

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO IDOSO E SUA CORRELAÇÃO COM A CIF

- revisão integrativa -

Yara Helena de Carvalho Paiva Ribeiro¹

Juliana de F. Fracon e Romão²

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito de
aprovação final do Curso de
Especialização em Saúde da
Pessoa Idosa da Universidade
de Brasília, Campus Darcy
Ribeiro

¹ Terapeuta Ocupacional, Msc em Psicologia, experiência em reabilitação física – Hospital Universitário de Brasília / EBSEH.

² Fisioterapeuta, Doutora em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB), Msc em Fisioterapia, Especialização em Fisioterapia Aplicada a Neurologia. Atualmente é professora Adjunto III da Universidade de Brasília.

Autor para correspondência: Yara Helena de Carvalho Paiva Ribeiro, Hospital Universitário de Brasília, Unidade de Reabilitação, SGAN 605, Av. L2 Norte, Brasília (DF) – cep: 70. 840 – 901, Brasil, e-mail: yarahcpribeiro@gmail.com

RESUMO

Com o aumento da longevidade da população há uma maior prevalência das doenças crônicas, de dependência nas atividades da vida diária e do declínio das capacidades cognitivas. O estado funcional, além de ser um indicador do estado de saúde, é ótimo indicador de previsão dos custos e recursos dos cuidados de saúde. A funcionalidade é definida como a capacidade do indivíduo se adaptar aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social. Capacidade funcional é conceituada como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária. Do ponto de vista de Saúde Pública, a capacidade funcional surge como novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. A avaliação funcional é uma abrangente avaliação formal do idoso em suas atividades diárias, cognição, continência, sistema sensorial, mobilidade e aspectos psicossociais. A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. O CID-10 e a CIF são complementares. **Objetivo:** Este estudo propõe-se em fazer uma revisão integrativa dos métodos de avaliação da funcionalidade do idoso mais utilizados, existentes e validados no Brasil, e em correlacionar cada escala com o Cor Set do idoso, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Método:** Realizado um levantamento em livros e em bases de dados – Medline, PubMed e Lilacs – com os seguintes descritores: elderly, older adult, functional capacity, functional performance, functional status, capacidade

funcional, funcionalidade no idoso. **Crêterios de inclusão:** artigos ou capítulo de livro que abordassem a capacidade funcional no idoso, as escalas e/ou testes de avalia o funcional, os instrumentos de avalia o das atividades básica de vida diária e avalia o instrumental de vida diária, relacionadas a pessoa idosa, na língua inglesa e/ou portuguesa. **Crêterios de exclusão:** artigos ou capítulos de livros que não abordassem escalas e/ou testes de avalia o funcional, ou avalia o de atividade básica de vida diária, ou avalia o instrumental de vida diária nesta faixa etária (direcionada a pessoa idosa), em outros idiomas que não o inglês e/ou português. **Resultado:** Selecionados 34 artigos e 03 livros didáticos. Encontrado 10 instrumentos multidimensionais, 04 de medida de desempenho, 03 de avalia o de depressão, 04 de avalia o cognitiva, 02 de avalia o do risco de desenvolver úlcera de pressão, e 01 instrumento ambiental de risco de quedas. Existe uma variedade de escalas com objetivos e finalidade semelhantes, para avaliar as condi es de saúde do idoso. Por isso,   imprescindível ter uma atitude crítica e reflexiva acerca da aplicabilidade de cada uma delas, pois a aplica o de uma escala de forma singular poderá não refletir de forma correta as necessidades da pessoa idosa. Sendo necessário a utiliza o de escalas que se complementam. O Core Set geriátrico da CIF   o instrumento mais completo no tocante a avalia o geral do idoso, pois são consideradas todas as fun es e estruturas do corpo importantes a serem checadas, as atividades mais significativas e relacionadas a capacidade funcional esperada com o envelhecimento, e ainda, leva em considera o aspectos relevantes do ambiente. Por ele ser bem detalhado e amplo, o indicado será a utiliza o do mesmo por uma equipe formada por vários profissionais. As escalas de

avaliação das atividades básicas de vida diárias (Índice de Barthel, o Índice de Katz, Medida de Independência Funcional, e o Índice de Autocuidado de Kenny), e das atividades instrumentais de vida diária (Índice de Pfeffer, Índice de Lawton-Brody), relacionam com os itens referentes ao domínio Atividade na CIF. As avaliações geriátrica ampla (AGA), avaliação funcional breve do idoso (AFB), e o Sistema de Avaliação de Idosos (EasyCare) são avaliações mais amplas e que possuem vários aspectos dos domínios Função e Estrutura do Corpo da CIF. Já a Mensuração Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), apresenta uma proposta diferente das outras escalas de avaliação, pois avalia quais as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontra em dificuldade. E ainda, oferece uma quantificação das prioridades de desempenho ocupacional do cliente. No que se refere aos itens avaliados nos instrumentos relacionados as Medidas de Desempenho (Teste De Alcance Funcional, Time Up And Go Test, Teste De Caminhada, Escala De Berg, Short Physical Performance Battery – SPPB, Índice de Tinetti), são contemplados nos domínios Função Psicomotoras, Funções vestibulares, Função proprioceptiva, Funções da mobilidade das articulações, Funções da estabilidade das articulações, Funções da força muscular, Funções do tônus muscular, Funções de controlo do movimento voluntário, Funções dos movimentos involuntários, Funções relacionadas com o padrão de marcha, Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento. As escalas que pretendem avaliar componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão, identificar sintomas de ansiedade, e avaliar alterações no humor descritas neste trabalho (Inventário de Depressão De Beck, Escala Geriátrica De Depressão, Escala Hospitalar de

Ansiedade e Depressão) corresponde aos seguintes domínios na CIF: Funções da energia e dos impulsos e Funções emocionais. E as escalas relacionadas com a avaliação das funções cognitivas (Mini Mental State Examination, Teste do Relógio, Montreal Cognitive Assessment – Moca, e o Exame Cognitivo de Addenbroke) são correlacionados com: Função da orientação, Funções intelectuais, Funções da atenção, Funções da memória, Funções de percepção, Funções mentais da linguagem, Funções de experiência pessoal e do tempo, Aprendizagem básica, Adquirir de habilidades, Aplicação do conhecimento e as Tarefas e demandas gerais. Na CIF, os Fatores Ambientais, são constituídos de ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida, porém em tal domínio, não é detalhado as áreas do ambiente do idoso, como vem descrito na Escala Ambiental de Risco de Queda (áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada, sala), que é extremamente importante, visto que diversos fatores de risco podem ser potenciais agentes determinantes de quedas (intrínsecos e extrínsecos). **Conclusão:** Podemos constatar a extrema importância de um instrumento contemplar os vários aspectos relacionados a vida do idoso. A partir desta avaliação abrangente, os profissionais de saúde terão condições de traçar ações preventivas, intervir de maneira adequada minimizando ou eliminando os problemas, e também, monitorar o idoso ao longo da sua vida. O Core Set geriátrico da CIF é um instrumento amplo, sendo necessário ser complementado com a Escala Ambiental de Risco de Queda.

