

Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Functional decline of an institutionalized elderly woman: applicability of the model of the International Classification of Functioning, Disability and Health

Carolina Depolito¹, Priscilla Lassi Losano de Faria Leocadio², Renata Cereda Cordeiro³

Estudo desenvolvido no Depto. de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

¹ Fisioterapeuta especializada em Reabilitação Gerontológica

² Fisioterapeuta especializada em Gerontologia

³ Fisioterapeuta Ms.; Coordenadora do Setor de Reabilitação Gerontológica do Lar Escola São Francisco, vinculado ao Depto. de Medicina Preventiva da EPM/Unifesp

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carolina Depolito
R. das Laranjeiras, 690 ap. 71
Terra Nova I
09820-480 São Bernardo do Campo SP
e-mail:
caroldepolito@yahoo.com.br

APRESENTAÇÃO
nov. 2008

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
maio 2009

RESUMO: O objetivo deste estudo é relatar a evolução clínico-funcional de uma idosa residente em instituição de longa permanência (ILPI), descrevendo a influência das condições contextuais (socioeconômicas e familiares) em sua saúde, bem como discutir a provável relação entre os eventos e seu declínio funcional utilizando o modelo conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde para atender a diferentes setores e estabelecer uma linguagem comum na descrição da saúde, permitindo uma abrangência multidimensional dos fatores direta e indiretamente relacionados ao quadro clínico-funcional, bem como intervenções de caráter interprofissional na clínica ou no ambiente institucional. A paciente passou por diferentes momentos na ILP e foi a óbito após 12 meses. A discussão do caso permite planejar melhores estratégias para lidar com os eventos adversos à saúde que podem ocorrer nesse contexto.

DESCRIPTORES: Idoso fragilizado; Instituição de longa permanência para idosos; Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde

ABSTRACT: The purpose of this study was to analyse the clinical functional evolution of an elderly institutionalized woman, focussing on the way socioeconomic context and family-related conditions influenced her health, as well as to discuss the probable relationship between contextual events and the patient's functional decline, by following the conceptual model of the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). ICF was created by the World Health Organization to address different areas of health and to establish a common language in health description, allowing a multidimensional description of direct and indirect factors related to the clinical-functional framework, targeting interprofessional interventions both in outpatient clinics and in institutional environment. The patient went through distinct stages in the long-term care facility, and deceased after 12 months. The discussion of the case allows for planning better strategies that can be used to deal with similar events.

KEY WORDS: Frail elderly; Home for the aged; International classification of functioning, disability and health

INTRODUÇÃO

Estudos apontam preocupação com o envelhecimento populacional que ocorre de forma muito rápida nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, o grupo etário idoso passou a liderar o crescimento populacional, como reflexo da queda da fecundidade e da mortalidade no país nos anos 60². Atualmente ainda não há uma rede adequada de ações voltadas para os idosos no país. O Estatuto do Idoso e as políticas nacionais voltadas para essa população descrevem os direitos e as obrigações da sociedade e do Estado para com os idosos em todos os âmbitos (habitação, saúde, rede de suporte social e familiar e outros), mas na prática essas leis ainda não são efetivamente cumpridas.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, de 1996³, a própria família deve priorizar a assistência ao idoso na comunidade em detrimento ao atendimento asilar, à exceção daqueles que não garantam sua própria sobrevivência, o que nem sempre é possível devido às mais variadas condições socioeconômicas e familiares onde os idosos estão inseridos. O cuidado aos idosos é atribuído historicamente aos descendentes, o que foi se tornando cada vez mais difícil pela modificação da organização familiar e ao ingresso da mulher no mercado de trabalho, deixando de ser a provável cuidadora. Essas mudanças conjunturais e culturais do país transformam o papel da família no sistema de apoio aos idosos^{4,5}.

