



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE –
ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO
IDOSO**

**ANÁLISE DA VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DE TRÊS ESCALAS
DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS HOSPITALIZADOS**

CAMILLA SANTOS PEREIRA

ORIENTADOR: RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO

**PORTO ALEGRE
2012**



Ministério da
Saúde



CAMILLA SANTOS PEREIRA

ANÁLISE DA VIABILIDADE DE APLICAÇÃO DE TRÊS ESCALAS
DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Projeto de Pesquisa apresentado como pré-
requisito para conclusão do Curso de Especialização
em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso.

Orientador: Raphael Maciel da Silva Caballero

Porto Alegre
2012

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVOS	10
3.1. Objetivo Geral	10
3.2. Objetivos Específicos	10
4. METODOLOGIA	11
4.1. Local do Estudo	11
4.2. Universo e Amostragem	11
4.3. Tipo de Estudo	11
4.4. Instrumentos e Coleta de Dados	11
4.5. Processamento e Análise dos Dados	13
4.6. Considerações Éticas	13
5. CRONOGRAMA	14
6. ORÇAMENTO	15
7. ANEXO	16
7.1. Anexo 1	16
7.2. Anexo 2	18
7.3. Anexo 3	19
7.4. Anexo 4	20
8. REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

Processo de Envelhecimento

A partir da terceira década de vida, o desempenho funcional dos indivíduos declina progressivamente, devido ao processo fisiológico do envelhecimento. Esse processo vem normalmente acompanhado de um declínio das funções gerais e a função motora é certamente comprometida nos indivíduos idosos, o que acaba muitas vezes por comprometer sua funcionalidade e independência. (ROCHA,2009)

O Brasil está passando por uma importante transição demográfica, com um aumento proporcional de idosos na sua população. Essa transição demográfica está sendo acompanhada por uma transição epidemiológica, com uma mudança no perfil de morbi-mortalidade da população. (CASTRO et al, 2006)

Segundo previsões da OMS (Organização Mundial da Saúde) para 2025, o Brasil estará ente os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos ou mais, passando de 7,6% da população em 1996 para 14% de idosos em 2025. Com a expectativa de vida elevada e o envelhecimento populacional, aumentou significativamente o número de idosos com características de doenças crônico-degenerativas e que, conseqüentemente, elevariam a demanda aos serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares. Atualmente, as principais causas de morte no nosso país são por doenças crônicas. Portanto, a tendência é haver um número crescente de idosos que, apesar de viverem por mais tempo, irão se confrontar com déficits de funcionalidade física, psíquica e social, aumentando a demanda por cuidados. (CASTRO, 2006; LOYOLA, 2004; FREITAS, 2008)

Capacidade Funcional

A definição de capacidade funcional está relacionada ao grau de preservação da capacidade do indivíduo para realizar atividades de vida diária (AVDs) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

A OMS (2007) realça a importância da capacidade funcional e independência do idoso, como fatores preponderantes para seu diagnóstico de saúde física e mental. A capacidade funcional dos idosos deve ser destacada como um processo dinâmico, visto que sua evolução pode ser modificada ou até mesmo prevenida se houver assistência adequada. A manutenção da capacidade funcional representa um novo paradigma para a saúde, particularmente relevante para o idoso. Estudos mostram que a diminuição da capacidade funcional limita a independência do idoso na execução das atividades de vida diária, reduz a qualidade de vida e confere altos riscos para mortalidade, dependência, institucionalização, hospitalização e cuidados. (ELY et al, 2009)

A manutenção da capacidade funcional dos idosos, dentro da individualidade e especificidade de cada situação, constitui um dos papéis mais importantes dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores. Os fatores mais fortemente associados com a incapacidade funcional estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. Mesmo em idosos sem doenças prévias, o fato de que a expectativa de vida se torne cada vez maior corrobora com uma maior possibilidade de desenvolver doenças crônicas que incapacitam ou auxiliam na diminuição da capacidade funcional. (ROSA et al, 2008)