Palavras –chave: Capacidade Funcional. Idoso. Funcionalidade.

ABSTRACT

With the increased longevity of the population there is a higher prevalence of chronic diseases, dependence in activities of daily life and the decline of cognitive abilities. The functional State, in addition to being an indicator of the State of health, it is good indicator of cost forecast and health care resources. The functionality is defined as the ability of the individual to adapt to the problems of every day, despite having a disability, mental and/or social. Functional capacity is regarded as the efficiency of the elderly in match physical demands of daily life, which includes the basic activities to an independent life even more complex action of daily routine. From the point of view of Public Health, functional capacity comes as new concept of health, best suited to exploit and operationalize the health care of the elderly. The functional assessment is a comprehensive formal evaluation of the elderly in their daily activities, cognition, salute, sensory system, mobility and psychosocial aspects. The functionality and disability associated with health States are classified in the international classification of functioning, disability and health – ICF. The ICD-10 and the CIF are complementary. **Purpose:** This study proposes to do a review of the evaluation methods of integrative functionality of the elderly more used, existing and validated in Brazil, and correlate each scale with the Color Set for the elderly, according to the international classification of functioning (ICF). **Method:** a survey in books and in databases-Medline, PubMed and Lilacs – with the following key words: elderly, older adult, functional capacity, functional performance, functional status, functional capacity, functionality in the elderly. **Inclusion criteria:** articles or book chapter that approached the functional capacity in the elderly, the scales and/or functional evaluation tests, assessment instruments of the basic activities of daily living and instrumental

evaluation of daily life, related to elder in English and/or Portuguese. **Exclusion criteria:** articles or book chapters that cover not scales and/or functional evaluation, testing or evaluation of basic activity of daily living, or instrumental evaluation of daily life in this age group (directed the elder), in other languages than English and/or Portuguese. Result: 34 selected articles and 03 textbooks. Found 10 multidimensional instruments, performance measurement, 04 03 evaluation of depression, cognitive assessment, 02 04 evaluation of risk of developing pressure ulcers, and 01 environmental instrument of risk of falls. There are a variety of scales with similar goals and purpose, to assess the health of the elderly. Therefore, it is essential to have a critical and reflective attitude regarding the applicability of each of them, for the application of a range of singular form may not reflect properly the needs of the elderly person. Requiring the use of scales that complement each other. The Core Set of CIF is the geriatric more complete with regard to overall assessment of the elderly, because they are considered all functions and body structures important to be checked, the most significant activities and related functional capacity expected with aging, and takes into account relevant aspects of the environment. Because he is well detailed and broad, the indicated will be the use of the same by a team of various professionals. The rating scales of the basic activities of daily life (Barthel Index, the index of Katz, functional independence measure, and Self-care of Kenny), and instrumental activities of daily living index (Pfeffer, Lawton-Brody), relating to items relating to the activity in the CIF. Geriatric comprehensive assessments (AGA), functional assessment of elderly (AFB), and the system of evaluation of elderly (EasyCare) are broader and reviews various aspects of Function fields and structure of the Body of the ICF. Already

the Canadian Occupational Performance Measure (with), presents a proposal different from other rating scales, because it evaluates what most important activities in your daily life that is in trouble. And yet, offers a quantification of occupational performance priorities of the client. With regard to items assessed related instruments Performance measures (Functional Reach Test, Team Up And Go Test, walking test, Berg Scale, Short Physical Performance – SPPB Battery, Tinetti), are referred to in Psychomotor Function domains, vestibular, proprioceptive Function Functions, functions of the mobility of joints, joint stability Functions, functions of muscle strength , Functions of muscle tone, voluntary movement control Functions, functions of involuntary movements, with related functions, Sensations related to muscles and movement functions. The scales that intend to evaluate cognitive, affective, behavioral components and depression, somatic anxiety symptoms, identify and assess changes in mood are described in this work (Beck Depression Inventory, Geriatric Depression Scale, hospital anxiety and depression scale) corresponds to the following domains in CIF: energy Functions and of the impulses and emotional Functions. And scales related to the assessment of cognitive function (Mini Mental State Examination, test, Montreal Cognitive Assessment-Moca, and the Cognitive Examination of Addenbroke) are correlated with: orientation Function, intellectual functions, functions of attention, memory Functions, functions of perception, mental functions of language, functions of personal experience and time, Basic Learning, Acquiring of skills, application of knowledge and the General tasks and demands. On CIF, environmental factors, are made up of physical, social and attitudinal environment in which people live and lead to your life, but in such a domain, is not detailed the areas of the environment of the

elderly, as described in the Environmental Scale of risk of falling (mobility areas, lighting, bedroom, bathroom, kitchen, stairs, living room), which is extremely important. Since several risk factors may be potential determinants of agents (intrinsic and extrinsic). **Conclusion:** we note the extreme importance of an instrument to contemplate the various aspects of the life of the elderly. From this comprehensive assessment, health professionals will be able to trace preventive actions, intervene appropriately minimizing or eliminating the problems and monitor the elderly throughout your life. The Core Set of geriatric CIF is an instrument, and must be complemented with the Environmental Scale of risk of falling.

Keywords: Capacity Functional. Elderly. Functionality.

1. INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos tem ressaltado que a população de idosos no Brasil apresenta uma taxa de crescimento maior do que a da população total (1) (2), e também da população abaixo de 15 anos (3). Esse processo de reestruturação demográfica no qual o Brasil está inserido, decorre das mudanças expressivas no comportamento das taxas de fertilidade e de mortalidade, das mudanças na melhoria na vida dos indivíduos com maior acesso aos serviços de saúde, e das melhores condições sanitárias. (3) (5).

O envelhecimento individual representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo, que podem ser positivos ou negativos e são observados nas diversas dimensões do indivíduo, como por exemplo: efeitos no organismo (envelhecimento biológico) e efeitos no psiquismo (envelhecimento psíquico). Todas as dimensões são igualmente importantes, na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da autonomia e independência do indivíduo (2) (4).

Com o aumento da longevidade da população há uma maior prevalência das doenças crônicas, de dependência nas atividades da vida diária e do declínio das capacidades cognitivas (6).

A funcionalidade é definida como a capacidade do indivíduo se adaptar aos problemas de todos os dias, apesar de possuir uma incapacidade física, mental e/ou social (6). Capacidade funcional é conceituada como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária (7).

