

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Ana Cristina Gularte

**PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUE ACESSA
UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO**

Santa Maria, RS
2022

Ana Cristina Gularte

**PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUE ACESSA
UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Melissa Agostini Lampert

Santa Maria, RS
2022

Gularte, Ana Cristina
PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUE ACESSA
UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO / Ana Cristina Gularte.-
2022.
65 p.; 30 cm

Orientadora: Melissa Agostini Lampert
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2022

1. Idoso 2. Serviços de Reabilitação 3. Epidemiologia
4. Avaliação Geriátrica I. Lampert, Melissa Agostini II.
Título.

Ana Cristina Gularte

**REABILITAÇÃO GERIÁTRICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FUNCIONAL DE
UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DE UM HOSPITAL ESCOLA DO RIO
GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao curso Mestrado em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

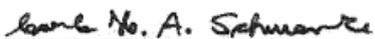
Aprovado em 13 de outubro de 2022.



Melissa Agostini Lampert, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)



Carla Helena Augustin Schwanke, Dra. (PUCRS)

SANTA MARIA, RS

2022

Dedico este trabalho aos meus pais, JOÃO e JUREMA, por acreditarem nos meus sonhos e me darem o suporte necessário durante toda minha vida. Aos meus filhos, LUANA e BERNARDO, por aceitarem a minha distância temporária, incentivando-me e apoiando-me. Ao meu esposo, GILSON, por ser companheiro durante minha caminhada acadêmica e profissional.

AGRADECIMENTOS

Nestes anos de estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Primeiramente, agradeço a *Deus*, por iluminar meu caminho, fortalecendo-me e permitindo que eu obtivesse mais essa vitória.

A minha avó, *Iracema*, aos meus pais, *João e Jurema*, e aos meus irmãos, *Andréa e André*, pela compreensão, ao serem privados, em muitos momentos, da minha companhia e atenção, e pelo profundo apoio, estimulando-me nos momentos mais difíceis.

A vocês, *Luana, Bernardo e Gilson*, minha família, meu porto seguro! Sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar e pela felicidade que tenho.

Um agradecimento especial à Prof^a. Dr^a. *Melissa Agostini Lampert*, minha orientadora, pela pessoa e profissional exemplar que é. Obrigada por sua dedicação, por ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo destes anos de trabalho.

Minha gratidão especial a *Thamara Graziela Flores*, a quem considero essencial na concretização deste trabalho. Essa amiga que o mestrado trouxe, companheira de projetos, com quem compartilhei tanto preocupações, aflições e muito trabalho quanto descobertas e conquistas durante esta caminhada. Amizade que se inicia e espero que perdure ao longo das nossas vidas.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho, do serviço de Gastroenterologia do HUSM, em especial ao *Edenilson, Lucien, Rudinei e Viviane*, pela amizade e, principalmente, por tornarem possíveis os ajustes de escala, possibilitando meu melhor desempenho acadêmico.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

RESUMO

PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUE ACESSA UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO

AUTOR: Ana Cristina Gularte

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Melissa Agostini Lampert

Do aumento da expectativa de vida da população mundial emerge a necessidade de atenção por parte da sociedade e dos sistemas de saúde de encontrar uma forma de se adequar a essa nova realidade. É importante “pensar, discutir, planejar e implementar” ações que promovam a qualidade de vida dessa população. Nesse sentido, a reabilitação surge como alternativa viável, pois é um conjunto de ações que auxiliam na preservação da funcionalidade, autonomia e da independência do sujeito. Objetivo: caracterizar o atendimento prestado à pessoa idosa em uma unidade de reabilitação, a partir das premissas da reabilitação geriátrica, buscando qualificar abordagens multiprofissionais que visem diminuir perdas funcionais. Metodologia: trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, por meio da análise documental, de pessoas idosas em programa de reabilitação em um hospital-escola. Foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, grupo familiar, escolaridade, ocupação e cor ou etnia), hábitos de vida (alcoolismo, tabagismo, atividade física e sexual), avaliação funcional por meio de escalas e instrumentos (Miniexame do Estado Mental, Teste de Fluência Verbal, Índice de Massa Corporal, Circunferência de Panturrilha, Escala de Depressão Geriátrica, Índice de Katz, Escala de Lawton, Time up and go test, entre outros). Também foram identificados os dos profissionais assistentes. Os dados foram plotados em planilha Excel e analisados por meio do programa Estatístico SPSS (Versão 21.0). Resultados: Total de 47 idosos que foram atendidos no serviço – 55,3% homens, de cor branca, 93,6%, com idade média geral de 69,87 anos. A maioria das pessoas idosas tinha como estado civil casado (57,4%), em que 57,9% eram aposentados e 55,3% tinham ensino fundamental incompleto. Os hábitos de vida foram avaliados em 63,8% dos pacientes, destes, 13,3% eram fumantes ativos, 10% faziam uso de bebida alcoólica, 20% praticavam atividade física e referiram ter uma vida sexual ativa. A prevalência das doenças de base foi de doença cardiovascular (n=11), doença pulmonar (n=10), doença osteoarticular (n=10), neoplasia (n=7), entre outras. Em relação às comorbidades associadas, a maior prevalência foi de doenças cardiovasculares (74,4%), endócrinas (34,1%), osteoarticular e psiquiátricas (19,2%) cada, pulmonar (17%), entre outras. A análise de circunferência de panturrilha identificou a mediana de 36,50 (mínima de 30, máxima de 42 - média 36,08 [±3,70]), em que a maioria das pessoas idosas apresentou CP >31 cm. A polifarmácia chegou a 91,5%. Os atendimentos na unidade de reabilitação foram feitos, em sua maioria, por fisioterapeuta, enfermeiro e geriatra. Conclusão: Este estudo delineou o perfil clínico funcional dos idosos na reabilitação e os profissionais envolvidos na reabilitação geriátrica. Vislumbra-se que novos estudos sejam feitos, e, a partir daí, invista-se mais na complexidade do atendimento direcionado à reabilitação geriátrica, conforme preconizam as diretrizes pertinentes.

Palavras-chave: Idoso. Serviços de Reabilitação. Epidemiologia. Avaliação Geriátrica.

ABSTRACT

CLINICAL AND FUNCTIONAL PROFILE OF THE ELDERLY WHO ACCESS A REHABILITATION UNITY

AUTHOR: Ana Cristina Gularte
ADVISOR: Prof^a. Dr^a. Melissa Agostini Lampert

From the increase in life expectancy of the world population emerges the need for attention on the part of society and health systems to find a way to adapt to this new reality. It is important to “think, discuss, plan and implement” actions that promote the quality of life of this population. In this sense, rehabilitation emerges as a viable alternative, as it is a set of actions that help to preserve the subject's functionality, autonomy and independence. Objective: to characterize the care provided to the elderly person in a rehabilitation unit, based on the premises of geriatric rehabilitation, seeking to qualify multiprofessional approaches that aim to reduce functional losses. Methodology: this is a quantitative, descriptive research, through document analysis, of elderly people in a rehabilitation program in a teaching hospital. Sociodemographic variables were analyzed (age, gender, marital status, family group, education, occupation and color or ethnicity), life habits (alcoholism, smoking, physical and sexual activity), functional evaluation by means of scales and instruments (Mini Mental State Examination, Verbal Fluency Test, Body Mass Index, Calf Circumference, Geriatric Depression Scale, Katz Index, Lawton Scale, Time up and go test, among others). Those of the attending professionals were also identified. The data were plotted in an Excel spreadsheet and analyzed using the SPSS Statistical program (Version 21.0). Results: A total of 47 elderly people who were treated at the service, 55.3% were men, 93.6% were white, and the overall mean age was 69.87 years. Most of the elderly people had as marital status married 57.4%, where 57.9% were retired and 55.3% had incomplete elementary school education. Life habits were evaluated in 63.8% of the patients; of these, 13.3% were active smokers, 10% used alcoholic beverages, 20% practiced physical activity, and reported having an active sex life. The prevalence of underlying diseases was of cardiovascular disease (n=11), lung disease (n=10), osteoarticular disease (n=10), cancer (n=7), among others. Regarding associated comorbidities, the highest prevalence was of cardiovascular disease 74.4%, endocrine 34.1%, osteoarticular and psychiatric 19.2% each, pulmonary 17%, among others. The calf circumference analysis identified a median of 36.50 (minimum 30, maximum 42-median 36.08 (± 3.70)), where the majority of the elderly had CP >31 cm. Polypharmacy reached 91.5%. The care provided in the rehabilitation unit was mostly provided by physical therapists, nurses, and geriatricians. Conclusion: This study outlined the clinical and functional profile of the elderly in rehabilitation and the professionals involved in geriatric rehabilitation. It is envisaged that new studies will be carried out, and from there, more investment will be made in the complexity of care directed to geriatric rehabilitation, as recommended by the relevant guidelines.

Keywords: Elderly. Rehabilitation Services. Epidemiology. Geriatric Assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
1.1 OBJETIVO.....	11
1.1.1 Objetivo Geral.....	11
1.1.2 Objetivos Específicos.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 ENVELHECIMENTO.....	12
2.2 ASPECTOS FUNCIONAIS.....	13
2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO.....	15
2.4 INTERDISCIPLINARIDADE E A SAÚDE DO IDOSO.....	16
2.5 CONCEITUANDO A REABILITAÇÃO.....	17
2.6 REABILITAÇÃO GERIÁTRICA.....	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	22
3.1 DELINEAMENTO.....	22
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	22
3.3 POPULAÇÃO.....	22
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
3.6 AMOSTRA.....	23
3.7 VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	23
3.8 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	23
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	25
4 RESULTADOS.....	26
4.1 ARTIGO SUBMETIDO.....	26
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	54
ANEXOS.....	59

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento na expectativa de vida da população mundial, a sociedade e os sistemas de saúde buscam adaptações para enfrentar essa nova realidade. Estima-se que no ano de 2039 nosso país terá a taxa de crescimento negativa, ou seja, diminuição do número de nascimentos, favorecendo o envelhecimento populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018). Dentre os estudos epidemiológicos abordados na atualidade, estão o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), isso porque as DCNT surgem como grande dificuldade à saúde mundial, por elevar os índices de mortes prematuras e da diminuição da qualidade de vida e da funcionalidade dos indivíduos (ROUQUAYROL; SILVA, 2018).

A funcionalidade da pessoa idosa é um parâmetro que permite avaliar e qualificar o estado de saúde do indivíduo. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) compactua com a importância da avaliação funcional sob forma de analisar e quantificar o nível de dependência do indivíduo, bem como quais ações devem ser implementadas a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006). Para isso, indica-se uma avaliação multidimensional, elencando não só a saúde física e mental, mas também as condições sociais e comportamentais, identificando principalmente os fatores de risco modificáveis (MELO; SILVA; MONTENEGRO, 2020).

A avaliação da capacidade funcional se dá por meios de instrumentos/escalas que são capazes de identificar perdas funcionais nas suas distintas categorias. As atividades básicas de vida diária (ABVD), definidas inicialmente por Katz (1963), incluem ações direcionadas ao autocuidado e locomoção. Lawton e Brody (1969) descrevem as atividades instrumentais de vida diárias (AIVD) como sendo a realização de tarefas domésticas, uso de aparelhos eletrônicos, controle financeiro, entre outros. Reuben e Solomon (1989) descrevem as atividades avançadas de vida diária (AAVD), exigindo mais habilidades por parte das pessoas idosas. Dentre as AAVD estão o convívio social mútuo, a tomada de decisões, capacidade de dirigir, ou seja, o indivíduo possui plenos poderes de gerir sua vida (REUBEN; SOLOMON, 1989; REUBEN et al., 1990).

A avaliação da capacidade física e da mobilidade podem ser feitas por meio do *Timed Up and Go Test* (TUGT), da avaliação da força de preensão palmar, pela velocidade de marcha etc. (FREITAS; COSTA; GALERA, 2018; SANTOS; CENDOROGLIO, 2021). Para analisar os domínios cognitivos existem instrumentos de rápida aplicação e de grande importância, como o Miniexame do estado mental (MEEM), teste de Fluência Verbal (TFV), entre outros.

Já a condição emocional é avaliada frequentemente pela Escada de Depressão Geriátrica (GDS), sendo considerado “padrão ouro” para avaliar indicadores de depressão em pessoas idosas (BARBOSA; GONDIM; MENEZES, 2020; FREITAS; COSTA; GALERA, 2018; SANTOS; CENDOROGLO, 2021).

Dadas as devidas avaliações e condutas, dentre os caminhos a serem determinados está a reabilitação do idoso. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação é um conjunto de ações que auxiliam na preservação da funcionalidade, visando à manutenção da autonomia e da independência do sujeito. É um processo complexo que visa reestabelecer a saúde física e emocional da pessoa com deficiência ou com alterações funcionais e independente da causa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Para que o processo de reabilitação seja resolutivo é necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar, desde o diagnóstico clínico funcional do paciente até o plano terapêutico a ser estabelecido. O cuidado prestado deve ser com base em uma avaliação ampla, mantendo a proposta da multidisciplinaridade, em que, independente da abordagem de cada profissional, todos tenham papel nesse processo terapêutico. Portanto, a reabilitação não compete em apenas ações de cunho técnico, mas exige um trabalho dinâmico, social e educativo (CHAMLIAM, 2010; DE MARTINI, 2011).

Nessa perspectiva, a reabilitação da pessoa idosa emerge com uma proposta de atendimento especializado, tendo como estratégia a promoção do “envelhecimento saudável, ativo e funcional”. Com isso, a reabilitação geriátrica é capaz de reduzir as complicações causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na funcionalidade e na autonomia do idoso (DURCE, 2020).

O relatório mundial sobre a deficiência fornecido pela Organização Mundial de Saúde (2012) profere que em dado momento o processo de envelhecimento humano pode desencadear algum tipo de deficiência. Nesse contexto, quanto mais idoso o indivíduo se torna, maior a probabilidade de manifestar alguma perda funcional. Portanto, seja a deficiência uma incapacidade temporária ou permanente, os programas de reabilitação devem atender essa demanda da sociedade, contemplando desde os cuidados preventivos até os cuidados terapêuticos (SCHWAN; NEUHAUS; BETANCUR, 2020).

Conhecer os dados epidemiológicos sobre o envelhecimento populacional não é suficiente se não forem elencadas medidas resolutivas cabíveis à manutenção e à promoção da capacidade funcional da pessoa idosa. Sendo assim, faz-se mister entender o contexto do envelhecimento, principalmente o impacto deste na qualidade de vida da pessoa idosa, reverberando a importância das ações de promoção da manutenção da saúde dessas pessoas.

