



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL RELACIONADA AO
ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**

FORTALEZA

2018

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL RELACIONADA AO
ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao Curso de Educação Física do Instituto de Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Ceará, como requisito oficial para obtenção do Título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Edson Silva Soares

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O49c Oliveira, Priscila Ferreira de.

Caracterização da capacidade funcional relacionada ao estado de saúde em idosos institucionalizados / Priscila Ferreira de Oliveira. – 2018.
19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Edson Silva Soares.

1. Capacidade funcional. 2. Idoso institucionalizado. I. Título.

CDD 790

FICHA DE APROVAÇÃO

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL RELACIONADA ÀS
ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

APROVADO, em: 25 / junho / 2018.

Prof. Dr. Edson Silva Soares – Orientador
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES.

Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES.

Profa. Dra. Luciana Catunda Brito
Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES.

Fortaleza – CE

2018

RESUMO

O estudo objetivou caracterizar a capacidade funcional e, verificar se existe relação entre esta variável e o estado de saúde em idosos institucionalizados. Estudo do tipo levantamento com abordagem quantitativa, realizado no período de outubro a novembro em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). A coleta de dados ocorreu com 30 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes nas ILPI. Para mensurar a capacidade funcional foi utilizado o Índice de Katz e a Escala de Lawton e para coletar dados sobre o estado de saúde foi utilizado um questionário estruturado. Foram utilizados como tratamento estatístico a análise univariada, por meio de frequência absoluta e relativa e, o Teste de Qui Quadrado. Constatou-se a predominância do sexo feminino em situação de institucionalização, o crescimento de uma população idosa mais velha, solteiras, alfabetizadas e aposentadas. A maioria mostrou-se independente para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A característica que se relacionou com a independência para ABVD foi o índice de quedas. Também foi encontrada associação com a semidependência para ABVD e a presença de artrite, artrose e reumatismo. Para a independência em AIVD encontrou-se relação entre a presença de artrite, artrose e reumatismo.

Palavras-chave: idoso institucionalizado, capacidade funcional, atividade básica de vida diária, atividade instrumental de vida diária, saúde do idoso.

ABSTRACT

The study aimed to characterize the functional capacity and to verify if there is a relationship between this variable and the state of health in the institutionalized elderly. A survey with a quantitative approach, conducted in the period from October to November in two Long Stay Institutions for the Elderly (ILPI). Data collection occurred with 30 people aged 60 years or over residing in the ILPI. The Katz Index and the Lawton Scale were used to measure functional capacity, and a structured questionnaire was used to collect data on health status. The univariate analysis was used as statistical treatment, by means of absolute and relative frequency, and the Chi-square test. The predominance of females in a situation of institutionalization, the growth of an older elderly population, single, literate and retired were observed. The majority were independent for Basic Activities of Daily Living (ABVD) and Instrumental Activities of Daily Living (AIVD). The characteristic that was related to the independence for ABVD was the rate of falls. We also found association with semidependence for ABVD and the presence of arthritis, arthrosis and rheumatism. For independence in AIVD was found relationship between the presence of arthritis, arthrosis and rheumatism.

Key words: institutionalized elderly, functional capacity, basic activity of daily living, instrumental activity of daily life, elderly health.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve um aumento considerável na população idosa e na prevalência de doenças crônicas¹. Ambos os fatores contribuíram para tornar a capacidade funcional uma questão relevante na saúde pública em todo o mundo². As doenças crônicas podem causar limitações, tornar patológicas as alterações fisiológicas do envelhecimento, tal como a capacidade da pessoa de cuidar de si mesma e, contribuir para reduzir a independência funcional de um indivíduo.^{3,4}

A capacidade funcional refere-se à habilidade de um indivíduo para realizar as atividades habituais de qualquer domínio da vida cotidiana⁵. Dependendo do conceito de capacidade funcional adotado pelos pesquisadores e dos objetivos de um determinado estudo, diferentes instrumentos de avaliação são propostos na literatura para mensurá-la. Nesse sentido, o Índice de Katz de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e a Escala de Lawton de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) são usados com maior frequência^{6,7}. A AIVD mede a capacidade dos indivíduos idosos de serem independentes e autônomos em oito critérios. Estes incluem o uso de um telefone, transporte, preparação de uma refeição, gerenciamento de recursos financeiros e medicação, arrumação e compras, entre outros. A ABVD compreende atividades de autocuidado menos complexas, como alimentar-se, banhar-se, caminhar e usar o banheiro.^{1,2}

