais, idosos sem fisioterapia da instituição nº 1 apresentaram 79,8% a 100% dos idosos da instituição nº 2 com fisioterapia, obtendo uma maior significância.

Relacionado aos aspectos emocionais idosos da instituição nº 1 sem fisioterapia obtiveram em média 59,8%, sendo para os idosos da instituição nº 2 com fisioterapia em média 100%.

Aspectos da Saúde Mental para idosos da instituição nº 1 apresentaram 77,5% a 76% para da instituição nº 2, tendo menor relevância.

| Instituição | Média |
|-------------------------------------|--------|
| Instituição nº 1 (Sem Fisioterapia) | 32,80% |
| Instituição nº 2 (Com Fisioterapia) | 51% |

De acordo com a tabela 2 em relação ao instrumento de avaliação Berg Balance Scale, escores entre 41 e 56 pontos indica baixo risco de quedas, entre 21 e 40 pontos - médio risco de quedas e entre 0 e 20 pontos - elevado risco de quedas, tendo como resultado total máximo de 56 pontos, apresentando média de 32,8% para os idosos da instituição nº 1 sem acompanhamento fisioterapêutico (médio risco de quedas) e 51% (baixo risco de quedas) para os idosos da instituição nº 2 com acompanhamento fisioterapêutico com maior significância.

Figura 2 – Escala de Tinetti - Análise da Marcha em ambas instituições.

De acordo com a figura 2 observamos através da escala Tinetti que avalia o equilíbrio estático e dinâmico da marcha, com escore respectivamente de 16 e 12 e pontuação total de 28, sendo que quanto maior o resultado melhor o equilíbrio e quanto menor o resultado pior o equilíbrio.

Relacionado aos idosos da instituição nº 1 obtiveram a média de 11,9% e 22% os idosos da instituição nº 2 com acompanhamento fisioterapêutico, apresentando maior significância.

Tabela 3 – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – Versão reduzida - Análise de sintomas depressivos

| Instituição | Média |
|-------------------------------------|-------|
| Instituição nº 1 (Sem Fisioterapia) | 4,2% |
| Instituição nº 2 (Com Fisioterapia) | 6,5% |

De acordo com a tabela 3 foi observado através da Escala de Depressão Geriátrica que avalia sintomas depressivos, composta por 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado igual ou maior que 5 diagnostica suspeita de depressão.

Idosos sem acompanhamento fisioterapêutico apresentam uma média de 4,2% e 6,5% dos idosos com acompanhamento fisioterapêutico, obtiveram como resultado suspeita de depressão.

Tabela 4 – Timed and Up Go Teste - Análise da mobilidade funcional

| Instituição | Média |
|-------------------------------------|--------|
| Instituição nº 1 (Sem Fisioterapia) | 21,8% |
| Instituição nº 2 (Com Fisioterapia) | 16,25% |

De acordo com a tabela 4 observamos através do Teste Timed and Up Go Test, que quantifica em segundos a mobilidade funcional através do tempo que o indivíduo realiza uma determinada tarefa, onde valores menores que 10 segundos sugerem indivíduos independentes com equilíbrio durante a marcha, valores de 10 a 19 segundos sugerem indivíduos independentes apresentando equilíbrio e velocidade da marcha razoável, valores de 20 a 29 segundos sugerem idosos com dificuldades para AVDS que exijam bom equilíbrio e velocidade da marcha, valores maiores que 30 segundos sugerem idosos dependentes podendo haver variações.

Idosos sem fisioterapia obtiveram em média 21,8% sugerindo dificuldades para realização das AVDS, já idosos com acompanhamento fisioterapêutico tiveram uma média de 16,25% sugerindo independência com equilíbrio e velocidade razoável da marcha.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram a predominância dos idosos do sexo masculino, esses achados coincidem com a literatura onde foi observado idosos institucionalizados no sul do país. Esses dados diferem de outras pesquisas nacionais e internacionais, que demonstram um predomínio do sexo feminino nesse tipo de estabelecimento. Em um estudo essa divergência pode estar relacionada ao fato de que as Instituições de longa permanência para idosos (ILPI) abriga na maioria dos casos, idosos moradores de rua, indigentes, perdidos, abandonados, sem referência familiar e social; no Brasil, essa situação é vivenciada predominantemente por homens.¹¹

