

## Promoção do Envelhecimento Saudável: Avaliando a capacidade funcional dos idosos

Promoting Healthy Aging: Evaluating the Functional Capacity of Elderly

Bruna Marques da Silva Nogueira<sup>1</sup>  
Maria Aurení Lavor de Miranda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS/SES-DF, Brasília-DF, Brasil.

<sup>2</sup>Escola Técnica de Saúde de Brasília - ETESB e Escola Superior em Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS/SES-DF, Brasília-DF, Brasil.

### Correspondência

Bruna Marques da Silva Nogueira  
Quadra 08 norte casa 112, Brazlândia,  
Brasília-DF, 72710-080, Brasil.  
bruna\_nogueira1@hotmail.com

Recebido em 23/janeiro/2013  
Aprovado em 24/maio/2013

### RESUMO

**Introdução:** A promoção do envelhecimento saudável tem por característica a atenção adequada no atendimento ao idoso, sendo que um dos aspectos fundamentais a serem abordados é a avaliação do desempenho de suas atividades de vida diária refletidos na capacidade funcional.

**Objetivos:** Analisar as atividades de vida diária e grau de dependência dos idosos assistidos por um Centro de Saúde especializado em geriatria e gerontologia baseando-se em um instrumento de Avaliação da Capacidade funcional.

**Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, realizado por meio do levantamento de dados junto a uma amostra de 20 pacientes atendidos pela Unidade Mista de Taguatinga – Policlínica, através da utilização do Instrumento de Avaliação das Atividades da Vida Diária.

**Resultados:** A avaliação do grau de dependência encontrada na população em estudo, foi 6 idosos classificados como severamente dependentes, 13 apresentando independência para o desenvolvimento de suas atividades e apenas 1 com grau de dependência moderado. A relação com o tempo de atendimento evidenciou que os idosos atendidos há mais tempo apresentaram maior independência no desempenho de suas atividades, se comparados a aqueles com tempo menor.

**Conclusão:** Um acompanhamento especializado, apoio familiar e inclusão de profissionais de diversas áreas, juntamente com uma devida continuidade do processo de atenção à saúde, proporcionam bem estar e qualidade de vida para o idoso contribuindo para a promoção de um envelhecimento saudável.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Envelhecimento; Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The promotion of healthy aging has by characteristic the adequate attention in senior care, being that one of the key aspects to be addressed is the performance evaluation of their activities of lives daily reflected on functional capacity.

**Objectives:** Analyze the activities of daily living and level of dependency of the elderly assisted by a Health Center specializing in geriatrics and gerontology based on an instrument of Functional Capacity Evaluation.

**Methods:** This is a quantitative study, conducted through survey data from a sample of 20 patients assisted by the Mixed Unit for Taguatinga - Polyclinic, using the Instrument for Assessment of Activities of Daily Living.

**Results:** The evaluation of the degree of dependence found in studied population was 6 elderly classified as severely dependents, 13 showing the independence to develop their activities and only 1 with moderate degree of dependence. The relationship with the time of assistance showed that elderly people with a longest time of assistance has a greater independence in performing their activities, if compared to those with shorter time.

**Conclusion:** A specialized monitoring, family support and inclusion of professionals from various fields, with a adequate continuity of the health attention, provide welfare and quality of life for the elderly contributing to the promotion of healthy aging.

**Keywords:** Health of the Elderly; Aging; Health Care.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional torna-se cada vez mais uma realidade mundial, e ultimamente tem seu reflexo nos países em desenvolvimento como, por exemplo, o Brasil. “No censo passado, realizado há dez anos, o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total). Hoje, o Brasil tem 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira”<sup>1</sup>.

Tal alteração no perfil populacional teve por influência fatores diversos, alguns como, avanços tecnológicos, queda na fecundidade e mortalidade, melhorias nos serviços de saúde e aumento da expectativa de vida. Essa nova realidade mundial traduz a mudança do perfil epidemiológico, passando de doenças infectocontagiosas para doenças e agravos crônicos não transmissíveis, a exemplo da Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial. Esse novo perfil exige mudanças urgentes na estratégia de atendimento dos serviços de assistência a saúde,

com enfoque na prevenção e promoção à saúde<sup>2,3</sup>. Ressaltando-se ainda a necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas a população idosa que contribuam para uma melhoria da saúde e qualidade de vida dessa clientela<sup>3</sup>.

“As pessoas mais velhas já representam uma considerável proporção dos pacientes dos Centros de Assistência Primária de Saúde e, à medida que as populações envelhecem e que aumentam as taxas de doenças crônicas, essa proporção aumentará”<sup>4</sup>. Os serviços de saúde não podem negligenciar o cuidar ao idoso, necessitando instrumentalizar, por meio da educação continuada e permanente, os profissionais de saúde, para que estes possam prestar uma assistência na expectativa do envelhecimento como um processo da vida (senescência) e não meramente uma “condição patológica que requeira assistência (senilidade)”<sup>1</sup>.

Nesta perspectiva, a implantação e implementação de um instrumento de avaliação funcional pode trazer muitas informações sobre a vida do idoso, que a princípio, na sua própria visão ou até mesmo na visão de um profissional não qualificado para tal área, não conseguem identificar certos pontos básicos, porém muito relevantes para a promoção de um envelhecimento saudável. Essa abordagem é corroborada pela literatura como no trecho a seguir:

“A avaliação funcional permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção e necessidades, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidado adequado às demandas assistenciais identificadas, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e, estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular”<sup>5</sup>.

Segundo Fonseca e Rizzotto<sup>5</sup>, um instrumento de avaliação funcional, pautado tanto em aspectos fisiológicos quanto em aspectos psicossociais, favorece os profissionais de saúde, a realizarem diagnósticos corretos da situação de cada idoso e planejar as intervenções com segurança e de forma integral, uma vez que, o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo.

A promoção do envelhecimento saudável não deve apenas basear-se nos aspectos patológicos, pois as “limitações funcionais apresentam maior repercussão na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas. Diagnosticar e tratar as comorbidades peculiares produz benefícios em qualquer faixa etária, principalmente em idosos”<sup>6</sup>.

Desta forma, objetiva-se analisar as atividades de vida diária de idosos participantes do grupo de terapia ocupacional assistidos pela Policlínica, baseando-se em um instrumento de avaliação da capacidade funcional e realizar um comparativo dessas atividades e grau de dependência considerando o tempo de permanência no referido grupo.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo por ser caracterizado pelo levantamento de dados através de um instrumento próprio sobre avaliação da capacidade funcional, pois como afirma Creswell<sup>7</sup> “um projeto de levantamento dá uma descrição quantitativa ou numérica de tendências, atitudes ou opiniões de uma população ao estudar uma amostra dela”.

Com base em tal aspecto, aplicou-se um Instrumento de Avaliação da Capacidade Funcional na

Unidade Mista de Taguatinga – Policlínica, escolhendo-se os idosos participantes das atividades pertencentes à terapia ocupacional.

Policlínica é uma “unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades incluindo ou não especialidades básicas”<sup>8</sup>. A Unidade Mista de Taguatinga incluiu nesse aspecto por prestar um atendimento multiprofissional.

Não foi possível realizar a pesquisa com a totalidade da população atendida pelo grupo de terapia, o correspondente a 28 idosos, devido ao absenteísmo de alguns e falta de concordância dos horários da pesquisadora e os horários de atendimento da terapia ocupacional, sendo então pesquisados apenas 20 idosos do total, o correspondente a 71,42% dos atendidos. Frente a isso, os dados apresentados posteriormente, referentes à pesquisa, têm como parâmetro considerando como 100%, os 20 pacientes participantes do estudo.

Como critério de inclusão definiu-se que os participantes fossem cadastrados na Unidade Mista de Taguatinga, ter idade acima de 60 anos, pertencesse ao grupo de terapia ocupacional há pelo menos 2 meses e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Protocolo 132/2012, a qual seguiu as recomendações e os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resoluções Complementares que tratam de pesquisas envolvendo seres humanos. Estando os idosos informados sobre o motivo da pesquisa, tratando-os com dignidade, respeitando sua autonomia e assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisadora participou das atividades desenvolvidas nos grupos antes da aplicação do instrumento para que os idosos se sentissem mais familiarizados e a vontade para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada em dias distintos e em consonância com os dias de atendimento, sendo aplicados diretamente com os idosos e quando necessário, seus familiares e acompanhantes interviam. Não houve nenhum direcionamento por parte da pesquisadora no ato da coleta, apenas esclarecimento de dúvidas em relação ao formulário quando surgiam.