No Brasil, a demanda por cuidados em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) está crescendo⁸. De acordo com a legislação brasileira, a família é a principal fonte de apoio e assistência aos idosos⁸. No entanto, indivíduos com deficiências físicas e/ou cognitivas graves e/ou vulnerabilidade social gerada por renda insuficiente, por conflitos ou por falta de familiares podem ser admitidos nessas instituições⁸. As instituições de longa permanência para idosos são modalidades de atenção aos idosos, de caráter residencial, destinam-se a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, podendo ou não estar vinculadas à iniciativa

governamental⁸. Estas instituições surgem como alternativa de suporte social para aqueles que mais necessitam de cuidados.

Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional dos idosos se faz necessária para identificar as condições de dependência funcional destes indivíduos. Assim sendo, a seguinte pesquisa teve como objetivo caracterizar a capacidade funcional dos idosos institucionalizados e, verificar sua relação com o estado de saúde neste grupo populacional.

METODOLOGIA

Para esta pesquisa foi realizado em estudo quantitativo do tipo levantamento, com 30 idosas, de idade igual ou superior a 60 anos, residentes em duas ILPIs em Fortaleza, CE. Os instrumentos utilizados para mensurar a capacidade funcional foram o Índice de Katz e a Escala de Lawton. Também foi utilizado um questionário estruturado para traçar um perfil, incluindo variáveis sociodemográficas e informações referentes ao estado de saúde, dos pesquisados.

A escala de Katz para ABVD nos permite avaliar objetivamente seis itens (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar). Uma pontuação de 0 ou 1 é atribuída a cada item, dependendo de quão independente o indivíduo é ao executar a atividade. Os indivíduos que não conseguiram realizar uma ou mais atividades sem ajuda foram considerados ABVD dependentes^{2,10}.

A Escala Lawton (AVD) é utilizada para avaliar o desempenho individual nas seguintes atividades: usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro. As categorias de respostas incluem: sem ajuda, com alguma ajuda, ou não podem fazê-lo sozinhos. Consideramos indivíduos que não conseguiram realizar uma ou mais atividades sem ajuda, dependente de AVD^{1,10,11}. As características sociodemográficas avaliadas foram idade, escolaridade, estado civil, ser ou não

aposentado e, de estado de saúde foram autoavaliação da saúde, artrite, artrose, reumatismo; doença crônica do pulmão e incidência de quedas.

Foi utilizada, como tratamento estatístico, a análise univariada, por meio de frequência absoluta e relativa. Na comparação das proporções entre os grupos capacidade funcional e estado de saúde aplicou-se o teste de Qui quadrado. Os resultados foram gerenciados no banco de dados do programa SPSS® versão 21.0 for Windows. As comparações foram consideradas estatisticamente significativas com $p < 0,05$.

RESULTADOS

A tabela abaixo mostra os resultados para as características sociodemográficas dos pesquisados. A amostra consistiu de 30 idosos institucionalizados, do sexo feminino e com prevalência nos indivíduos de faixa etária entre 70 anos ou mais. Com relação ao estado civil, houve predomínio de solteiros e viúvos. Quanto ao nível socioeconômico, observou-se que a maioria relatou ser aposentado. Quanto ao nível educacional, observou-se que a quantidade de idosos alfabetizados foi superior.

Variável	Categoria	Frequência	%
Faixa etária	60 a 69 anos	5	16,7
	70 anos ou mais	25	83,3
	Total	30	100,0
Escolaridade	Analfabeto	6	20,7
	Alfabetizado	23	79,3
	Total	29	100,0
Estado Civil	Solteiro(a)	21	70,0
	Casado(a)/juntado(a)	2	6,7
	Divorciado(a)	2	6,7
	Viúvo(a)	5	16,7
	Total	30	100,0
Aposentado	Sim	28	93,3
	Não	2	6,7
	Total	30	100,0

A tabela 2 mostra a caracterização das variáveis relacionadas à saúde. Com relação à autoavaliação da saúde, observou-se que 50% classificou sua saúde como boa; e 40%, como regular. Apenas 6,7% referiu ter Doença Crônica do Pulmão (DCP) e 23,3% apresentou Artrose, artrite e reumatismo. E, 50% afirmou que sofreu queda nos últimos 12 meses.