Define-se por autonomia, a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras (7) (8). E independência, a capacidade de realizar algo com os próprios meios, o que permite ao indivíduo cuidar de si, realizar as atividades de vida diária básicas (AVBD), e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (7) (8).

As grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfinteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa), muitas vezes podem resultar em perda da funcionalidade (2). O envelhecimento normal não afeta a capacidade de decisão (autonomia) ou de execução (independência) do indivíduo (2).

Bastiani et al. (9) traz que a avaliação funcional é uma abrangente avaliação formal do idoso em suas atividades diárias, cognição, continência, sistema sensorial, mobilidade e aspectos psicossociais.

As atividades básicas de vida diária (ABVD) são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo (2). Algumas atividades são influenciadas pela cultura e requerem aprendizado, portanto são mais complexas, como por exemplo: tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro. Atividades como mudar de posição, controlar urina e fezes e alimentar-se são funções vegetativas simples, portanto mais difíceis de serem perdidas. Esse caráter hierárquico das tarefas é extremamente útil, capaz de traduzir a gravidade do processo de fragilidade do indivíduo (figura 01). Assim, o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, como banhar-se, e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda até para alimentar-se (4).

Nas classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), as condições de saúde (doenças, distúrbios, lesões, etc.) são classificadas principalmente na Classificação Internacional de Doença – CID, décima revisão, que fornece uma estrutura etiológica (10). A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Portanto, a CID-10 e a CIF são complementares (10).

A CIF contém os domínios da saúde e domínios relacionados a saúde. Além disto, a CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos esses construtos (Figura 02) (11).

Nesse contexto, este estudo propõe-se em fazer uma revisão integrativa dos métodos de avaliação (escalas e ou testes) mais utilizados, existentes e validados no Brasil, que avaliam a funcionalidade do idoso. E por fim, correlacionar cada escala e/ou testes com o Core Set do idoso, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

1. METODOLOGIA

Realizado uma pesquisa bibliográfica em livros didáticos de Terapia Ocupacional e outros relacionados a gerontologia, buscando capítulos que abordassem o tema avaliação funcional no idoso, escalas de avaliação da capacidade funcional no idoso, e atividades de vida diária.

E também, realizado um levantamento bibliográfico através das bases de dados – Medline, PubMed e Lilacs – com os seguintes descritores: elderly, older adult, functional capacity, functional performance, functional status,

capacidade funcional, funcionalidade no idoso, de preferência artigos originais, sem definição de período. Incluído também o site <http://www.icf-core-sets.org/en/page0.php>, para pesquisar o core set geriátrico.

Critérios de inclusão: artigos ou capítulo de livro que abordassem a capacidade funcional no idoso, as escalas e/ou testes de avaliação funcional, os instrumentos de avaliação das atividades básicas de vida diária e avaliação das atividades instrumentais de vida diária, relacionadas a pessoa idosa, na língua inglesa e/ou portuguesa.

Após a seleção (levando em consideração os critérios de inclusão) e leitura do material encontrado (título, resumo e texto completo), selecionado as Escalas e/ou Testes mais abordados na literatura, levando em consideração a população idosa. Realizado, também, a tradução do Core Set CIF - ICF Based Documentation Form - The Categories of the Generic Set – (14). A partir da tradução, elaborado o Core Set para pessoa idosa, incluindo os itens que foram validados no artigo de Santos et al. (15), para compor o instrumento que foi correlacionado com as Escalas.

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual consiste em um método de revisão específico que identifica a literatura teórica ou empírica existente, para poder promover a compreensão de um determinado fenômeno ou questão relacionado a saúde, tomando os resultados das pesquisas acessíveis em um único estudo (13).

Esta pesquisa teve uma análise descritiva dos dados.

2. RESULTADOS

No que refere a livros didáticos, foram selecionados 03 que continham capítulos específicos abordando a avaliação funcional do idoso, o processo de avaliação na terapia ocupacional, e sobre gerontologia, incluindo o livro da CIF (9) (10) (37).

Encontrado no total 79 artigos que abordam a temática capacidade funcional do idosos; porém, seguindo os critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 34 artigos para análise. Dos artigos selecionados, foram incluídos os instrumentos relacionadas a capacidade funcional e funcionalidade no idoso, e os mesmos foram divididos da seguinte forma: A) Instrumentos multidimensionais, B) Instrumentos de medidas de desempenho, C) Instrumentos de avaliação de depressão, D) Instrumentos de avaliação cognitiva, E) Instrumentos de avaliação do risco de desenvolver Úlcera de pressão; F) Instrumento ambiental de risco de quedas; e por fim, o Core Set Geriátrico

3. DISCUSSÃO:

A) Instrumentos multidimensionais:

1. ÍNDICE DE BARTHEL: é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional. Pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mede o nível de independência do indivíduo na realização de dez atividades básicas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. A pontuação varia de 0 a

100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (9).

2. ÍNDICE DE KATZ: denominado Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABDV) foi desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe. É, ainda hoje, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos de gerontologia nacional e internacional (17). O instrumento avalia as atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas, sendo organizado para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Para cada função são descritos três níveis onde o profissional classifica o desempenho do idoso de acordo com a descrição mais apropriada. O formulário de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente (17).

3.ÍNDICE DE AUTOCUIDADO DE KENNY: trata-se de um instrumento de avaliação das atividades instrumentais de vida diária, que contém 17 tarefas distribuídas e agrupadas em 06 categorias: locomoção, transferências, atividades básicas, vestuário, higiene pessoal e alimentação. Cada item avaliado possui uma pontuação correspondente, sendo assim, atribui-se nota 0 (zero) para dependência total, 01 para assistência intensiva, 02 para assistência moderada, 03 para assistência mínima e 04 quando não há necessidade de assistência. O escore total do instrumento foi estabelecido da seguinte maneira: zero para pacientes totalmente dependentes e 24 para pacientes totalmente independentes, ou seja, quanto maior a pontuação no teste, maior é o nível de independência (9).

4.AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA): é um processo diagnóstico multidimensional, sistemático, usualmente interdisciplinar, que visa determinar se um idoso é frágil quanto a capacidade e problemas médicos, psicossociais e funcionais, com o objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento global e de longo prazo. São avaliadas as seguintes dimensões: atividades básicas de vida diária, utilizando as Escalas de Katz e o Índice de Barthel; atividades instrumentais de vida diária, utilizando a Escala de Lawton; atividades sociais e suporte; saúde mental e afetiva, utilizando Escalas de depressão em geriatria, e o Inventário de ansiedade de Beck; saúde mental e cognitiva, utilizando o mini exame do estado mental; mobilidade, marcha e equilíbrio, utilizando a Escala de Tinetti, e o Time up and go test; adequação nutricional, com a mini avaliação nutricional (9).