Esses processos devem atender à demanda desde a manutenção da condição clínica até a reabilitação funcional.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar a atenção prestada à pessoa idosa em uma UR de um hospital-escola, a partir das premissas da reabilitação geriátrica, buscando qualificar abordagens multiprofissionais que visem diminuir perdas funcionais.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil clínico e funcional de idosos em acompanhamento em uma UR;
- Identificar os instrumentos e/ou escalas utilizadas na avaliação dos idosos durante atendimento na UR;
- Identificar as categorias profissionais envolvidas na abordagem de idosos em uma UR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

A Política Nacional da Pessoa Idosa (PNPI) define como pessoa idosa o indivíduo com 60 anos ou mais, independente de sua condição funcional. Contudo, atualmente, a idade é considerada um mero marcador de tempo, pois a maior expectativa de vida também possibilita que os idosos funcionalmente ativos se mantenham mais tempo no mercado de trabalho e em atividades afins. Portanto, o envelhecimento é considerado um processo “irreversível, natural e individual”, que vem entremeado pelo decréscimo de múltiplas funções orgânicas e sociais (CAMARANO; KANSO, 2018).

A característica fisiológica do envelhecimento humano é o declínio constante dos três maiores sistemas de comunicação do corpo: o sistema imune, endócrino e o sistema nervoso. Existem diversas variáveis associadas ao processo de envelhecimento, destacando-se o distinto “perfil imunológico” do indivíduo idoso, isso porque se sabe que ele sofre modificações ao longo da vida, tornando-se menos eficiente (PAWELEC, 2012; CHOU; EFFROS, 2013). Todo esse processo é caracterizado por uma evolução contínua e complexa do sistema imunológico, acarretando distintas alterações moleculares e fisiológicas. Essa remodelação é proveniente de fatores genéticos e ambientais, permeados pelos padrões de vida de cada indivíduo ao longo da vida, desencadeando consequentemente efeitos deletérios ao organismo (CHOU; EFFROS, 2013).

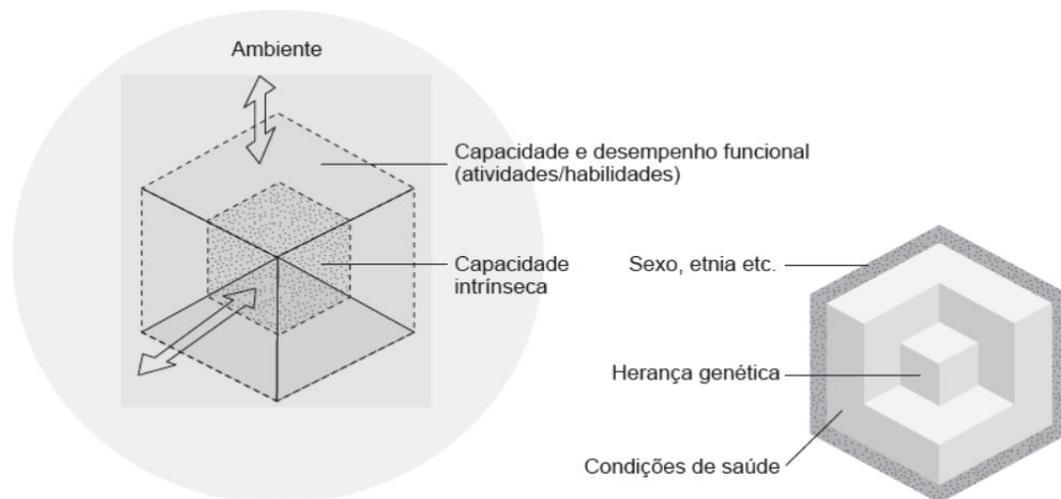
Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, o envelhecimento biológico ocorre ao longo da vida, e se dá a partir de alterações típicas do detrimento celular. Assim, o passar dos anos resulta em uma queda fisiológica dos sistemas, favorecendo o risco de desenvolver doenças e apresentar perdas funcionais. Contudo, essas alterações não são constantes, dependendo de circunstâncias que vão além da idade, tais como condições emocionais, hábitos de vida, entre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

O envelhecimento biológico tem por característica um fluxo brando, atingindo lentamente todos os sistemas do corpo, o que, com o passar dos anos, leva a um desequilíbrio. Todo esse curso é conhecido como *senescência*. Mesmo com determinada perda funcional, o processo de senescência ainda possibilita que o indivíduo permaneça ativo, pois não é considerada uma doença, apenas uma deterioração orgânica. É importante salientar que tais reduções funcionais são diferentes em cada indivíduo e em cada sistema, não afetando

necessariamente todos os órgãos ao mesmo tempo, nem todos os indivíduos na mesma idade (BARSANO; BARBOSA; GONÇALVES, 2014).

O envelhecimento saudável é definido pela OMS como um “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”. Já a capacidade funcional é definida a partir da combinação entre as condições ambientais/sociais e as condições físicas/mentais do indivíduo (capacidade intrínseca) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Figura 1 – Conceito de envelhecimento saudável proposto pela OMS



Fonte: Adaptada de OMS (2015).

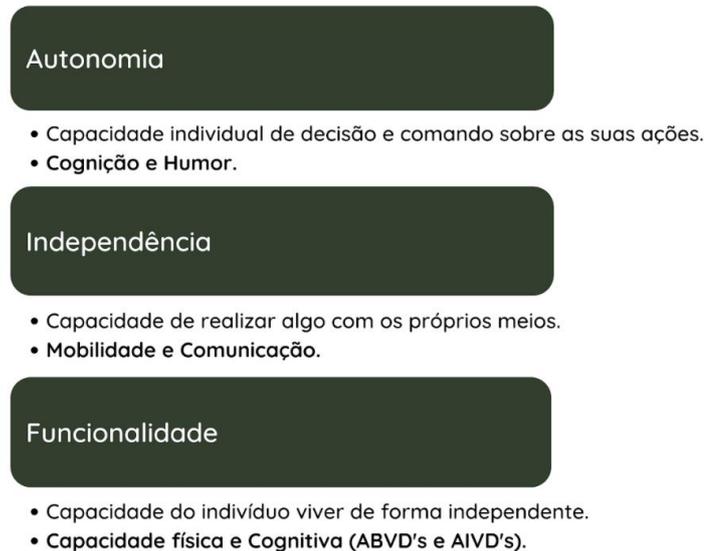
Nesse sentido, o envelhecimento saudável é visto além da complexidade do processo de senescência, pois ele é direcionado a todas as pessoas idosas, portadoras ou não de patologias e complicações. Dessa forma, o processo de envelhecimento saudável vislumbra além da funcionalidade, remetendo à produção de possibilidades, em que o objetivo primordial é a qualidade de vida durante todo o envelhecimento (BEARD et al., 2016).

2.2 ASPECTOS FUNCIONAIS

A PNPI tem como parte das suas estratégias “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos”, desenvolvendo ações de saúde individuais e coletivas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Para tanto, as atividades

direcionadas à saúde da população idosa devem possibilitar a promoção, manutenção e recuperação da funcionalidade e da autonomia do sujeito (BRASIL, 2019).

Figura 2 – Conceitos básicos sobre autonomia, independência e funcionalidade



Fonte: Elaborada pela autora.

Por definição, entendemos como capacidade funcional a habilidade que o indivíduo tem para realizar atividades que permitam o autocuidado e viver de forma independente, englobando, então, as AVD ou ABVD, AIVD e as AAVD (PERRACINI; GUERRA; PEREIRA, 2019).

As AVD ou ABVD fazem parte de um conjunto de atividades que o indivíduo é capaz de realizar para manutenção da sua autonomia e da independência. As ABVD elencam as ações direcionadas ao autocuidado (alimentação, higiene pessoal, controle esfinteriano, entre outras) e a locomoção (caminhar ou se mobilizar, seja sozinho ou com acessórios) (KATZ, 1963; PERRACINI; GAZZOLA, 2019).

Já as AIVD são definidas como capacidade de adaptação do indivíduo ao seu ambiente de convívio, sendo indispensável um bom domínio cognitivo, emocional e social. Dentre as AIVD estão as tarefas domésticas, capacidade de comunicação, uso de aparelhos eletrônicos, controle financeiro etc. (LAWTON; BRODY, 1969; PERRACINI; GAZZOLA, 2019).

Entre 1989 e 1990, foram classificadas as AAVD, que se traduzem como atividades de grau mais elevado, exigindo mais habilidades por parte dos idosos. Assim, pertencem ao

conjunto das AAVD todas as ações que permeiam convívio social mútuo, tomada de decisões, capacidade de dirigir, conduzir grupos, ou seja, o indivíduo possui plenos poderes de gerir sua vida (REUBEN; SOLOMON, 1989; REUBEN et al., 1990).

A medida da capacidade funcional da população idosa se configura como um indicador de saúde mais amplo que a morbidade em si, uma vez que apresenta intrínseca correlação com a qualidade de vida. Outro aspecto relevante a ser destacado na avaliação da capacidade funcional dos idosos é o papel que esse elemento tem de permitir a escolha de uma adequada intervenção e monitorização da situação clínica e funcional de idosos (PINTO et al., 2016).

2.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

A PNPI compactua com a importância da avaliação funcional sob forma de analisar e quantificar o nível de dependência do idoso, bem como quais ações devem ser implementadas a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável. Para isso é indicado uma avaliação multidimensional, elencado não só a saúde física e mental do indivíduo, mas também as condições sociais e comportamentais, identificando principalmente os fatores de risco modificáveis (MELO; SILVA; MONTENEGRO, 2020).

Para uma adequada avaliação da capacidade funcional, os profissionais têm à disposição diversos instrumentos/escalas, que possibilitam a identificação de perdas funcionais e cognitivas, o nível de perda e suas distintas categorias. A escolha do instrumento a ser aplicado deve partir dos seguintes pressupostos: perfil do indivíduo será avaliado (idoso ativo, frágil, pré-frágil, entre outros), tempo para aplicação do instrumento e o domínio do profissional que aplicará o teste. Atualmente, dezenas de instrumentos estão à disposição dos profissionais, subdivididos em campos específicos, entre eles, os BOMFAQ, Índice de Katz, Escala de Barthel, Escala de Lawton e Brody, IVCF-20, MIF, WHODAS 2.0 etc. (FREITAS; COSTA; GALERA, 2018; GUIMARÃES et al., 2018; PERRACINI; GAZZOLA, 2019). As ABVD são avaliadas com mais frequência por meio da escala de Katz e escala de Barthel; já as AIVD podem ser avaliadas por meio da escala de Lawton, escala de Pfeffer, entre outras. A avaliação da capacidade física pode ser feita por meio do TUGT, da avaliação da força de preensão palmar, pela velocidade de marcha, entre outros (FREITAS; COSTA; GALERA, 2018; SANTOS; CENDOROGLIO, 2021).

Para analisar os domínios cognitivos existem instrumentos de rápida aplicação e de grande importância, como o MEEM, TFV, teste do Desenho do relógio. Para a condição emocional, o instrumento mais utilizado atualmente é a GDS, sendo de fácil aplicação e

entendimento, pois o paciente precisa apenas responder com SIM/NÃO (BARBOSA; GONDIM; MENEZES, 2020; FREITAS; COSTA; GALERA, 2018; SANTOS; CENDOROGLO, 2021).

A mobilidade do idoso pode ser avaliada por meio do TUGT – teste de levantar e andar, em que o paciente deve se levantar da cadeira (reta e descanso para as costas), caminhar por 3 metros; após isso, o paciente deve girar 180 graus, retornar para o mesmo local e sentar-se novamente na cadeira. Esse teste permite avaliar o equilíbrio do paciente sentado e durante a caminhada. O TUGT – teste de levantar e andar cronometrado, é uma adaptação do anterior, que avalia o tempo de realização do percurso com intuito de estimar o risco de queda do paciente. O Teste de equilíbrio e marcha de Tinetti avalia a presença de instabilidade postural e alteração de marcha, isso porque quando o idoso apresenta alterações nesse instrumento, possui maior risco para quedas. Uma das causas da Instabilidade postural é a sarcopenia, pois atinge diretamente o equilíbrio e a mobilidade do idoso (FREITAS; COSTA; GALERA, 2018).

A sarcopenia é uma condição multifatorial, que tem como característica a perda progressiva e generalizada de massa muscular, estando diretamente ligada ao processo de senescência. Muitas são as causas dessa condição, dentre elas estão o sedentarismo, ingestão proteica insuficiente, alterações hormonais, deficiência de vitamina D, entre outras (BERLEZI et al., 2019; KITNER; CAMPOS; BALDASSO, 2020; LANDI et al., 2015). Existem diversos métodos que podem ser adotados para a avaliação da sarcopenia; o importante é que o profissional assistente esteja habilitado para avaliar o paciente idoso. Desses, a AGA apresenta muitos elementos capazes de identificar essa condição clínica, assim como exames de imagem, medida da circunferência da panturrilha, testes de força muscular e de velocidade de marcha (DUARTE; AMARAL, 2020; KITNER; CAMPOS; BALDASSO, 2020, MARZETTI, 2017).

2.4 INTERDISCIPLINARIDADE E A SAÚDE DO IDOSO

A ciência que estuda o envelhecimento é conhecida como “gerontologia”, e apresenta dentre suas principais características a multidisciplinaridade. Essa área do conhecimento tem evoluído muito com o passar das décadas, sempre buscando estabelecer uma relação entre o objeto de estudo e a ciência. Todos os conceitos descritos pela gerontologia são transversais e passíveis de constantes modificações, ampliando a atribuição da ciência para além da teoria, ultrapassando quaisquer sentidos preestabelecidos (DE SÁ et al., 2017).

Para Diogo (2000), dentre os aspectos fundamentais para a obtenção do sucesso durante o processo de reabilitação geriátrica, está a atuação de uma equipe multidisciplinar, com ações

estruturadas e com foco na educação em saúde. O processo de envelhecimento dentro de sua complexidade exige profissionais cada vez mais capacitados e habilitados para atender às demandas necessárias.

Na perspectiva da interdisciplinaridade em reabilitação geriátrica, o “*pensar*” a assistência como olhar individualizado torna a perspectiva de cuidado menos efetiva, vista a amplitude das patologias que cercam o idoso. De Martini (2011) aborda a reabilitação pelo ponto de vista mais ampliado, reverberando a importância da interdisciplinaridade, em que a diversidade de técnicas e condutas devem ser discutidas e adotadas seguindo a melhor perspectiva de cuidado.

O conjunto de profissionais que faz parte da reabilitação do idoso deve ser qualificada para atenção geriátrica, estruturada e dinâmica, sendo capaz de elaborar o plano terapêutico adequado para cada indivíduo. A equipe multidisciplinar, sempre que possível, deve ser composta por um médico Fisiatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Enfermeiro, Nutricionista, Profissional de Educação Física e Assistente Social, entre outros (CHAMLIAM, 2010).

Na medicina existe a especialidade de Fisiatria, que é direcionada à Medicina Física e de Reabilitação. Esse profissional é capaz de diagnosticar e tratar pacientes com disfunções incapacitantes, sejam transitórias ou permanentes, dos mais diversos sistemas do corpo humano. O Enfermeiro de reabilitação deve reestabelecer a capacidade funcional, por meio da educação em saúde, da assistência em saúde, consulta de enfermagem, coordenação de serviços entre outros. O Fisioterapeuta atua diretamente nos achados clínicos relacionados ao processo de senescência, contribuindo para atenuar as perdas progressivas, reabilitando pacientes desde a redução de danos até a recuperação da funcionalidade e da qualidade de vida. Nessa perspectiva, cada profissional membro do serviço de reabilitação tem seu papel preestabelecido desde a teoria até a prática (CHAMLIAM, 2010; ELIOPOULOS, 2019; CORDEIRO; MAGALHÃES; OLIVEIRA, 2020; SOUZA, 2020).