Esse processo de transição demográfica exige transformações sociais e aumentam a demanda de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) no país. São uma alternativa importante de assistência e devem assegurar qualidade de vida e satisfação dos idosos atendidos e suas famílias. As famílias buscam na ILPI uma parceria para o cuidado e as instituições esperam sua reciprocidade^{6,7}.

As ILPI surgiram com a nomenclatura de “asilos” na Europa no século XVI e abrigavam idosos, deficientes mentais e meliantes, considerados estereótipos negativos associados a pobreza, abandono ou rejeição familiar. Esse quadro justifica o clima de insegurança, culpa e indecisão no momento da institucionalização atualmente. Esse processo pode

ocorrer por diversas razões: situação financeira desfavorável, ausência de um familiar que disponibilize tempo para o cuidado, falta de estrutura domiciliar que atenda as necessidades das limitações físicas e funcionais dos idosos^{5,7}.

O idoso institucionalizado quase sempre constitui uma pessoa distante do convívio familiar, da própria casa e dos amigos, o que contribui para a perda de sua autonomia, dificultando a elaboração de novos projetos. Essa exclusão social pode estar associada às seqüelas de doenças crônicas não-transmissíveis que são a principal causa das admissões em instituições⁸. Tais seqüelas frequentemente acarretam prejuízos funcionais que tornam os idosos dependentes de cuidados especiais, justificando a institucionalização.

A Organização Mundial da Saúde publicou em 1976 a *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens* (Cidid). O modelo dispunha em uma seqüência linear doença – deficiência – incapacidade – desvantagem. As revisões desse modelo apontaram fragilidades conceituais, como a falta de relação entre as dimensões abordadas e a não-abordagem de aspectos sociais e ambientais. Em maio de 2001, após extensa revisão, a Assembléia Mundial da Saúde aprovou a *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde* (CIF)^{9*}.

A CIF é uma classificação com finalidades múltiplas, elaborada para atender a vários setores diferentes e tem como principal objetivo estabelecer uma lingua-

gem comum para descrição da saúde e dos estados de saúde, melhorando a comunicação entre seus usuários¹⁰. Essa classificação é baseada em uma abordagem biopsicossocial, incorporando saúde nos níveis sociais e corporais, tornando mais clara a percepção de que o mesmo diagnóstico pode apresentar limitações funcionais diferentes^{9,11}.

O objetivo do presente estudo é relatar a evolução clínica funcional de uma idosa residente em ILPI, descrevendo a influência das condições contextuais – socioeconômicas, familiares – em sua saúde, bem como discutir a provável relação entre os eventos e seu declínio funcional, utilizando para tanto o modelo conceitual da CIF.

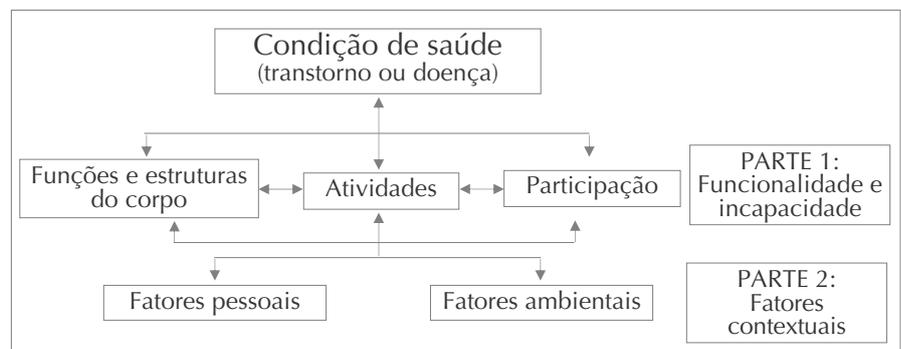
METODOLOGIA

Este trabalho utilizou uma abordagem qualitativa do tipo relato de caso. As fontes de informação utilizadas foram indiretas e retrospectivas.