Com o rápido processo de envelhecimento, juntamente com a mudança da estrutura familiar, principalmente a inserção da mulher no mercado de trabalho, o idoso homem se torna mais propenso à institucionalização.¹²

Em contrapartida, conforme observado no presente estudo, houve uma prevalência do sexo feminino na Instituição nº 2 com acompanhamento fisioterapêutico, coincidindo com outro estudo, em pesquisas realizadas em algumas cidades dos estados de São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Distrito, há um predomínio do sexo feminino entre os residentes nas instituições de longa permanência. Esses dados estão em concordância com a distribuição proporcional dos sexos por idade. A tendência mundial indica que a diferença entre homens e mulheres se acentua com o envelhecimento porque, geralmente, os homens morrem mais cedo do que as mulheres. Muitos, aliás, morrem quando ainda são jovens devido à maior exposição a riscos. Esse fato complementa a ideia da maior probabilidade de as mulheres ficarem viúvas e em situação econômica desvantajosa, levando-as mais frequentemente à institucionalização. A exceção encontrada foi a pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto – SP que encontrou um predomínio de idosos do sexo masculino, pouco mais de 50% do total.¹³

Relacionado a qualidade de vida de um modo geral, avaliada pelo instrumento SF-36 houve maior significância para os idosos residentes da instituição com acompanhamento fisioterapêutico. Porém referente à DOR, Vitalidade e Saúde Mental os idosos com acompanhamento fisioterapêutico não apresentaram dados benéficos. Tais dados podem ser discutidos em outro estudo, referindo que a QV muda com intensidade em relação aos idosos institucionalizados e os não institucionalizados, principalmente quando relacionada aos aspectos sociais e funcionais. Sabe-se que, quando o idoso passa a residir em uma instituição, sua maior ambição é o entrosamento ao novo ambiente; porém, ao observar suas limitações passam a se excluir das atividades e se distanciar desse objetivo.¹²

Contudo, o que mais influencia esse processo é o domínio físico, sendo que, em instituições que priorizam a independência nas atividades diárias dos idosos, apresenta-se uma melhor resposta em relação às condições de vida, sendo consideradas as AVD uma opção fundamental para a qualidade de vida. A influência estrutural da instituição também se demonstrou

relevante à qualidade de vida. Assim, os idosos que já se apresentavam com declínio da funcionalidade anteriormente apresentam menor índice de adaptação. Por outro lado, alguns idosos consideram-se com boa QV; porém, se sentem isolados, mesmo se considerando saudáveis e com bom ambiente residencial. Em outro estudo foi observado que a institucionalização acelera o declínio funcional, perante a imagem negativa que os asilos desempenham na sociedade. Idosos residentes em ILPI que não possuem atividades sociais, e um trabalho de fisio-terapia, podem ter a QV comprometida. Vale ressaltar que neste estudo apresenta restrições metodológicas como, por exemplo, a obtenção da amostra. Para que os idosos selecionados pudessem responder aos questionários propostos, os idosos deveriam ter uma integridade intelectual e cognitiva preservadas. Isso interfere diretamente na obtenção dos dados, pois muitos dos idosos excluídos do estudo, fatalmente, poderiam apresentar uma interferência da CF e QV. Nesta perspectiva, deve-se repensar em outros métodos a serem aplicados para a avaliação destes dados, levando em consideração as características dos participantes, por estes não se mostrarem satisfatoriamente eficazes para tal correlação. Muitas das instituições também não são capazes de proporcionar o suporte adequado aos mesmos, não dispendo de profissionais capacitados, aumentando os riscos de incapacidade e insatisfação com a vida.¹²