2.5 CONCEITUANDO A REABILITAÇÃO

A reabilitação é um conjunto de ações que auxiliam na preservação da funcionalidade do indivíduo, visando à manutenção da autonomia e da independência. É um “processo global e dinâmico”, com intuito de restabelecer a condição de saúde física e emocional da pessoa com deficiência ou com alterações funcionais por causas variadas. A reabilitação também compreende ações no ambiente de convívio do indivíduo, podendo adaptar o local conforme

necessidade da pessoa assistida. Esse processo diminui as complicações de muitas doenças incapacitantes, tendo impacto positivo nas questões de saúde (OMS, 2012).

Reabilitar uma pessoa inclui uma amplitude de ações acerca do cuidado, pois engloba desde o diagnóstico clínico até a escolha da terapêutica adequada. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência:

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipes multiprofissionais e interdisciplinares, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação adequados ao nível de complexidade a que se destinam (BRASIL, 2008, p.34).

Ainda, esse processo deve incluir, além da capacidade técnico-profissional, a promoção do acolhimento social, a fim de tornar o indivíduo um ser ativo e consciente do seu processo de recuperação (COELHO; LOBO, 2004).

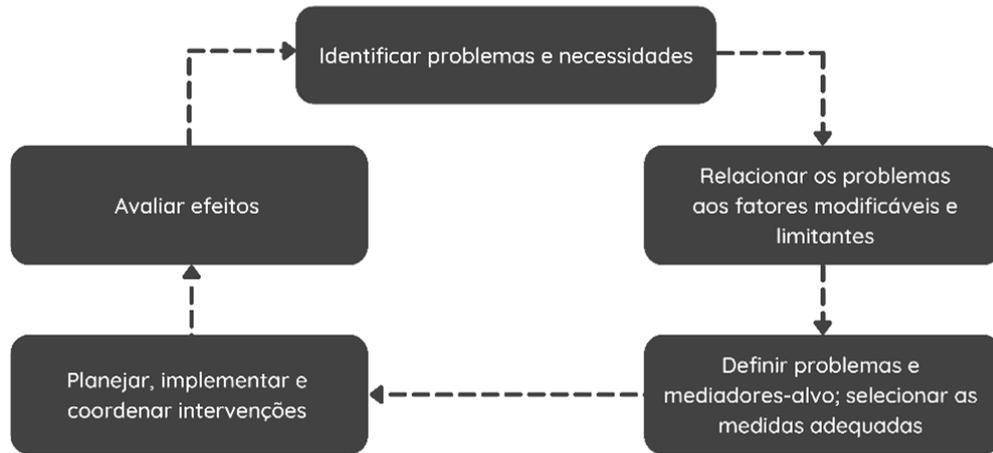
Ao contrário do que muitas pessoas pensam, a reabilitação não reverte nenhuma lesão ou perda causada por acidentes ou patologias, mas é capaz de contribuir na recuperação da funcionalidade do sujeito. O foco da reabilitação é possibilitar a independência, por meio das ações terapêuticas, contudo, depende diretamente da evolução da doença, do apoio social e das comorbidades preexistentes. Nesse sentido, o processo de reabilitação é imprescindível tanto para a qualidade de vida do indivíduo quanto para a sociedade como um todo (ALMEIDA; SAAD; VIEIRA, 2008).

Os indicadores de reabilitação voltam-se às funções e estruturas corporais, fatores socioambientais e a interação. Isso tudo tem como intuito a manutenção e promoção da funcionalidade adequada à necessidade individual, como a prevenção da perda funcional, redução do ritmo de perda funcional, recuperação ou adequação da funcionalidade, manutenção da função atual. Esse processo de reabilitação preventiva, que promove a prevenção e delonga perdas funcionais, é considerado um “conceito ampliado de reabilitação”, pois não foca somente nas sequelas ou perdas preexistentes (BRASIL, 2019).

O curso da reabilitação segue alguns passos naturais no cuidado à saúde, tendo suas especificidades em acordo com as necessidades de cada paciente. No primeiro momento é realizado o diagnóstico da patologia, deficiência ou incapacidade existente, definido e avaliado o prognóstico e o potencial de reabilitação do paciente. A partir disso é possível realizar o planejamento e a prescrição do tratamento, que ocorrem da seguinte maneira: prevenção do descondicionamento físico e psicológico, das sequelas decorrentes do imobilismo e isolamento

próprios da lesão; facilitação dos processos de recuperação e regeneração natural; estímulo, maximização e compensação das capacidades residuais, e, se possível, promoção da integração socioprofissional (RIBEIRO; BARTER, 2010).

Figura 3 – Ciclo indicado pela OMS (2012) referente ao processo de reabilitação



Fonte: Adaptação da OMS (2012).

Para Brumel-Smith (1997), a reabilitação deve seguir os seguintes passos: inicialmente, estabilizar a causa primária e evitar complicações secundárias; recuperar o problema-base; possibilitar adequação ambiental (paciente ambiente/ambiente paciente) e possibilitar ajuste familiar. Nesse contexto, o idoso sempre pode se beneficiar com o processo de reabilitação, contudo, ele tende a apresentar uma resposta mais lenta às intervenções reabilitacionais, devido às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Assim, o programa de reabilitação deve ser especialmente desenhado para respeitar essas características (BEERS; JONES, 2004).

Dentre as ações assistenciais direcionadas aos serviços de reabilitação é possível encontrar uma amplitude de áreas de atuação, entre elas as reabilitações cardíaca, neurológica, pulmonar, reumatológica e física. Para isso é necessário que se desempenhe uma abordagem multidisciplinar, com profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, fonoaudiólogos, entre outros. Esse conjunto de ações, sobrepondo à atenção integral e tendo como pilar o trabalho em equipe, é a base do processo de reabilitação (CHAMLIAN, 2010; MANNE; NASSER; MAITIN, 2016).

2.6 REABILITAÇÃO GERIÁTRICA

Dentre as diretrizes da PNPI serão determinadas ações em nível de atenção primária (prevenção primária, secundária e terciária) e de reabilitação, com intuito de recuperar a autonomia funcional, prevenir o declínio funcional e de recuperação da saúde. Juntamente a isso, essa diretriz engloba ações de controle e prevenção de agravos causados pelas DCNT (BRASIL, 2008).

A reabilitação da pessoa idosa possibilita a preservação e a recuperação da funcionalidade e da autonomia do sujeito. Um idoso bem assistido tem uma boa evolução clínica; por isso, os profissionais têm grandes desafios ao prestar atendimento a esses pacientes – como manter a capacidade funcional e evitar a institucionalização. Os idosos têm necessidades especiais que exigem que o profissional, além da doença existente, considere as mudanças fisiológicas do envelhecimento no planejamento, no desenvolvimento e na implementação da terapêutica (DACHER, 1989; SOUZA; IGLESIAS, 2002).

Nessa perspectiva, a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a redução dos agravos pelas DCNT vão ao encontro da seguinte proposta:

O processo de reabilitação da pessoa idosa visa contribuir para a promoção da autonomia e da independência, fomentar a sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, para assegurar uma cidadania plena. A reabilitação da pessoa idosa focada na devolução de sua capacidade funcional pode ocorrer, dependendo do seu nível de complexidade e necessidade de recursos tecnológicos, em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2019, p.39).

Para que isso seja possível é necessário que os serviços de saúde estejam organizados, que os recursos técnicos e materiais sejam adequados, permitindo avaliação e encaminhamento para o tratamento mais adequado dentro da especificidade de cada idoso.

Durce (2020) descreve a reabilitação geriátrica como uma estratégia de assistência à saúde do idoso, ou seja, ela se torna um facilitador para o envelhecimento ativo e saudável. Nesse sentido, com a reabilitação geriátrica é possível reduzir os impactos das DCNT e das mazelas causadas por complicações agudas, prevenindo e promovendo a funcionalidade e autonomia dos indivíduos.

Dado o aumento da longevidade, muitas pessoas portadoras de deficiências congênitas ou adquiridas entram no índice desse grupo populacional. No estudo de Memetov e Sharknov (2019), acerca das necessidades das pessoas com deficiências na terceira idade, identificou-se uma série de problemas que esse grupo possui quando precisam resolver questões de natureza

médica ou social. Além disso, ressaltam a importância da articulação dos profissionais de saúde tanto na integralidade do cuidado quanto na busca de medidas efetivas para a reabilitação dos aspectos funcionais dessa população.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Este estudo é um recorte do projeto intitulado “Reabilitação geriátrica: perfil epidemiológico de pacientes idosos da UR de um hospital-escola do Rio Grande do Sul”, sob aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, com CAAE “25525919.8.0000.5346”.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, por meio de uma análise documental de prontuários eletrônicos de pacientes idosos em programa de reabilitação, na UR do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O HUSM é filiado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), configurando-se como um hospital de ensino, de atendimento público, com multiespecialidades, sendo essas de nível terciário, tendo como principal característica o atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). O HUSM é referência em atendimento de urgência e emergência no interior do Rio Grande do Sul, abrangendo 45 municípios e atendendo a uma população que ultrapassa o número de 1,2 milhão.

Segundo o setor de estatística do HUSM, anualmente o hospital gera 15.209 internações; 7.053 cirurgias no Bloco Cirúrgico e 17.158 em pequenas cirurgias ambulatoriais; 2.125 partos; 180.439 consultas ambulatoriais atendidas e 210.365 consultas ambulatoriais agendadas. Outrossim, foram realizadas 30.254 consultas no Pronto Socorro (PS) e 1.013.405 exames. Do total de internações ao ano, 4.370 foram de idosos, dos quais mais de 2.000 foram via PS.

3.3 POPULAÇÃO

A população-alvo deste estudo foi composta por pessoas idosas que estiveram em atendimento na UR do HUSM entre os meses de janeiro de 2019 e fevereiro de 2020.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo indivíduos com 60 anos ou mais, que possuíam registros em prontuário pela equipe assistente da UR.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes que não possuíam atendimento na UR, bem como pacientes que não tiveram continuidade no protocolo estabelecido pela reabilitação.

3.6 AMOSTRA

A coleta de dados do estudo foi realizada por meio de prontuários eletrônicos dos pacientes idosos que estiveram em acompanhamento no serviço de reabilitação no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2020.

3.7 VARIÁVEIS DE INTERESSE

As variáveis de interesse (Apêndice A) deste estudo foram: idade, gênero, estado civil, grupo familiar, escolaridade, ocupação e cor ou etnia. Nas variáveis relacionadas aos hábitos de vida estão tabagismo e etilismo, atividade física e sexual. Os dados clínicos foram coletados a partir das seguintes condições: doença de base; comorbidades associadas e polifarmácia (considerando o uso contínuo de 5 ou mais medicamentos). Foram, ainda, categorizados os profissionais assistentes, subcategorizados em: clínica de origem e profissão.

3.8 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a avaliação funcional foram explorados os instrumentos utilizados pelos profissionais que constavam nos prontuários eletrônicos, bem como os resultados encontrados. Para avaliação da função cognitiva foram utilizados o MEEM (Anexo 1) e o TFV.

O MEEM é um teste neuropsicológico que usa como pontos de corte o seguinte: Total = 30 pontos; para analfabetos, 19 pontos; para 1 a 3 anos de escolaridade, 23 pontos; para 4 a 7 anos de escolaridade, 24 pontos; e a partir de 7 anos de escolaridade, 28 pontos (BRASIL, 2007).

O TFV consiste em instruir o participante a dizer o maior número de palavras com determinada letra (exemplo: A), em um determinado período (60 segundos). O resultado da fluência consiste no número de palavras (não repetidas) que o idoso pronunciou, em que 1 (um) foi atribuído aos idosos que listaram 11 ou mais palavras e 0 (zero) aos idosos que listaram 10 ou menos palavras (CHAPMAN, 2017; SUTIN; STEPHAN; TERRACCIANO, 2019).

Para uma avaliação inicial da sarcopenia foi utilizada a circunferência de panturrilha (CP), seguindo o que preconiza o Consenso Europeu, que estabelece o uso da CP na ausência de métodos mais específicos (CRUZ-JENTOFT et al., 2018). A avaliação do estado nutricional foi com base no índice de massa corporal (IMC), utilizando como ponto de corte o que recomenda a OMS, $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$, considerando baixo peso $< 22 \text{ kg/m}^2$, peso adequado ≥ 22 e $\leq 27 \text{ kg/m}^2$ e sobrepeso do $> 27 \text{ kg/m}^2$ (BRASIL, 2018).

O estado emocional foi avaliado neste estudo, em sua maioria, por meio da Escala de Depressão Geriátrica (Anexo 2), em que se observou que 100% dos casos em que foi avaliada a condição emocional foi utilizada a GDS (GDS-5 e/ou GDS-15). A GDS-15 é composta por 15 itens de respostas sim/não, podendo ser utilizada por idosos saudáveis ou com comprometimento físico e/ou cognitivo leve a moderado. A pontuação é considerada, a partir de 0 a 4 pontos, normal; 5 a 8 pontos indicam depressão leve; 9 a 11 pontos indicam depressão moderada, e 12 a 15 pontos indicam depressão grave (YESAVAGE; SHEIKH, 1986). A GDS-5 é uma versão simplificada da GDS-15 (utiliza as 5 primeiras perguntas), possibilitando uma importante redução do tempo de aplicação e mantendo a eficácia do resultado encontrado (HOYL, M. et al., 1999).

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos neste serviço de reabilitação foram utilizados o Índice de Katz (Anexo 3) para as ABVD e A Escala de Lawton (Anexo 4) para as AIVD; além desses instrumentos, foi utilizado o IVCF-20.

O Índice de Katz avalia a capacidade do idoso de realizar atividades como vestir-se, ir ao banheiro, locomoção, continência e alimentação, considerando o valor = 0 para idoso totalmente independente e valor = 6 para idoso totalmente dependente (KATZ, 1963). A Escala de Lawton considera, para valores inferiores a 9, dependência total; 10-15, dependência grave; 16-20, dependência moderada; 21-25, dependência leve; e 25-27, independente (LAWTON; BRODY, 1969). Já o IVCF-20 (Anexo 5) é um questionário que aborda distintas perspectivas do estado de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas, subdivididas em 8 seções: idade (1), autopercepção da saúde (1), incapacidades funcionais (4), cognição (3), humor (2), mobilidade (6), comunicação (2) e comorbidades múltiplas (1). Dessas, cada seção possui um escore próprio, totalizando, no máximo, 40 pontos. Assim, quanto mais alto o valor

encontrado, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES et al., 2016).