Variável	Categoria	Frequência	%
Avaliação da saúde	Excelente	1	3,3
	Boa	15	50,0
	Regular	12	40,0
	Má	1	3,3
	Não sabe informar	1	3,3
	Total	30	100,0
Doença crônica do pulmão	Sim	2	6,7
	Não	28	93,3
	Total	30	100,0
Artrose, reumatismo ou artrite	Sim	7	23,3
	Não	19	63,3
	Não sabe	4	13,3
	Total	30	100,0
Quedas	Sim	15	50,0
	Não	13	43,3
	Não sabe	2	6,7
	Total	30	100,0

A tabela 3 mostra o resultado para a avaliação do desempenho dos idosos no escore geral das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's).

Variável	Categoria	Frequência	%
ABVD	Dependente	1	3,3
	Semidependente	8	26,7
	Independente	21	70,0
AIVD	Semidependente	7	23,3
	Independente	23	76,7

Em relação à capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária, 70% dos idosos referiram não necessitar de ajuda para nenhuma das seis atividades avaliadas pelo Índice de Katz e 26,7% necessitaram de ajuda em uma ou duas atividades, sendo classificados em semidependência. Apenas 3,3% classificaram-se em totalmente dependente. Em relação à capacidade funcional para as atividades instrumentais da vida diária, 76,7% dos idosos foram classificados como totalmente independentes. Esses resultados revelam que grande parte da amostra mostrou-se independente para ABVD e AIVD.

Na tabela 4 esta apresentada a relação entre as variáveis de saúde a classificação da capacidade funcional de acordo com as ABVD's. A característica que se relacionou com a independência para ABVD foi o índice de quedas. Também foi encontrada associação com a semidependência para ABVD e a presença de artrite, artrose e reumatismo.

Tabela 4 – Relação entre as variáveis de saúde e a capacidade funcional baseada nas ABVDs.

Variáveis	Categorias	ABVD Classificação			Total	Valor P
		Dependente	Semi dependente	Independente		
Avaliação Da Saúde	Excelente	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	0,229
	Boa	0 0,0%	4 26,7%	11 73,3%	15 100,0%	
	Regular	0 0,0%	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%	
	Má	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	
	Não sabe	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Informar	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%	
	Total	1 3,3%	8 26,7%	21 70,0%	30 100,0%	
Doença crônica do Pulmão	Sim	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%	0,517
	Não	1 3,6%	7 25,0%	20 71,4%	28 100,0%	
	Total	1 3,3%	8 26,7%	21 70,0%	30 100,0%	
Artrite, Artrose, Reumatismo	Sim	1 14,3%	4 57,1%	2 28,6%	7 100,0%	0,008*
	Não	0 0,0%	2 10,5%	17 89,5%	19 100,0%	
	Não sabe	0 0,0%	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%	
Incidência De Queda	Sim	1 6,7%	7 46,7%	7 46,7%	15 100,0%	0,005*
	Não	0 0,0%	0 0,0%	13 100,0%	13 100,0%	
	Não sabe	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%	
	Total	1 3,3%	8 26,7%	21 70,0%	30 100,0%	
	Total	1 3,3%	8 26,7%	21 70,0%	30 100,0%	

* diferença significativa no Teste Exato de Fisher

Na tabela 5 está apresentada a relação entre as variáveis de autoavaliação da saúde, doenças e índice de quedas e a classificação da capacidade funcional de acordo com as AIVD's.

Tabela 5 - Relação entre as variáveis de saúde e a capacidade funcional baseada nas AIVDs.

Variáveis	Categorias	AIVD Classificação			Total	Valor P
		Dependente	Semi dependente	Independente		
Avaliação Da Saúde	Excelente	0	1	0	1	0,086
		0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	Boa	0	4	11	15	
		0%	26,7%	73,3%	100,0%	
	Regular	0	1	11	12	
		0%	8,3%	91,7%	100,0%	
	Má	0	1	0	1	
		0%	100,0%	0,0%	100,0%	
	Não sabe	0	0	1	1	
	Informar	0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Total	0	7	23	30	
		0%	23,3%	76,7%	100,0%	
Doença Crônica do Pulmão	Sim	0	0	2	2	1,000
		0%	0,0%	100,0%	100,0%	
	Não	0	7	21	28	
		0%	25,0%	75,0%	100,0%	
	Total	0	7	23	30	
		0%	23,3%	76,7%	100,0%	
Artrite, Artrose Reumatismo	Sim	0	2	5	7	0,014*
		0%	28,6%	71,4%	100,0%	
	Não	0	2	17	19	
		0%	10,5%	89,5%	100,0%	
	Não sabe	0	3	1	4	
		0%	75,0%	25,0%	100,0%	
	Total	0	7	23	30	
		0%	23,3%	76,7%	100,0%	
Incidência De Queda	Sim	0	4	11	15	0,406
		0%	26,7%	73,3%	100,0%	
	Não	0	2	11	13	
		0%	15,4%	84,6%	100,0%	
	Não sabe	0	1	1	2	
		0%	50,0%	50,0%	100,0%	
	Total	0	7	23	30	
		0%	23,3%	76,7%	100,0%	