A preocupação em relação à capacidade funcional vem emergindo como destaque no campo da geriatria e gerontologia, pelo fato de que a dependência funcional tende a se tornar um problema de saúde pública. Sabe-se que tanto doenças físicas quanto mentais podem levar à dependência, à diminuição da capacidade funcional e até mesmo à perda da autonomia. (VERAS, 2002)

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, não se mostram mais adequadas ao idoso. (VERAS, 2003) Por isso, cada vez mais se faz importante uma abordagem multidimensional do idoso, desde sua avaliação até o tratamento.

O estudo de Rezende et al (2010), considera a marcha como fator determinante na independência funcional de idosos, pois seu comprometimento, seja por doenças, lesões ou mesmo pelo próprio processo fisiológico de envelhecimento, pode gerar

efeitos negativos sobre tal função biomecânica, com conseqüente dificuldade ou dependência para realização das atividades de vida diárias (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

Avaliação Funcional

A avaliação refere-se ao processo de obtenção e interpretação de dados para o tratamento (Maurer et al, 1984). Pode ser no formato de testes, observação, entrevista, revisão de prontuário e julgamento clínico. Segundo Lawton (1971), a avaliação funcional consiste em uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da auto-manutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesmo, e o estado emocional.

A principal finalidade de uma avaliação é obter informações mais precisas de um indivíduo em uma determinada situação a fim de estabelecer uma linha de base de desempenho para uma comparação futura, mensurar progressos, mensurar e identificar desvios comportamentais e motores.

Testes uniformizados e escalas de avaliações padronizadas garantem uma consistência na aplicação dos testes visando estabelecer confiabilidade e validade no mais alto nível possível. (MELLO, 2012)

As escalas de avaliação funcional têm por objetivo principal desenvolver um plano de tratamento e reabilitação, facilitando o gerenciamento de recursos necessários para o tratamento, porém não são diagnósticos, são instrumentos de auxílio ou rastreamento.

Entre as principais escalas de avaliação funcional podemos destacar o *Índice de Katz*, instrumento de fácil aplicação, podendo ser utilizado até durante o desempenho das AVDs pelo paciente e é baseado no real desempenho e habilidades, não apenas em relatos ou registros de prontuário.

Podemos destacar também o *Índice de Barthel* que é um instrumento que avalia o nível de independência do paciente para a realização de 10 atividades básicas. É amplamente utilizado para quantificar e monitorizar a dependência do indivíduo, sendo

validado em português e considerado um dos índices mais utilizados para mensuração de AVDs.

Destaca-se também a *Escala de Medida de Independência Funcional*, instrumento que tem sua validade largamente demonstrada desde sua criação em 1987 em diversos países. Pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde, criando uma linguagem comum entre as diferentes disciplinas e sua execução é rápida, podendo ser feita com o paciente ou cuidador, pessoalmente ou por telefone. Validada em 2004, é descrita como “padrão ouro” por alguns autores para avaliação da capacidade funcional.

Avaliação Funcional do Idoso

É necessário o conhecimento das alterações advindas do processo natural do envelhecimento e uma boa avaliação para a construção de um diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico, que não seja subestimado ou superestimado em se tratando de um paciente idoso.

A prevenção e a reabilitação do declínio do equilíbrio em idosos requerem o desenvolvimento de protocolos de pesquisas clínicas adequadas para avaliar e mensurar o equilíbrio, risco para quedas e a mobilidade nesta população, assim como estabelecer programas de reabilitação. Para identificar problemas de equilíbrio e de mobilidade, existem vários instrumentos de avaliação funcional, onde o observador deve escolher o tipo de abordagem mais indicada à finalidade da investigação. (CASTRO, 2006; GUILLERMIN, 1993)