Trata-se de uma idosa de 65 anos, residente durante 12 meses em uma ILPI na cidade de São Paulo, de caráter filantrópico, que oferece várias atividades aos idosos, algumas das quais por meio de serviços voluntários. Para os residentes com autonomia preservada (capacidade para decidir, participar), são desenvolvidas atividades como coral, aulas de artesanato, eventos esporádicos, e oferecidos serviços como o odontológico. Além do benefício ao idoso, é oferecida à população a oportunidade do trabalho voluntário para os que assim desejarem ou se comprometerem. Estabelece também parcerias com universidades (graduação e pós-graduação) que oferecem

* No Brasil, a tradução passou a estar disponível a partir de 2003.

Quadro 1 Interação dos conceitos da CIF. Essa classificação é subdividida em duas partes: (1) Funcionalidade e incapacidade e (2) Fatores contextuais^{10,11}



Fonte: OPAS & OMS¹⁰

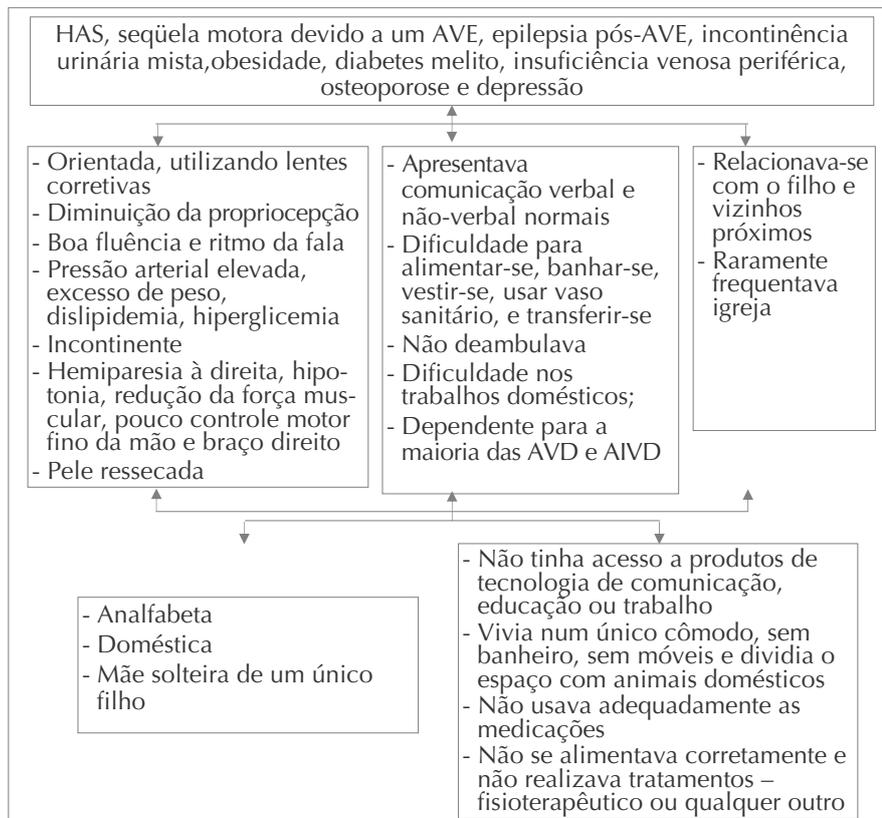
estagiários de graduação e especialização nas áreas da Medicina (residência em Geriatria), Fisioterapia, Fonoaudiologia, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Enfermagem.

Foram analisados os aspectos socioeconômicos e clínico-funcionais durante o período de internação. Todos os dados foram coletados a partir do cadastro social, prontuário e evolução da equipe de saúde.

Foi empregado o modelo da Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para dispor e discutir as informações do caso. Os conceitos e termos utilizados na CIF estão dispostos no Quadro 1. A visualização do diagrama é útil para a compreensão da interação de seus vários componentes¹⁰.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. O consentimento pós-informado do gestor da instituição para o uso das informações foi obtido em conformidade às diretrizes legais.