* diferença significativa no Teste Exato de Fisher

Foi encontrada uma relação entre independência em AIVD e a presença de Artrite/artrose e reumatismo.

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados encontrados, verificou-se que a proporção de idosas com 70 anos ou mais foi consideravelmente maior que a de idosas com 60 a 69 anos, apontando o crescimento para uma população idosa mais velha. Além de verificar o fenômeno da feminização da população institucionalizada, assim como os achados em estudos semelhantes.^{12,13}

Apesar de estudos apontarem a baixa escolaridade como sendo uma realidade mais evidenciada entre os idosos institucionalizados^{14,15}, este estudo encontrou um percentual de idosos com boa escolaridade.

Percebe-se que o estado civil em maior representatividade é solteiro, o que denota a frágil rede de apoio familiar e/ou social no atendimento e no cuidado pela família. Os resultados são semelhantes ao estudo realizado nas ILPI do município de Passo Fundo, RS, sendo que a maioria dos idosos em condição de institucionalização era solteira.¹⁶

Neste estudo, encontramos uma alta prevalência de independência funcional em ABVD e AIVD. É importante notar que a prevalência de independência de AIVD foi maior do que a ABVD. Outras investigações entre pessoas idosas residentes no lar ou residentes institucionalizados encontraram diferenças similares na prevalência de ABVD e AIVD^{1,17}. As atividades avaliadas com a escala de Lawton são mais elaboradas, exigindo uma boa capacidade de cognição e um nível maior de educação, e assim a dependência de AIVD tende a preceder a dependência de ABVD em idosos.

No estudo foi observada uma forte associação entre independência para AIVD e Artrose, artrite e reumatismo e, entre semidependência para ABVD e Artrite, artrose e reumatismo. Estas associações podem indicar um sinal precoce de dependência funcional¹⁸. A consistência desses achados com os de

outros estudos de funcionalidade em idosos indica a importância de prevenir e tratar condições crônicas para manter a qualidade de vida de idosos.³

O índice de quedas para indivíduos independentes em ABVD mostrou associação significativa. Pesquisas demonstram que pessoas idosas se mostram mais propensas a sofrer quedas, o que pode ser justificado, em parte, pela perda de força progressiva decorrente da senescência.¹⁹ Fried et al.²⁰ afirmam que as mulheres poderiam também estar mais expostas a fatores extrínsecos que causam sarcopenia, como uma inadequada ingestão nutricional, comparadas aos homens. Para Pimentel e Scheicher²¹ e Mazo et al.²², as quedas e suas consequências, mais frequentes na população idosa, representam um problema na saúde dessa faixa etária, pois ao cair os idosos correm mais riscos de lesões. Além disso, um idoso que sofreu uma queda pode desenvolver o que se chama de “síndrome pós-queda”, em que o impacto psicológico pode levar à diminuição das ABVDs.

Manter a independência funcional na velhice é um fenômeno complexo que só foi parcialmente explicado pelas variáveis coletadas neste estudo. A independência, por sua vez, é um fator preditivo para o envelhecimento bem sucedido, tanto para os homens quanto para as mulheres idosas.²³ Estudos adicionais seriam necessários para expandir nosso conhecimento sobre o impacto das condições de saúde e desigualdades sociais na capacidade funcional dos idosos, especialmente em relação aos recursos sociais.

CONCLUSÃO

A presente investigação permitiu obter um panorama das características sociodemográficas, situação de saúde e grau de dependência funcional de pessoas idosas em condição de institucionalização. Com isso, concluiu-se que grande parte dos idosos estava com sua capacidade funcional preservada para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais de vida diária, revelando autonomia e independência. Acredita-se que identificar a capacidade funcional do idoso e sua competência para realizar as atividades da vida diária

possibilita um melhor planejamento da assistência a ser prestada, com intuito de prevenir e tratar condições crônicas a fim de manter a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1 Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3):383-91.