O TUG foi utilizado para avaliar o equilíbrio do paciente, tanto na posição sentada como durante a caminhada. Neste, o paciente deve levantar-se da cadeira (reta e descanso para as costas), caminhar por 3 metros; após isso, o paciente deve girar 180 graus, retornar para o mesmo local e sentar-se novamente na cadeira (MATHIAS; NAYAK; ISAACS, 1986). O *Guidelines* do *National Institute of Clinical Evidence* recomenda que a avaliação do TUG seja feita em 4 níveis: Baixo risco de quedas é considerado quando a realização do teste ocorre em até 10 segundos, considerado desempenho normal. Entre 11 e 20 segundos, ainda é considerado baixo risco de quedas, quando se tratar de idosos frágeis ou debilitados (mas independentes na maioria das atividades da vida diária). Moderado risco de quedas é quando a realização do teste está entre 21 e 29 segundos, necessitando, assim, de uma avaliação funcional e indicação de conduta específica. Moderado risco de quedas é quando o período de realização do teste for maior ou igual a 30 segundos, necessitando também de uma avaliação funcional e indicação de conduta adequada (RAWLINS; CULYER, 2004).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

A análise documental de prontuários seguiu os Termos de Confidencialidade, protegendo informações individuais (Apêndice B). O projeto desta pesquisa foi encaminhado à direção do Hospital Universitário de Santa Maria (Apêndice C) e submetido ao Comitê de Bioética do mesmo hospital para avaliação ao que se refere às questões éticas e legais determinadas na Resolução 466/12. Por se tratar de uma pesquisa documental, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram plotados em planilha Excel e a análise estatística realizada por meio do Programa Estatístico SPSS (Versão 21.0). Para análise destes dados foi realizado tratamento estatístico, e os resultados obtidos na pesquisa foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas), ressaltando que a escolha dos testes se deu mediante análise da normalidade dos dados, pelos testes de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk.

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação foram submetidos em forma de artigo para a revista “Brazilian Journal of Physical Therapy (BJPT)”, Qualis CAPES B1 e fator de impacto 4.762.

4.1 ARTIGO SUBMETIDO

PERFIL CLÍNICO E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA QUE ACESSA UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO

Ana Cristina Gularte¹; Thamara Graziela Flores²; Eduardo Dornelles Brittes¹; Melissa Agostini Lampert³

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - Universidade Federal de Santa Maria-RS

² Programa de Pós-Graduação em Farmacologia - Universidade Federal de Santa Maria-RS

³ Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Maria-RS

Acompanhando a perspectiva de envelhecimento populacional, estima-se que no ano 2039 nosso país tenha uma taxa de crescimento negativa, devido à diminuição de nascimentos e aumento da expectativa de vida. Para isso é importante uma avaliação adequada do idoso, sob forma de analisar e quantificar seu nível de dependência funcional. A avaliação da capacidade funcional se dá por meios de instrumentos/escalas que são capazes de identificar perdas funcionais nas suas distintas categorias. Objetivo: caracterizar o atendimento prestado ao idoso em uma unidade de reabilitação, a partir das premissas da reabilitação geriátrica, buscando qualificar abordagens multiprofissionais que visem diminuir perdas funcionais. Metodologia: trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, por meio da análise documental, de pessoas idosas em programa de reabilitação, no Hospital Universitário de Santa Maria. As principais variáveis do estudo foram: idade, gênero, escolaridade, capacidade funcional, função cognitiva, sarcopenia, estado emocional, mobilidade e profissional assistente. A análise documental de prontuários seguiu os Termos de Confidencialidade, protegendo informações individuais. Os dados foram plotados em planilha Excel e a análise estatística realizada através do Programa Estatístico SPSS (Versão 21.0). Resultados: Total de 47 idosos que foram atendidos no serviço, maioria homens, idade média de 69,87 anos. A ocupação foi de 57,9% de aposentados, 55,3% com ensino fundamental incompleto e principais patologias de origem cardiovascular. A polifarmácia foi identificada em 91,5%. Os atendimentos foram feitos, em sua maioria por fisioterapeuta, enfermeiro e geriatra. Conclusão: O perfil encontrado vai de acordo com o encontrado nas literaturas, contudo, percebe-se a escassez de estudos direcionados à reabilitação geriátrica.

Palavras-chave: Epidemiologia, Idoso, Serviços de Reabilitação, Avaliação Geriátrica

ABSTRACT

CLINICAL AND FUNCTIONAL PROFILE OF THE ELDERLY WHO ACCESS A REHABILITATION UNITY

Ana Cristina Gualarte¹; Thamara Graziela Flores²; Eduardo Dornelles Brittes¹; Melissa Agostini Lampert³

¹Graduate program in Gerontology -Federal University of Santa Maria-RS

²Graduate program in Pharmacology -Federal University of Santa Maria-RS

³Undergraduate program in Medicine -Federal University of Santa Maria-RS

Monitoring the prospects of population's ageing, it is estimated that in the year 2039, Brazil will have a negative growth rate, due to the decline of births and increase in life expectancy. In this regard, a proper assessment of the elderly is important, by means of analysing and quantifying their level of functional dependency. Functional capacity assessment is done through instruments/scales that are able to identify functional losses in their different categories. Objective: to characterize the care provided to the elderly in a rehabilitation unit, based on the premises of geriatric rehabilitation, seeking to qualify multiprofessional approaches that aim to reduce functional losses. Methodology: this is an analytical, descriptive research, through document analysis of elderly people in a rehabilitation program at the Hospital Universitário de Santa Maria. The main variables of the study were: age, gender, education, functional capacity, cognitive function, sarcopenia, emotional state, mobility and professional assistant. The documentary analysis of promptuaries followed the Confidentiality Agreement protecting individual information. Data were plotted in an Excel spreadsheet and statistical analysis was held using the SPSS Statistical Program (Version 1.0). Results: A total of 47 elderly people who were treated at the service, most of them men, mean age of 69.87 years. The occupation was of 57.9% retired, 55,3% with incomplete elementary education and main pathologies of cardiovascular origin. Polypharmacy was identified in 91.5%. The attendances were made mostly by a physical therapist, nurse and geriatrician. Conclusion: The profile found is in agreement with that found in the literature, however, it is perceptible the shortage of studies aimed at geriatric rehabilitation.

Keywords: Epidemiology, Elderly, Rehabilitation Services, Geriatric Assessment.

INTRODUÇÃO

Com o aumento na expectativa de vida da população mundial, a sociedade e os sistemas de saúde buscam adaptações para enfrentar essa nova realidade. Estima-se que no ano de 2039 nosso país terá a taxa de crescimento negativa, ou seja, diminuição do número de nascimentos, favorecendo o envelhecimento populacional.¹ O processo de envelhecimento pode ser definido como dinâmico e progressivo, no qual há um processo biológico de declínio das funções biológicas que impactam em diferentes funções humanas. Destas, a dimensão física

normalmente é a perspectiva que mais evidencia o curso de envelhecimento, pois seu declínio acaba afetando aspectos cognitivos, psicológicos, sociais e espirituais.²

A funcionalidade do idoso é um parâmetro que permite avaliar e qualificar o estado de saúde do indivíduo. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) compactua a importância da avaliação funcional sob forma de analisar e quantificar o nível de dependência do idoso, bem como quais ações devem ser implementadas a fim de promover o envelhecimento ativo e saudável.³ Para isso é indicada uma avaliação multidimensional, elencando não só a saúde física e mental do indivíduo, mas também as condições sociais e comportamentais, identificando principalmente os fatores de risco modificáveis.⁴

A avaliação da capacidade funcional se dá por meio de instrumentos/escalas que são capazes de identificar perdas funcionais nas suas distintas categorias. As atividades básicas de vida diária (ABVD) definidas inicialmente por Katz⁵ incluem ações direcionadas ao autocuidado e locomoção. Lawton e Brody⁶ descrevem as atividades instrumentais de vida diárias (AIVD) como sendo a realização de tarefas domésticas, uso de aparelhos eletrônicos, controle financeiro, entre outros. Mais tarde, foram definidas atividades avançadas de vida diária (AAVD), que exigem mais habilidades por parte dos idosos, permeando o convívio social mútuo, a tomada de decisões, capacidade de dirigir, ou seja, o indivíduo possui plenos poderes de gerir sua vida.^{7,8}

A avaliação da capacidade física e da mobilidade podem ser feitas por meio do *Timed Up and Go Test* (TUGT), da avaliação da força de preensão palmar, pela velocidade de marcha, entre outros.^{9,10} Para analisar os domínios cognitivos existem instrumentos de rápida aplicação e de grande importância, como o Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de Fluência Verbal (TFV) etc. A condição emocional é avaliada frequentemente pela Escada de Depressão Geriátrica (GDS), sendo considerado “padrão ouro” para avaliar indicadores de depressão em idosos.^{9,10,11}

Dadas as devidas avaliações e condutas, dentre os caminhos a serem determinados está a reabilitação do idoso. A reabilitação é um conjunto de ações que auxiliam na preservação da funcionalidade visando à manutenção da autonomia e da independência do sujeito. É um “processo global e dinâmico” com intuito de reestabelecer a condição de saúde física e emocional da pessoa com deficiência ou com alterações funcionais e independente da causa.¹²

O relatório mundial sobre a deficiência fornecido pela Organização Mundial de Saúde¹² profere que em dado momento o processo de envelhecimento humano tende a desencadear algum tipo de deficiência. Nesse contexto, quanto mais idoso o indivíduo se torna, maior a probabilidade de manifestar alguma perda funcional. Portanto, seja a deficiência uma

incapacidade temporária ou permanente, os programas de reabilitação devem atender a essa demanda da sociedade, contemplando desde os cuidados preventivos até os cuidados terapêuticos.¹²

Entender o perfil dos idosos em atendimento na Unidade de Reabilitação (UR) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), bem como o padrão do atendimento prestado, é de suma importância para que, posteriormente, se possam associar os preceitos pertinentes à reabilitação geriátrica. Sendo assim, o objetivo deste estudo é o de caracterizar o atendimento prestado ao idoso em uma UR, a partir das premissas da reabilitação geriátrica, buscando construir abordagens multiprofissionais com o intuito de minimizar perdas funcionais.

METODOLOGIA

Este estudo é um recorte do projeto intitulado “Reabilitação geriátrica: perfil epidemiológico de pacientes idosos da UR de um hospital-escola do Rio Grande do Sul”, CAAE 25525919.8.0000.5346.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, por meio de uma análise documental, de prontuários eletrônicos de pacientes idosos em programa de reabilitação, na Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria.

O HUSM é filiado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e se configura como um hospital de ensino, de atendimento público, multiespecialidades, sendo elas de nível terciário, tendo como principal característica o atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS). O HUSM é referência em atendimento de urgência e emergência no interior do Rio Grande do Sul, abrangendo 45 municípios e atendendo uma população que ultrapassa o número de 1,2 milhão.

Segundo o setor de estatística do HUSM, anualmente o hospital gera 15.209 internações; 7.053 cirurgias no Bloco Cirúrgico e 17.158 em pequenas cirurgias ambulatoriais; 2.125 partos; 180.439 consultas ambulatoriais atendidas e 210.365 consultas ambulatoriais agendadas. Outrossim, foram realizadas 30.254 consultas no Pronto Socorro (PS) e 1.013.405 exames. Do total de internações ao ano, 4.370 foram de idosos, e destas, mais de 2.000 foram via PS.

A população-alvo deste estudo é composta por idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, diversas etnias e classes sociais, e que estiveram em atendimento na UR do HUSM entre os meses de janeiro de 2019 a fevereiro de 2020, ou seja, possuíam registros no prontuário pela equipe assistente da UR.

Foram excluídos os pacientes com idade inferior a 60 anos, que não possuíam registros no prontuário pela UR, bem como pacientes com prontuários que tenham dados incompletos.

A coleta de dados do estudo foi realizada por meio de prontuários eletrônicos dos pacientes idosos que estiveram em acompanhamento no serviço de reabilitação no período de janeiro de 2019 a fevereiro de 2020. A partir disso, foram avaliados e selecionados os idosos que passaram pela UR e que estiveram de acordo com os critérios de inclusão.

As variáveis de interesse deste estudo foram: idade, gênero, estado civil, grupo familiar, escolaridade, ocupação e cor ou etnia. Nas variáveis relacionadas aos hábitos de vida estão o tabagismo e etilismo, atividade física e sexual. Os dados clínicos foram coletados a partir das seguintes condições: doença de base; comorbidades associadas e polifarmácia (considerando o uso contínuo de 5 ou mais medicamentos). Ainda, a variável *profissional assistente* foi subdividida entre clínica de origem e profissional assistente na UR.

Para a avaliação funcional foram explorados os instrumentos utilizados pelos profissionais que constavam nos prontuários eletrônicos, bem como os resultados encontrados. Para avaliação da função cognitiva foram utilizados o MEEM e o TFV. O MEEM é um teste neuropsicológico e usa como pontos de corte o seguinte: Total = 30 pontos. Para analfabetos, 19 pontos; para 1 a 3 anos de escolaridade, 23 pontos; para 4 a 7 anos de escolaridade, 24 pontos; e a partir de 7 anos de escolaridade, 28 pontos.¹⁴

O Teste de Fluência Verbal consiste em instruir o participante a dizer o maior número de palavras, com determinada letra (exemplo: A), em um determinado período (60 segundos). O resultado da fluência se dá a partir do número de palavras (não repetidas) que o idoso pronunciou, em que 1 (um) foi atribuído aos idosos que listaram 11 ou mais palavras, e 0 (zero) aos idosos que listaram 10 ou menos palavras.^{15,16}

Para uma avaliação inicial da sarcopenia foi utilizada a circunferência de panturrilha (CP), seguindo o que preconiza o Consenso Europeu que estabelece o uso da CP na ausência de métodos mais específicos.¹⁷ A avaliação do estado nutricional foi com base no índice de massa corporal (IMC), utilizando como ponto de corte o que recomenda a OMS, $IMC = \text{peso} / (\text{altura})^2$, considerando baixo peso $< 22 \text{ kg/m}^2$, peso adequado ≥ 22 e $\leq 27 \text{ kg/m}^2$ e sobrepeso $> 27 \text{ kg/m}^2$.¹⁸

O estado emocional foi avaliado neste estudo, em sua maioria, por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), em que se observou que, em 100% dos casos em que foi avaliada a condição emocional, foi utilizada a GDS (GDS-5 e/ou GDS-15). Esta é composta por 15 itens de respostas sim/não, podendo ser utilizada por idosos saudáveis ou com comprometimento físico e/ou cognitivo leve a moderado. A pontuação é considerada, a partir de 0 a 4, normal; 5

a 8 pontos indicam depressão leve; 9 a 11 pontos indicam depressão moderada; e 12 a 15 pontos indicam depressão grave.¹⁹ A GDS-5 é uma versão simplificada da GDS-15, possibilitando uma importante redução do tempo de aplicação, mantendo a eficácia do resultado encontrado.²⁰

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos neste serviço de reabilitação, foram utilizados o Índice de Katz para as ABVD e a Escala de Lawton para as AIVD. Além desses instrumentos, foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20). O Índice de Katz avalia a capacidade do idoso de realizar atividades como vestir-se, ir ao banheiro, locomoção, continência e alimentação, considerando o valor = 0 para idoso totalmente independente e valor = 6 para idoso totalmente dependente.⁵ A Escala de Lawton considera, para valores inferiores a 9, dependência total; 10-15, dependência grave; 16-20, dependência moderada; 21-25, dependência leve; e 25-27, independente⁶. Já o IVCF-20 é um questionário que aborda distintas perspectivas do estado de saúde do idoso, questionário este constituído por 20 questões distribuídas/subdivididas em 8 seções: idade (1), autopercepção da saúde (1), incapacidades funcionais (4), cognição (3), humor (2), mobilidade (6), comunicação (2) e comorbidades múltiplas (1). Dessas, cada seção possui um escore próprio, totalizando, no máximo, 40 pontos. Assim, quanto mais alto o valor encontrado, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso.²¹

O TUG (*Time up and go test*/teste de levantar e andar) foi utilizado para avaliar o equilíbrio do paciente, tanto na posição sentada como durante a caminhada. Nesse teste, o paciente deve se levantar da cadeira (reta e descanso para as costas) e caminhar por 3 metros; após isso, o paciente deve girar 180 graus, retornar para o mesmo local e sentar-se novamente na cadeira.²² O *Guidelines* do *National Institute of Clinical Evidence* recomenda que a avaliação do TUG seja feita em 4 níveis: Baixo risco de quedas é considerado quando a realização do teste ocorre em até 10 segundos, considerado desempenho normal. Entre 11 e 20 segundos, ainda é considerado baixo risco de quedas quando se tratar de idosos frágeis ou debilitados (mas independentes na maioria das atividades da vida diária). Moderado risco de quedas é quando a realização do teste está entre 21 e 29 segundos, necessitando, assim, de uma avaliação funcional e indicação de conduta específica. Moderado risco de quedas é quando o período de realização do teste for maior ou igual a 30 segundos, necessitando também de uma avaliação funcional e indicação de conduta adequada.²³

A análise documental de prontuários seguiu os Termos de Confidencialidade, protegendo informações individuais. O projeto desta pesquisa foi encaminhado à direção do Hospital Universitário de Santa Maria e submetido ao Comitê de Bioética do mesmo hospital para avaliação ao que se refere às questões éticas e legais determinadas na Resolução 466/12.

Por Se tratar de uma pesquisa documental, não foi necessária a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram plotados em planilha Excel e a análise estatística realizada por meio do Programa Estatístico SPSS (Versão 21.0). Para a análise desses dados foi realizado tratamento estatístico adequado e os resultados obtidos na pesquisa foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas), ressaltando que a escolha dos testes se deu mediante análise da normalidade dos dados, pelos testes de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro-Wilk.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários eletrônicos de 47 idosos que foram atendidos no serviço de reabilitação, sendo 44,7% mulheres e 55,3% homens. A média de idade foi de 69,87 anos; a ocupação desses indivíduos mostra que 57,9% eram aposentados; na variável escolaridade analisou-se que a maioria possuía ensino fundamental incompleto (55,3%). O estado civil predominante foi o casado, com 57,4%; 61,7% das pessoas idosas deste estudo moravam com familiares. Mais dados estão expressos na tabela abaixo:

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico de pessoas idosas da UR do Hospital Universitário de Santa Maria/RS

Dados gerais do perfil sociodemográfico			
Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	21	44,6
	Masculino	26	55,4
	Total	47	100
Idade	60-69 anos	26	55,4
	70-79 anos	16	34
	> 80 anos	5	10,6
	Total	47	100
Etnia	Branca	44	93,6
	Preta	2	4,3
	Parda	1	2,1
	Total	47	100
Escolaridade	Analfabeto	3	8,7
	EFI	28	55,3
	EFC	4	8,5
	EMC	9	18,8
	Outras	3	8,7
	Total	47	100
Estado Civil	Casado	27	57,4
	Solteiro	7	14,9

	Divorciado	7	14,9
	Viúvo	6	12,8
	Total	47	100
Mora com	Familiar	29	61,7
	Sozinho	3	6,4
	ILPI	1	2,1
	Outros	14	29,8
	Total	47	100
Ocupação	Aposentado	22	57,9
	Doméstica	5	13,2
	Agricultor	3	7,2
	Outras	17	21,7
	Total	47	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação aos hábitos de vida, foi possível verificar que 63,8% (n=30) dos pacientes tiveram os dados coletados, dos quais 13,3% eram fumantes ativos, 10% faziam uso de algum tipo de bebida alcoólica, 20% praticavam atividade física e referiram ter uma vida sexual ativa, 46,7% e 23,3% estavam abstinente de tabaco e álcool, respectivamente. Demais resultados podem ser analisados na tabela 2.

Tabela 2 – Hábitos de vida da amostra populacional

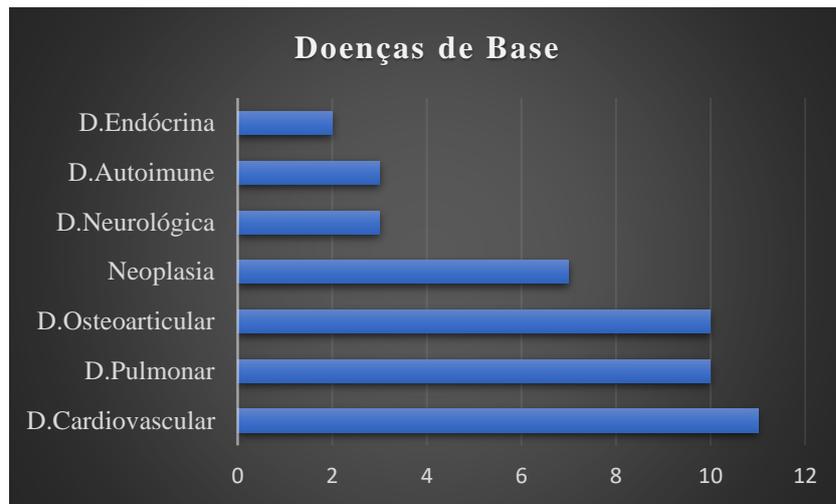
Variáveis para Hábitos de Vida
Sob total de pacientes avaliados (n=30)

	Tabagismo	Alcoolismo	Atividade sexual	Atividade Física
	(n)	(n)	(n)	(n)
<i>Sim</i>	4	3	6	6
<i>Não</i>	11	16	6	10
<i>Abstinentes</i>	14	7	0	0
<i>Não Informou</i>	1	4	17	8
<i>Outros</i>	0	0	1	6

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram analisadas as prevalências das doenças de base de cada indivíduo participante deste estudo, sendo categorizadas e determinadas a seguir: doença cardiovascular (n=11), doença pulmonar (n=10), doença osteoarticular (n=10), neoplasia (n=7), doença neurológica (n=4), doença autoimune (n=3) e doença endócrina (n=2), dados expressos no gráfico 1.

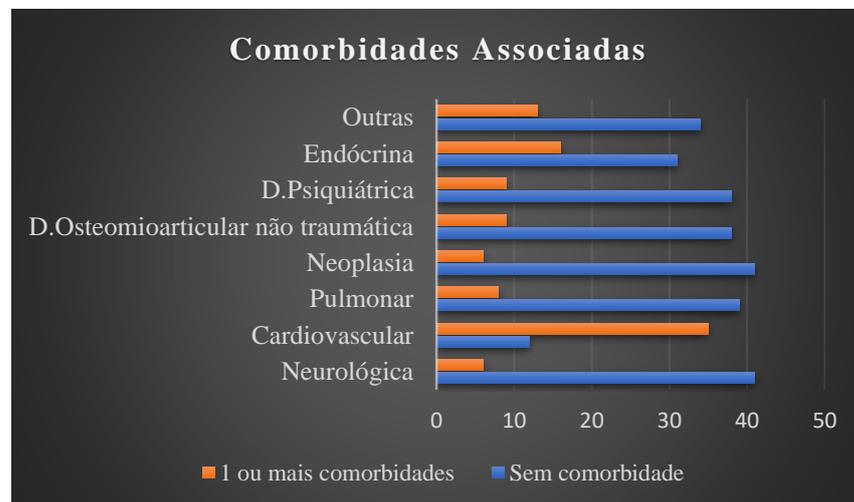
Gráfico 1 – Doenças de base incidentes nas pessoas idosas em reabilitação no HUSM



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às comorbidades associadas, houve maior prevalência para as doenças de origem cardiovascular (74,4%), endócrina (34,1%), osteoarticular e psiquiátricas (19,2% cada), pulmonar (17%), neoplásica e neurológica (12,8% cada), entre outras comorbidades (27,6%). Os dados referentes podem ser explorados no gráfico 2.

Gráfico 2 – Comorbidades associadas encontradas em usuários frequentadores da UR do HUSM

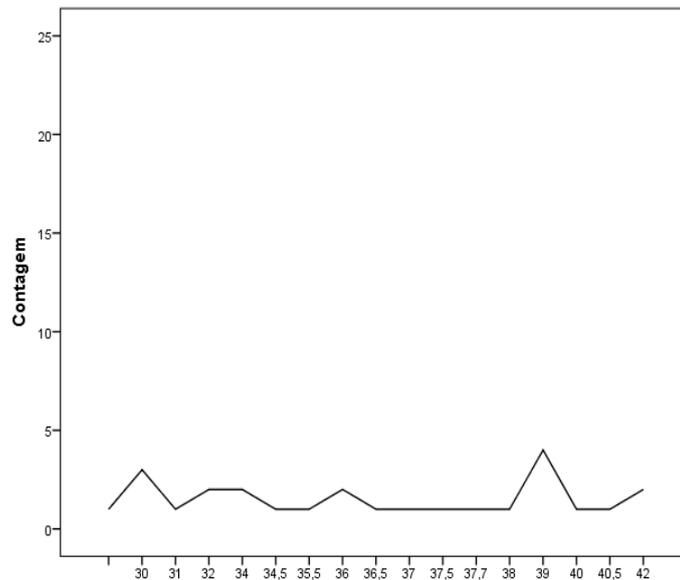


Fonte: Elaborado pela autora.

A polifarmácia foi identificada em 91,5% (n=43) da amostra. Os aspectos clínicos demonstram que a CP deixou de ser avaliada em 56,3% (n=27) dos idosos.

Dentro da população que teve CP avaliada identificou-se a mediana de 36,50 (mínima de 30, máxima de 42), média de 36,08 ($\pm 3,70$). No gráfico 4 é possível ver que a maioria dos idosos apresentava CP >31 cm. Os dados referentes podem ser observados no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição dos valores da CP



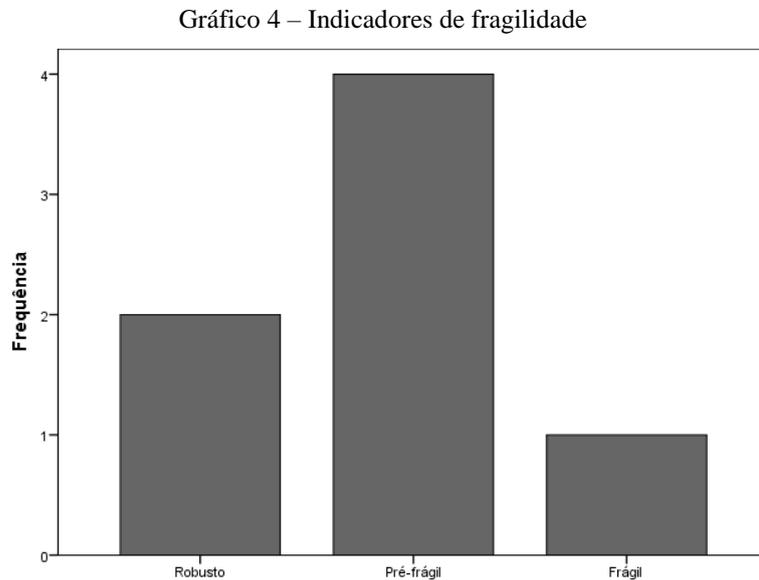
Fonte: Elaborado pela autora.

A análise do IMC identificou que 55,3% (n=26) dos idosos não possuíam dados para cálculo do IMC, e dos que realizaram esta avaliação, 81,0% (n=17) estavam acima do peso, 4,3% (n=2) abaixo do peso ou normal.

A AGA foi utilizada em 27,7% (n=13), sendo que foi aplicada de forma incompleta em outros (12,8%), não abrangendo 59,6% (n=28) dos idosos assistidos pela reabilitação. Os indicadores de depressão foram avaliados em 21 indivíduos, dos quais 9,5% (n=2) tiveram a aplicação de instrumentos simultâneos (GDS-5 e GDS-15). Observou-se na aplicação dos testes que 57,1% (n=12) dos indivíduos foram avaliados pelo GDS-5, 14,3% (n=3) pelo GDS-15 e 19% (n=4) por informações verbais. Nos escores observou-se que 28,6% (n=6) apresentaram indicadores de depressão e 71,4% (n=15) não tinham indicadores de depressão.

A capacidade cognitiva foi avaliada em 24 indivíduos, e em 12,5% (n=3) deles foram aplicados dois testes em conjunto (MEEM e o fluência verbal), fluência verbal foi aplicada em 41,7% (n=10) e o MEEM em 45,8% (n=11). Nesses testes identificou-se que 62,5% (n=15) não tinham alterações cognitivas e 37,5% (n=9) possuíam alterações.

O IVCF-20 foi utilizado para avaliar a fragilidade em 7 idosos, identificando que 28,6% (n=2) deles foram classificados como robustos, 57,2% (n= 4) como pré-frágeis e 14,3% (n=1) como frágeis. Os dados citados podem ser explorados no gráfico 4.



Fonte: Elaborado pela autora.

O índice de Katz foi utilizado para avaliar 18 indivíduos, dos quais 16,7% (n=3) eram independentes, 77,8% (n=14) considerados muito dependentes e 5,6% (n=1) tinham dependência moderada. Já pela escala de Lawton, 100% (n=18) dos idosos foram considerados totalmente dependentes.

A mobilidade teve sua aplicabilidade testada em 17% (n=8) dos idosos, com variações significativas nos resultados. Destes, 25% (n=2) tiveram tempo superior a 20 segundos, 25% (n=2) com tempo entre 15 e 20 segundos e os outros 50% (n=4) o tempo entre 10 e 15 segundos.

