

Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados

Psychomotor activities as intervention in the functional performance of hospitalized old people

Actividades psicomotoras como intervención en el desempeño funcional de envejecidos hospitalizados

*Laura Maria Koopman Ovando**

*Tatiana Vieira do Couto***

RESUMO: O objetivo desta investigação foi minimizar a perda funcional de idosos hospitalizados a partir da estimulação de aspectos psicomotores, e a influência no desempenho das atividades de vida diária dos pacientes durante a internação. Para tanto, foram realizadas 4 intervenções abordando os itens psicomotores em 30 pacientes durante o período de internação na enfermaria de geriatria Hospital do Servidor Público Estadual, entre setembro de 2008 e janeiro de 2009, e feito coleta da Medida de Independência Funcional (MIF) referente a 3 momentos: desempenho em domicílio antes da instalação patológica, na admissão da enfermaria e após a intervenção. Teve-se como resultados a melhora após intervenção em 83,33% dos pacientes, com melhora média de 8,5 pontos da MIF motora. Com maior interferência nas atividades de autocuidado, com diferença significativa nas atividades de alimentação, cuidados pessoais, banho e vestir parte superior, no entanto não houve diferença significativa entre os domínios locomoção e mobilidade. Houve, também, diminuição do número de pacientes com dependência total e alta dependência, e aumento do número de pessoas com baixa dependência. Concluiu-se que o uso da estimulação psicomotora como atividade analisada pelo terapeuta ocupacional pode melhorar a capacidade funcional durante a internação.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso hospitalizado. Terapia ocupacional. Idoso - desempenho psicomotor.

ABSTRACT: This research aimed to reduce functional loss of hospitalized old people from the stimulation of psychomotor aspects, as well as the influence in the performance of patient daily activities during internment. For doing this, 4 interventions were done regarding the psychomotor aspects in 30 patients during the period of internment in the geriatric infirmary of Hospital do Servidor Público Estadual from September 2008 to January 2009; we also used the Functional Independence Measurement (FIM) for evaluation in 3 moments: performance at home before the pathology appeared, in the admission to the infirmary and after the intervention. The results were post-intervention improvement in 83.33% of patients, with an average improvement of 8.5 in motor FIM. Even after a greater interference in self-medication activities, with a significant difference in feeding activities, personal cares, bath and higher body parts dressing ability no significant difference was found between the domains locomotion and mobility. There was also a reduction in the number of patients with total and high dependency, as well as an increase in the number of people with low dependency. One concluded that the use of psychomotor stimulation as an activity analyzed by the occupational therapist may improve functional capacity during internment.

KEYWORDS: Hospitalized old people. Occupational therapy. Old people - psychomotor performance.

RESUMEN: Esta investigación intentó minimizar la pérdida funcional de envejecidos hospitalizados a partir de la estimulación de aspectos psicomotores, así bien la influencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria de los pacientes durante la internación. Para eso, se realizaron 4 intervenciones acercando a los aspectos psicomotores en 30 pacientes durante el periodo de internación en la enfermería geriátrica Hospital do Servidor Público Estadual, desde septiembre de 2008 hasta enero de 2009; también se hizo una recolección de la Medida de Independencia Funcional (MIF) referente a 3 momentos: desempeño en domicilio antes de la instalación de la patología, en la admisión a la enfermería e después de la intervención. Los resultados fueron la mejoría post-intervención en 83,33% de los pacientes, con una mejoría media de 8,5 de la MIF motora. Aunque con mayor interferencia en las actividades de autocuidado, con una diferencia significativa en las actividades de alimentación, cuidados personales, baño y vestir la parte superior, no hubo una diferencia significativa entre los dominios locomoción y movilidad. Hubo también una disminución del número de pacientes con dependencia total y alta dependencia, así bien un aumento del número de personas con baja dependencia. Se concluyó que el uso de la estimulación psicomotora como actividad analizada por el terapeuta ocupacional puede mejorar la capacidad funcional durante la internación.

PALABRAS-LLAVE: Envejecidos hospitalizados. Terapia ocupacional. Envejecidos - desempeño psicomotor.

* Terapeuta ocupacional. Aprimoramento multiprofissional em Terapia Ocupacional em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos. E-mail: lauramko@yahoo.com.br

** Terapeuta ocupacional. Aprimoramento multiprofissional em Terapia Ocupacional em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos.