De acordo com os dados do presente estudo, foi observado que a instituição com acompanhamento fisioterapêutico apresentou maior índice de sintomas depressivos nos idosos. Estes dados no mesmo estudo anterior, cita que as depressões juntamente com as síndromes demências representam os transtornos psiquiátricos mais prevalentes em indivíduos da terceira idade. O processo de institucionalização constitui-se de uma situação estressante e potencialmente desencadeadora de quadros de depressão. O idoso se vê isolado de seu convívio social e tem de se adaptar a um estilo de vida diferente do seu, com a adoção de uma rotina de horários, compartilhamento do ambiente e de sua intimidade com desconhecidos, além da distância da família. Tudo isso pode ocasionar a perda da liberdade e da autoestima do idoso, justificando a alta prevalência de depressão em ILPI o que corrobora com o presente estudo relacionado a prevalência de sintomas depressivos nos idosos institucionalizados por seus parentes. Desse modo, é possível que a tendência ao isolamento esteja relacionada à solidão do idoso e às alterações observadas em seu contexto familiar, principalmente a escassez de contatos ou perdas de familiares. As instituições acabam por favorecer o isolamento do idoso ao dificultar suas relações interpessoais no contexto comunitário e reforçar sua inatividade física e mental, o que reflete negativamente em sua qualidade de vida.¹²

A Escala de Equilíbrio e Marcha de Tinetti além de baixo custo e fácil manuseio foi capaz de mostrar através da sua aplicação a eficácia do exercício físico para melhora do equilíbrio e da marcha, diminuindo assim os riscos de queda, dado obtido no presente estudo com 22% dos idosos que possuem acompanhamento fisioterapêutico na instituição nº 2. Embora

não sendo mensurado o número de quedas entre os idosos avaliados, em outro estudo, comprovam que o exercício físico supervisionado é uma modalidade terapêutica capaz de diminuir o número de quedas em decorrência de uma melhora do equilíbrio, da estabilidade postural, da coordenação motora, da flexibilidade, e da força muscular em idosos.¹⁴

Em outro estudo encontrado, foi notável que há um decréscimo do nível de atividade física com o envelhecimento, tornando o sedentarismo/inatividade um fator de risco de morbimortalidade nesta população. O estilo de vida (sedentarismo) contribui e muito com esse declínio motor.¹⁵

Esta categoria evidencia que a fisioterapia pode ser necessária em qualquer fase da vida, porém, no idoso tem uma importância maior, não só de tratamento como de prevenção, o que ajuda na melhora da qualidade de vida. Devido ao envelhecimento, surgem alterações fisiológicas, como insuficiências renais, urinárias, alterações patológicas, doenças osteomusculares e psíquicas, como alguns tipos de demência. Então, a fisioterapia tem como objetivo trazer para o indivíduo independência para as atividades da vida diária, como subir escada, pentear cabelos e alimentar-se sozinho. Demonstrando a efetividade do acompanhamento fisioterapêutico para os idosos institucionalizados, tendo em vista que a população idosa cresce gradativamente, sendo uma boa oportunidade para nossa atuação promovendo a estes uma qualidade de vida ainda melhor.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados obtidos pode-se concluir que o acompanhamento fisioterapêutico para os idosos institucionalizados, apresentaram dados com maior relevância na qualidade de vida (QV) em geral, porém referentes à Vitalidade e Saúde Mental não apresentaram resultados significativos, sugerindo que os idosos da instituição nº 2 foram encaminhados pelos familiares, seja pela falta de autonomia do idoso e tempo disponível da família para cuidados específicos, tendo um abalo emocional desencadeando sintomas depressivos

Sendo assim sugere-se que a fisioterapia pode influenciar de maneira positiva, contribuindo efetivamente na saúde física dos idosos institucionalizados. No entanto obtivemos dificuldades na obtenção dos dados por conta da amostra e pelos critérios de exclusão do presente estudo.

Desse modo, sugere-se o desenvolvimento de novos recursos de avaliação da saúde física e mental que mensurem estes dados em populações idosas contemplando os idosos institucionalizados e que sejam realizados mais estudos que abordem a efetividade da fisioterapia para benefícios dos mesmos, visto que é escasso estudos sobre este tema.