A avaliação funcional do idoso é de extrema importância à fisioterapia. Tendo em vista que, a fisioterapia geriátrica tem como objetivo principal a independência do idoso para as tarefas básicas de vida diárias (AVDs), no intuito de minimizar as consequências das alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, garantindo a melhoria da mobilidade e favorecendo uma qualidade de vida satisfatória que é julgada pelo idoso mais pelo nível funcional e grau de independência do que pela presença de limitações específicas e isoladas. (DIOGO et al, 2004)

As quedas são responsáveis pela maior parte de danos não fatais nessa população, e suas complicações representam uma importante causa de morte em pessoas

com mais de 65 anos. Avaliar a funcionalidade dos membros inferiores e equilíbrio é de grande valia nessa faixa etária para identificar pacientes com risco de quedas. A realização de avaliações sobre cuidados de saúde implica a necessidade da utilização de medidas válidas e eficientes que permitam a realização de comparações de desempenho entre as intervenções. (SCHNEIDER, 2008; AMARAL, 2004)

A avaliação funcional do idoso pode ser realizada por diversos profissionais da área da saúde, sendo o fisioterapeuta um dos mais qualificados para essa realização, por possuir amplo conhecimento e ser capacitado a realizar diagnósticos cinético-funcionais e assim elaborar abordagens mais direcionadas a cada indivíduo. A avaliação fisioterapêutica específica em conjunto com as avaliações de funcionalidade é de extrema importância na prevenção e diminuição de ocorrências de danos e lesões, pois o fisioterapeuta é capaz de analisar as alterações biomecânicas, aspectos fisiológicos e desempenho individual de cada paciente avaliado.

2. JUSTIFICATIVA

Os hospitais são os locais onde grande parte dos cuidados à saúde dos idosos é prestada. Pessoas com idade acima de 65 anos são internadas com uma frequência três vezes maior que as pessoas mais jovens. A hospitalização no paciente idoso, seja por doença aguda ou crônica, impõe certo grau de imobilidade, e o declínio funcional pode manifestar-se rapidamente nesses pacientes. (LANDEFELD, 2003; GRAF,2006))

Principalmente no ambiente hospitalar, o desenvolvimento da deterioração funcional é o fator de risco mais relevante para a dependência, a institucionalização, a mortalidade na população mais velha. Por esta razão, conhecer os fatores relacionados ao declínio da função de idosos hospitalizados torna-se fundamental, pois norteia a prevenção e consiste em parâmetro relevante para a eficácia dos tratamentos empregados. (MENEZES et al, 2010)

Estudos relacionados ao declínio funcional do idoso após internações hospitalares evidenciam que a perda da capacidade funcional desses pacientes seja em torno de 17,3% quando comparada com seu estado anterior, segundo demonstrou Mañas et al. (2005). Já o estudo de Wakefield (2007) ressaltou esse declínio funcional acentuado da admissão até o quarto dia de internação hospitalar, elevando significativamente o índice de morte nesses pacientes. Kawasaki (2005) demonstrou que o declínio funcional apresentado durante a hospitalização pode ser recuperado após o retorno ao domicílio se bem avaliado e detectado o mais precocemente possível durante a estadia no hospital. (MAÑAS, 2005; WAKEFIELD,2007; KAWASAKI, 2005)

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo identificar a escala de avaliação funcional mais viável para o uso em idosos hospitalizados na rotina hospitalar.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar idosos hospitalizados em uma unidade de internação de uma mesma instituição, por meio de três escalas validadas de avaliação funcional.
- b) Analisar a facilidade do uso de cada escala no ambiente hospitalar.

4. METODOLOGIA

4.1 Local do Estudo

O estudo será desenvolvido em uma unidade de internação de um hospital da cidade de Porto Alegre/RS.

4.2 Universo e Amostragem

A população em estudo será os idosos que foram internados em uma Unidade de Internação Hospitalar no segundo semestre de 2012. Serão considerados idosos os pacientes com sessenta anos ou mais de idade utilizando como definição os critérios da OMS e as diretrizes da Política Nacional do Idoso do Ministério da Saúde do Brasil.