5.AVALIAÇÃO FUNCIONAL BREVE DO IDOSO (AFB): é um instrumento multidimensional composto por onze itens que avaliam áreas específicas, como: visão, audição, função dos braços e pernas, continência urinária, nutrição, estado mental (memória), distúrbio do afeto (depressão), atividades de vida diária, ambiente no domicílio e rede de suporte social (9). O método pode ser aplicado de forma rápida, com baixo custo e fácil compreensão. O teste não possui um escore de pontuação, e cada item avaliado apresenta uma descrição do resultado considerado anormal que serve como parâmetro para realização da avaliação (9).

6.MENSURAÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF): é um instrumento que avalia a incapacidade de pacientes com restrições funcionais decorrentes de variadas origens. O instrumento é composto de dois campos: o motor e o cognitivo. No campo motor existem treze itens para avaliação que se

subdividem em quatro categorias: cuidados pessoais, controle de esfínter, mobilidade/transferência e locomoção. No campo cognitivo existem cinco itens para avaliação que se subdividem em duas categorias: comunicação e cognição social. Para cada item avaliado é atribuído uma nota que varia de 1 a 7 pontos. A pontuação máxima é de 126 pontos, que indica total independência, e a pontuação mínima é de 18 pontos, que indica dependência total. A MIF é um instrumento que é aplicado através de entrevista com o paciente e/ou cuidador, ou ainda pelas observações direta do desempenho das atividades (18).

7.SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE IDOSOS (EASY-CARE) - Elderly Assessment System): trata-se de um instrumento multidimensional que avalia a percepção do idoso com idade a partir de 75 anos em relação a suas capacidades. O EASYcare foi construído a partir de diversos instrumentos de avaliação. De cada instrumento elegeram-se os itens mais discriminatórios e organizou-se um novo instrumento de avaliação multidimensional. As suas principais fontes foram: Índice de Barthel, Dukes OARS, IALD Scale, SF-36 Health Survey, WHO-11 Counties Survey Instrument, Southampton Community Information Project, Geriatric Depression Scale e Cognitive Impairment Test. A pontuação varia entre 3 e 127, sendo que a pontuação mais elevada significa maior incapacidade e a menos elevada maior capacidade (9).

8.ESCALA DE LAWTON & BRODY: desenvolvida por Lawton e Brody, em 1969, é um instrumento que permite medir a incapacidade funcional e serve para planejar e avaliar intervenções em idosos. Os itens de avaliação dessa escala compreendem tarefas como usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem de roupa, uso de transporte, preparo da

medicação e gerir o dinheiro. A pontuação original da escala é dicotômica, ou seja, a pontuação zero (0) significa dependência (incapacidade) e pontuação um (1) independência (capacidade). A escala de Lawton e Brody apresenta diversas versões nos estudos científicos (19).

9.AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PFFEFER - Questionário de Atividades Funcionais - Functional Activities Questionnaire – FAQ: desenvolvido por Pfeffer et al., em 1982, é o instrumento de avaliação das AIVD mais amplamente utilizado em estudos brasileiros envolvendo a população com demência (6). O FAQ avalia o desempenho em dez AIVD's, que envolvem também habilidades cognitivas: controlar as próprias finanças, fazer compras, esquentar água e apagar o fogo, preparar refeições, manter-se atualizado, assistir notícias e discuti-las, manter-se orientado andando pela vizinhança, lembrar-se de compromissos, cuidar de sua própria medicação e ficar sozinho em casa. A pontuação varia de 0 a 30, sendo que quanto menor a pontuação obtida pelo indivíduo, maior a sua independência e autonomia (6). A presença de pontuação superior a 5 sugere a presença de declínio funcional e, portanto, indica a necessidade de uma avaliação mais completa deste idoso (20).

10.MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL – COPM: caracteriza-se por ser uma medida individualizada, realizada através de entrevista semiestruturada, em que o sujeito pontua as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontra em dificuldade (21). É uma medida individual da auto percepção do cliente sobre os problemas encontrados no seu próprio desempenho ocupacional ao longo do tempo.É utilizada para identificar áreas-problema no desempenho ocupacional; oferecer uma quantificação das prioridades de desempenho ocupacional do cliente;

avaliar o desempenho e satisfação relacionados às áreas problemáticas; e medir as mudanças na percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional ao longo do programa de intervenção de terapia ocupacional. A medida abrange três áreas de desempenho ocupacional: atividades de autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade), atividades produtivas (trabalho remunerado ou não, manejo das tarefas domésticas, escola e brincar) e atividades de lazer (ação tranquila, recreação ativa e socialização). Na avaliação atribui-se um grau de importância a essas atividades, que varia numa escala de 1 a 10. O terapeuta pontua, com o cliente, os cinco principais problemas de desempenho ocupacional vivenciados, listando as atividades comprometidas conforme o grau de importância estabelecido. Em seguida, o sujeito auto avalia seu desempenho e satisfação com esse desempenho também por meio de duas escalas de variação de 1 a 10 pontos para as respectivas tarefas funcionais (21).

B) Instrumentos de Medidas de Desempenho: também denominados testes de comprometimento, envolvendo a observação direta do paciente enquanto o mesmo realiza uma dada tarefa. Dentre os instrumentos de medidas de desempenho, estão os relacionados ao equilíbrio corporal, que também se relaciona aos parâmetros para identificar o risco de queda em idosos, pois é o equilíbrio corporal que atua como responsável pela recuperação da estabilidade (6).

1. TESTE DE ALCANCE FUNCIONAL (FUNCTIONAL REACH TEST - FR E LATERAL REACH - LR): instrumento de baixo custo e de fácil aplicabilidade, utilizado para avaliar o alcance funcional anterior e lateral, respectivamente, mensurando o limite da estabilidade quando o indivíduo está na posição

ortostática, o qual identifica as alterações dinâmicas do controle postural. O alcance funcional é definido como a distância máxima que o indivíduo consegue alcançar além do comprimento do seu braço. Tem uma forte associação com o risco aumentado de quedas em idosos, sendo utilizado como um teste preditivo para este evento nesta população. E também, amplamente utilizado para avaliar pacientes com acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, lesão medular, disfunção vestibular, esclerose múltipla e fratura de quadril. Ao lado de uma parede ou superfície, o paciente deve ficar em pé com os seus pés ligeiramente separados (pés alinhados com os ombros). É pedido que ele se incline para frente com o membro superior direito próximo à parede, estendido horizontalmente. Ele deve alcançar o mais longe possível sem retirar os calcanhares do chão e sem usar o outro membro superior como apoio. O paciente deve estar descalço. O resultado do teste é representado pela média, após três tentativas, da diferença entre a medida na posição inicial e a final registrada na régua. Deslocamentos menores que 15 cm indicam fragilidade do paciente e risco de quedas (9) (22). O teste Lateral Reach (LR), reflete a habilidade de controlar o corpo na direção lateral dentro dos limites de estabilidade (22).

2.TIME UP AND GO TEST – TUG (teste de levantar e caminhar cronometrado) Proposto por Podsiadlo e Richardson, no ano de 1991, o teste Timed up and go test avalia o equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças de curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias (23). Seu objetivo principal é avaliar a mobilidade e equilíbrio. O paciente deve levantar-se de uma cadeira, sem o apoio de braços, caminhar três metros com passos seguros e

confortáveis, girar 180°, retornar, sentando-se na cadeira. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado (23). Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são, em geral, independentes e na ausência de história de quedas ou padrão de marcha típico não necessitam ter sua propedêutica estendida. Teste com duração igual ou superior a 20 segundos é indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas. Este idoso deverá ser submetido à avaliação específica da instabilidade postural (24)

3. TESTE DE CAMINHADA – TC6: O Teste da Caminhada de Seis Minutos surgiu na década de 70 com o objetivo de avaliar funcionalmente os portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Pela facilidade de execução e baixo custo, passou então a ser utilizado em outras situações clínicas (25). O teste é simples, bem tolerado e reproduzível, requerendo equipamentos de baixo custo. O objetivo primário do TC6 é determinar a maior distância percorrida, em 06 minutos, em um trajeto plano. O paciente será orientado a andar em ritmo próprio, em um corredor ou pistas circulares, com superfície lisa; e percorrer a maior distância tolerável durante seis minutos, numa velocidade escolhida por ele mesmo, sendo autorizado a interromper a caminhada no caso de fadiga extrema ou algum outro sintoma limitante como a dor torácica, dispneia, palidez, câibras nas pernas, sudorese e claudicação. Geralmente utiliza-se um corredor de 30 metros de comprimento, onde o momento de fazer uma curva deve ser marcado com um cone. A linha de partida, que marca o início e o final de cada volta de 60 metros deve ser marcada no chão utilizando-se uma fita colorida. (26).

4. ESCALA DE BERG - Teste de equilíbrio estático e dinâmico: A escala de equilíbrio de Berg, também chamada *Balance Scale*, criada em 1992 por

Katherine Berg, tem tido ampla utilização para avaliar o equilíbrio nos indivíduos da terceira idade acima dos 60 anos (6). A versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio dos pacientes idosos (27). A Escala de Berg é uma avaliação funcional do desempenho do equilíbrio, baseada em 14 itens comuns do dia a dia que avaliam o controle postural, incluindo o estável e o antecipatório e que requerem diferentes forças, equilíbrio dinâmico e flexibilidade (27). A realização das tarefas é avaliada através da observação e a pontuação varia de 0 a 4, em cada tarefa, totalizando um máximo de 56 pontos (28).

5.SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY – SPPB: é um instrumento para avaliação da capacidade funcional. A SPPB combina dados do teste de equilíbrio estático em pé, de velocidade da marcha em passo habitual, medida em dois tempos, e de força muscular estimada de membros inferiores, medida indiretamente, por meio do movimento de sentar e levantar de uma cadeira. Estes três parâmetros de capacidade, avaliados e interpretados de forma associada, tem sido considerados válidos e como fator preditivo para o desempenho global e dos membros inferiores. Acredita-se que comprometimentos nesta esfera podem contribuir para uma pior qualidade de vida. A adaptação cultural e avaliação da confiabilidade da SPPB para a população idosa brasileira foi feita por Nakano (29).

6.ÍNDICE DE TINETTI: é uma escala de equilíbrio e mobilidade. A mobilidade é a habilidade de se locomover num ambiente, sendo uma função complicada e composta de múltiplas manobras. Estas manobras, por sua vez, dependem de uma integração de múltiplas características: físicas, cognitivas e psicológicas (6). Consiste numa escala de 16 tarefas, compreendido por duas escalas: de

equilíbrio e de marcha, que são avaliadas por meio da observação do examinador. A primeira possui 9 itens: equilíbrio sentado, levantar da cadeira, tentativas de levantar, equilíbrio em pé, equilíbrio ao girar. Já a segunda possui 7: início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos. A cada tarefa a resposta pode ser classificada como: normal:0, adaptável:1 e anormal:2. São atribuídos pontos de 0-2 na realização das tarefas totalizando no máximo 48 pontos. O valor abaixo de 19 pontos e entre 19 e 24 pontos representam respectivamente um alto e moderado risco de quedas (22).

C) Instrumentos de Avaliação de Depressão:

1.INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI – BECK DEPRESSION INVENTORY): Dentre os vários testes psicológicos existentes para avaliar alterações no humor e sintomatologia depressiva, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dos mais utilizados em pesquisa e clínica, sendo aplicado em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. Cada um de seus 21 itens contempla os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Permite diferentes alternativas de respostas que correspondem a níveis crescentes de gravidade da sintomatologia depressiva. Cada item comporta quatro afirmações que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao paciente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que constitui uma medida da intensidade dos sintomas depressivos (31).

2.ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS): A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS) é um instrumento de rastreio,

mais frequentemente utilizado, reconhecido como recurso rápido, simples e útil para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão na velhice. No Brasil, a GDS é bem conhecida e utilizada por pesquisadores e clínicos. Trata-se de escala dicotômica, em que os participantes são convidados a assinalar a presença ou a ausência (sim x não) de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade (32) (33).

3.ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD): vários estudos verificaram que a HAD apresentou boa sensibilidade, consistência interna e especificidade para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão. A escala é de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador (pacientes analfabetos ou com deficiência visual ou motora). Para o preenchimento do instrumento, o indivíduo assinala o item que mais se aproxima do que está sentindo na última semana. Cada um dos itens é pontuado de 0 a 3, dependendo da resposta, perfazendo um total máximo de 21 pontos para cada escala. Em ambas as escalas os valores de 0 a 7 indicavam a ausência de ansiedade ou depressão, entre 8 a 10 indicavam possível caso de ansiedade ou depressão, e iguais ou superiores a 11, presença de ansiedade ou depressão. Dessa forma, o indivíduo poderia não apresentar nenhum desses sintomas, exibir ansiedade e depressão simultaneamente ou revelar somente um dos dois sintomas (34).

D) Instrumentos De Avaliação Cognitiva:

1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE): O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido nos Estados Unidos da América, elaborado por Folstein et al., em 1975, é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al, como sugestivos de déficit cognitivo. Estes autores não apresentam pontos de corte baseados na idade, escolaridade e nem no diagnóstico, discrepando do que é corrente em vários países, inclusive no Brasil. A escolaridade tem recebido atenção especial, sendo alvo de análises efetuadas com diferentes amostras, visando-se principalmente a adequação dos pontos de corte. No final da década de 1980, uma versão do MEEM em língua portuguesa, foi proposta como instrumento de avaliação das funções cognitivas, destinada a pessoas idosas com mais de oito anos de escolaridade adquirida nos primeiros anos de vida. Foi estabelecido, como indicativo de declínio cognitivo, um escore igual ou inferior a 23 pontos. Pontuações entre 24 e 26 foram denominadas como “possibilidade de dúvidas”. A inclusão nos limites de normalidade ocorreria quando a pessoa atingisse 27

ou mais pontos. Salienta-se que alguns itens do MEEM original foram modificados a partir da tradução (35).