Os atendimentos da UR foram, em sua maioria, efetuados por mais de um profissional (100%), sendo que a interação ocorreu principalmente entre a fisioterapia aliada à enfermagem, à geriatria (55,3%) e à fisioterapia, enfermagem, geriatria e profissional de educação física (21,3%).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou o prontuário de 47 indivíduos que fizeram parte do serviço de reabilitação do HUSM, em que o perfil sociodemográfico dos idosos avaliados mostrou semelhança com outro estudo relacionado a esse fragmento avaliado. Essa amostra aponta o

sexo masculino como maioria no referido serviço, no período estudado, representando 55,3% (n=26) dos pacientes; já o sexo feminino apresentou 44,7% (n=21) dos longevos atendidos. Figueiredo trouxe em seu estudo o perfil de reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe, e, entre outros dados, define o sexo masculino como majoritário no atendimento naquele serviço²⁴. Por sua vez, grande parcela dos trabalhos estudados trazem o sexo feminino como prevalente nos serviços de atendimento ao idoso, sendo subdividido em distintas áreas da reabilitação.^{25,26,27,28,29}

No que se refere à idade, e seguindo a proposta deste estudo, a amostra foi composta por idosos de 60 anos ou mais, tendo como média 69,87 anos ($\pm 6,52$). Na mesma perspectiva, Costa apresenta um estudo direcionado ao perfil de pacientes idosos frequentadores de determinados centros de reabilitação das cidades de Diadema e São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil, em que o autor traz como média de idade 66 anos.²⁵ Foi possível observar que esses dados se assemelham ao estudo de Rocha, Gardenghi e Oliveira, que apresenta a faixa etária majoritária entre 60 e 69 anos, para os idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla (AGA) em um serviço de reabilitação na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil.²⁶

Neste estudo, a etnia autodeclarada predominante foi a “branca” (93,6%), seguida de “preta” (4,3%) e parda (2,1%). Esses dados étnicos sobrepõem-se à pesquisa feita por Furquim et al., que demonstra entre as características sociodemográficas, de saúde e de serviços utilizados por idosos a “cor predominante da pele” sendo a branca, chegando a 68% dos indivíduos analisados.²⁸

Em relação à ocupação, nesta pesquisa a maioria dos idosos em acompanhamento na UR no período estudado era de aposentados n=22 (57,9%), domésticas n=5 (13,2%), agricultores n=3 (7,9%), entre outras ocupações. No estudo de Linard, a maior parcela dos idosos cadastrados para atendimento em uma unidade de saúde está aposentada, chegando a 91,2% dos usuários nesta condição.²⁹ Em menor proporção, mas ainda em parte majoritária, Varas et al. analisou o perfil da população com baixa visão que frequenta uma UR visual em um hospital clínico no Chile, dos quais 63,9% estão inativos, sendo a maioria aposentada.²⁷

Os dados relacionados à escolaridade da amostra estudada revelam que 55,3% dos idosos deste estudo possuíam ensino fundamental incompleto, 18,8% ensino médio completo e 8,5% ensino fundamental completo. Borba traz um estudo em que o índice de idosos com menos de 8 anos de escolaridade chega a 80,2%, o que ajuda a legitimar os dados anteriormente apresentados.³⁰ Ao encontro dos dados acima, Chen, Karimi e Molken apresentam um trabalho em que analisam o volume crescente de multimorbidades, bem como sua interação com o nível

educacional dos idosos, demonstrando importante associação com indivíduos que continuam níveis baixos de escolaridade.³¹

O estado civil da população analisada neste estudo foi predominantemente casado n=27, (57,4%), o que se assemelha aos estudos de Furquim²⁸, que retratam como casados ou em união estável um predomínio (60%) nos idosos analisados. Para Linard²⁸, o total de longevos autodeclarados casados ou em união estável foi de 47,9%. Já para Rocha, Gardenghi e Oliveira²⁶, esse índice foi de 44,38%. Outrossim, solteiros e divorciados ocupam, neste estudo, uma parcela de 14,9% dos idosos em reabilitação no serviço, seguidos de 12,8% de viúvos. Ao contrário disso, os viúvos aparecem em segundo lugar nos estudos de Linard²⁹, com 39,1%, em Rocha, Gardenghi e Oliveira²⁶, com parcela de 31,06%, e em Furquim²⁷, com uma porção de 27% de viúvos.

O número de idosos que residem com familiares foi plenamente soberano neste estudo, chegando a n=29 (87,9%). Ainda, 9,1% dos longevos moram sozinhos e 2,1% em ILPI (instituição de longa permanência para idosos). Entre os que moravam com familiares, 40,4% (n=19) eram com esposo(a), 8,5% (n=4) com esposo(a) e filhos, 10,6% (n=5) somente com filha e 2,1% (n=1) com mãe ou em ILPI. Esses dados são compatíveis com o estudo de Linard²⁹, em que 87% dos idosos avaliados moram com familiares, assim como com Rocha, Gardenghi e Oliveira²⁶, que trazem a parcela de 78,6% de idosos que residem com cônjuges, familiares e/ou amigos.

Os hábitos de vida foram avaliados em 63,8% dos prontuários, dos quais 13,3% são tabagistas ativos, 10% ingerem bebida alcoólica com frequência, 20% praticavam atividade física e outros 20% têm vida sexual ativa. 56,6% dos idosos que participaram desta variável optaram por não fornecer informações referentes a atividade sexual e 26,6% relacionadas à atividade física. O perfil sociodemográfico de idosos frequentadores de um Centro de Convivência no Estado do Maranhão apresenta dados relativamente semelhantes, em que 10% dos participantes faziam uso de álcool e 4,6% eram tabagistas. Já em relação à prática de atividade física, 86,4% dos idosos praticavam algum tipo de exercício físico.³²

Nesta análise, as doenças de base, ou seja, doenças que elencaram a necessidade de reabilitação, foram classificadas como: doença cardiovascular (n=11), doença pulmonar (n=10), doença osteoarticular (n=10), neoplasia (n=7), doença neurológica (n=4), doença autoimune (n=3) e doença endócrina (n=2). Ao encontro disso, Martins expõe em seu estudo que a maior demanda clínica dos pacientes atendidos no ambulatório de reabilitação de determinado hospital universitário vem por doenças de ordem cardiovascular, chegando a 65,6% dos atendimentos.³³

Entre as comorbidades associadas, os pacientes deste estudo apresentaram (74,4%, n=35) uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de origem cardiovascular; endócrina, 34,1% (n=16); osteoarticular, 19,2% (n=9); psiquiátricas, 19,2% (n=9); pulmonar, 17% (n=8), entre outras. Estudos relacionados demonstram dados de prevalência de algumas comorbidades semelhante às encontradas nesta pesquisa. Rivera descreve em sua pesquisa que 38,8% dos pacientes apresentaram pelo menos uma comorbidade associada, sendo mais prevalentes as doenças do aparelho circulatório³⁴.

A polifarmácia é um dos grandes desafios encontrados pelos profissionais assistentes, em especial quando direcionada aos longevos. No estudo de Monteiro constatou-se a existência de numerosas prescrições de medicações aos pacientes idosos, com esquema de dosagens de difícil compreensão, favorecendo o abandono do tratamento, interação medicamentosa e elevando o risco de reações adversas.³⁵ Schenker buscou associações entre polifarmácia, carga de sintomas e qualidade de vida em pacientes com doença avançada, e apresenta em seus resultados relevante influência da polifarmácia na qualidade de vida em indivíduos com doenças limitantes.³⁶ Neste estudo foi constatado que 43 idosos (91,5%) faziam uso de 5 ou mais medicamentos, de uso contínuo, ao dia, e de forma contínua. Tal índice corrobora os dados citados acima e reverbera a preocupação por melhores avaliações e condutas, em especial quando direcionadas à polifarmácia, prezando sempre por melhor qualidade de vida dos idosos.

Os aspectos clínicos encontrados neste estudo demonstram que a circunferência de panturrilha (CP) teve uma mediana de 36,50 (mínima de 30, máxima de 42-média 36,08 ($\pm 3,70$)). O Índice de massa corpórea (IMC) foi de 81,0% (n=17) acima do peso, 4,3% (n=2) abaixo do peso ou normal, não sendo calculado em 55,3% (n=26) dos idosos. Ao contrário disso, um estudo primário, direcionado aos perfis clínico, funcional, mental e social de idosos centenários de uma localidade da Costa Rica, apresenta dados relativamente inferiores, como: homens com média de IMC de 22,0 kg e CP de 29,9 cm, e mulheres com o IMC de 20,0 kg e CP de 25,3 cm.³⁷ Um ponto ímpar nesta pesquisa foi o estudo de Rosenberg, que apresentou uma intervenção multidomínio. Um dos achados relevantes deste estudo foi a utilização do IMC, associado a outros dados, para avaliação e determinação de risco cardiovascular e demência.³⁸

A AGA foi utilizada em 27,7% (n=13), sendo aplicada de forma incompleta em outros 12,8% (n=6) e não abrangendo 59,6% (n=28) dos idosos assistidos nesse serviço de reabilitação. A pesquisa de Rocha, Gardenghi e Oliveira²⁶, que buscou avaliar o perfil de idosos submetidos à AGA em um serviço de reabilitação, trouxe inicialmente 393 prontuários de idosos atendidos, sendo excluídos 55 prontuários, por estarem incompletos, totalizando, para

análise, 338 portuários, considerando, assim, um número significativamente mais robusto em relação ao encontrado no presente estudo. A AGA foi utilizada como possível ferramenta de auxílio ao cuidado de enfermagem às pessoas idosas em uma instituição de saúde de Fortaleza – Ceará, em que, através do perfil encontrado, foi possível estabelecer o cuidado adequado a cada indivíduo, dentro dos preceitos da geriatria e gerontologia.³⁹

Para avaliar o estado emocional foram aplicados o GDS-5 e o GDS-15, juntamente com informações verbais, sendo avaliados 21 indivíduos no total, dos quais, 2 idosos tiveram a aplicação de instrumentos simultâneos (GDS-5 e GDS-15), 12 indivíduos foram avaliados pelo GDS-5, 3 pelo GDS-15 e 4 idosos por meio de informações verbais. Foi, então, possível observar pelos escores que 28,6% (n=6) apresentaram indicadores de depressão e 71,4% (n=15) não possuíam indicadores para depressão. A utilização da GDS, dentre suas variações, foi prevalente em inúmeros estudos científicos, mostrando-se um meio eficaz de diagnóstico de transtorno depressivo em pessoas idosas.^{40,41,42}

A cognição foi avaliada em 24 indivíduos, sendo que em 3 idosos foram aplicados testes conjuntos (MEEM e o fluência verbal). Já a fluência verbal foi aplicada em 10 idosos e o MEEM em 11 indivíduos. A partir desses testes, verificou-se que 62,5% (n=15) dos idosos analisados não tinham alterações cognitivas, e 37,5% (n=9) desses possuíam alterações de cognição. Com proporções significativas, o estudo de Silva avaliou nos idosos as dimensões preditoras das condições clínico-funcionais e de cognição, chegando à taxa de 75,1% destes idosos sem alterações cognitivas, quando avaliados por meio do MEEM.⁴³ O mesmo autor, apresenta em seu estudo o IVCF-20 como instrumento para avaliar a fragilidade em idosos, dos quais 71,8% classificaram-se como robustos.⁴³ Ao contrário, no presente trabalho a avaliação direcionada à fragilidade apresentada demonstra que 28,6% dos indivíduos eram robustos, 57,2% pré-frágeis e 14,3% eram considerados frágeis.

Para a capacidade funcional foram utilizados o índice de Katz (ABVD) e a escala de Lawton (AIVD). O total de idosos avaliados foi n=18, em que 16,7% (n=3) eram independentes, 77,8% (n=14) considerados muito dependentes e 5,6% (n=1) tinham dependência moderada. Já a escala de Lawton demonstrou que 100% (n=18) eram totalmente dependentes. Lipardo e Tsang realizaram um estudo utilizando escala de Lawton e índice de Katz, com intuito de determinar a eficácia do treinamento físico e cognitivo combinado na prevenção e diminuição do risco de quedas em idosos com comprometimento cognitivo leve.⁴⁴ Na mesma perspectiva, a capacidade funcional também foi avaliada no estudo de Borim, Francisco e Neri, no qual os autores buscaram analisar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. Nisso, observa-se que muitos trabalhos utilizam os mesmos

recursos, com intuito de possibilitar uma avaliação abrangente do paciente e, com isso, estruturar um atendimento adequado.⁴⁵

A mobilidade foi avaliada por meio do *Get up and go test* (TUG) e teve sua aplicabilidade testada em 17% (n=8) dos idosos, com variações significativas nos resultados. Destes, 2 idosos tiveram tempo superior a 20 segundos, e 6 idosos entre 10 e 20 segundos. O TUG foi um dos instrumentos de avaliação utilizados no estudo de Sadjapong, em que foi elaborado um programa de exercícios, com intuito de reduzir a fragilidade e os marcadores inflamatórios, obtendo, com isso, uma melhora no desempenho físico dos idosos comunitários.⁴⁶ Corroborando isso, o estudo de Kameda avaliou o perfil metabólico e os marcadores de fragilidade, utilizando o TUG como instrumento para avaliar a mobilidade dos idosos em estudo.⁴⁷

Os atendimentos da UR, em sua totalidade, foram efetuados por mais de um profissional, sendo a maior parte desses realizados entre fisioterapia, enfermagem e geriatria (55,3%), e fisioterapia, enfermagem, geriatria e profissional de educação física (21,3%). Dentre as categorias profissionais identificadas neste estudo, 95,7% dos atendimentos foram prestados por enfermeiro, fisioterapeuta e geriatra, 21,3% por profissional de educação física (PEF), 6,4% pelo terapeuta ocupacional, 2,1% por assistente social e 2,1% pelo psicólogo. Estudos direcionados a atividades de reabilitação em idoso são escassos, principalmente quando se busca um olhar especial à atenção multidisciplinar.

Bayon-Calatayud e Benavente-Valdepenas buscaram em seu estudo investigar os resultados, em curto prazo, de um programa de reabilitação interdisciplinar para idosos submetidos a tratamento cirúrgico de fratura de quadril.⁴⁸ Neste, a primeira avaliação foi feita pelo médico, que direciona o atendimento de reabilitação; a continuidade do tratamento se deu a partir de avaliações diárias desses idosos, por fisioterapeutas, geriatras e médicos especialistas em reabilitação, juntamente com o apoio de um assistente social. Semanalmente, foram realizadas reuniões interdisciplinares para acompanhamento e planejamento. Um mês após a alta hospitalar foram feitas novas avaliações, sendo possível observar a fragilidade como um importante preditor para a recuperação, limitando a capacidade funcional e interferindo nas ações de reabilitação.

Outro estudo de grande impacto analisou os efeitos da reabilitação geriátrica domiciliar interdisciplinar após fratura de quadril em idosos com demência. A equipe responsável era composta por um geriatra, uma enfermeira, uma terapeuta ocupacional e duas fisioterapeutas, que visitaram regularmente os idosos, e uma assistente social e uma nutricionista disponíveis em caso de alguma necessidade específica.⁴⁹ A abordagem multidisciplinar foi muito bem

descrita no estudo de Monteiro, em que a autora avaliou um Serviço de Orto geriatria e enfatizou a importância da avaliação multidisciplinar para os pacientes idosos. Nessa perspectiva, a referida autora relata que o serviço conta com médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e de fala e, ainda, neuropsicólogos.³⁵

CONCLUSÃO

O perfil de idosos estudado delimitou o sexo masculino como predominante, a idade média de 69,87 anos, o estado civil casados, aposentados, de cor branca e com ensino fundamental incompleto. Um dado de extrema relevância foi a presença da polifarmácia, que foi superior a 90% dos idosos participantes, o que reverbera a necessidade urgente de ações que visem diminuir esse número exorbitante de fármacos que podem causar danos ainda maiores. As comorbidades que foram mais frequentes entre os idosos desse serviço foram as doenças de ordem cardiovascular, pulmonar e osteoarticulares.

Dentre as leituras pertinentes à saúde do idoso, a avaliação adequada do longo vivo reflete diretamente na qualidade da avaliação em associação com a terapêutica adequada. Dos pacientes avaliados neste estudo, apenas 27,7% dos prontuários analisados continham AGA completa. Contudo, todos os pacientes foram atendidos por, pelo menos, três profissionais durante seu período no serviço, na maioria dos casos pelo geriatra, fisioterapeuta e enfermeiro.