Introdução

Projeções indicam que a população brasileira com mais de 60 anos poderá ser responsável por aproximadamente 15% da população brasileira no ano de 2025. A queda da mortalidade faz com que os idosos “dependentes” vivam por mais tempo^{1,2}, necessitando, assim, de mais assistência e por mais tempo.

Os idosos são internados com maior frequência e há permanência hospitalar mais prolongada do que as observadas em outros grupos etários^{3,4}. A hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. Muitos idosos que vivem com independência na comunidade podem subitamente se tornar dependentes ao precisarem internar-se⁵.

No hospital, o sujeito doente inicia um processo de ruptura com a vida cotidiana, vivencia o desconforto da doença, é dominado pela dor, passa a sentir que sua vida está em jogo, que depende de socorro externo para tê-la de volta e sucumbe à hospitalização⁶.

Entre os idosos, as condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva. Tais condições, geralmente, tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida, afetando a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades de vida diária (AVDs), que se subdividem em Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária⁷. As atividades básicas de vida diária (ABVD's) são tarefas de cuidados pessoais, mobilidade funcional, comunicação funcional, que permitem a um indivíduo atingir a independência pessoal. A perda da capacidade de cuidar das próprias necessidades pessoais pode

provocar perda da autoestima e profundo senso de dependência⁸, e as Instrumentais indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro de sua comunidade^{7,8}.

O desempenho funcional pode ser mensurado pelo desempenho nas atividades motoras, capacidade de comunicação e outros aspectos cognitivos, além de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige para realização de tarefas motoras e cognitivas. A Medida de Independência Funcional (MIF) verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, dividindo-se em 2 domínios: parte motora – referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, transferências, locomoção – e parte cognitiva – referentes às subescalas comunicação e cognição social. Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo a pontuação variável de 1 (dependência total) a 7 (independência completa)^{9,20}.

A psicomotricidade para idosos tem como objetivo maior a manutenção das capacidades funcionais, melhorar e aprimorar o conhecimento de si e a eficácia das ações, sobretudo das atividades de vida diária. Visa a criar consciência de seu poder de sabedoria, valorizar suas capacidades e dar realce às suas forças, incentivar o enfrentamento de certas limitações físicas e perdas, e estimular o autocuidado com o desenvolvimento de hábitos pessoais de saúde. Essa intervenção certamente levará o idoso a questionar suas atitudes e, conseqüentemente, ter mais possibilidades em adaptar-se às mudanças que o envelhecimento acarreta^{11,12}.

No tratamento em Terapia Ocupacional é essencial levar o idoso ao restabelecimento funcional máximo, manter suas funções corporais e melhorar as funções

de seus músculos e de suas articulações, com o objetivo de fazê-lo alcançar grau máximo de independência¹³.

Pode-se dizer que ser independente nas atividades relacionadas ao autocuidado pressupõe que se tenha íntegro e desenvolvido os órgãos dos sentidos, coordenação motora, esquema corporal e noção espacial e temporal, ou seja, aspectos trabalhados na psicomotricidade^{14,12}. É comum pacientes idosos em internação hospitalar apresentarem uma acentuada queda no desempenho funcional nas atividades básicas de vida diária, e durante esse período diminuir sua apropriação corporal.

Portanto, a psicomotricidade foi escolhida como recurso devido ao seu trabalho corporal, visando à melhora na consciência corporal, e, assim, verificar seu impacto na funcionalidade do idoso.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e experimental, realizada na enfermaria de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira, em São Paulo.

Foram incluídos na amostra pacientes internados de setembro de 2008 a janeiro de 2009, na enfermaria de geriatria, que participaram do processo trabalhando todos os itens psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, espaço temporal, e coordenação motora), que manifestaram declínio no desempenho funcional na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), no período de adoecimento e internação, verificado por meio da avaliação referente ao período anterior à internação e na avaliação inicial, e que possuíam aspectos perceptivo-cognitivos preservados, segundo dados no prontuário.

Foram coletados dados clínicos e pessoais, e foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF) – parte motora referente a 15 dias antes da internação, na admissão da enfermaria, e após a intervenção proposta.

As atividades desenvolvidas foram:

Atividade 1: uso de prendedor de roupa – encaixe de prendedor de roupa colorido em varal de diferentes alturas, conforme cor, membro superior, e movimento solicitado – atividade com exploração de lateralidade, coordenação motora fina e grossa, amplitude de movimento, dissociação de movimento, conceito de cores, atenção, compreensão de comandos, orientação têmporo-espaical.