Quadro 2 Situação anterior à institucionalização da idosa segundo o modelo da CIF



Fonte: diagrama adaptado de OPAS & OMS10 e preenchido com dados coletados em fontes indiretas
HAS = Hipertensão arterial sistêmica; AVE = acidente vascular encefálico; AVD = atividades da vida diária; AIVD = atividades instrumentais da vida diária

APRESENTAÇÃO DO CASO

O caso refere-se a uma idosa de 65 anos, analfabeta, doméstica e com renda mensal inferior a um salário mínimo.

Segundo relato da assistente social, após a visita no domicílio pré-admissão, as condições de vida da idosa foram consideradas “subumanas”. Foi admitida na ILPI em 12 de junho de 2006, em caráter de urgência. Em janeiro de 2007 a paciente estava no pátio da instituição, adormeceu e sofreu uma queda da cadeira de rodas, resultando em escoriações e fratura em terço proximal da tíbia. A paciente foi imobilizada e assim permaneceu por três meses.

Após a retirada da imobilização, foi encaminhada e avaliada pelo serviço de fisioterapia e as sessões tiveram início em março de 2007. Os atendimentos seguiram até 26 de junho, quando foi realizada a última sessão. Nesta, a pacien-

te estava apática, motivo pelo qual fora realizada movimentação passiva e posicionamento. No dia seguinte, a paciente saiu da instituição para coletar material para exames e, ao retornar, apresentou uma crise de hipotermia, desenvolvendo-se posteriormente para choque. A equipe de saúde acionou a remoção por ambulância até o hospital público, onde evoluiu para coma e foi a óbito na madrugada de 29 de junho de 2007.

Do ponto de vista funcional, a paciente passou por três períodos distintos: (1) condição geral de saúde antes de ser institucionalizada; (2) condição geral de saúde após a institucionalização e antes da queda; (3) condição geral de saúde após a queda. Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam a caracterização e evolução da paciente nos três momentos, classificados segundo a CIF.

DISCUSSÃO

O caso em questão será aqui discutido à luz do modelo da CIF em três seções, focalizando o peso dos fatores ambientais, as relações entre fatores contextuais, funcionalidade, autonomia e incapacidade.

O peso dos fatores contextuais

A questão da autonomia *versus* independência funcional: no momento da admissão na instituição, a paciente não apresentava condições mínimas de cuidados pessoais e saúde, assim como seu filho não dispunha de tempo nem condições financeiras para auxiliá-la em suas necessidades. As causas que levaram à institucionalização envolveram tanto aspectos de saúde – doenças crônico-degenerativas, grau de dependência e limitação na realização das atividades de vida diária, diminuição da capacidade funcional – como aspectos sociais, associados à falta de condições financeiras e de apoio familiar^{5,7}.

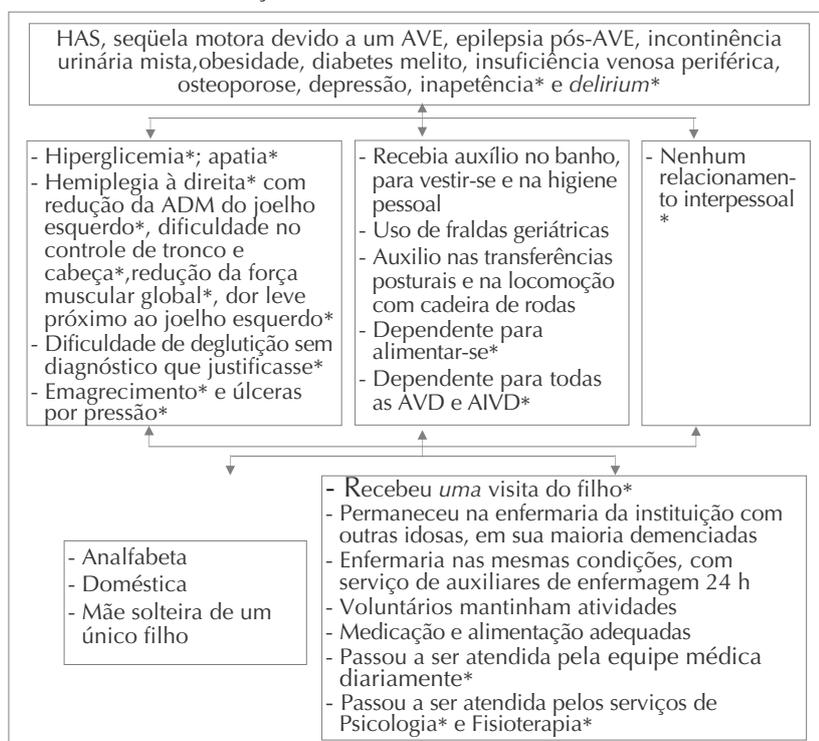
Nem sempre a autonomia do idoso é respeitada. Ele acaba sendo institucionalizado por filhos, familiares ou vizinhos sem seu consentimento. No Brasil a indisponibilidade de cuidado familiar, a falta de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo do cuidado domiciliar e os espaços físicos inadequa-

Quadro 3 Situação da paciente após ser admitida na ILPI (os asteriscos indicam alterações ocorridas na funcionalidade e nos fatores contextuais na nova etapa)



Fonte: idem. HAS = Hipertensão arterial sistêmica; AVE = acidente vascular encefálico; AVD = atividades da vida diária; AIVD = atividades instrumentais da vida diária

Quadro 4 Condições gerais de saúde e funcionalidade após uma queda na ILPI (os asteriscos indicam alterações na funcionalidade e nos fatores contextuais nessa nova situação)



Fonte: idem. HAS = Hipertensão arterial sistêmica; AVE = acidente vascular encefálico; ADM = amplitude de movimento; AVD = atividades da vida diária; AIVD = atividades instrumentais da vida diária

dos para idosos fragilizados são fatores para a institucionalização^{5,7}.

A paciente não foi encaminhada para a instituição por vontade própria, visto que manifestava saudades dos vizinhos e de seus animais. Contudo, as barreiras contextuais com as quais convivía impossibilitavam condições mínimas de viver com dignidade na comunidade, tornando a instituição de longa permanência uma alternativa viável de residência e que, além disso, possibilitaria cuidados à sua saúde debilitada. Frente à gravidade de sua depressão, ela fora considerada incompetente para exercer sua autonomia. Para preservar sua integridade e saúde, houve imposição da internação institucional. Em Bioética, apesar de não haver um acordo universalmente aceito quanto ao conceito de competência devido à sua complexidade, a pessoa é geralmente considerada incompetente quando não pode, temporária ou permanentemente, exercer sua autonomia^{12,13}. A competência é colocada em pauta quando se questiona se a pessoa está tomando decisões que sejam realmente de seu próprio interesse, baseadas em sua capacidade de entender, avaliar e racionalizar^{12,13}. Mesmo contra sua vontade, a idosa foi institucionalizada para garantir seu bem-estar, decisão tomada na época por um familiar.

A queda: inter-relações entre ambiente e funcionalidade

Mesmo tendo a instituição atendido às suas necessidades básicas, oferecendo suporte e abrigo, assistência e cuidados básicos de saúde, a paciente mantinha o desejo do convívio familiar, importante componente da participação social. Isso sinaliza como a institucionalização pode segregar e provocar solidão nos idosos, apesar de todos os serviços de saúde, sociais e de lazer que a mesma oferece. Na literatura há relatos de que idosos institucionalizados confundem solidão com saudade e que esses sentimentos podem gerar isolamento, incapacidade de interação com outras pessoas, levando a angústia e depressão – diagnóstico apresentado pela idosa neste caso¹⁴.

Apesar de as instituições manterem equipe de enfermagem durante 24 horas, as intercorrências surgem, às vezes

com conseqüências imprevisíveis. A queda é considerada uma intercorrência comum entre idosos e deve ser valorizada pelas conseqüências incapacitantes e onerosas que podem causar¹⁵.

Os indivíduos podem sofrer quedas em qualquer idade, porém são os idosos que correm maior risco de desenvolver incapacidade ou morrer em decorrência de queda¹⁶. A diminuição da capacidade funcional é um fator de risco para quedas em idosos, principalmente pelo comprometimento da execução das atividades de vida diária, limitação de força muscular, equilíbrio, marcha e mobilidade¹⁷. Estima-se que aproximadamente 66% dos idosos institucionalizados sofram um episódio de queda por ano¹⁸.

A paciente estudada sofreu uma queda da cadeira de rodas, onde estava contida mecanicamente por um lençol amarrado na cintura visando prevenir quedas por deslocamento anterior do tronco. Definida como uma forma de inibir os movimentos livres, a contenção mecânica é utilizada para evitar movimentos que possam de alguma forma trazer algum prejuízo para o paciente¹⁹. No caso a contenção não foi eficaz, uma vez que a paciente adormeceu e deslizou pela cadeira, caindo para frente juntamente com a cadeira de rodas. Normalmente, a contenção mecânica na cadeira de rodas, com cintas ou correias, e nas camas, com proteção lateral, é utilizada visando a prevenção de quedas; entretanto, a necessidade da utilização desses meios de auxílio deve ser avaliada, assim como seus riscos²⁰.

Até a atualidade, poucos estudos abordam as indicações de limitações físicas para contenção; alguns têm amostras pequenas ou, ainda, não permitem estabelecer uma relação clara com a causa de quedas; e estudos retrospectivos são dificultados pela falta de documentação relativa a esses casos. A literatura sugere que a razão principal da utilização das contenções é o interesse dos cuidadores na segurança, tentando impedir quedas ou a interferência no tratamento e monitoramento dos pacientes. Outros motivos citados incluem impedimento da perambulação, controle da agitação e manutenção do posicionamento na cadeira de rodas. No entanto,

apesar dos motivos terapêuticos e ligados à segurança, em boa parte das vezes as contenções são soluções convenientes para aliviar o volume de trabalho da equipe – ou podem mesmo adquirir o caráter de punição ao paciente que frustra a equipe por seu comportamento agressivo ou disfuncional. Se empregadas, as contenções devem seguir normas de segurança e os motivos pelos quais foram adotadas devem ser continuamente avaliados¹⁹. Não há evidências na literatura que apontem redução do risco de quedas ou minimização de lesões relacionadas a seu uso¹⁹. Ao contrário, foi relatado que a retirada das contenções mecânicas não promoveu diferença quanto ao número total de quedas; contudo, a proporção de quedas sem lesões diminuiu significativamente em relação às quedas com lesões²¹.

Este caso ilustra o achado recorrente na literatura quanto ao risco de fraturas ocasionadas por quedas em idosos frágeis. Relatos de idosos, cuidadores e familiares apontam o aumento da limitação funcional e da dependência na realização das atividades de vida diária após uma queda^{16,20}. As fraturas são citadas como conseqüências comuns juntamente com a imobilidade, a restrição nas atividades, prejuízos sociais e psicológicos e declínio no estado geral de saúde²².

A partir da queda a paciente permaneceu três meses com imobilização gessada da perna e não mais realizou suas atividades cotidianas. O tempo de imobilização e recuperação nesse caso foi de suma importância: foi durante esse tempo que se agravaram os sintomas depressivos, aumentaram as dificuldades motoras e apareceram as úlceras por pressão.