Os instrumentos utilizados pela avaliação dos idosos na referida unidade são todos validados no Brasil e de fácil acesso e compreensão, o que favorece a utilização por distintas categorias profissionais. Disso, fica a importância da divulgação dessas ferramentas, para que não apenas as unidades especializadas façam uso desses recursos, possibilitando o diagnóstico e atendimento precoces.

Este estudo contribui para que estudantes e profissionais de saúde conheçam o perfil de idosos atendidos num serviço de reabilitação, os instrumentos de avaliação, profissionais assistentes, bem como as comorbidades que mais acometem os pacientes envolvidos. A partir disso, vislumbra-se que possam ser implementadas ações embasadas nas políticas públicas direcionadas para a reabilitação do idoso, e, assim, se possa pensar em ações de prevenção condizentes com as legislações pertinentes à reabilitação preventiva.

Importante salientar que houve considerável limitação na realização deste estudo, devido à escassez de trabalhos científicos que objetivem conhecer os perfis epidemiológico, clínico e funcional de pacientes em reabilitação geriátrica, necessitando, assim, de mais estudos que reforcem tais achados. Dessa forma, vislumbra-se um caminho onde ocorra mais

investimento em serviços de reabilitação, possibilitando acesso precoce ao atendimento, reduzindo as perdas funcionais características do processo de envelhecimento. Ademais, vê-se a importância da formação profissional especializada, para que sejam supridas as necessidades específicas dessa parcela populacional.

REFERÊNCIAS

- 1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default.shtm. Acesso em: 15/12/2020.
- 2 Spiriduso WW, Francis KL, Macrae PG. Physical Dimensions of Aging. *American Journal of Human Biology*. 2005; 17(1):154-160.
- 3 Brasil. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências*. Brasília, DF; 2006.
- 4 Melo HMA, Silva HJF, Montenegro MMM. Uso de Instrumentos de Avaliação de Funcionalidade. In: Diniz LR et al. *Geriatrics*. Rio de Janeiro: Medbook, 2020:17-20.
- 5 Katz S et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185:914-919.
- 6 Lawton P, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9:179-186.
- 7 Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37(6):570-572.
- 8 Reuben DB et al. A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) Level. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38(8):855-861.
- 9 Freitas EV, Costa EFA, Galera SC. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga; 2018:415-454.
- 10 Santos LGM, Cendoroglo MS. Avaliação da Capacidade Funcional. In: Di Tommaso ABG et al. *Geriatrics: guia prático*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021:22-35.
- 11 Barbosa BJAP, Godim CL, Menezes TL. Avaliação Neurocognitiva do Idoso. In: Diniz LR et al. *Geriatrics*. Rio de Janeiro, Medbook; 2020:75-82.
- 12 Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPCD, 2012.

- 13 Schwan L, Neuhaus JD, Betancur DFA. Fisiatria – Reabilitação do Paciente Geriátrico. In: Terra NL et al. *Geriatría e Gerontologia Clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2020:1790-1819.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.
- 15 Chapman B et al. Personality and Performance in Specific Neurocognitive Domains Among Older Persons. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017; 25(8):900-908.
- 16 Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Verbal Fluency and Risk of Dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019; 34(6):863–867.
- 17 Cruz-Jentoft, A. J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. 2018; 39(4): 412-423. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. *Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- 19 Yesavage JÁ, Sheikh JI. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986; 5(1-2):165-173.
- 20 Hoyle T et al. Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(7).
- 21 Moraes EN et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50(81):1-10.
- 22 Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986; 67(6): 387-389.
- 23 Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *Bmj*. 2004; 329(7459):224-227.
- 24 Figueiredo IC et al. Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. *CoDAS*. 2019; 31(1):e20180060.
- 25 Costa RM et al. Avaliação do perfil de atividade de pacientes idosos frequentadores de centros de reabilitação. *Fisioter Bras*. 2017; 18(2):154-164.
- 26 Rocha FS, Gardenghi G, Oliveira P. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017; 30(2):170-178.
- 27 Varas J et al. Perfil da população com baixa visão que frequenta a unidade de baixa visão e reabilitação visual em um hospital clínico no Chile. *J. saúde med. sci*. 2020; 6(1):37-43.
- 28 Furquim RCF et al. Características sociodemográficas, de saúde e de serviços utilizados por idosos internados. *R. pesq.: cuid. fundam. online*. 2021; 13:309-316.

- 29 Linard LLP et al. Caracterização do perfil epidemiológico de idosos cadastrados na atenção primária à saúde. *R. pesq.: cuid. fundam. online*. 2021; 13: 524-530.
- 30 Borba AKO et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(1):125-136.
- 31 Chen YH, Karimi M, Molken MPM. The disease burden of multimorbidity and its interaction with educational level. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243275.
- 32 Barbosa RL et al. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2018; 21(2):357-373.
- 33 Martins ILS et al. Perfil Epidemiológico e Clínico de Pacientes Neurológicos em um Hospital Universitário. *Rev Neurocienc*. 2019; 27:1-17.
- 34 Rivera CR et al. Reumatológico Avanzado (CREA) del Hospital Clínico Universidad de Chile. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2018; 29: 97–108.
- 35 Monteiro MH. *Abordagem multidisciplinar em cuidados geriátricos*. Relatório de estágio clínico do Mestrado em Geriatria. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: Portugal; 2020. <https://eg.uc.pt/handle/10316/94257>.
- 36 Schenker Y et al. Associations Between Polypharmacy, Symptom Burden, and Quality of Life in Patients with Advanced, Life-Limiting Illness. *J Gen Intern Med*. 2019; 34(4):559–66.
- 37 Madrigal-Leer F et al. Clinical, functional, mental and social profile of the Nicoya Peninsula centenarians, Costa Rica, 2017. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2020, 32(2):313–321.
- 38 Rosenberg A et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia, regardless of baseline characteristics: the FINGER study. *Alzheimer's & Dementia*. 2018; 14:263-270.
- 39 Saraiva LB et al. Wide Geriatric Assessment and its use in Nursing care for the Elderly. *J Health Sci*. 2017;19(4):262 - 267.
- 40 Shrestha R et al. Unrecognized geriatric depression in the emergency Department of a Teaching Hospital in Nepal: prevalence, contributing factors, and metric properties of 5 item geriatric depression scale in this population. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:533.
- 41 Johansson S et al. A clinically feasible short version of the 15-item geriatric depression scale extracted using item response theory in a sample of adults aged 85 years and older. *Aging & Mental Health*. 2022; 26(2):431–437.
- 42 Siegmund LA et al. Relationships between physical activity, social isolation, and depression among older adults during COVID-19: A path analysis. *Geriatric Nursing*. 2021; 42:1240-1244.
- 43 Silva JNM et al. Dimensões predictoras das condições clínico-funcionais e cognição em idosos. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(3):e20190162.

44 Lipardo DS, Tsang WN. Falls prevention through physical and cognitive training (falls PACT) in older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial protocol. *BMC Geriatrics*, 2018; 18:193.

45 Borim FSA, Francisco PMS, Neri AL. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:42.

46 Sadjapong U et al. Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty and Inflammatory Biomarkers and Improves Physical Performance in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial Uratcha. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 3760.

47 Kameda M et al. Frailty markers comprise blood metabolites involved in antioxidation, cognition, and mobility. *Proc Natl Acad Sci*. 2020;117(17):9483-9489.

48 Bayon-Calatayud M, Benavente-Valdepenas AM. Short-Term Outcomes of Interdisciplinary Hip Fracture Rehabilitation in Frail Elderly Inpatients. *Rehabil Res Pract*. 2018; 2018:1708272.

49 Karlsson A et al. Geriatric Interdisciplinary Home Rehabilitation After Hip Fracture in People with Dementia - A Subgroup Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Clin Interv Aging*. 2020; 4(15):1575-1586.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No que tange à Gerontologia, a reabilitação possui papel fundamental para manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa. Segundo Flores et al. (2020), idosos que são internados possuem multimorbidades, declínios funcionais, fragilidade e maior exposição a eventos adversos, entre eles o óbito, sendo recomendado nesses ambientes a elaboração de estratégias, em que o cuidado prestado contemple as peculiaridades desse grupo etário, diminuindo, assim, os agravos decorrentes destes processos.

Conforme descrito pela Política Nacional de Atenção Básica (2006), busca-se o desenvolvimento de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Dessa forma, a reabilitação geriátrica, vem suprir as demandas relacionadas às perdas decorrentes do processo de envelhecimento, assim como as acentuadas por patologias agudas e crônicas que levam à hospitalização de idosos ou por causa desse processo.

Analisou-se neste estudo o prontuário de 47 pessoas idosas provenientes dos ambulatórios ou após a alta hospitalar do HUSM. Mostrou-se um perfil semelhante ao que foi identificado em outras literaturas, como o gênero predominante, sendo esse o masculino (55,3%), como no estudo de Figueiredo (2018). Essa característica também é representada na internação, como mostra o estudo de Flores et al. (2020), em que 56% das internações eram representadas por homens.

Outra característica identificada é a idade, composta majoritariamente por idosos entre 60 e 69 anos (55,4%); o mesmo foi identificado no estudo de Rocha, Gardenghi e Oliveira (2017), em que 51,7% dos idosos que estavam na reabilitação geriátrica estavam nessa faixa etária.

Como breve resumo do perfil encontrado, tem-se, majoritariamente, homens (55,3%), com idade média geral de 69,87 anos. 57,9% eram aposentados, 55,3% tinham ensino fundamental incompleto. A doença cardiovascular foi frequente em 74,4% e a polifarmácia chegou há 91,5%. 71,4% dos pacientes idosos não apresentaram indicadores de depressão, e 62,5% não tinham alterações cognitivas. Os atendimentos foram feitos em sua maioria por fisioterapeuta, enfermeiro e geriatra.

Com relação aos aspectos clínicos, a CP apresentou mediana acima dos 31 cm, que se constitui como marcador de Sarcopenia, assim como o IMC, onde 81% dos idosos estavam

acima do peso. Dados menores foram encontrados por Rocha, Gardenghi e Oliveira (2017), onde 59,17% dos indivíduos estavam acima do peso.

Uma UR deve ser caracterizada pelo atendimento, a partir de instrumentos como a AGA, diferenciado a essa população. Neste estudo identificamos que esse conjunto de instrumentos foi utilizado em 27,7% dos idosos, tendo aplicação incompleta em 12,8% e não sendo aplicada em 59,6%, demonstrando a necessidade de maior capacitação aos profissionais dessas unidades, visto que a AGA é a principal forma de rastrear agravos relacionados ao envelhecimento, assim como mensurar as melhoras relativas a protocolos de reabilitação.

Outro ponto relevante que pode ser relacionado é o seleto número de profissionais que podem estar envolvidos em atender à reabilitação. Esse achado vai ao encontro do que foi identificado quando analisados os profissionais atuantes, sendo que os mais envolvidos nas avaliações eram a fisioterapia, enfermagem e geriatria (55,3%).

Este estudo apresenta como limitação a falta de pesquisas relacionadas à reabilitação em idosos, principalmente as que possuem como objetivo a análise de perfil epidemiológico e clínico-funcional.

Destaca-se na conclusão deste estudo que mudanças epidemiológicas direcionadas ao envelhecimento humano devem despertar maior dimensionamento de capacitações teórico-práticas para os profissionais desta área. Com isso, vislumbra-se melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa.

Sugere-se, a partir deste estudo, que devam ocorrer maiores investimentos em serviços de reabilitação, possibilitando acesso precoce ao atendimento, reduzindo, assim, as perdas funcionais características do processo de envelhecimento. Outrossim, vislumbra-se a importância da formação profissional especializada, para que possam ser supridas as necessidades específicas dessa parcela populacional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristiane Isabela de; SAAD, Marcelo; VIEIRA, Mario Sergio Rossi. Reabilitação em Reumatologia Geriátrica. **Einstein**, v. 6, p. 189-189, 2008.

BARBOSA, Breno José Alencar Pires; GONDIM, Camila Lyra; MENEZES, Terce Liana. Avaliação Neurocognitiva do Idoso. In: DINIZ, Lucas Rampazzo et al. **Geriatrics**. Rio de Janeiro: Medbook, 2020. p. 75-82.

BARSANO, Paulo Roberto; BARBOSA, Rildo Pereira; GONÇALVES, Emanoela. **Evolução e envelhecimento humano**. São Paulo: Érica, 2014.

BEARD, John R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, p. n. 10033, p. 2145-2154, 2016.

BEERS, Mark H.; JONES, Thomas V. **The Merck manual of health & aging**. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories, 2004.

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Fragilidade e Sarcopenia: Determinantes e Repercussões na Saúde do Idoso. In: BERLEZI, Evelise Moraes; PILLATT, Ana Paula; FRANZ, Ligia Beatriz Bento. **Fragilidade em idosos: causa e determinantes**. Ijuí: Unijuí, 2019. p. 11-20.

BRASIL. Lei nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** e determina outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRUMMEL-SMITH, Kenneth. Rehabilitation. In: HAM, R.J.; SLOANE, P.D. **Primary care geriatrics case based approach**. 3. ed. New York: Mosby, 1997. p. 139-152.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 203-235.

CHAMLIAM, Therezinha Rosane. **Medicina física e reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CHAPMAN, Benjamin et al. Personality and Performance in Specific Neurocognitive Domains Among Older Persons. **Am J Geriatr Psychiatry**. v. 25, n. 8, p. 900-908, 2017.

CHOU, Jennifer P.; EFFROS, Rita B. T cell replicative senescence in human aging. **Curr Pharm Des**, v. 19, n. 9, p. 1680-1698, 2013.

COELHO, A. E.; LOBO, S.T. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. **Rev Virt Gestão Iniciat Soc**. v.1, p. 37-45, 2004.

CORDEIRO, Simone Lopes; MAGALHÃES, Eliane Leite de Sousa; OLIVEIRA, Priscila Viegas Barreto de. Experiência Ambulatorial da Consulta de Enfermagem na Perspectiva da Assistência Integral Gerontogeriatrica. In: DINIZ, Lucas Rampazzo et al. **Geriatrics**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2020. p. 524-533.

CRUZ-JENTOFT, A. J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, v. 39, n. 4, p. 412-423, 2018.

DACHER, Joan E. Rehabilitation and the geriatric patient. **Nurs Clin North**, v. 24, n. 1, p. 225-237, 1989.

DE MARTINI, André. Reabilitação, ética e técnica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.4, p. 2263-2269, 2011.

DE SÁ, Jeanete Liasch Martins et al. Multidimensionalidade do Envelhecimento e Interdisciplinaridade. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 321-333.

DIOGO, Maria José D'elboux. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n.1, p. 75-81, 2000.

DURCE, K. **Estratégias para promoção da saúde à reabilitação geriátrica**. São Paulo: Senac, 2020.

DUARTE, Paulo de Oliveira; AMARAL, José Renato G. Avaliação geriátrica ampla e peculiaridades da consulta geriátrica. In: DUARTE, Paulo de Oliveira; AMARAL, José Renato G. **Geriatrics: prática clínica**. 1. ed. Barueri/SP: Manole, 2020. p. 3-10.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem gerontológica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FIGUEIREDO, Isabel Cristina et al. Perfil e reabilitação fonoaudiológica de pacientes com câncer de laringe. **CoDAS**, 2019, v.31, n.1.