Para a realização da pesquisa escolheu-se um instrumento que analisa a capacidade funcional da pessoa idosa de forma mais ampla, a Escala das

Atividades da Vida Diária (AVD)<sup>9,10</sup>, o qual reúne a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Este é uma adaptação que uniu dois instrumentos, o de Lawton e Brody (1969) associado ao do Índice de Katz, ambos avaliam a funcionalidade, porém, o de Lawton somente as atividades instrumentais, e o de Katz as atividades básicas, sendo o último já utilizado pela Policlínica.

Os instrumentos de avaliação referidos possuem diversas adaptações na prática clínica de acordo com a forma de avaliação que se pretende realizar, podendo ser associados com outros instrumentos, a exemplo do utilizado. Segundo Ribeiro<sup>11</sup> um instrumento de avaliação da capacidade funcional, pode ser um indicador de saúde e bem-estar, refletindo assim a importância de sua utilização.

Diante do exposto, o instrumento escolhido apresenta itens referentes às atividades instrumentais e básicas de vida diária. Tais atividades estão mescladas e divididas em sete itens, sendo eles: cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho e recreação, compras e dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais (anexo 1).

Cada um desses itens apresentam 3, 4, 5 ou 6 níveis diferentes de dependência, sendo pontuados de “0 a 3”. Os valores 0, 1, 2 e 3 representam as variáveis de cada um dos grandes tópicos, sendo o valor 0 atribuído a prática normal das atividades e/ou independência em tal atividade, o valor 1 a independência, mas com uma certa ajuda para o desenvolvimento de uma atividade, o valor 2 a representação de uma maior dependência; o valor 3 para aqueles idosos que apresentam total dependência no desenvolvimento da atividade.

Uma maior pontuação nesses itens corresponde a um elevado grau de dependência. Essa classificação tem certa variação de acordo com o tipo de atividade, sendo melhor esclarecida no próprio instrumento anexado.

O instrumento em questão permite avaliar de forma parcelar o grau de dependência do idoso por meio da escolha de um dos itens separadamente, facilitando o planejamento das ações de acordo com a necessidade específica identificada de cada idoso e também permite obter o índice geral de avaliação quanto ao grau de dependência.

A classificação do grau geral de dependência varia entre **0 a 90 pontos**, sendo o corte dividido entre três intervalos: **0 a 20 pontos** - independente; **21 a 30 pontos** - moderadamente dependente (necessita de certa ajuda); **31 a 90 pontos** - severamente dependente (necessita de muita ajuda).

Após a avaliação e classificação do grau de dependência, os resultados foram analisados e classificadas de acordo com o tempo de atendimento a fim de realizar um comparativo das respostas dos grupos de idosos conforme proposto nos objetivos.

A análise dos dados quantitativos foi realizada com o auxílio do programa estatístico, o Statistical Package for Social Science (SPSS) 20 da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

## RESULTADOS

### Caracterizando os participantes

O instrumento de avaliação foi aplicado em 20 idosos, sendo 18 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com a faixa etária variando de 60 a 86 anos. Estes idosos fazem parte do grupo de terapia ocupacional que incluem dança sênior, automassagem e avaliações periódicas. O intervalo de tempo de atendimento dos participantes nesses grupos traduz-se de 2 meses há 7 anos, sendo considerado como tempo mínimo de permanência, o intervalo de 2 meses a 1 ano, tempo médio de atendimento de 1 ano a 3 anos e maior tempo de atendimento aqueles com mais de 3 anos.

### Analisando a funcionalidade global relacionada ao tempo de atendimento

Quadro 1.

Avaliação global do grau de dependência da Escala das Atividades da Vida Diária

Grau de dependência	Participantes	Pontuação de dependência	Tempo de atendimento
Severamente dependente	6 idosos	30 – 64 pontos	3 meses – 4 anos
Moderadamente dependente	1 idoso	23 pontos	7 anos
Independente	13 idosos	8 – 17 pontos	2 meses – 5 anos

Fonte: Taguatinga- DF, 2012

A avaliação global do grau de dependência relacionado ao tempo de atendimento demonstra que os idosos classificados como “**severamente dependente**” e “**independente**” apresentam um tempo de atendimento médio, já na classificação “**moderadamente dependente**”, o idoso encontra-se com o maior tempo de atendimento relatado. Diante do exposto, evidencia-se, que por meio da avaliação global, ocorre uma interferência na dependência das atividades em relação ao tempo de atendimento, pois tanto idosos com menor

tempo quanto aqueles com maior tempo apresentam graus de dependência variáveis.