Serão incluídos no estudo todos os pacientes com 60 anos ou mais que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1), de ambos os sexos, internados em uma determinada unidade hospitalar, com 4 dias ou mais de internação.

Os Critérios de Exclusão adotados serão pacientes com prejuízo cognitivo diagnosticado, que sejam incapazes de compreender as orientações de realização das escalas de avaliação.

4.3 Tipo de Estudo

O delineamento da presente pesquisa é um Estudo do tipo *Experimental*.

4.4 Instrumentos e Coleta de Dados

Os pacientes serão submetidos a uma avaliação através de três Escalas de Avaliação Funcional (Índice de Katz, Índice de Barthel e Escala de Medida de Independência Funcional), aplicadas em um único momento pela Fisioterapeuta

pesquisadora, no quarto em que o paciente está internado, de forma padronizada. Caso o paciente seja incapaz de comunicar-se verbalmente, será considerado o auxílio de um familiar/cuidador.

As escalas de avaliação funcional utilizadas serão:

- *Índice de Katz* (anexo 2): instrumento destinado a mensurar a independência em seis atividades de vida diária. São elas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências, continência e alimentação. Neste instrumento as atividades são avaliadas em toda sua execução, desde seu início até o seu fim e o grau de dependência ou independência nestas seis atividades foi previamente determinada. Este instrumento possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. É um instrumento amplamente utilizado e apresenta algumas versões com modificações a partir de sua versão original. (DUARTE et al, 2007)

- *Índice de Barthel* (anexo 3): instrumento destinado à avaliação da capacidade do indivíduo para desenvolver dez atividades básicas de vida diária. As atividades investigadas são: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. A pontuação na versão original é dada entre 0 e 100, onde 0 representa máxima dependência e 100 total independência para as atividades avaliadas. (ARAÚJO et al, 2007)

- *Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)* (anexo 4): tem por objetivo principal avaliar a necessidade dos cuidados de terceiros para a realização das atividades cotidianas do indivíduo. É composta de 18 atividades, sendo 13 no âmbito motor (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir, utilização do vaso sanitário, controle de esfínteres urinário e fecal, transferências para leito, cadeira, cadeira de rodas e chuveiro, marcha e subir e descer escadas) e 5 no âmbito cognitivo/social (comunicação, compreensão e expressão, interação social, resolução de problemas e memória). Mediante avaliação destas atividades fica possível observar quais as reais incapacidades e dificuldades apresentadas pelo indivíduo, diferenciando-as assim, das que são relatadas ou induzidas pelo cuidador e pelo ambiente. (VIANA et al, 2008)

A viabilidade de utilização das escalas será avaliada de acordo com os seguintes critérios: tempo para conclusão do instrumento avaliado pela duração da aplicação da escala (não devendo exceder 20 minutos – tempo médio de um atendimento fisioterapêutico na instituição participante do estudo); facilidade de entendimento/compreensão das tarefas pelos pacientes (número de dúvidas ao longo da realização); percepção do usuário da escala (nível de desconforto em relação à avaliação relatado pelo paciente).

4.5 Processamento e Análise dos Dados

Cada avaliação oferecerá dados quantitativos para verificação de cada critério. Para análise da viabilidade da aplicação das escalas, o tempo de duração de cada avaliação será cronometrado, e, quanto menor o tempo de execução, mais viável será a sua aplicabilidade. O número de dúvidas, assim como o pedido para repetição de alguma instrução pelo paciente durante o teste também será considerado, para análise da facilidade de entendimento do instrumento.

Caso após o início da avaliação o paciente quiser interromper o teste ou se negar a responder e/ou realizar alguma pergunta ou atividade, a escala será considerada desconfortável para tal paciente.

4.6 Considerações Éticas

O desenvolvimento da pesquisa seguirá os conceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96. O projeto será encaminhado ao CEP/ GHC para aprovação, para então ser iniciada a coleta de dados.