REFERÊNCIAS

1. Perracini MR. Funcionalidade e Envelhecimento, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009.
2. Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano,

Passo Fundo, 10-21 - jul./dez. 2004

3. Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte. Coopmed. 2008.
4. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. J Bras Psiquiatr, 56: 267-272, 2007.
5. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.13 n.3. Rio de Janeiro 2010.
6. Faria JC, Machala CC, Dias RC, Dias JMD. Importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade de idosos. Acta Fisiátrica 10: 133 -137, 2003.
7. Tribastone F. Tratado de Exercícios Corretivos – Aplicados à Reeducação Motora Postural. 1. ed. São Paulo: Manole. 2001
8. Kauffman TL. Manual de Reabilitação Geriátrica. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.
9. Ferrari JI. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.
10. Aguiar JLN, Almeida EMM, Costa DA, Pinto MVM, Martins MF, Oliveira MS, Silva ALS. Análise do equilíbrio e redução do risco de quedas em idosos institucionalizados após programa de exercícios fisioterapêuticos. Re-vista Digital - Buenos Aires - Ano 13 - N° 119 - Abril de 2008.
11. Borges CL, Silva MJ, Clares JWB, Nogueira JM, Freitas MC. Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ, 23(3):381-7 – p.381 Rio de Janeiro, 2015.
12. Oliveira JR, Júnior PRR. Qualidade de vida e Capacidade Funcional do idoso institucionalizado. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP), 2014.
13. Silva JDA, Comin FS, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. Revista de Psicologia: Reflexão e Crítica, vol.26 no.4 Porto Alegre out./dez. 2013.
14. Silva JR, Camargo RCT, Nunes MM, Camargo TT, Faria CRS, Abreu LC. Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia. Revista e-ciência Volume 2 Número 2 Artigo 03 V.2, N.2, DEZ. 2014.
15. Banzatto S, Silva CM, Alves AGRC, Viana MO, Menezes JNR, Freitas IMP. Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza, 28(1): 119-125, jan./mar., 2015.

¹ Mestre em Ciências da Saúde e Docente da Universidade Cruzeiro do Sul. marciofdc@terra.com.br

² Graduada em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP. laiz.franco007@hotmail.com

³ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, li_natanny@hotmail.com

⁴ Pós Graduada e Mestranda em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI, São Paulo-SP, eve-lin.ribeiro.fisio@gmail.com

ANEXO 1 – SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- Excelente----- 1
- Muito boa----- 2
- Boa----- 3
- Ruim----- 4
- Muito Ruim----- 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral agora?

- Muito melhor agora do que a um ano atrás ----- 1
- Um pouco melhor agora do que um ano atrás ----- 2
- Quase a mesma de um ano atrás ----- 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás ----- 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás ----- 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim Dificulta muito | Sim Dificulta um pouco | Não. Não Dificulta de modo al-gum |
|--|---------------------|------------------------|-----------------------------------|
| a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos | 1 | 2 | 3 |
| b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa | 1 | 2 | 3 |
| c. Levantar ou carregar documentos | 1 | 2 | 3 |
| d. Subir vários lances de escada | 1 | 2 | 3 |
| e. Subir um lance de escada | 1 | 2 | 3 |
| f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se | 1 | 2 | 3 |
| g. Andar mais de 1 quilômetro | 1 | 2 | 3 |
| h. Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i. Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

| | Sim Dificulta muito | Sim Dificulta um pouco |
|--|---------------------------|------------------------------|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ? | 1 | 2 |

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule uma em cada linha)

| | Sim Dificulta muito | Sim Dificulta um pouco |
|--|---------------------------|------------------------------|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz? | 1 | 2 |

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- De forma nenhuma 1
- Ligeiramente..... 2
- Moderadamente..... 3
- Bastante..... 4
- Extremamente..... 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

- Nenhum.....1
- Muito leve2
- Leve3
- Moderada.....4
- Grave..5
- Muito grave6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- De maneira alguma.....1
- Um pouco2
- Moderadamente3
- Bastante4
- Extremamente5

1. Estas questões sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 se-manas.

(circule um número para cada linha)

| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|---|---------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------|
| a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| i. Quanto tempo você tem se sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. Durante as últimas 4 semanas quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo tempo1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

3. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falso | Definitivamente falso |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Eu acho que a minha saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Minha saúde é excelente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 2 - Teste de Tinetti
TINETTI – Versão portuguesa

EQUILIBRIO ESTÁTICO CADEIRA:

1. EQUILÍBRIO SENTADO

- 0 – inclina – se ou desliza na cadeira
- 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira
- 2 – estável, seguro

2. LEVANTAR – SE

- 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio
- 1 – capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa
- 2 – capaz na 1ª tentativa sem usar os braços

3. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)

- 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)
- 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se
- 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas

4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS

- 0 – instável
- 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para

- apoio
- 2 – pés próximos e sem ajudas

5. PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do estérno)

- 0 – começa a cair
- 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza
- 2 – estável

6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO

- 0 – Instável
- 1 – estável

7. VOLTA DE 360 (2 vezes)

- 0 – instável (agarra – se, vacila)
- 1 – estável, mas dá passos descontínuos
- 2 – estável e passos contínuos

8. APOIO UNIPODAL (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

- 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto
- 1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. SENTAR-SE

- 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância
 - 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso
 - 2 – seguro, movimento harmonioso
- Pontuação: /16

EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA

Instruções:
O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. INÍCIO DA MARCHA (imediatamente após o sinal de partida)

- 0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar
- 1 – sem hesitação

11. LARGURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. ALTURA DO PASSO (pé direito)

- 0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo
- 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio
- 1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. ALTURA DO PASSO (pé esquerdo)

- 0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo
- 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. SIMETRIA DO PASSO

- 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico
- 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. CONTINUIDADE DO PASSO

- 0 – pára ou dá passos descontínuos
- 1 – passos contínuos

17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)

- 0 – desvia-se da linha marcada
- 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha
- 2 – sem desvios e sem ajudas

18. ESTABILIDADE DO TRONCO

- 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha
- 1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha
- 2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA

- 0 – calcanhares muito afastados
- 1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: /12

Pontuação total: /28

ANEXO 3 - Timed Up and Go Test

NOME: _____

IDADE: _____

DATADENASCIMENTO: _____

HD: _____

OBS: _____

Time Up and Go Test

Instrução: Sujeito sentado em uma cadeira sem braços, com as costas apoiadas, usando seus calçados usuais e seu dispositivo de auxílio à marcha. Após o comando “vá”, 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.

TEMPO GASTO NA TAREFA: _____ segundos

ANEXO 4 - Berg Balance Scale

Instruções gerais

Por favor demonstrar cada tarefa e/ou dar as instruções como estão descritas. Ao pontuar, registrar a categoria de resposta mais baixa, que se aplica a cada item. Na maioria dos itens, pede-se ao paciente para manter uma determinada posição durante um tempo específico. Progressivamente mais pontos são deduzidos, se o tempo ou a distância não forem atingidos. Se o paciente precisar de supervisão (o examinador necessita ficar bem próximo do paciente) ou fizer uso de apoio externo ou receber ajuda do examinador. Os pacientes devem entender que eles precisam manter o equilíbrio enquanto realizam as tarefas. As escolhas sobre qual perna ficar em pé ou qual distância alcançar ficarão a critério do paciente. Um julgamento pobre irá influenciar adversamente o desempenho e o escore do paciente. Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5, 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. Um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12.

| 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 | _____ |

1. Posição sentada para posição em pé
 Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.
 • (4) capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
 • (3) capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
 • (2) capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
 • (1) necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
 • (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se
2. Permanecer em pé sem apoio
 Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.
 • (4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
 • (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
 • (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
 • (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
 • (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
 Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item número 3. Continue com o item número 4.
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho.
 Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.
 • (4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por minuto
 • (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
 • (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos
 • (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos
 • (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

- (4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) controla a descida utilizando as mios
- (2) utiliza a pane posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- (1) senta-se independentemente, mas tem descida sem controle
- (0) necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras (uma com e outra sem apoio de braço) ou uma cama e uma cadeira.

- (4) capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- (2) capaz de transferir-se seguindo orientações verbais c/ou supervisão
- (1) necessita de uma pessoa para ajudar
- (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- (4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- (0) necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- (4) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- (3) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- (2) capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (0) necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8. Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90o. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90o. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

- (4) pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- (3) pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- (2) pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- (1) pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- (4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
- (3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
- (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente
- (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- (4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- (3) olha para trás somente de um lado o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio

- (1) necessita de supervisão para virar
- (0) necessita, de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- (4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- (2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
- (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- (0) necessita de ajuda enquanto gira

12. Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.

- (4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos
- (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: (demonstre para o paciente) Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- (4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos
- (2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente. e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- (4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
 - (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
 - (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos
 - (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
 - (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair
- () Escore Total (Máximo = 56)

ANEXO 5 – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão