

## **Prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência na cidade de São Paulo**

*Prevalence of Frailty Syndrome in elderly residents in Long-Stay Institution in São Paulo*

Micheli Oliveira Rodrigues Regis  
Daniela Alcântara  
Gabriela Correia de Almeida Goldstein

**RESUMO:** Este estudo objetivou identificar, através de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), a prevalência da Síndrome da Fragilidade (SF), em um grupo de idosos institucionalizados há mais de um ano. Participaram do estudo 24 idosos com média de idade de  $80,3 \pm 3,7$  anos, sendo que 50% destes idosos apresentaram diagnóstico de “Fragilidade”; 25% foram considerados não frágeis; e 25% foram classificados em fase de transição (pré-frágil). Resultados que nos levam a refletir que todo o indivíduo é singular e, sempre que avaliado, deve ser considerado o contexto no qual está inserido. Quanto mais minuciosa e precoce a avaliação, maiores as chances de se impedir o avanço do processo de piora progressiva da funcionalidade. Investigar um idoso frágil requer olhar minucioso, experiência por parte do profissional, e principalmente ter em mãos um material de fácil aplicabilidade, baixo custo e risco mínimo de viés.

**Palavras-chave:** Idoso; Avaliação Geriátrica Ampla; Idoso frágil.

**ABSTRACT:** *This study identified through Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) the prevalence of the syndrome Fragility (SF) in a group of institutionalized elderly for over a year. The study included 24 older adults with a mean age of  $80.3 \pm 3.7$  years, 50% of these seniors were diagnosed with "fragility", 25% were not frail and 25% were in transition (pre-frail). Results that lead us to think that every individual is unique and*

*where rated, shall be considered the context in which it is inserted. The more thorough and the early, larger evaluation are the chances of preventing the advance of progressive worsening of process functionality. Investigate a frail elderly requires a careful look at experience from the professional, and mostly have on hand a material easy to apply, low cost and minimal risk of bias.*

*Keywords: Elderly; Geriatric Assessment; Frail Elderly.*

## **Introdução**

O importante declínio da taxa de natalidade e mortalidade vem mudando o perfil populacional brasileiro, aumentando de forma significativa o grupo de pessoas com mais de 60 anos de idade. A falta de informação sobre a saúde do idoso, bem como as especificidades desta faixa etária, são fatores que geram desafios para a saúde pública em nosso contexto social e podem acarretar o desfavorecimento de um envelhecimento com autonomia e independência funcional (Garrido & Menezes, 2002).

O envelhecimento favorece o surgimento de doenças crônico-degenerativas, as chamadas Síndromes Geriátricas, que podem gerar incapacidade e dependência quanto às atividades físicas, levando o idoso ao declínio funcional e, neste contexto, citamos a “Síndrome da Fragilidade (SF)” que pode ser entendida, ainda que não tenha sido muito bem definida.

Gerontólogos e Geriatras classificam como “Frágil”, a população idosa presente em um grupo de risco susceptível a doenças crônicas, quedas, imobilidade e declínio funcional. Sabe-se que essa síndrome ocorre por perda das reservas de energia e diminuição das capacidades de reação a situações estressoras, causando ao idoso hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. É considerada por muitos estudiosos como uma síndrome clínica composta por vários fatores biológicos, psicológicos e sociais (Bergman *et al.*, 2004; Teixeira & Néri, 2006).

A literatura aponta a prevalência e a incidência de idosos frágeis na população: 6,9% e 7,2% de prevalência e incidência, respectivamente em idosos comunitários com idade igual ou superior a 65 anos, 20% de prevalência em idosos comunitários com idade igual ou superior a 70 anos, e 7% de incidência em idosos comunitários acima de 65 anos (Fried *et al.*, 2001; Ottenbacher *et al.*, 2005; Vila-Funes *et al.*, 2008).

No final da década de 1990, pesquisadores consideraram a fragilidade como precursora da incapacidade, estando fortemente relacionada com a Institucionalização e a morte do idoso, com fortes evidências de diferenças étnicas e culturais, e com importante impactação na Saúde Pública, uma vez que esta Síndrome pode ser prevenida ou revertida (Fried Waltson, 1999, como citado em Duarte, 2009).

No Brasil existem poucos estudos que apontam a prevalência desta Síndrome e há falta de uma definição consensual e de seus marcadores, o que faz com que os resultados encontrados sejam conflitantes. A dificuldade de se obter um consenso na caracterização da fragilidade prejudica a comunicação entre os profissionais da área e a criação de estratégias de enfrentamento para a SF. Os estudos realizados inviabilizam as generalizações, em virtude de diferentes instrumentos e critérios utilizados para avaliar a SF (Tribess & Oliveira, 2011).

No contexto brasileiro, existem poucas adaptações funcionais, permanecendo o uso assistemático de instrumentos de avaliação. A *Avaliação Geriátrica Ampla – AGA (Comprehensive Geriatric Assessment)* utiliza métodos baseados no princípio do trabalho interdisciplinar e planejado. A AGA é um conjunto de técnicas e procedimentos cuja avaliação é abrangente e estruturada. Associa-se aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde das diversas especialidades. As dimensões mais estudadas e utilizadas na AGA se referem ao estado funcional, saúde mental e funcionamento social do idoso (Paixão & Reichenheim, 2005).

A Fragilidade pode ser compreendida como fator multidimensional e, justamente por não ter ainda uma definição consensual, torna-se necessário o estabelecimento de um critério de fragilidade para identificação de idosos que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. A complexidade da síndrome é, no entanto, um desafio para todos, tornando-se um obstáculo tanto na prática clínica quanto na pesquisa, para elaboração de uma definição única (Arantes *et al.*, 2009).

## Metodologia

O presente estudo é de caráter transversal, do tipo levantamento de dados, que utilizou a Avaliação Geriátrica Ampla para identificar a prevalência de idosos frágeis em uma Instituição de Longa Permanência na cidade de São Paulo.

O estudo teve início em abril de 2011, após o consentimento da Instituição e aprovação do Centro de Pesquisa do Centro Universitário Ítalo-Brasileiro (CEPESQ). Cada participante ou responsável recebeu orientações verbais sobre o assunto e com o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para este estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idosos com 65 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, residentes em Instituição de Longa Permanência, em regime de internação, que aceitassem participar do estudo e se submeterem às avaliações propostas.

Os critérios de não inclusão foram: idosos com diagnóstico de declínio cognitivo moderado ou grave, avaliado pelo Mini-Exame de Estado Mental (MEEM); Idosos em uso de cadeira de rodas ou que se encontravam acamados, provisório ou definitivamente; Sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com perda localizada de força; Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; Doenças em estágio terminal.

As avaliações foram iniciadas com a participação de 30 idosos e 6 foram excluídos pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O restante da avaliação foi realizado com 24 idosos.

A avaliação foi composta pelos seguintes componentes: Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Escala em versão reduzida Yesavage (GDS-15), Escala de Katz (AVD'S); Escala modificada de Lawton (1969), Mini-avaliação Nutricional (MNA), Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), Timed and go Test, Tabela de Snellen, Teste do Sussurro e Teste de Equilíbrio avaliado pelo Time up and GO (TUG).

## Resultados

A amostra foi composta por 24 idosos com idade entre 60-95 anos de idade, de ambos os gêneros, média de idade  $80,3 \pm 3,7$  anos, altura  $1,60 \pm 0,004$  cm e peso  $63,0 \pm$

4,2 kg. Os resultados adquiridos foram analisados pelo teste de Igualdade de duas proporções, intervalo de confiança para média e P valor 0,05 (5%).

Nos idosos participantes, identificamos as seguintes comorbidades: Diabetes Melitus 13%, Reumatismo 4%, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 4%, Depressão 52%, osteoporose 38%, Incontinência urinária e/ou fecal 25% (Figura I a seguir).