2. TESTE DO DESENHO DO RELOGIO: O teste do desenho do relógio é de fácil aplicação e sofre menor influência do grau de alfabetização, aumentando a fidedignidade do teste em pacientes com baixo nível de escolaridade. Avalia diversas funções cognitivas: Memória semântica; Função executiva (planejamento); Linguagem (compreensão do comando); Praxia; Função visuo-espacial. Portanto, é considerado um bom teste de rastreio. Consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias. A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. Considera-se o teste bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2 (6).

Segundo a classificação de Shulman, segue os seguintes resultados: 0 = Inabilidade absoluta de representar o relógio; 1 = O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave; 2 = Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso; 3 = Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora; 4 = Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; 5 = Relógio perfeito, sem erros (6).

3.MONTREAL COGNITIVE ASSESSEMENT - MoCA): é um instrumento de triagem breve que avalia uma ampla gama de funções cognitivas (como as funções executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação) necessários para contribuir com o diagnóstico do comprometimento cognitivo leve (CCL) e de demência. O tempo do teste é estimado em 20 minutos e a pontuação máxima possível é de 30 pontos. O ponto de corte para CCL é de 26 pontos e pontuação acima de 26 é considerada normal. Devido a suas características psicométricas e utilidade nesses casos, este teste foi validado e adaptado em diferentes países. No Brasil, o estudo recente de Memória et al. indicou boas características psicométricas para esse teste (36) (19).

4.EXAME COGNITIVO DE ADDENBROKE – versão revisada (ACE-R): é uma bateria de avaliação cognitiva breve (no máximo 20 minutos de administração), que oferece diversas informações sobre o funcionamento cognitivo global e também de alguns domínios específicos. Ela foi inicialmente idealizada para auxiliar na diferenciação entre doença de Alzheimer (DA) e demência frontotemporal (DFT) em estágios iniciais de demência. No entanto, tem se mostrado cada vez mais útil na avaliação de outras condições clínicas, como o comprometimento cognitivo leve (CCL), doença de Parkinson, degeneração corticobasal, demência vascular subcortical isquêmica, acidente vascular cerebral e em lesões cerebrais crônicas. Também tem sido selecionada como parte da avaliação neuropsicológica. A ACE-R fornece índices distintos para diversos domínios cognitivos, como orientação e atenção (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26

pontos) e habilidade visual-espacial (16 pontos), totalizando 100 pontos para a bateria completa. A bateria também fornece o cálculo da nota para o MEEM (30 pontos) (37).

E) Instrumentos De Avaliação Do Risco De Desenvolver Úlcera De Pressão:

1.ESCALA DE NORTON: Dorren Norton desenvolveu a primeira escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (UP) em 1962, a Escala de Norton. Sendo aperfeiçoada em 1975. É uma escala de avaliação do risco de úlcera de pressão com parâmetros distribuídos por cinco dimensões: condição física, condição mental, atividade, mobilidade e incontinência. A sua pontuação varia de cinco a vinte, sendo que quanto mais baixa for a pontuação maior é o risco(6).

2.ESCALA DE BRADEN: A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, e foi já objeto de vários testes, encontrando-se em uso em vários países. Uma vez desenvolvida nos EUA, onde as características da população são diferentes, tornou-se imperativo traduzi-la, adaptá-la linguisticamente e culturalmente, testar a sua confiabilidade e a sua validade no contexto nacional, antes de proceder à sua implementação. A escala é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de UP, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O

score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa. É considerado de alto risco de desenvolvimento de UP todo o indivíduo que obtiver uma pontuação de 16 ou inferior e de baixo risco o que apresentar uma pontuação igual ou superior a 17 (6).

F) Instrumento ambiental de risco de quedas: Diversos fatores de risco podem ser potenciais agentes determinantes de quedas, e a probabilidade desse evento aumenta à medida que estes fatores se acumulam. Os mesmos podem ser dispostos em dois grupos: **intrínsecos**, que dizem respeito às características inerentes ao indivíduo, como alterações de mobilidade e equilíbrio (descritos no item: Instrumentos de medidas de desempenho) decorrentes do envelhecimento, doenças crônicas e efeitos adversos de medicamentos em uso; e **extrínsecos**, que incluem perigos ambientais, bem como o tipo de atividade exercida. A Escala Ambiental de Risco de Quedas contém questões abordando a segurança de áreas de locomoção, disposição da mobília, iluminação, disponibilidade e acesso aos objetos, nos seguintes locais: quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada e sala. O teste consta de 29 questões, sendo realizada uma pontuação no estudo da seguinte forma: “0” para cada resposta afirmativa e “1” para cada negativa, sendo que quanto maior o escore final maior o risco de quedas (6).

G) Classificação Internacional De Funcionalidade – CIF, Core Set Geriátrico: A CIF é um sistema de classificação que descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, refletindo uma nova abordagem que deixa de focalizar apenas as consequências da doença, mas

também classifica a saúde pela perspectiva biológica, individual e social em uma relação multidirecional. A informação é organizada em duas partes, com dois componentes cada. A parte 1 (Funcionalidade e Incapacidade) consiste dos domínios de Funções do Corpo (b) e Estruturas do Corpo (s) e Atividades & Participação (d). A parte 2 (Fatores Contextuais) é formada pelos Fatores Ambientais (e) e pelos Fatores Pessoais. A descrição da funcionalidade envolve a presença de um qualificador (que funciona com uma escala genérica de 0 a 4, onde 0 é nenhuma deficiência e 4 uma deficiência completa). Este modelo de entendimento da funcionalidade e da incapacidade é fundamental para o diagnóstico clínico das consequências das condições de saúde, atribuições e gestão das intervenções, além da avaliação dos resultados de tratamento (10) (38). Ainda hoje, são escassos os trabalhos na literatura brasileira que utilizam a CIF de maneira quantitativa. A maior parte deles versa sobre os conceitos da classificação e sobre a importância de inserção da ferramenta no campo da saúde. Para aumentar a aplicabilidade da classificação, a solução encontrada foi o desenvolvimento dos *core sets* da CIF. O termo *core set* é da língua inglesa e pode ser traduzido como “conjunto principal” ou “itens essenciais” e refere-se ao conjunto de categorias da CIF que descreve de forma típica a funcionalidade das pessoas com uma determinada condição de saúde. O objetivo do projeto dos *core sets* da CIF é selecionar as categorias da classificação completa que servem como padrões mínimos para a avaliação e documentação da funcionalidade e saúde em estudos clínicos, encontros clínicos e avaliação multiprofissional abrangente. Para correlacionar com os outros instrumentos de avaliação descritos no trabalho, será utilizado a forma breve do Core Set Geriátrico, e ainda, itens

apresentados no trabalho de Santos et al (15), que se propôs validar as categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pessoa idosa.