Porém, quando avalia-se de forma parcelar o grau de dependência, observar-se que essa realidade muda, como apresentado a seguir na Quadro 2. Um aspecto a ser ressaltado frente ao referenciado é o próprio processo do envelhecimento, que assume características particulares em cada indivíduo, além da associação com algumas comorbidades que possam existir.

## Análise do desempenho das atividades de forma parcelar

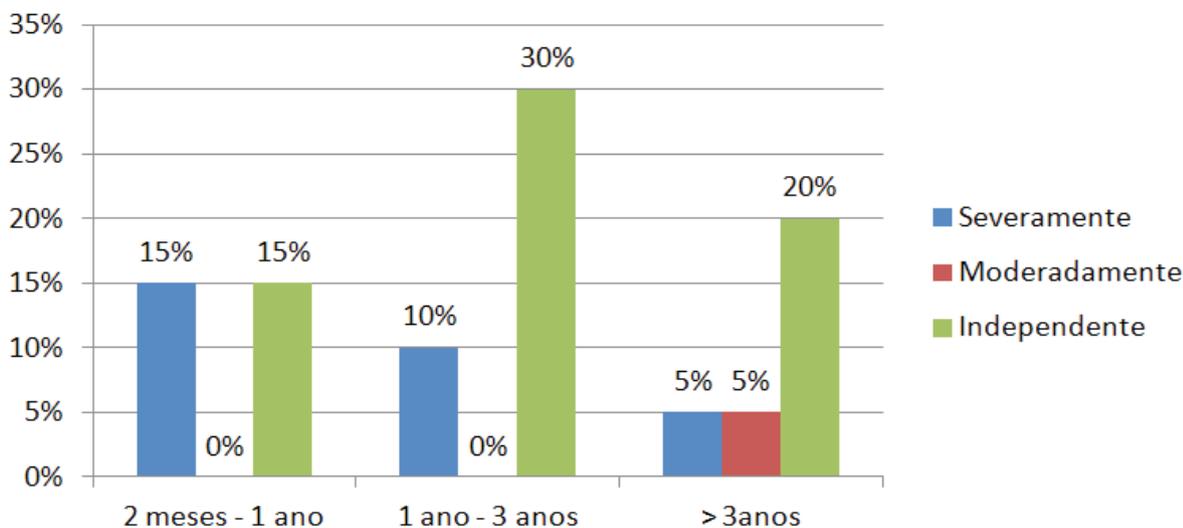
Quadro 2.

Avaliação das Atividades Funcionais e grau de dependência

Avaliação Funcional		0	1	2	3
Cuidados Pessoais	Alimentação	20	-	-	-
	Vestir-se	16	2	-	2
	Banho	17	-	3	-
	Eliminações Fisiológicas	18	-	1	1
	Medicação	9	7	-	4
	Interesse na aparência pessoal	15	4	1	-
Cuidados Domésticos	Preparação de comidas, cozinhar	13	3	1	3
	Arrumação da mesa	14	1	-	5
	Trabalhos domésticos	13	3	-	4
	Reparos Domésticos	3	4	8	5
	Lavar roupas	13	3	-	4
Trabalho e recreação	Trabalho	5	-	-	15
	Recreação	11	5	1	3
	Organizações	18	1	-	1
	Viagens	18	1	1	-
Compras e Dinheiro	Compra de comidas	11	-	2	7
	Uso do dinheiro	16	-	1	3
	Administração de finanças	15	-	1	4
Locomoção	Transporte público	13	2	-	5
	Condução de veículos	2	-	-	18
	Mobilidade pela vizinhança	10	6	-	4
	Locomoção fora de locais familiares	17	-	-	3
Comunicação	Uso do telefone	14	4	1	1
	Conversas	18	1	1	-
	Compreensão	15	5	-	-
	Leitura	12	5	-	3
	Escrita	9	8	1	2
Relações Sociais	Familiares (cônjuge)	1	4	-	15
	Familiares (Crianças)	16	2	-	2
	Amigos	19	1	-	-

Fonte: Taguatinga-DF, 2012.

### Relação do grau de dependência com o tempo de atendimento



Fonte: Taguatinga-DF, 2012

Figura 1.

Grau de dependência relacionado ao tempo de atendimento

A severidade da dependência referente ao tempo de atendimento foi evidenciada em 6 idosos distribuídos nos três períodos de tempo estabelecidos, o grau de moderadamente dependente teve referência de apenas 1 idoso com maior tempo de atendimento, e 13 idosos apresentando independência na prática de suas atividades também distribuídos nos três intervalos de tempo estabelecidos.