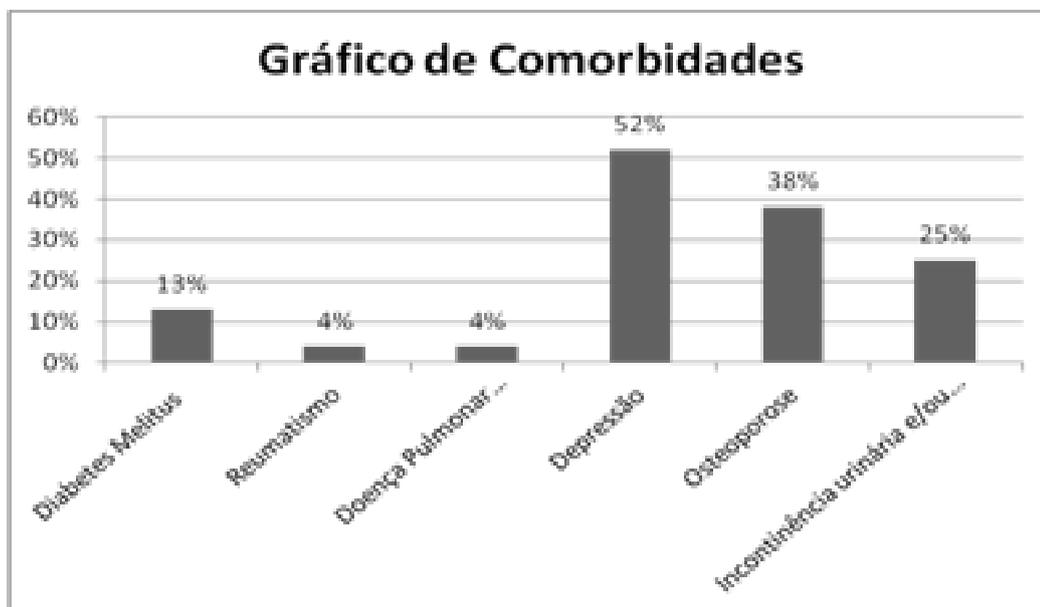


Figura I: Comorbidades apresentadas pelos idosos participantes e identificadas através da AGA

Na avaliação do equilíbrio postural (Método POMA), 100% da amostra estudada não apresentou risco de queda. Nas Atividades de Vida Diária, avaliadas pelo Índice de KATZ, 70,8% apresentaram-se independentes, enquanto 29,2% apresentaram dependência parcial. O mini-exame de estado Nutricional apontou 62,5% em estado “normal” e 37,5% em estado de risco de desnutrição. No teste de visão, 95,8% apresentaram importante *déficit* visual, enquanto apenas 4,2% apresentaram visão satisfatória. No teste de TUG, observou-se que 58,3% dos idosos apresentaram “boa mobilidade”; e 20,8% requeriam atenção; enquanto 12,5% apresentavam risco moderado e 8,3% não apresentaram alteração. O teste do Sussurro indicou que 70,8% dos idosos não apresentavam alteração auditiva e 29,2% apresentaram alteração.

O resultado final foi baseado na proposta de Speechley & Tinetti (1991), em que o perfil de indivíduos frágeis apresentaria as seguintes características: ter 80 ou mais anos de idade, anormalidades de equilíbrio e marcha, caminhar pouco como exercício,

usar sedativos, presença de depressão, ter força reduzida em ombros ou joelhos ou ambos, incapacidade em extremidades inferiores e perda importante da visão. Em função desses achados, os indivíduos poderiam ser classificados em diferentes estágios de fragilização: saudável (não frágil) apresentando duas características ou menos; estado transicional, apresentando três características; e indivíduos frágeis, portadores de quatro ou mais características. Com base nesses critérios, este estudo identificou como idosos não frágeis 25%; idosos em estágio transicional 25%; e 50% dos idosos foram classificados como frágeis, de acordo com a avaliação da AGA (Figura II, a seguir):