FLORES, Thamara Graziela et al. Análise do perfil de admissão, evolução e desfecho intrahospitalar de idosos: Coorte Prospectiva. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 25, n. 2, 2021.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* v. 12, p. 189-198, 1975.

FREITAS, Elizabete Viana; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 415-454.

GUIMARÃES, Maria Luciene et al. Cuidado ao Idoso em Saúde Coletiva / Um Desafio e um Novo Cenário de Práticas. In: SOUZA, Marina Celly M. Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p.335-356.

HOYL, Trinidad et al. Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc*, v. 47, n. 7, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** – Características dos Moradores e Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/default.shtm. Acesso em: 15 dez. 2020.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914-919, 1963.

KITNER, Daniel; CAMPOS, Karla Regina Soares; BALDASSO, Gabriela. Sarcopenia. In: DINIZ, Lucas Rampazzo et al. **Geriatrics**. Rio de Janeiro, Medbook, p.46-50, 2020.

LANDI, Francesco et al. Sarcopenia as the Biological Substrate of Physical Frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 31, n. 3, p. 367-374, 2015.

LAWTON, Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-186, 1969.

MANNE, Barkha B.; NASSER, Mohamed E.; MAITIN, Ian B. Abordagem ao paciente de medicina física e reabilitação. In: MAITIN, Ian B. **CURRENT medicina e reabilitação: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: AMGH, 2016.

MATHIAS, S.; NAYAK, U.S.; ISAACS, B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil.* v. 67, n. 6, p. 387-389, 1986.

MARZETTI, Emanuele et al. Sarcopenia: an overview. *Aging Clinical and Experimental Research*, v. 29, n. 1, p. 11-17, 2017.

MELO, Hugo Moura de Albuquerque; SILVA, Helka Juliane Fernandes da; MONTENEGRO, Mariana Maria Moura. Uso de Instrumentos de Avaliação de Funcionalidade. In: DINIZ, Lucas Rampazzo et al. **Geriatrics**. Rio de Janeiro: Medbook, 2020. p. 17-20.

MEMETOV, S.S.; SHARKUNOV, N.P. Some aspects of rehabilitation of disabled persons of the elderly and senior age at the present stage. **Advances in Gerontology**, v. 32, n. 1-2, p. 211-214, 2019.

MORAES, Edgar Nunes et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública** 2016; v. 50, n. 81, p. 1-10, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Suíça: OMS, 2015.

PAWELEC, Graham. Hallmarks of human “immunosenescence”: adaptation or dysregulation? **Immunity & Ageing**, v. 9, n. 1, p.1-4, 2012.

PERRACINI, Monica Rodrigues; GAZZOLA, Juliana Maria. Avaliação Multidimensional do idoso. In: PERRACINI, Monica Rodrigues, FLÓ, Claudia Marina. **Funcionalidade e envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 17-37.

PERRACINI, Monica Rodrigues; GUERRA, Ricardo O.; PEREIRA, Daniele Sirineu. Funcionalidade e Envelhecimento. In: PERRACINI, Monica Rodrigues; FLÓ, Claudia Marina. **Funcionalidade e envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. p. 2-14.

PINTO, Andressa Hoffmann et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 11, 2016.

RAWLINS, Michael D.; CULYER, Anthony J. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. **Bmj**, v. 329, n. 7459, p. 224-227, 2004.

REUBEN, David B. et al. A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) Level. **J Am Geriatr Soc**, v. 38, n. 8, p. 855-861, 1990.

REUBEN, David B.; SOLOMON, David H. Assessment in geriatrics: of caveats and names. **J Am Geriatr Soc**, v. 37, n. 6, p. 570-572, 1989.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; BARTER, Elaine Aparecida Chaves de Paiva. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, 2010.

ROCHA, Fernanda Silva; GARDENGHI, Giuliano; OLIVEIRA, Patrícia Conceição. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.30, n.2, p. 170-178, abr./jun., 2017.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SANTOS, Lucas Guimarães Machado; CENDOROGLO, Maísa Seabra. Avaliação da Capacidade Funcional. In: DI TOMMASO, Ana Beatriz Galhardi et al. **Geriatría: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. p. 22-35.

SCHWAN, Luciana; NEUHAUS, Juliana Donadussi; BETANCUR, Daniel Fernando Arias. Fisiatria – Reabilitação do Paciente Geriátrico. In: TERRA, Newton Luiz et al. **Geriatría e Gerontologia Clínica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2020. p. 1790-1819.

SOUZA, Helga Cecília Muniz de. Fisioterapia Aplicada à Geriatria. In: DINIZ, L. R. et al. **Geriatría**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2020. p. 508-515.

SOUZA, José Antonio; IGLESIAS, Antonio Carlos R. Trauma no Idoso. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2002.

SUTIN, Angelina R.; STEPHAN, Yannick; TERRACCIANO, Antonio. Verbal Fluency and Risk of Dementia. **Int J Geriatr Psychiatry**. v. 34, n. 6, p. 863-867, 2019.

YESAVAGE, Javaid A.; SHEIKH, Jerome I. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol**. v. 5, n. 1-2, p. 165-173, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE A – VARIÁVEIS AVALIADAS NOS PRONTUÁRIOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	DADOS CLÍNICOS
Nome	Estado Geral
Data de Nascimento	Pressão Arterial
Gênero	Estatura
Estado Civil	Peso
Grupo Familiar	Índice de Massa Corporal
Escolaridade	Circunferência da Panturrilha
Ocupação	Doença de Base
Cor ou Etnia	Comorbidades Associadas
	Fraturas
HÁBITOS DE VIDA	Vacinas
Tabagismo	Consultas Ginecológica/Urológica
Etilismo	Sistemas: Cardiovascular; Pulmonar; Geniturinário; Musculoesquelético; Neurológico; Gastrointestinal
Dieta	Incontinência Urinária/Fecal
Atividade física	
Atividade sexual	POLIFARMÁCIA
	Sim / Não
Avaliação funcional: INSTRUMENTO E PONTUAÇÃO	
Sarcopenia	PROFISSIONAL ASSISTENTE
Função Cognitiva	Clínica de Origem
Condição Emocional	Unidade de Reabilitação
Capacidade Funcional	
Mobilidade	DADOS HOSPITALARES 2019 A 02/2020
	Número de internações
INTERVENÇÃO	Hospitalização prévia à UR
Atividade Realizada	Tempo de Internação
Início	Causa/Motivo
Término	Reinternações
Desfecho	

APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo:

REABILITAÇÃO GERIÁTRICA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
IDOSOS DA UNIDADE DE REABILITAÇÃO DE UM HOSPITAL ESCOLA DO RIO
GRANDE DO SUL

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dra. Melissa Agostini Lampert

Demais Pesquisadores: Briam de Castria Paim, Carolina Franco Cardoso, Cibele Bessa Pacheco, Daniel Capalonga, Evander Vieira de Oliveira, Fabiana de Paula Faiolla, Heloisa Toledo da Silva, Ivana Camargo Braga, Marcelly Fiamé Gomes, Stéfany Piccinin, Jéssica Dallaqua

Local da Coleta de Dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Responsável da pesquisa: Melissa Agostini Lampert

Telefone para contato: 055 99623-3412

E-mail para contato: melissa.a.lampert@gmail.com

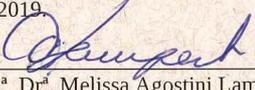
Endereço: Av. Roraima, nº 1000, prédio 26 - Bairro Camobi, Santa Maria, CEP: 97105-900.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa, cujos dados serão coletados através de análise documental. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins acadêmicos.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob responsabilidade da Prof.^a. Dr.^a. Melissa Agostini Lampert, na Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, Sala 1308, 97105-900, Santa Maria/ RS por um período de cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador. Após este período, os dados serão destruídos.

O projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em _____, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, 27 de setembro de 2019.



Prof.^a. Dr.^a. Melissa Agostini Lampert.
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Ministério da Educação
 Universidade Federal de Santa Maria
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
 Hospital Universitário de Santa Maria
 Gerência de Ensino e Pesquisa

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL PARA ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Pesquisadores (as): Heloisa Toledo da Silva
 Orientador (a): Melissa Agostini Lampert
 Título do Projeto: Reabilitação Geriátrica: Perfil Epidemiológico De Pacientes Idosos Da
 Unidade De Reabilitação De Um Hospital Escola Do Rio Grande Do Sul
 Registro Portal SIEweb UFSM: 052876
 Período de Execução: de 04/11/2019 a 23/12/2021

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, estando o mesmo, de acordo com a documentação e metodologia apresentadas, em conformidade com as normas de pesquisa da Comissão de Pesquisa do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria- GEP/HUSM/UFSM.

O (s) pesquisador (es) têm a nossa anuência para desenvolvê-lo no âmbito do HUSM, mediante obtenção de parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Gustavo Nogara Dotto
 Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSEH
 SIAPE 1812979

Prof. Dr. Gustavo Nogara Dotto

Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria
 Universidade Federal de Santa Maria – GEP/HUSM/UFSM

Santa Maria, 29 / OUTUBRO / 20 19.

E-mail contato: melissa.a.lampert@gmail.com; heloisatolledo@gmail.com

APÊNDICE D – JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DE TCLE

Termo de Justificativa de Ausência de TCLE

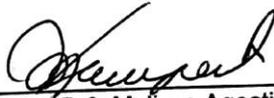
Título do estudo: "Reabilitação Geriátrica: Perfil Epidemiológico de Pacientes Idosos da Unidade de Reabilitação de Um Hospital Escola do Rio Grande do Sul"
 Pesquisador responsável: Melissa Agostini Lampert.
 Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria
 Área de Conhecimento: Saúde
 Local do estudo: Unidade de Reabilitação do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)
 Telefone para contato: (55)996233412
 Endereço: Av. Roraima, nº 1000, prédio 26-Bairro Camobi, Santa Maria, CEP: 97105-900.
 E-mail para contato: melissa.a.lampert@gmail.com
 Registro no CEP/UFSM:

Os aspectos éticos serão contemplados conforme a Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulariza as normas para pesquisa com seres humanos. A justificativa para a não utilização de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é que a coleta de dados será a partir da revisão dos prontuários. Sendo assim, o presente estudo não envolve nenhuma intervenção ou contato direto com os pacientes. A pesquisadora somente terá contato com o banco de dados gerado e com os prontuários. O projeto será submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria e os dados coletados serão analisados e publicados de forma anônima. A pesquisadora assume termo de confidencialidade com relação aos dados da pesquisa.

Sendo assim, não será necessário o TCLE pois não haverá contato direto com os pacientes. Será solicitada a autorização da instituição para a realização da pesquisa, com o encaminhamento para avaliação junto à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM.

O projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em _____, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, __ de _____ de 2019.



Prof.ª Dr.ª Melissa Agostini Lampert.
 Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO 1 – MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação temporal (qual é o..?)	Ano Mês Dia do mês Dia da semana Hora	5 pontos
Orientação espacial (onde estamos?)	Local específico Local genérico Bairro ou rua próxima Cidade Estado	5 pontos
Memória imediata	Nomear 3 objetos e pedir para o paciente repetir: "Carro, vaso, tijolo" Se ele não conseguir, ensinar até aprender, no máximo até 6 vezes	3 pontos
Atenção e cálculo	Pedir para o paciente diminuir 7 de 100 (5 vezes sucessivas) Alternativa: soletrar a palavra "mundo" na ordem inversa	5 pontos
Memória de evocação	Repetir os 3 objetos nomeados antes	3 pontos
Linguagem	Mostrar um relógio e uma caneta e pedir para nomear	2 pontos
	Pedir para repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1 ponto
	Seguir o comando de 3 estágios: "Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão"	3 pontos
	Ler e executar a ordem: "Feche os olhos"	1 ponto
	Escrever uma frase	1 ponto
	Copiar o desenho: 	1 Ponto

ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS 5

Você está satisfeito com a vida?	Não
Você se aborrece facilmente?	Sim
Você se sente desamparado (a)?	Sim
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas diferentes?	Sim
Atualmente você se sente inútil?	Sim

Escore:.....pontos

Escore \geq 02 pontos \Rightarrow depressão provável

ANEXO 3 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS 15

Perguntas	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida? (10,4,1)	0	1
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades? (10,4)	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se aborrece com frequência? (10)	1	0
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? (10)	0	1
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? (10,4)	0	1
8. Você sente que sua situação não tem saída? (10)	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (10,4)	1	0
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? (10)	1	0
13. Você se sente chelo de energia? (10)	0	1
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor do que você? (10)	1	0
Total	___ pontos	

ANEXO 4 – ÍNDICE DE KATZ

Cuidados pessoais	Comer Banhar-se Vestir-se Ir ao banheiro
Mobilidade	Andar com ou sem ajuda Transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa Mover-se na cama
Continência	Urinária Fecal

ANEXO 5 – ESCALA DE LAWTON

Atividade	Pontuação
1. Capacidade para usar o telefone	
É capaz de utilizar o telefone por iniciativa própria	3
É capaz de responder as ligações, porém necessita de ajuda ou aparelho especial para discar	2
Completamente incapaz para o uso do telefone	1
2. Compras	
É capaz de realizar todas as compras necessárias sem ajuda ou supervisão	3
Necessita de supervisão para fazer compras	2
Completamente incapaz de fazer compras, mesmo com supervisão	1
3. Preparar refeições	
É capaz de preparar refeições sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de preparar refeições com supervisão ou ajuda parcial	2
É incapaz de preparar refeições	1
4. Tarefas domésticas	
É capaz de realizar todo o trabalho sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de realizar apenas o trabalho doméstico leve ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	1
<i>4.1. Trabalhos manuais e pequenos reparos na casa</i>	
É capaz sem ajuda ou supervisão	3
Realiza pequenos trabalhos com ajuda ou supervisão	2
Incapaz de realizar trabalhos manuais e pequenos reparos na casa	1
5. Lavar roupas	
É capaz de lavar toda sua roupa sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de lavar apenas peças pequenas ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de lavar qualquer peça de roupa	1
6. Meio de transporte	
É capaz de dirigir carros ou viajar sozinho de ônibus, trem, metrô e táxi	3
Necessita de ajuda e/ou supervisão quando viaja de ônibus, trem, metrô e táxi	2
Incapaz de utilizar qualquer meio de transporte	1
7. Manuseio de medicação	
É capaz de tomar toda e qualquer medicação na hora e doses corretas sem supervisão	3
Necessita de lembretes e de supervisão para tomar a medicação nos horários e doses corretas	2
É incapaz de tomar a medicação	1
8. Manuseio de dinheiro	
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, pagar contas, manusear dinheiro, preencher cheques	3
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, porém necessita de ajuda com cheques e pagamentos de contas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	1

ANEXO 6 – IVCF 20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			<small>www.ivcf-20.com.br</small>	
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>				Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Resposta positiva vale 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		Máximo 4 pts
	Polifarmácia			
	Internação recente (<6 meses)			
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)				