### DISCUSSÃO

Não há como retardar o envelhecimento, pois ele é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível a agressões<sup>12,13</sup>. Porém o papel da saúde é contribuir para que ele ocorra de forma mais amena, atuando em aspectos que vão além do próprio processo saúde-doença.

O envelhecimento traz consigo uma deterioração física própria, que limita a capacidade funcional, através da redução do volume muscular, aumento do tecido não contrátil (gordura e tecido conectivo) no músculo, redução da força, redução da capacidade aeróbia e muitos outros pontos, que

quando associados à comorbidades, limitam ainda mais a funcionalidade<sup>14</sup>.

Para Ramos<sup>15</sup>, embora a grande maioria dos idosos seja portadora de pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida.

Promover a saúde com foco em aspectos relacionados à funcionalidade é um dos pontos fundamentais para que o idoso tenha um envelhecimento saudável, pois as limitações físicas e psicológicas interferem na vida social e familiar<sup>14</sup>. Uma incapacidade funcional pode trazer para a vida de um idoso, seja ele institucionalizado ou não, grande repercussão na sua qualidade de vida. Sendo assim, identificar e tratar esses idosos é de extrema importância para mantê-los mais saudáveis e independentes dentro das possibilidades terapêuticas.

Os idosos, mesmo acometidos por doenças, podem ter boa qualidade de vida, que geralmente é expressa pela funcionalidade positiva no desempenho de tarefas e/ou papéis sociais e na capacidade de executar atividades do cotidiano, sem a necessidade de auxílio de outras pessoas<sup>5</sup>. Diante do exposto, observa-se que:

“A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar certa distância”<sup>13,15</sup>.

Na avaliação das atividades apresentadas, destacam-se aquelas com maior grau de pontuação, ou seja, a dependência para seu desenvolvimento, sendo que a opção medicação teve destaque em **Cuidados Pessoais**, por caracterizar o elevado grau de dependência. Tal aspecto reflete a necessidade que o idoso tem em solicitar ou receber alguma ajuda para tomar seu medicamento, devido a terem muitas medicações e às vezes ser difícil de lembrar horários ou não saber qual é o medicamento correto para tal patologia.

Observou-se em **Cuidados Domésticos**, o grau maior de dependência na maioria das atividades abordadas, por essa atividade exigir o trabalho mais braçal, com aumento da força física, e o próprio processo natural do envelhecer limita o desenvolvimento de algumas dessas atividades.

No grupo de atividades **Trabalho e Recreação**, obteve-se uma pontuação muito elevada devido aos idosos não mais obterem nenhum vínculo empregatício, refletindo o tempo maior que passam em casa, por isso avalia-se no mesmo bloco a recreação e participação em organizações, como o próprio grupo de terapia, ou grupos de igreja. Tal aspecto reflete a interação e envolvimento em atividades após chegada a aposentadoria, que teoricamente, manteria o idoso mais tempo em casa, sem alguma atividade para realizar, reduzindo por consequência, sua qualidade de vida e bem estar<sup>16</sup>.

A dependência financeira foi avaliada na forma de como eles utilizam o seu dinheiro, referindo que necessitam de alguém para manipular suas finanças, realizar pagamento de contas do mês, compras no mercado, sendo que a grande maioria possui total independência quanto ao desenvolvimento dessa atividade, manipulando sua aposentadoria, realizando ou auxiliando essas atividades supracitadas.

A atividade **Locomoção** reflete a mobilidade fora de casa, teoricamente em locais desconhecidos, a qual possuiu uma elevação na abordagem da manipulação de veículos, expresso por muitos idosos nunca sequer terem dirigido e outros já não realizarem mais esta atividade. Já quanto a transporte público e locomoção em lugares próximos, a independência foi quase que completa.

A atividade de **Comunicação**, avaliada através do uso do telefone, obteve a independência quase que completa, sendo que a maioria o faz de forma eficaz. Nos demais requisitos relacionados ao tópico, a grande maioria dos participantes praticam a leitura e a escrita de acordo com sua necessidade própria.

As relações sociais representadas pelo companheiro, amigos e familiares, obteve uma pontuação elevada, pelo fato de que a maioria não têm um relacionamento, é solteiro ou divorciado.