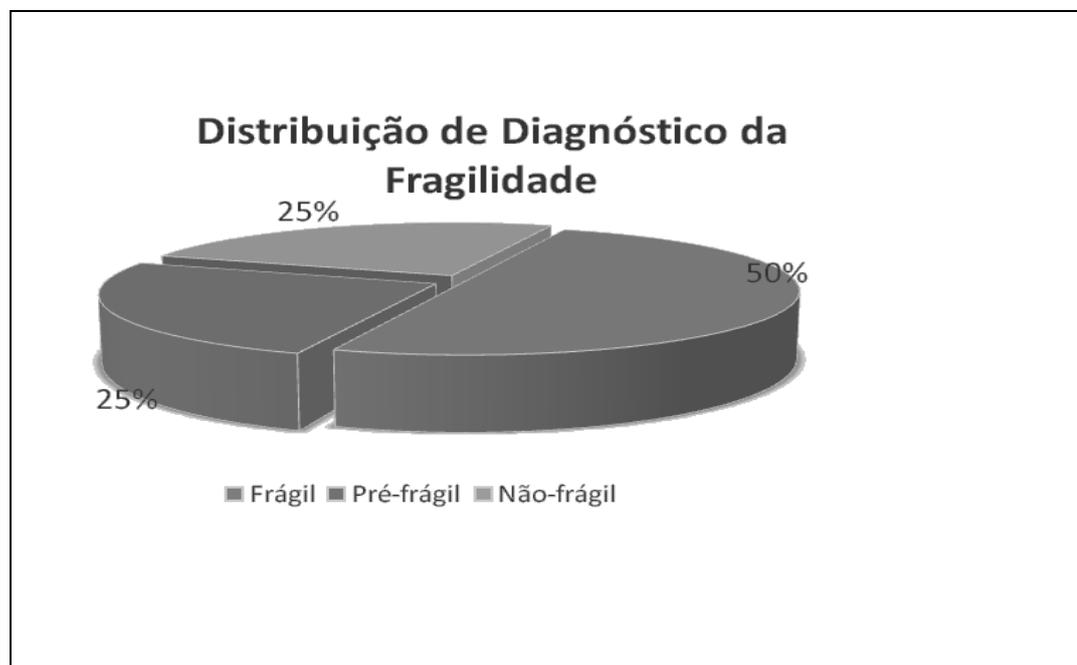


Figura II: Gráfico de distribuição de diagnóstico da fragilidade em idosos. São Paulo (SP), 2012.

## Discussão

Quanto mais envelhecemos, maior a chance de termos nossa capacidade funcional diminuída; porém, isso ocorre de modo singular a cada um de nós e a capacidade de resiliência, ou seja, a capacidade de cada um lidar com agentes estressores, deve ser considerada de forma singular. As avaliações são ferramentas importantes para nos nortear estratégias de enfrentamento, e um trabalho interdisciplinar é fundamental, tanto na avaliação como no tratamento escolhido.

Este estudo teve como objetivo verificar a quantidade de idosos frágeis em uma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI), através da AGA; porém, a quantidade de estudos disponíveis tornou-se uma barreira para a utilização dos protocolos. Arantes *et al.*<sup>12</sup> realizaram um trabalho de revisão sobre as intervenções fisioterapêuticas e relataram a mesma escassez de estudos relacionados à fragilidade (Arantes *et al.*, 2009).

Estudos realizados no Peru e no Brasil verificaram que a fragilidade está mais relacionada ao sexo feminino do que ao masculino, afirmação que confirma o resultado encontrado no presente estudo, em que, do total da amostra de idosos frágeis, 46% eram sexo feminino (Varela-Pinedo & Ortiz-Saavedra, 2008).

Fried *et al.* (2001) relataram haver maior possibilidade de mulheres desenvolverem os sintomas, devido à perda mais rápida de massa magra, e a uma condição de fraqueza muscular acentuada, comparadas aos homens, e também à probabilidade de uma dieta menos saudável. Podemos acrescentar aqui a questão da feminilização na fase da velhice, e que a Síndrome da Fragilidade é mais prevalente na população mais idosa, o que justificaria também uma maior incidência no gênero feminino.