2 Rosa TEC, Benício MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.

3 McCurry SM, Gibbons LE, Bond GE, Rice MM, Graves AB, Lukull WA, Teri L, Hogdon R, Bowen JD, McCormick WC, Larson EB. Older adults and functional decline: A cross-cultural comparison. *Int Psychogeriatr*. 2002;14(2):161-179.

4 Fagerstrom C, Holst G, Hallberg IR. Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;14:181–201

5 Rautio N, Adamson J, Heikkinen E, Ebrahim S. Associations of socio-economic position and disability among older women in Britain and Jyväskylä, Finland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006; 42:141–55.

6 Dunlop DD, Manheim LM, Sohn M-W, Liu X, Chang RW. Incidence of functional limitation in older adults: The impact of gender, race, and chronic conditions. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2002;83(7):964-71.

7 Koukoulis S, Vlachonikolis IG, Philalithus A. Socio-demographic factors and self reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Serv. Res*. 2002; 2(20).

8 Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. bras. estud. popul*. 2010;27(1):232-35.

9 Danilow MZ, Moreira ACS, Vilela CG, Barra BB, Novaes MRC, Garbi OMPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. Distrito Federal, 2007: 9-16.

10 Reyes-Ortiz CA, Ostir GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006;14:21-33.

11 Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(4):879-86.

12 Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza - CE. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2010; 9(3), 518 - 26.

13 Araújo CLO, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2010; 44(3), 619-26.

14 Oliveira, JMM, Nóbrega MML, Oliveira JS. Nursing Diagnosis and Results for the Institutionalized Elderly: A Methodological Study. *Online braz j nurs.* 2015; 14 (2): 110 - 20.

15 Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2015; 28 (4):361-66

16 Lini EV et al. Idosos institucionalizados: prevalência de demências, características demográficas, clínicas e motivos da institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* 2014; 11(3).

17 Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009–2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;14(3):395-406.

18 Konno K, Katsumata Y, Arai A, Tamashiro H. Functional status and active life expectancy among senior citizens in a small town in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;14:153–166.

19 Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. *Acta Ortop Bras* 2007;15(3):151-4.

20 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsh C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-56.

21 Pimentel RM, Scheicher ME. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. Fisioter Pesqui 2009;16(1):6-10.

22 Mazo GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. Rev Bras Fisioter 2007;11(6):437-42.

23 Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(4);302-08.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz			
Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3. Higiene	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		
Escore: 1 ponto para cada resposta "sim". Independente: 6 pontos; Semi-dependente: 4-5 pontos; Dependente: 1-3 pontos.			

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton		
1. O (a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2. O (a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3. O (a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4. O (a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5. O (a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6. . O (a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, com pequenos reparos ?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7. O (a) Sr.(a) consegue lavar e passar suas roupas?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8. O (a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9. O (a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total		
Escore máximo 27. Independente: 19-27 pontos; Semi-dependente: 10-18 pontos; Dependente: 1-9 pontos.		



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO**

Questionário de características sócio-econômicas, aspectos pessoais, familiares e de atenção a saúde adaptado de Lebrão e Laurenti (2005) e Fonseca e Rizzoto (2008), aplicado aos idosos institucionalizados de Fortaleza-CE.

Nome: _____

Endereço: _____

Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

1. Sexo:

1() Masculino

2() Feminino

2. Idade: _____

3. Escolaridade:

1() Analfabeto

2() Alfabetizado

3() Grau de instrução: _____

4. Estado Civil:

1() Solteiro(a)

2() Casado(a)/juntado(a)

3() Divorciado(a)

4() Viúvo(a)

5. Trabalha:

1() Sim 3() Se sim. Em que? _____

2() Não

8. Se não trabalha: é aposentado?

1() Sim

2() Não

9. Qual a atividade que exercia antes de se aposentar?

10. Renda mensal: R\$ _____

11. Você diria que sua saúde é?

1() Excelente

2() Boa

3() Regular

4() Má

5() Não sabe informar

12. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que você tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

1() Sim 2() Não 3() Não sabe 4() Não respondeu

13. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que você tem artrite, reumatismo, artrose?

1() Sim 2() Não 3() Não sabe 4() Não respondeu

14. Teve alguma queda depois que completou 60 anos?

1() Sim 2() Não 3() Não sabe 4() Não respondeu