Atividade 2: encaixe de potes – exposição de 9 potes de diferentes formas e tamanhos, de mesma cor, solicitação para encaixe das tampas e agrupamento de acordo com categoria – atividade com exploração de lateralidade, coordenação motora fina e grossa, amplitude de movimento, atenção, compreensão de comandos, organização, raciocínio, orientação espacial, identificação e nomeação de tamanhos e formas.

Atividade 3: uso de hidratante corporal – aplicação de hidratante corporal em toda superfície corpórea, de acordo com parte solicitada, ou solicitação de nomeação – atividade com exploração de lateralidade, coordenação motora grossa, imagem e esquema corporal, estimulação sensorial.

Atividade 4: jogo com bexiga – com paciente sentado, trabalhando movimentação de membros superiores e inferiores – atividade com exploração de lateralidade, coordenação motora grossa, equilíbrio de tronco, amplitude de movimento, orientação têmporo-espaical.

Os objetivos das atividades foram estimular aspectos psicomotores, permitir aos pacientes a

reflexão e identificação das próprias capacidades, e, associando com as atividades de vida diária, mesmo que em ambiente hospitalar, manter o indivíduo ativo, e, portanto, manter funcionalidade.

Resultados

A amostra foi composta por 30 idosos, sendo 6 homens e 24 mulheres, com média etária de 84,96 anos, variando entre 71 e 95 anos. O período de internação médio foi de 17,5 dias, variando entre 6 e 50 dias.

Entre as comorbidades, as mais encontradas foram: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal, infecção do trato urinário e pneumonia.

Dos casos observados, 83,33% obtiveram melhora da pontuação na MIF após intervenção; dos 16,67% que obtiveram piora, somente um caso não chegou a óbito durante a internação.

Ao comparar a soma total da avaliação na MIF dos pacientes, pôde-se notar que a maior pontuação é no instante que o paciente está em domicílio seguido de após

intervenção e depois no momento da admissão na internação.

Sendo a pontuação máxima total 91 pontos, a média da pontuação dos pacientes em domicílio, antes da instalação patológica, foi 65,63 pontos; na admissão, foi 24,7; e após intervenção, 33,7.

A média de ganho total na pontuação dos pacientes após intervenção foi de 8,5 pontos, sendo a diferença máxima ganho de 31 pontos e mínima, perda de 23 pontos. No entanto, apesar da recuperação dos pacientes, ainda obtiveram 32,43 pontos a menos que antes da instalação da patologia.

As atividades que mais tiveram alteração positiva após intervenção foram: banho (1,17 pontos), alimentação (1 ponto), vestuário parte superior (0,97 ponto), higiene corporal (0,93 ponto), sendo todas atividades pertencentes ao domínio autocuidado.

As atividades que tiveram menos alteração positiva foram controle de urina (93,33% sem alteração), controle de fezes (86,66% sem alteração), uso do vaso sanitário (80% sem alteração), vestir parte inferior (73,3% sem alteração)

Gráfico 1. Alteração da funcionalidade pós-intervenção

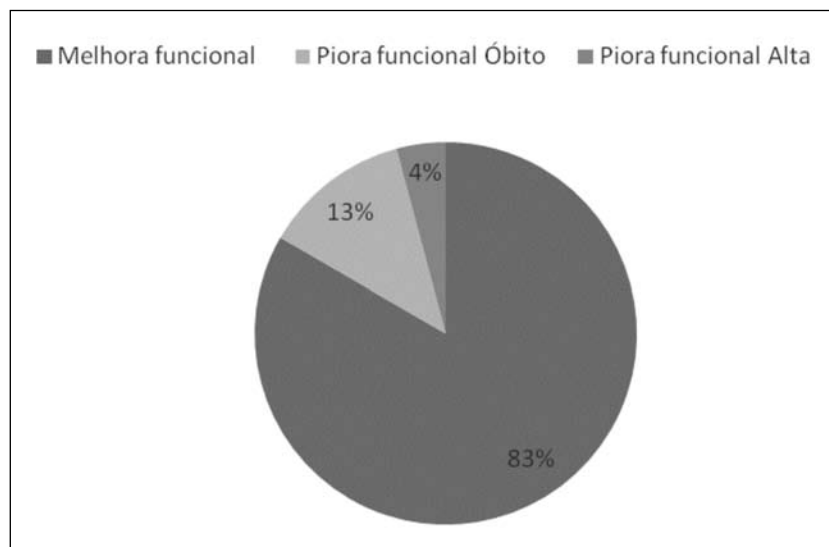


Gráfico 2. Variação da MIF nos 3 períodos de avaliação e as subdivisões da avaliação