No presente estudo, dos 24 idosos avaliados, 12 eram frágeis (50% da amostra) sendo que destes, apenas 3 eram menores de 80 anos, corroborando com outras pesquisas que apontam o avanço da idade como um fator que contribui para a fragilidade em idosos (Teixeira, 2006; Fabricio & Rodrigues, 2008).

A condição de institucionalização também é um fator de risco para eventos adversos à saúde do idoso, levando-o a uma diminuição da atividade física, lazer, diminuição da atividade social ou até mesmo de suas tarefas diárias (AVD'S). Por não haver necessidade de os idosos realizarem as tarefas, mesmo os que apresentam

condições físicas para tal, pode ocorrer o surgimento de doenças, levando o idoso a uma maior probabilidade de tornar-se frágil, pois deixa de ser participativo e sentir-se útil, afetando, assim, sua funcionalidade (Fhon *et al.*, 2012; Oliveira & Menezes, 2011; Remor, Bós & Werlang, 2011).

Segundo Fried *et al.* (2001), a falta de renda também pode ser um fator determinante para a vulnerabilidade e levar o idoso a um estado de fragilidade; um estudo realizado por Remor *et al.*, em (2011), com 100 idosos que frequentavam um ambulatório de geriatria, mostra que os idosos que não dispunham de renda eram frágeis, e os idosos aposentados ou pensionistas pertenciam ao grupo dos pré-frágeis, não havendo relação, nesta amostra, entre a situação econômica e a fragilidade dos idosos, pois, dentre os idosos frágeis, a maioria era aposentada ou pensionista.

Na avaliação do equilíbrio pelo Método POMA, não verificamos alterações na marcha e no equilíbrio em 100% dos idosos avaliados. Estes resultados representam algo positivo, pois a condição de equilíbrio comprometido torna o idoso ainda mais vulnerável às quedas e suas complicações.

Um estudo realizado por Coqueiro, Mota e Bertolucci (2009), em Descalvado (SP), que avaliou a mobilidade de idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, através da escala de POMA, de Tinetti, apontou que idosos institucionalizados apresentam maior comprometimento do equilíbrio e da marcha do que idosos não institucionalizados (Coqueiro, Mota & Bertolucci, 2009; Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008).

No grupo analisado, não houve um alto índice de queda e fragilidade, pois a maioria dos idosos analisados realizavam suas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's), também importantes, por propiciarem aos idosos uma situação de independência, postergando, assim, uma situação de fragilidade. As AIVDs desenvolvidas pelos idosos são fazer compras, tomar banho, trocar de roupa, tomar os próprios remédios, usar o telefone e cuidar das finanças, além de participarem de um programa de reabilitação e realizar algumas atividades lúdicas e direcionadas, que favorecem o raciocínio lógico, com o objetivo de minimizar os prejuízos cognitivos decorrentes da idade. A falta dessas atividades pode levar o idoso à demência e à desautonomia, gerando um maior prejuízo funcional. Manter o idoso mais ativo impede, por conseguinte, a instalação do declínio funcional (Tagliapietra & Garces, 2012).

Quanto às características depressivas, 25% dos idosos foram diagnosticados com depressão moderada e 21% com depressão severa, sendo em sua maioria mulheres entre 65 e 98 anos, com as perdas funcionais e psicossociais geralmente decorrentes do envelhecimento, que podem levar, muitas vezes, a pessoa idosa a uma condição de depressão.<sup>21</sup>

Tagliapietra e Garces (2012) realizaram estudo com 16 idosos institucionalizados e não observaram características de depressão em 50% da amostra estudada; 25% apresentaram depressão leve ou moderada; 25% depressão moderada a grave (Oliveira & Menezes, 2011).

Ferrere e Delacorte (2007) também observaram depressão em pacientes avaliados em regime de internação hospitalar; um ponto de semelhança entre ambos os estudos foram idosos com idade acima de 80 anos, poliqueixosos que apresentavam comorbidades e, em sua maioria, já haviam perdido o companheiro, ou nunca o tiveram, sendo este um fator de prevalência de doença em mulheres.