Como podemos observar, existe uma variedade de escalas com objetivos e finalidade semelhantes, para avaliar as condições de saúde do idoso. Por isso, é imprescindível ter uma atitude crítica e reflexiva acerca da aplicabilidade de cada uma delas, pois a aplicação de uma escala de forma singular poderá não refletir de forma correta as necessidades da pessoa idosa. Sendo necessário a utilização de escalas que se complementam.

O Core Set geriátrico da CIF é o instrumento mais completo no tocante a avaliação geral do idoso, pois são consideradas todas as funções e estruturas do corpo importantes a serem checadas, as atividades mais significativas e relacionadas a capacidade funcional esperada com o envelhecimento, e ainda, leva em consideração aspectos relevantes do ambiente. Por ele ser bem detalhado e amplo, o indicado será a utilização do mesmo por uma equipe formada por vários profissionais.

Das escalas de avaliação das atividades básicas de vida diárias (Índice de Barthel, o Índice de Katz, Medida de Independência Funcional, e o Índice de Autocuidado de Kenny), e das atividades instrumentais de vida diária (Índice de Pfeffer, Índice de Lawton-Brody), relacionam com os itens referentes ao domínio Atividade na CIF.

As avaliações geriátrica ampla (AGA), avaliação funcional breve do idoso (AFB), e o Sistema de Avaliação de Idosos (EasyCare) são avaliações mais amplas e que possuem vários aspectos dos domínios Função e Estrutura do Corpo da CIF.

Já a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), apresenta uma proposta diferente das outras escalas de avaliação, pois avalia quais as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontra em dificuldade. E ainda, oferece uma quantificação das prioridades de desempenho ocupacional do cliente.

No que se refere aos itens avaliados nos instrumentos relacionados as Medidas de Desempenho (Teste De Alcance Funcional, Time Up And Go Test, Teste De Caminhada, Escala De Berg, Short Physical Performance Battery – SPPB, Índice de Tinetti), são contemplados nos domínios Função Psicomotoras, Funções vestibulares, Função proprioceptiva, Funções da mobilidade das articulações, Funções da estabilidade das articulações, Funções da força muscular, Funções do tônus muscular, Funções de controle do movimento voluntário, Funções dos movimentos involuntários, Funções relacionadas com o padrão de marcha, Sensações relacionadas com os músculos e as funções do movimento.

As escalas que pretendem avaliar componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão, identificar sintomas de ansiedade, e avaliar alterações no humor descritas neste trabalho (Inventário de Depressão De Beck, Escala Geriátrica De Depressão, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) corresponde aos seguintes domínios na CIF: Funções da energia e dos impulsos e Funções emocionais. E as escalas relacionadas com a avaliação das funções cognitivas (Mini Mental State Examination, Teste do Relógio, Montreal Cognitive Assessment – Moca, e o Exame Cognitivo de Addenbroke) são correlacionados com: Função da orientação, Funções intelectuais, Funções da atenção, Funções da memória, Funções de

percepção, Funções mentais da linguagem, Funções de experiência pessoal e do tempo, Aprendizagem básica, Adquirir de habilidades, Aplicação do conhecimento e as Tarefas e demandas gerais.

Na CIF, os Fatores Ambientais são constituídos de ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida, porém em tal domínio, não é detalhado as áreas do ambiente do idoso, como vem descrito na Escala Ambiental de Risco de Queda (áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada, sala), que é extremamente importante, visto que diversos fatores de risco podem ser potenciais agentes determinantes de quedas (intrínsecos e extrínsecos).

4. CONCLUSAO:

Existe uma variedade de escalas com objetivos e finalidade semelhantes, para avaliar as condições de saúde do idoso, incluindo o Core Set geriátrico da CIF.

Podemos constatar a extrema importância de um instrumento contemplar os vários aspectos relacionados a vida do idoso (aspectos físicos, psicológicos, emocionais, cognitivos, as suas relações com o outro e com o meio, e o próprio ambiente em que vive e transita. A partir desta avaliação ampla e abrangente, os profissionais de saúde terão condições de traçar ações preventivas, intervir de maneira adequada minimizando ou eliminando os problemas e/ou dificuldades, e também, monitorar o idoso ao longo da sua vida. Porém, como são muitos aspectos e de diferentes áreas do conhecimento, este instrumento deverá ser utilizado por um grupo de profissionais capacitados e treinados.

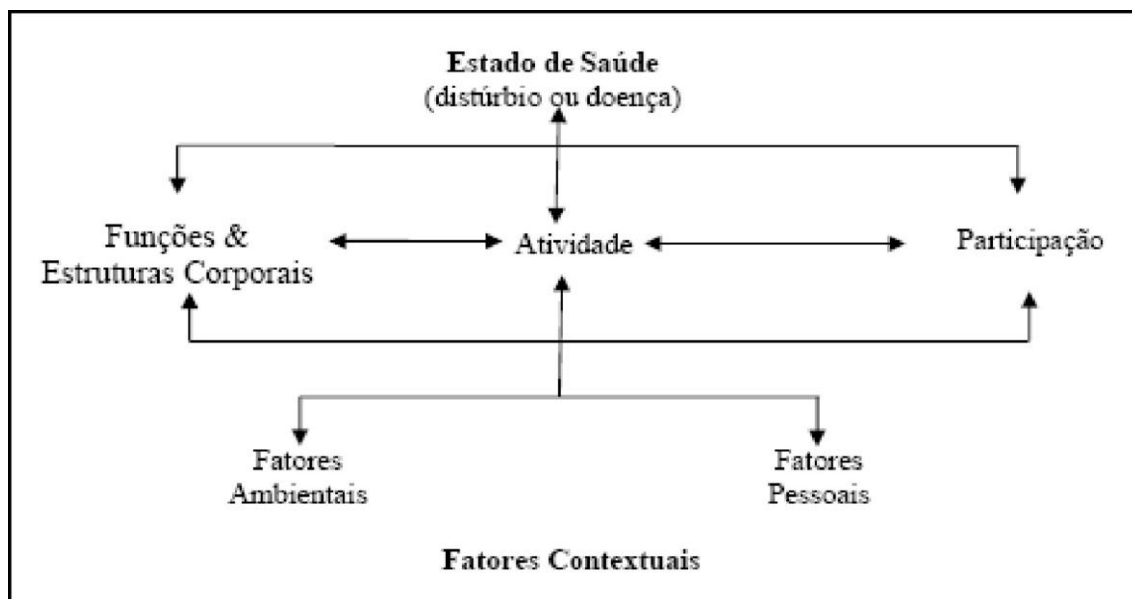
O Core Set geriátrico da CIF é um instrumento amplo, mas teria que ser complementado com a Escala Ambiental de Risco de Queda.