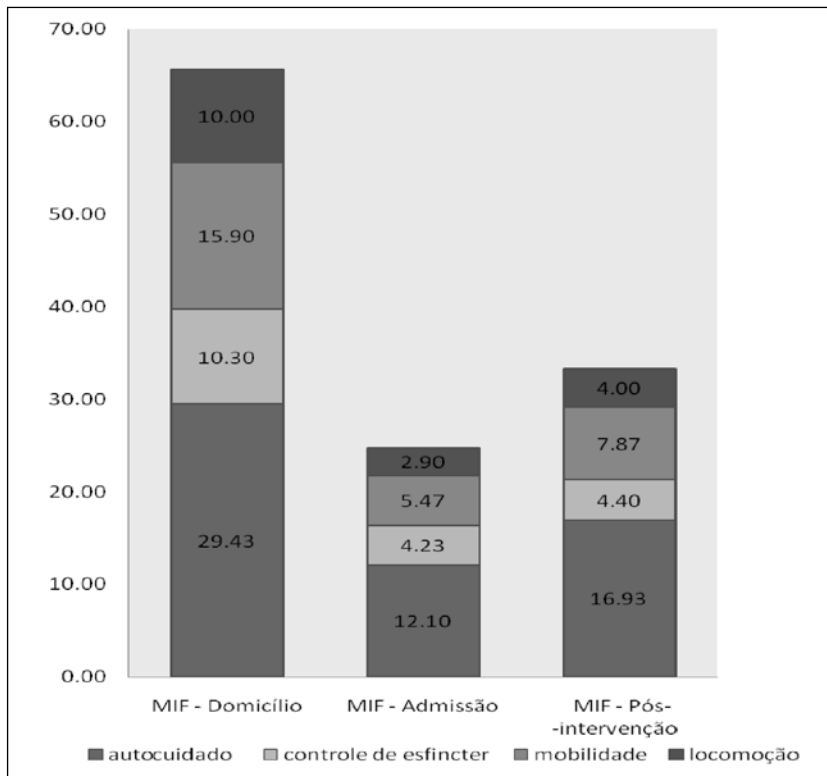
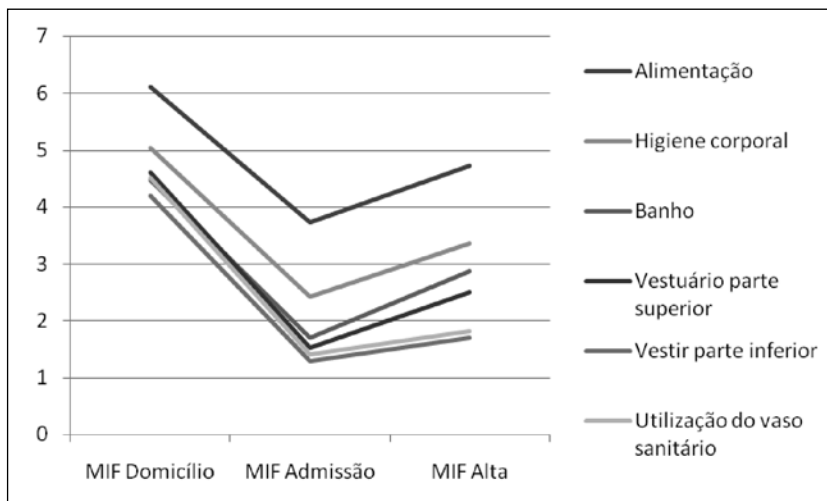


Gráfico 3. Variação nas atividades de autocuidado



e locomoção em escada (70% sem alteração).

Segundo correlação de Pearson, os resultados não manifestaram tendência e não manifestaram relação com o tempo de internação.

No Gráfico 4, pode ser observado, a alteração de cada domínio da MIF, sendo o primeiro item a variação entre MIF domicílio e momento da admissão, o segundo, variação entre admissão e pós-intervenção e

o terceiro, diferença entre pós-intervenção com o desempenho em domicílio.