Utilizar uma avaliação geriátrica ampla para auxiliar no diagnóstico da Síndrome da Fragilidade tem sido conduta frequente na prática da Gerontologia. Mas será este o Método realmente mais adequado? Alguns autores propõem a utilização de outros Métodos como o Fenótipo da Fragilidade, baseado na definição proposta por Fried *et al.*, (2001), operacionalizado por cinco indicadores, sendo eles: perda de peso; exaustão; diminuição da força de apreensão da mão dominante; baixo nível de atividade física e lentidão medida pela velocidade da marcha indicada em segundos. Idosos com três ou mais dessas características seriam classificados como frágeis e os com uma ou duas características, como idosos pré-frágeis.

Ao se optar pela avaliação geriátrica ampla, seria interessante que houvesse uma padronização dos testes utilizados, uma vez que encontramos na literatura diferentes tipos de exames. Neste estudo, utilizamos o protocolo de Tinetti e Speechley (1991), mas encontramos na literatura alguns estudos que utilizaram outros componentes na avaliação como o estudo desenvolvido por Fhon *et al.* (2012) que utilizaram como ferramentas de avaliação o Perfil sociodemográfico, Escala de Fragilidade, Medida da Independência Funcional e Escala de Lawton e Brody. O objetivo desses pesquisadores foi caracterizar o perfil sociodemográfico, verificando o nível de fragilidade, segundo o gênero, independência funcional e AIVDs, correlacionando com idade, escolaridade,

fragilidade e morbidades. Os autores encontraram maior dependência nas AIVDs em idosos frágeis, sendo estes, em sua maioria, do gênero feminino.

O estudo realizado por Schneider, Marcolin e Dalacorte (2009) avaliou pacientes com 60 anos de idade ou mais, com o intuito de verificar sua funcionalidade. Para tanto, o protocolo escolhido foi o desenvolvido por Lachs *et al.* (1990), que contém avaliações de aplicações rápidas, baixo custo e fácil compreensão, que inclui o Teste do Sussurro, Carta de Jaeger, TUG (Timed Up and Go Test), Mini-Exame do Estado Mental, algumas avaliações que visam a identificar as incapacidades nas Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). O protocolo de Lachs (1990) assemelha-se com o de Tinetti e Speechley (1991), porém com características que diferem o primeiro do segundo, de ambos os autores, como a avaliação da incontinência urinária e o estado de humor, examinados com apenas uma pergunta aberta, e o estado nutricional analisado pelo IMC. Esses autores encontraram um importante número de pacientes com perda auditiva, incontinência urinária e incapacidade nas AVDs, identificando 25% dos idosos com risco para fragilidade precoce.

Devemos considerar sempre que todo o indivíduo é singular e, sempre que avaliado, deve-se considerar o contexto no qual está inserido. Quanto mais minuciosa e precoce a avaliação, maiores serão as chances de se impedir o avanço do processo de piora progressiva da funcionalidade. Investigar um idoso frágil requer um olhar minucioso, experiência por parte do profissional e principalmente ter em mãos um material de fácil aplicabilidade, baixo custo e risco mínimo de viés.

## **Conclusão**

Considerando a classificação da AGA, 50% dos idosos institucionalizados foram considerados frágeis, com pelo menos quatro critérios de fragilidade e apenas um critério de vigor; 25% apresentaram pelo menos três critérios de vigor e dois ou menos de fragilidade, considerados não frágeis; e 25% foram classificados em fase de transição (pré-frágil).