ANEXOS – ELEMENTOS GRÁFICOS:

Figura 01 – Hierarquia das Atividades de Vida Diária <https://futuridade.wordpress.com/page/3/>



Figura 02 - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, 2008 - *Rev Bras Epidemiol*, 2008; 11(2): 324-35 O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade Di Nubila, H.B.V & Buchalla, C.M.



REFERENCIAS

1. Araujo, L.F., Carvalho, V.A.M.L. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. Revista de Humanidades. 2005; 06 (13): 228-236.
2. Moraes, E.N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Coopmed, 2008.
3. Santos, F.H., Andrade, V.M., Bueno, O.F.A. Envelhecimento: Um Processo Multifatorial. Psicologia em Estado. 2009; 14(1):3-10.
4. Moraes, E.N. Processo de envelhecimento e bases de avaliação multidimensional do idoso. Envelhecimento e saúde da pessoa idoso. (151-156).
http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf.
5. Closs V.E., Scwanke, C.H.A. Indicadores demográficos relacionados ao envelhecimento. Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV. 2012. EdiPUCRS.
6. Apóstolo, J. L. A. Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2012
7. Fachine, B.R.A., Trompieri, N. (). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional. 2012; 20(1):106 – 132.
8. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, Maia R, Veras R., Karsch U. Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. 2000. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
9. Bastiani, D., Oltramari, J.D., Lindoso Z.C.L., Resende, T.L., Scwanke, C.H.A. Avaliação funcional do idoso. Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV. 2012. ediPUCRS.
10. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família

de Classificações Internacionais em Portugues, org., Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla, 1 ed., São Paulo, 2015.

11.Di Nubila, H.B.V., Buchalla, C.M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008. 11(2): 324-35

12.Cavalcanti, A., Galvão, C. Terapia Ocupacional - Fundamentação e Prática. Guanabara Koogan.

13.Mendes, K.S.D., Silveira, R.C.C.P., Galvão, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem.2008;17(4): 758 - 764

14.Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Core Set em geriatria. <http://www.icf-core-sets.org/en/page0.php>.

15.Santos, S.S.C., Ilha, S., Barlem, E.L.D., Gautério-Abreu, D.P., Silva, B.T., Alves, I.S. Validação de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pessoas idosas. Revista Rene. 2016; 17(4):475-82.

16.Minosso, J.S.M., Amendola, F., Alvarenga, M.R.M., Oliveira, A.C.O. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. Acta Paulista de Enfermagem. 2010;23(2):218-23. Artigo Original

17.Duarte, Y.A.O., Andrade, C.L., Lebrão, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2007;41(2):317-25. www.ee.usp.br/reeusp/

18.Ribeiro, M., Miyazaki, M.H., Jucá, S.S.H.J., Hatsue, S., Pinto, P.P.N., Battistella, L.R. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. ACTA Fisiátrica 2004; 11(2): 72-76. Artigo original

- 19.Santos, R.L., Júnior, J.S.V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2008; 21 (4) : 290-296 Artigo Original.
- 20.Assis, L.O., Assis, M.G., Paula, J.J., Malloy-Diniz, L.F. O questionário de atividades funcionais de Pfeffer: revisão integrativa da literatura brasileira Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico). Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1. 39
- 21.Caldas, A.S.C., Facundes, V.L.D., Silva, H.J. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2011; 22 (3): 238-244.
- 22.Karuka, A.H., Silva, J.A.M.G., Navega, M.T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Revista Brasileira Fisioterapia, 2011; 15 (6):460-6. Artigo Original
- 23.Zardo, G. S. Tratamento preventivo das quedas do idoso pela análise dos testes: Timed up and Go Test e Get up and Go test. Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida, como requisito para obtenção do título de Fisioterapeuta. Orientador: Prof.º Jorge Barboza, 2008.
- 24.Rodacki, A.L.F., Sabchuk, R.A.C., Bento, P.C.B. Comparação entre testes de equilíbrio de campo e plataforma de força. Revista Brasileira Medicina do Esporte. 2012, 18 (6) Artigo Original.
- 25.Silva, L.G., Pontes, C.S. Teste da Caminhada de Seis Minutos para Pacientes Cardiopatas sob a Óptica do Fisioterapeuta. 2006.
<http://interfisio.com.br/?artigo&ID=271&ur>
- 26.Soares, M.R., Pereira, C. A. de C. Teste de caminhada de seis minutos: valores de referência para adultos saudáveis no Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2011;37(5):576-583.
- 27.Silva, A., Almeida G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., Mello, M. T. Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos

Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos. Revista Brasileira Medicina do Esporte. 2008;14(2).

28.Santos, G. M., Souza A. C. S., Virtuoso, J. F., Tavares, G. M. S, Z. Mazo, G. Valores preditivos para o risco de queda em idosos praticantes e não praticantes de atividade física por meio do uso da Escala de Equilíbrio de Berg. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2011; 15 (2): 95-101. Artigo Original

29.Nakano, M.M. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. 2007.

30.Gorestein, C., Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.

31.Oliveira, K.L.O., Santos, A.A.A., Cruvinel, M., Néri, A.L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. Psicologia em Estudo, 2006;11 (2):351-359.

32.Batistonil, S.S.T., Neril, A.L., Cupertinoil, A.P.F.B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. Revista de Saúde Pública 2007;41(4):598-605

33.Almeida, O.P., Almeida, S.A. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala Geriátrica de depressão (GDS) – versão reduzida. Arquivo de neuropsiquiatria, 1999; 57 (2-B): 421 – 426

34.Marcolino, J.A.M., Mathias, L.A.S.T., Luiz Piccinini Filho, L.P.F., Guaratini, A.A., Suzuki, F.M., Alli, L.A.C. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2007; 57: 1: 52-62

35.Melo, D.M.M., Barbosa, A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(12):3865-3876

- 36.Sarmiento, A. L. R. Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
- 37.Carvalho, V.A., Caramelli, P. Estimulação Cognitiva para idosos. Capítulo 13. 2013. Atheneu.
- 38.Castanedal, L., BergmannII, A., Bahi, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2014; 437-451
- 39.Santos, S.S.C., Ilha, S., Barlem, E.L.D., Gautério-Abreu,D.P., Silva, B.T., Alves, I. S. Validação de categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pessoas idosas. Revista Rene. 2016; 17(4):475-82.