Segundo análise estatística, as avaliações de autocuidado obtiveram o nível de significância de $p < 5\%$, o que também ocorre com o valor total da MIF parte motora, excluindo-se a atividade de vestir parte inferior, na qual o ganho pós-intervenção não foi estatisticamente significativo.

Segundo o teste ANOVA, o ganho nos domínios após intervenção é significativo, com P valor 0,037.

Com o intuito de verificar o domínio que teve maior ganho, foram utilizadas comparações pareadas de Turkey, as quais indicaram que o domínio de autocuidado possui ganho pós-intervenção maior que controle de esfíncteres com confiança de 95%, no entanto não houve diferença significativa com relação às atividades de mobilidade e locomoção.

Todos os domínios tiveram a diferença entre o momento pós-intervenção e antes da doença, com valores iguais, P valor 0,313.

Agrupando os pacientes segundo nível de funcionalidade, pôde-se observar, antes da condição patológica, que 17 pacientes eram independentes, não necessitando de auxílio de outra pessoa, com pontuação entre 66 e 91, segundo a MIF, mas nenhum deles permaneceu nessa condição durante admissão e alta. No início, 8 pacientes necessitavam de até 25% de auxílio, com pontuação entre 65 e 40, sendo que esse número reduziu para 4 na admissão e subiu para 11 no momento da alta; os que necessitavam de até 75% de auxílio, com pontuação entre 39 e 14, no início eram 5, na admissão subiram para 18 e no momento da alta eram 15; e quanto aos totalmente dependentes, com 13 pontos, não havia nenhum nessas condições em seu domicílio, mas eram 8 pacientes, restando 4 no momento da alta.

Gráfico 4. Alteração média de cada item por domínio da MIF

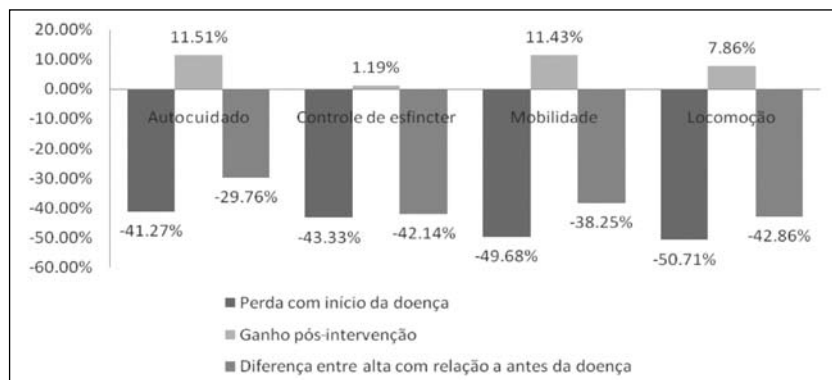


Tabela 1. Nível de funcionalidade: quantidade de pacientes por grupo

	Domicílio	Admissão	Pós intervenção	Evolução
Independente e independente modificado	17	0	0	0.00%
Dependência modificada: necessita até 25% de auxílio	8	4	11	23.33%
Dependência modificada: necessita até 75% de auxílio	5	18	15	-10.00%
Totalmente dependente	0	8	4	-13.33%

Divisão da MIF segundo critério de Rigolin²¹, adaptado à MIF parte motora

Discussão

A partir da análise de atividade, realizada pelo terapeuta ocupacional, pôde-se desenvolver atividades relacionando aspectos psicomotores, compatíveis com os desempenhos necessários para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), principalmente referente ao autocuidado. Durante a realização das atividades, era extraído do paciente seu desempenho máximo e não usual. Além disso, também há a atuação no comportamento no que diz respeito a: autoestima, autoconfiança e autoimagem^{11,14}, visando a criar consciência de seu poder de sabedoria, valorizar suas capacidades e dar realce às suas forças, incentivar o enfrentamento de certas limitações físicas e perdas e estimular o autocuidado com o desenvolvimento de hábitos pessoais de saúde¹¹.

Quanto à soma total da MIF nos 3 instantes de avaliação, o resultado maior foi domicílio, seguido por após intervenção e por último, no momento de admissão. O primeiro valor da MIF, levando em consideração o desempenho em domicílio antes da instalação do motivo de internação, foi coletado a partir de relatos familiares, o que é considerado por RICCI¹⁵ como eficaz, segundo sua pesquisa.