Com o agravamento da depressão, a paciente passou a apresentar sintomas típicos como apatia, desinteresse, falta de apetite e alterações no ciclo do sono. Foi tratada com antidepressivos e psicoterapia, não apresentando melhora significativa. A própria situação de institucionalização favorece a retroalimentação de um ciclo marcado por incapacidade e quadro depressivo: a limitação física e conseqüente limitação funcional verificadas em idosos institucionalizados provocam isolamento e negação, no intuito de diminuir a percepção de um ambi-

ente que não lhes é agradável²³. Sabe-se que a depressão é de grande prevalência entre idosos institucionalizados e nessa faixa etária normalmente vem acompanhada de problemas clínicos e sociais que dificultam o diagnóstico e o tratamento²⁴. Estudos internacionais apontam uma variação de 14% a 42% de prevalência da depressão em idosos institucionalizados, sendo que a maior incidência ocorre em mulheres com mais de 65 anos²⁵. No Brasil podemos encontrar a prevalência de 21,1% em instituições no nordeste do país e 20,9% no sudeste²².

Família: barreira ou facilitador da capacidade funcional?

Os idosos residentes em instituições acabam sofrendo afastamento de filhos e outros familiares, podendo culminar na perda total de contato com a família²⁴. Quando sofreu a queda, a paciente estava na instituição há aproximadamente seis meses e havia recebido apenas uma visita do filho, no início de sua institucionalização. A atividade ocupacional deste era coletar papelão para reciclagem; pelos poucos registros da ILPI, não há dados para dimensionar os motivos pelo qual ele não a visitava.

Com a piora do quadro clínico da paciente, o filho fora convocado a comparecer na instituição, já que era responsável por ela. No dia de sua visita, a paciente apresentou melhora significativa na alimentação, expressões não-verbais de felicidade e mesmo verbais – até perguntando sobre seus animais de estimação. Creutzberg *et al.*⁷ perceberam também que a participação dos familiares no cuidado tem efeitos positivos, especialmente quando estes são filhos. A equipe da casa solicitou então ao filho que a visitasse nos próximos dias, mas, apesar de ter se comprometido com a equipe, este não compareceu mais à ILPI.

Na semana seguinte, a paciente sofreu uma piora do quadro geral, apresentando piúria e infecção nas úlceras por pressão. Evoluiu para um quadro de *delirium* e, ao retornar da realização de exames, apresentou uma crise de hipotermia, entrou em choque, coma e foi a óbito.

O reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos pacientes, atuando como barreira ou facilitador – neste caso, a falta de envolvimento da família tornou-se uma barreira – muda o foco do problema da natureza biológica individual para a interação entre disfunção e contexto ambiental⁹. O modelo conceitual da CIF agrega esses fatores no processo multidimensional de explicação do nível de funcionalidade e de saúde de uma pessoa, possibilitando relações de determinação que vão além dos diagnósticos clínicos. Conhecer a influência do contexto ambiental e pessoal permite às instituições traçar estratégias sistemáticas para minimizar as barreiras e potencializar os facilitadores.

Este relato de caso, organizado e descrito dentro da lógica conceitual da CIF, expõe a urgência de seu uso efetivo nas

equipes. No nível individual, possibilita basicamente a avaliação do nível de funcionalidade do idoso, o planejamento do tratamento e seus efeitos, e a comunicação eficaz entre os membros da equipe; no nível institucional, serve a propósitos educacionais e de treinamento, planejamento de recursos necessários para a assistência, avaliação de gerenciamento e resultados e oferta de serviços, melhorando resultados e reduzindo riscos; por fim, no nível social, possibilita concessão de benefícios, desenvolvimento de política social, avaliação de necessidades e do ambiente físico a fim de garantir a acessibilidade¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interpretação da sucessão temporal dos eventos por meio do modelo teórico

da CIF neste caso possibilitou uma visão detalhada, crítica, objetiva e contextual, de fácil compreensão por todos os membros de uma equipe que presta assistência à saúde do idoso. Sugere-se que esse modelo conceitual seja efetivamente empregado nos diversos serviços de atenção à saúde do idoso, devido a sua capacidade de abarcar múltiplos aspectos passíveis de intervenção apropriada, à medida que forem emergindo. O modelo facilita a comunicação entre os profissionais e propicia integralidade na assistência.