Será garantido o sigilo das informações obtidas durante o estudo, assim como a identidade dos participantes. Ao término da pesquisa, os dados obtidos serão divulgados e possivelmente apresentados em eventos da área e/ou submetidos à publicação em revistas científicas.

6. ORÇAMENTO*

MATERIAL	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO (R\$)	PREÇO TOTAL (R\$)
Xerox	300	0,15	45,00
Folha A4 (pacote com 500)	2	12,00	24
Tinta para Impressora	1	25,90	25,90
Canetas	10	0,50	5,00
Encadernação	2	4,00	8,00
Transporte	Será utilizado o mesmo trajeto diário para o trabalho.		
TOTAL			107,90

* As despesas decorrentes da realização do projeto de pesquisa serão de inteira responsabilidade dos autores.

7. ANEXOS

7.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Grupo Hospitalar Conceição

Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Nome do Projeto: AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada**: AVALIAÇÃO FUNCIONAL EM IDOSOS HOSPITALIZADOS, que tem como **objetivos**: identificar a escala de avaliação funcional mais viável para o uso em idosos hospitalizados; avaliar idosos hospitalizados em uma unidade de internação de uma mesma instituição, por meio de três escalas validadas de avaliação funcional e analisar a facilidade do uso de cada escala no ambiente hospitalar.

A pesquisa será em um único momento. Você precisará submeter-se a 3 protocolos de avaliação que verificam seu nível de funcionalidade, para que possamos ao final comparar as três. Participando dessa pesquisa você contribuirá para sabermos qual destas são de melhor aplicabilidade no hospital, para que possamos avaliar da melhor forma possível os idosos hospitalizados, afim de elaborar uma melhor abordagem e plano de tratamento.

Suas respostas e desempenho serão tratados de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer

momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. **Sua participação** nesta pesquisa consistirá em: responder as perguntas realizadas sob a forma de questionário e realizar as atividades propostas nos testes.

O (a) Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a Fisioterapia, em especial na área de Saúde do Idoso. Este documento foi elaborado em duas vias idênticas e o (a) Sr (a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. As ligações podem ser realizadas a cobrar sempre que necessário. Desde já agradecemos!
SUA PARTICIPAÇÃO SERÁ MUITO IMPORTANTE PARA A REALIZAÇÃO DESTA PESQUISA.

Pesquisador Responsável: Camilla Santos Pereira

Telefone para contato/e-mail: 051-92427409 / camillasantospereira@bol.com.br

Pesquisadores participantes: Raphael Maciel da Silva Caballero

E-mail para contato: raphael@ghc.com.br

Eu confirmo que Camilla Santos Pereira explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, portanto, ciente e de acordo com o que foi exposto, eu _____, RG _____
 _____ estou de acordo em participar deste projeto como sujeito da pesquisa assinando este consentimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__

 Assinatura do Responsável

 Camilla Santos Pereira

Pesquisadora Responsável

7.2 ANEXO 2

Índice de Katz

ATIVIDADE	Independente	SIM NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	() ()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	() ()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/ urinol à noite).	() ()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	() ()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem “acidentes ocasionais”).	() ()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passa manteiga no pão.	() ()

7.3 ANEXO 3

Índice de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc., ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente - rosto/ cabelo/ dentes/ barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se,limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50m 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50m 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física ou ser carregado) 10 = independente	

7.4 ANEXO 4

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

CATEGORIAS	Escore						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
1. Alimentação							
2. Auto cuidado							
3. Banhar-se							
4. Vestir tronco superior							
5. Vestir tronco inferior							
6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO							
7. Controle vesical							
8. Controle intestinal							
MOBILIDADE/ TRANSFERÊNCIAS							
9. Cama/ cadeira/ cadeira de rodas							
10. Banheiro							
11. Banho chuveiro/ banheira							
LOCOMOÇÃO							
12. Andar/ cadeira de rodas							
13. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
14. Compreensão							
15. Expressão							
COGNITIVO SOCIAL							
16. Interação Social							
17. Resolver problemas							
18. Memória							
ESCORE TOTAL							