O Gráfico 1 demonstra que 83,44% dos casos obtiveram melhora após a intervenção, diferente do resultado do trabalho de Kawasaki¹⁶, Samaniego¹⁷, e de Siqueira¹⁸, em que houve declínio durante internação, no entanto nesses trabalhos não houve intervenção para evitar a perda. Segundo Creditor, o repouso na cama provoca uma perda de massa muscular de 10% por semana, além de produzir alterações articulares

e peri articulares, que conduzem a contratura; para um idoso com reserva fisiológica diminuída, mas que é capaz de realizar suas atividades de vida diária, o repouso na cama de alguns dias pode provocar uma perda dessas atividades¹⁹.

Dos 4 casos que obtiveram piora, chegando a pontuação mínima com dependência total, 3 foram a óbito, concordando com o relato de RICCI¹⁵, em que idosos com dependência para sete ou mais AVD têm três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes.

No Gráfico 2, pôde ser observada a variação da MIF motora em seus 3 momentos e a variação de cada subgrupo, podendo observar maior alteração em autocuidado e mobilidade, sendo os que mais tiveram intervenção, visto que essa foi realizada ao leito.

As atividades que mais tiveram alteração positiva após intervenção, segundo o Gráfico 3, foram: banho, alimentação, vestuário parte superior e higiene corporal, sendo que, incluindo a atividade de higiene corporal, foram as atividades em que houve maior foco durante a intervenção. Para que o autocuidado seja efetivado, é preciso que o paciente se sinta capacitado²⁰. Devido a isso, comprova-se a importância de uma conscientização de suas capacidades a partir da realização de atividades psicomotoras, que exigem o desempenho físico, cognitivo e o relacionamento entre essas para a execução de suas atividades de vida diária.

As atividades que tiveram menor alteração foram controle de esfíncteres, uso do vaso sanitário e locomoção, ou seja, atividades que exigiam a saída do leito, sendo que a intervenção não contemplou esses aspectos, pois foi realizada no leito, estimulando principalmente atividades de autocuidado, simulação e pouca mobilidade. Como

pôde ser observado nos testes estatísticos, o domínio autocuidado teve uma diferença significativa com relação ao controle de esfínteres, no entanto não houve o mesmo em relação a locomoção e mobilidade.

No Gráfico 4, foi indicado a média da alteração por atividade de cada domínio, sendo que pôde ser observada menor perda de autocuidado e maior na locomoção. Pôde ser notado, também, maior ganho no autocuidado e menor ganho de controle de esfínter durante internação.

Todos os domínios apresentaram diferença semelhante entre o momento após intervenção e desempenho antes da instalação da comorbidade.

Na Tabela 1, é observado que não houve pacientes independentes após intervenção, mas foi observado diminuição do número de pacientes com dependência total e alta dependência (necessita até 75% de auxílio), e aumento do número de pessoas com baixa dependência (necessita até 25% de auxílio), o que pode ser considerado positivo, devido à diminuição do nível geral de dependência.

A ausência de manifestação de uma tendência nos resultados pode ser justificada pelo fato de a funcionalidade envolver aspectos ambientais, patologia, crença individual e estimulação.

Nos fatores estruturais, arquitetônicos e físicos, o ambiente desempenha um papel significativo no comportamento do idoso, talvez quase equiparando-se ao papel das próprias características pessoais do

paciente²¹. A prática de uma assistência massificada aos pacientes, que ainda está presente nos espaços hospitalares, é contrária à premissa do autocuidado, que baseia-se na educação à saúde individualizada. Nesse sentido, o desconhecimento, pelos profissionais e familiares que realizam essa assistência, das necessidades, motivações e potencialidades dos seus pacientes, dificulta a educação à saúde e, por conseguinte, não permite a efetivação do autocuidado²⁰, diminuindo, assim, sua funcionalidade, levando-os à tendência observada em outros trabalhos^{16,17,18}, de aumento ou surgimento de incapacidade durante a internação. No passado, esperava-se que o paciente desempenhasse um papel de doente passivo durante a hospitalização, levando-o a uma situação de dependência e deterioração de algumas de suas capacidades¹⁹, no entanto, como observado, essa crença ainda permanece para alguns familiares, profissionais e inclusive para o próprio paciente; atitudes exacerbadas de protecionismo e zelo estimulam a dependência funcional e comportamental do idoso¹².