A CIF se mostrou aplicável à compreensão da situação institucional no decorrer do tempo. Portanto, sugere-se que seja utilizada em outros estudos como norteadora da relação multidimensional entre os eventos, unificando a linguagem e facilitando a interpretação de relações de determinação mais complexas, não-lineares.

REFERÊNCIAS

- 1 Rosa TE, Benício MH, Latorre Mdo R, Ramos LR. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev Saude Publica*. 2003;37(1):40-8.
- 2 Chaimowicz F. Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):184-200.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política nacional de saúde do idoso. Brasília; 1996.
- 4 Gordilho A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. *Bahia Analise e Dados*. 2001;10(4):138-53.
- 5 Nunes LA. Institucionalização do idoso. São Paulo: SEEP/Prefeitura; 2008 [citado jun 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/idosos/artigo/0009.
- 6 Costa RCD, Spinola AWP, Tolosa EMC. Modelo metodológico organizacional aplicável a gestão de instituições de longa permanência para idosos. *Rev Bras Med Legal*. 2006;3(5). [citado jun 2008]. Disponível em: <http://www.rbdm.com.br>.
- 7 Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre família e instituição de longa permanência para idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007;10(2):147-60.
- 8 Freire Jr RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):147-58.
- 9 Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.
- 10 OPAS, OMS. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
- 11 Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN. A aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev Bras Fisioter*. 2005;9(2):129-36.
- 12 Culver CM. Relação médico-paciente: competência do paciente. In: Segre M, Cohen C, editores. *Bioética*. 3a ed. São Paulo: Edusp; 2002. p.95-105.
- 13 Gauer GJC, Calvetti PÜ, Dias HZJ, Giovelli G, Ronchetti R, Dias AV, et al. Competência dos pacientes em tomadas de decisões quanto a seus tratamentos sanitários. *Rev Eletr Sociedade Rio-Grandense de Bioética*. 2006;1(3) [citado abr 2009]: Disponível em: <http://www.sorbi.org.br/revista/5/Competencia.pdf>.
- 14 Mazuim CHR. Idoso institucionalizado: suporte, abrigo ou segregação? *Logos*. 2006;17(2):97-103.

Referências (cont.)

- 15 Men ezes RL. Quedas em idosos institucionalizados no município de Goiânia. *Rev Eletr Enfermag.* 2008;10(1) [citado jun 2008]:259-60. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a28.pdf>.
- 16 Fabricio SC, Rodrigues RA, Costa Jr ML. Falls among older adults seen at a Sao Paulo State public hospital: causes and consequences. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):93-9.
- 17 Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Med.* 2007;17(3):138-44.
- 18 Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev Baiana Saude Publica.* 2005;29(1):57-68.
- 19 Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly: review of the evidence. *Can Fam Physician.* 1996;42:2402-9.
- 20 Fonad E, Wahlin TB, Winblad B, Emami A, Sandmark H. Falls and fall risk among nursing home residents. *J Clin Nurs.* 2008;17(1):126-34.
- 21 Dunn KS. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *J Gerontol Nurs.* 2001;27(10):40-8.
- 22 Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACSS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para quedas: análise dos incidentes críticos. *Rev Eletr Enfermag.* 2007;9(1):64-78.
- 23 Andrade AC, Lima FR, Silva LFA, Santos SS. Depression among the elderly in a long-term residential institution: proposal for nursing action. *Rev Gauch Enferm.* 2005;26(1):57-66.
- 24 Santana AJ, Barboza Filho JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Rev Baiana Saude Publica.* 2007;31(1):134-46.
- 25 Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.