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.
6	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente.
5	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais, ou modelo para realizar a tarefa sem a necessidade de contato, ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário.
4	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa).
3	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar (realiza 50% do esforço necessário na tarefa).
2	Máxima assistência: utiliza menos de 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

A pontuação do teste é realizada de acordo com a tabela “Equivalente em Funcionalidade” e o escore obtido é de no mínimo 18 pontos, que caracteriza dependência total, e no máximo 126 pontos, caracterizando total independência.

8. REFERÊNCIAS

ROCHA, F.M.L. *Avaliação Fisioterapêutica do Idoso*, 2009. Disponível em: www.ciape.org.br/matdidatico/.../avaliacaofisioterapeuticaidoso.doc. Acessado em: 29/05/2012 às 09:41.

CASTRO, S.M.; PERRACINI, M.R.; GANANÇA, F.F. *Versão brasileira do Dynamic Gait Index*. Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(6):817-25.

LOYOLA, F. et al. *Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 229-238. ISSN 1679-4974.

FREITAS, C.N.; ROSA, R.S. *Internações hospitalares de idosos pelo SUS em Porto Alegre*, 2008.

ELY, J.C. et al. *Atuação Fisioterápica na Capacidade Funcional do Idoso Institucionalizado*. Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 293-297, maio/ago. 2009.

ROSA, T. E. C. et al. *Fatores determinantes na capacidade funcional de idosos*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

VERAS, R. P. *Gestão contemporânea em saúde: terceira idade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VERAS, R. *Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai-jun, 2003.

REZENDE, A.A.B.; SILVA, I.L.; CARDOSO, F.B.; BERESFORD, H. *Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional*. ACTA FISIATR. 2010; 17(3): 117 – 121.

MELLO, M. *Avaliação Funcional*. Disponível em: [www.ciape.org.br/.../technocare%5Cmariadehttp://www.ciape.org.br/.../technocare%5Cmariade%20mello%5Cavaliacao_funcional"mello"http://www.ciape.org.br/.../technocare%5Cmariade%20mello%5Cavaliacao_funcional"%5Cavaliacao_funcional](http://www.ciape.org.br/.../technocare%5Cmariadehttp://www.ciape.org.br/.../technocare%5Cmariade%20mello%5Cavaliacao_funcional). Acessado em: 20/07/2012 às 9:12.

GUILLERMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. *Cross-Cultural adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review an Proposed Guidelines*. J Clin Epidemiol 1993;46(12):1417-32.

DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI M. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. São Paulo: Alínea, 2004.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008

AMARAL, A.C.S et al. *Perfil da morbidade e mortalidade de pacientes idosos hospitalizados*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1617-1626, nov-dez, 2004.

LANDEFELD, C.S. *Improving health care for older persons*. Ann Intern Med. 2003; 139(5): 421-4.

GRAF, C. *Functional decline in hospitalized older adults*. Am J Nurs. 2006; 106(1): 58-67.

MENEZES, C.; OLIVEIRA, V.R.C.; MENEZES, R.L. *Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos*. Revista Movimenta; Vol 3, N 2 (2010).

MAÑAS, M.D. et al. *Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna*. An. Med. Interna (Madrid). 2005; 22(3): 34-6.

WAKEFIELD, B.J.; HOLMAN, J.E. *Functional trajectories associated with hospitalization in older adults*. West J Nurs Res. 2007; 29(2):161-77.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M.J.D.E. *Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico*. Acta Fisiatr. 2005; 12(2): 55-60.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos*. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2): 317-25.

ARAÚJO, F. et al. *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2007; 25(2): 59-66.

VIANA, F.P. et al. *Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2008; 11(1).

PAIXÃO, C. M.; RECHENHEIM, M. *Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 21 : 1 (2005) 7-19.