## Referências

- Garrido, R. & Menezes, P.R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl I), 03-06.
- Bergman, H., Béland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D. & Wolfson, C. (2004). Canadian initiative on frailty and aging. Developing a working framework for understanding frailty. *Gérontologie et Société*, 109, 15-29.
- Teixeira, Indo & Néri, A.L. (2006). A fragilidade no envelhecimento: Fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F., Doll, J. & Gorzoni, M.L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). (Cap. 115). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1102-1109.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J. *et al.* (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology*, 56A(3), 146-156.
- Ottenbacher, K.J., Ostir, G.V., Peek, M.D., Smith, S.A., Raji, M.A. & Markides, K.S. (2005, Sept.). Frailty in mexican american older adults. *Journal American Geriatric Society*, 53(9), 1524-1531.
- Vila-Funes, J.A., Helmer, C., Amieva, H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Ritchie, K. *et al.* (2008). Frailty among community-dwelling elderly people in France: the three-city study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 63A(10), 1089-1096.
- Vila-Funes, J.A., Amieva, H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Raoux, N., Ritchie, K. *et al.* (2009). Cognitive impairment improves the predictive validity of the pheotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *Journal American Geriatrics Society*, 57(3), 453-461.
- Duarte, Y.A.O. (2009, abr.). Indicadores de fragilidade em pessoas idosas, visando ao estabelecimento de medidas preventivas. São Paulo (SP): *Boletim do Instituto da Saúde*, 47.
- Tribess, S. & Oliveira, R.J. (2011). Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. Biological fragility syndrome in the elderly: systematic review. *Rev. Salud Pública*, 13(5), 853-864.
- Paixão Jr., C.M. & Reichenheim, M.E. (2005, jan.-fev.). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 21(1), 07-19.
- Arantes, P.M.M. *et al.* (2009). Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. *Revista Bras fisioter.*, 13(5), 365-375.
- Varela-Pinedo, L. & Ortiz-Saavedra, P.J. (2008). Síndrome de fragilidade adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med Interna*, 21(1), 11-15.
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J. *et al.* (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 56(M1), 46-56.
- Teixeira, I.N.A.O. (2006). *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*. Dissertação de mestrado. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.
- Fabricio, S.C.C. & Rodrigues, R.A.P. (2008, abr.-jun.). Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com a fragilidade. Fortaleza (CE): *Rev. Rene Fortaleza*, 9(2), 113-119.

Fhon, J.R.S. *et al.* (2012). Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*.

Oliveira, L.P.B.A. & Menezes, R.M.P. (2011, abr.-jun.). Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. Florianópolis (SC): *Texto Contexto Enferm*, 20(2), 301-309.

Remor, C.B., Bós, G.A.J. & Werlang, M.C. (2011, mar.-jun.). Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica*, 21(3), 107-112.

Coqueiro, K.R.R., Mota, P. & Bertolucce, R. (2009). Avaliação da mobilidade orientada pelo desempenho em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev. Varia Scientia*, 7(14), 45-53.

Schneider, R.H., Marcolin, D. & Dalacorte, R.R. (2008, jan.-mar.). Avaliação Funcional de idosos. *Scientia Medica*, 8(1), 04-09.

Tagliapietra, M.V. & Garces, S.B.B. (2012, dez.). Saúde mental e indícios depressivos de idosos pertencentes ao asilo Santo Antonio, da Cidade de Cruz Alta (RS). *Centro Ciência da Saúde*, 6(2).

Ferrari, J.F. & Dalacorte, R. (2007, jan.-ma.). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Porto Alegre (RS): *Scientia Medica*, 17(1), 03-08.

Speehcley, M. & Tinetti, M. (1991, Jan.). Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(1), 46-52.

Lachs, M.S., Feinstein, A.R., Cooney Jr., L.M. *et al.* (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med*, 112, 699-706.

Recebido em 12/06/2012

Aceito em 29/06/2013

---

**Micheli Oliveira Rodrigues Regis** - Fisioterapeuta graduada pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro, participante do Programa de Iniciação Científica do Curso de Fisioterapia.  
E-mail: micheli.gomessp@yahoo.com.br

**Daniela Alcântara** - Fisioterapeuta, formada pela Universidade da Cidade de São Paulo (UNICID).  
E-mail: danibalcantara@yahoo.com.br

**Gabriela Correia de Almeida Goldstein** - Fisioterapeuta, Mestre em Ciências pela USP, Supervisora de Estágio em Saúde do Idoso, e Orientadora do Programa de Iniciação Científica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Ítalo-Brasileiro. Fisioterapeuta do NASF-OS ACSC. Pós-Graduada em Gerontologia Social pela PUC- SP.  
E-mail: gabriela.correia@gmail.com