Conclusão

Os resultados do presente estudo puderam comprovar que há melhora funcional por meio da estimulação psicomotora em idosos hospitalizados, momento em que a tendência é de fragilidade e propício à dependência.

Um dos objetivos de trabalho da terapia ocupacional na enfermaria

é minimizar a perda funcional do paciente internado, sendo que, por meio do uso de atividade analisada como seu instrumento de trabalho, pudemos observar o objetivo superado, visto que pacientes podem melhorar sua capacidade funcional durante a internação.

Como limitações da pesquisa, pode-se citar o pequeno número da amostra e fatores ambientais que dificultaram a mobilidade dos pacientes. Sugere-se que sejam feitas novas pesquisas, intervindo em aspectos não estimulados, como por exemplo, realização de atividades fora do leito para observar o ganho funcional, bem como ampliar o número de pacientes e atuar em hospitais de diferentes naturezas.

Ressalta-se, ainda, a importância de manter o idoso ativo, mesmo em seu período mais frágil, que é a hospitalização, melhorando, assim, seu desempenho, sua própria imagem e autoestima, podendo contribuir não só para a qualidade de atendimento hospitalar, mas principalmente para a qualidade de vida de nossos pacientes, ou seja, nosso principal objetivo.

Agradecimentos

Às Terapeutas Ocupacionais Rosana Rita Laurenza Fatigati, Luciana Vilela de O. Barreiro e Ana Elisa Almeida pelas valiosas discussões e contribuições no decorrer do trabalho.

À Claudia Tanaka, pela colaboração na tradução do resumo.

Ao Dr. Maurício de Miranda Ventura, diretor do Serviço de Geriatria, por apoiar a realização do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Ramos LR. A Mudança de Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. In: Ramos LR, Neto JT. Guia de Geriatria e Gerontologia. Barueri (SP): Manole; 2005.
3. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004;20(6):1617-26.
4. Chaimowicz F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Caldas CP. O Auto-cuidado na Velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Rocha EF, Mello MAF. Os Sentidos do Corpo e da Intervenção Hospitalar. In: Carlo MMRP, Luzo MCM. Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004.
7. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.
8. Foti D. Atividades da Vida Diária. In: Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca; 2004.
9. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutividade da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 2001;8(1):45-52.
10. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica. 2004;11(2):72-6.
11. Levy D. Psicomotricidade e Gerontomotricidade na Saúde Pública. In: Ferreira CAM. Psicomotricidade – Da Educação Infantil à Gerontologia. São Paulo: Editora Lovise; 2000.
12. Vasconcelos MM. A Psicomotricidade como Promotora da Qualidade de Vida na Terceira Idade. Rev Iberoam Psicomotricidad Técnicas Corporales. 2003 Nov;12:51-60.
13. Motta MP, Ferrari MAC. A Intervenção Terapêutico-Ocupacional Junto a Indivíduos com Comprometimento no Processo de Envelhecimento. In: Carlo MMRP, Luzo MCM. Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004.
14. Barros DR. Gerontomotricidade e as Condutas Psicomotoras. In: Ferreira CAM. Psicomotricidade – Da Educação Infantil à Gerontologia. São Paulo: Editora Lovise; 2000.
15. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de Observações sobre a Capacidade Funcional de Idosos em Assistência Domiciliar. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):655-62.
16. Kawasaki K, Diogo MJDE. Impacto da Hospitalização na Independência Funcional do Idoso em Tratamento Clínico. Acta Fisiátrica. 2005;12(2):55-60.
17. Samaniego PG. Consecuencias de la Hospitalización en el Anciano. Rev Soc Peru Med Inter. 2001;14(2):90-8.
18. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2004 Out;38(5).
19. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Int Med. 1993 Feb 1;118:N3.
20. Ferrero SH, Cintra FA. Limitações para o Autocuidado de Idosos Reinternados, Portadores de Vasculopatias. Saúde Debate. 2004;68(28):233-42.
21. Rigolin VOS. Avaliação Clínico-Funcional de Idosos Hospitalizados [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Barreto KML, Tirado MGA. Terapia Ocupacional Gerontológica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- Coelho Filho JM. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2000 Dez;34(6).

Recebido em 24 de fevereiro de 2010
Aprovado em 30 de março de 2010