No tocante ao requisito relacionamento e capacidade funcional, os mesmos são definidos por terem um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental do idoso, portanto, as redes sociais formadas por familiares e amigos significativamente afetam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, pois oferecem suporte social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Porém, é importante levar em consideração que o mero aumento nas relações sociais não é suficiente, devendo-se levar em conta o caráter destas interações<sup>13</sup>.

A avaliação do grau de dependência e tempo de atendimento evidenciou que nem sempre aqueles que já estão recebendo um atendimento há mais tempo podem ter uma capacidade funcional melhor que aqueles sem esse tempo de atendimento, pois há variáveis diversas que interferem nesse processo, como a patologia de cada um, a continuação e aceitação do tratamento, a própria idade e sexo. Porém, pode-se evidenciar que um atendimento adequado e direcionado pode realmente contribuir para a melhoria da saúde com reflexo na capacidade funcional. Sendo que houve evidência de independência aumentada naqueles com tempo de atendimento aumentado. Deve-se observar também que devido ao processo do envelhecer “a dependência é uma realidade na vida de uma proporção significativa de idosos brasileiros”<sup>9</sup>.

Nessa ótica o envelhecimento saudável, passa a ser o resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica<sup>14</sup>. Portanto, a saúde, a abordagem multidisciplinar e o olhar voltado de forma diferenciada e mais específica para esse idoso pode e deve trazer uma qualidade de vida mais adequada, uma melhoria e uma velhice mais confortável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia inicial ao desenvolver e elaborar a pesquisa foi a de comparar e saber se havia algum tipo de vantagem para aqueles idosos que recebem um atendimento especializado, se há alguma interferência em sua capacidade funcional, já que foi comprovado que a incapacidade funcional, ou seja, a dependência limita a qualidade de vida dos idosos, partindo-se do pressuposto que um atendimento especializado e direcionado para um grupo de pacientes, no caso, idosos, iriam receber uma assistência mais adequada, por teoricamente, saber-se mais sobre suas particularidades e a melhor forma de abordagem.

Frente ao exposto e discutido ao longo do texto

a realização de um comparativo, necessitaria de variáveis mais igualitárias para que ocorresse uma avaliação mais fidedigna, pois se observou que, a depender da patologia, do meio social e da forma de aceitação da terapia, poderia um idoso ter um desempenho melhor ou pior que outro no desenvolvimento de suas atividades instrumentais de vida diária sem que houvesse uma relação direta com o tempo de atendimento.

Porém, pode-se observar também, frente aos dados explicitados, que aqueles que possuíam um maior tempo de atendimento obtiveram uma pontuação diminuída, ou seja, a independência no desenvolvimento de suas atividades, refletindo que um acompanhamento especializado de forma prolongada traz benefícios ao processo de bem estar e qualidade de vida de um idoso, contribuindo assim para a promoção de um envelhecimento saudável.

Frente a todos os pontos abordados, pode-se observar a real importância desse atendimento mais especializado, interferindo na capacidade funcional e por consequência, na qualidade de vida desses idosos, sendo que dependendo do perfil do idoso e do estado de acompanhamento em que este se encontra, ocorrerá mudanças significativas no desempenho de suas atividades.

## REFERÊNCIAS

1. Portal do Envelhecimento [<http://portaldoenvelhecimento.org.br/>]. Censo aponta: crescimento da população idosa inspira cuidados. [Acesso em: 07 nov 2012]. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/longevidade/censo-aponta-crescimento-da-populacao-idosa-inspira-cuidados.html>>
2. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da Pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, 2007.
3. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai/jun. 2003. (Cad. Saúde Pública)
4. Lima CRV. Políticas Públicas para idosos: A realidade da instituições de longa permanência no Distrito Federal. Brasília. Monografia [Especialização em Legislativo e Políticas Públicas] - Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor); 2011.
5. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: na direção de um serviço de atenção primária amigável às pessoas idosas. 2004.
6. Fonseca FB, Rizzotto MLF. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. In. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.17, n.2, p. 265-73 abr./jun; 2008.

7. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. In: Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.
8. Creswell JW. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.
9. Botti LP; Dalla MDB. Unidade Básica de Saúde X Área Física: manual prático para elaboração de projeto para unidades de saúde. Espírito Santo. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/manual\\_pratico\\_para\\_elaboracao\\_projetos\\_ubs.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/manual_pratico_para_elaboracao_projetos_ubs.pdf)> acesso em 28 de setembro de 2012.
10. Rocha TT. Avaliações funcionais. Disponível em: < <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA4HAAB/avaliacao-funcional-indice-katz>> Acesso em 15 de abril de 2012.
11. Santos LNG. Relatório de Estágio e planejamento estratégico situacional no asilo São Francisco de Assis, Simão Dias – SE. Paripiranga, nov 2011. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/88643753/Asilo>> acesso em 15 de abril de 2012.
12. Ribeiro AP. Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher] - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira; 2006.
13. Fedrigo CRAM. Fisioterapia na Terceira Idade: O Futuro de Ontem é Realidade de Hoje. Rev Reabilitar. v. 5: págs: 18 – 26, 1999.
14. Guimaraes LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Abreu SR; Lima M; Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Revista Neurociências, São Paulo, v. 12, n. 3, jul./set. 2004.
15. Martins GB, Medeiros FD. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados. Universidade do Sul de Santa Catarina – Fisioterapia. Disponível em: <http://www.fisiotb.unisul.br/Tccs.> > Acesso em: 24 de agosto de 2012.
16. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun, 2003.
17. Trentini CM. Qualidade de vida em idosos. Porto Alegre. Tese [Doutorado em ciências médicas: Psiquiatria] - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. 2004.

(ANEXO 1)

**ESCALA DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD**

**1 - Cuidados Pessoais**

A – Alimentação

0 = normal

1 = independente

2 = necessita de ajuda para cortar ou servir, derruba com frequência

3 = deve ser alimentado na maioria das refeições

B – Vestir-se

0 = normal

1 = independente, mas lento e desajeitado

2 = sequencia errada, esquece itens

3 = necessita de ajuda para vestir-se

C – Banho

0 = normal

1 = banha-se só, mas necessita ser lembrado

2 = banha-se só, com assistência

3 = deve ser banhado por outros

D – Eliminações fisiológicas

0 = vai ao banheiro independentemente

1 = vai ao banheiro quando lembrado: alguns problemas

2 = precisa de assistência para a atividade

3 = não tem controle sobre fezes e urina

E – Medicação

0 = lembra sem ajuda

1 = lembra-se quando a medicação é deixada em local especial

2 = necessita de lembretes escritos ou falados

3 = deve receber a medicação de outros

F – Interesse na aparência pessoal

0 = o mesmo de sempre

1 = interessa-se quando vai sair, mas não em casa

2 = permite ser arrumado ou o faz quando solicitado

3 = resiste para ser limpo e trocado por terceiros

**2 - Cuidados Domésticos**

A – Preparação de comidas, cozinhar

0 = planeja e prepara comidas sem dificuldades

1 = cozinha, mas menos que o habitual ou com menos variedade

2 = pega a comida somente se esta já estiver preparada

3 = nada faz para preparar a comida

B – Arrumação da mesa

0 = normal

- 1 = independente, mas lento ou desajeitado
  - 2 = esquece-se de itens ou os coloca em local errado
  - 3 = não realiza mais esta atividade
- C – Trabalhos domésticos
- 0 = mantém a casa como de costume
  - 1 = faz apenas metade do seu trabalho
  - 2 = ocasionalmente varre a casa ou faz pequenos serviços
  - 3 = não mais cuida da casa
- D – Reparos domésticos
- 0 = realiza todos os reparos habituais
  - 1 = realiza ao menos metade dos reparos habituais
  - 2 = ocasionalmente faz reparos menores
  - 3 = não faz mais nenhum reparo
- E - Lavar roupas
- 0 = lava-as como de costume (rotina)
  - 1 = lava com menor frequência
  - 2 = lava apenas se lembrado; esquece o sabão
  - 3 = não lava mais as roupas

### 3 – Trabalho e recreação

- A – Trabalho
- 0 = trabalha normalmente
  - 1 = problemas leves com responsabilidades de rotina
  - 2 = trabalha em atividade mais fácil ou meio período; medo de perder o emprego
  - 3 = não trabalha mais
- B – Recreação
- 0 = a mesma habitual
  - 1 = atividade recreacional menos frequente
  - 2 = perdeu certas habilidade necessárias para atividades recreativas, deve ser persuadido a participar das atividades
  - 3 = não possui mais atividades recreacionais
- C – Organizações
- 0 = comparece a encontros; mantém as responsabilidades como sempre
  - 1 = comparece menos frequentemente
  - 2 = comparece ocasionalmente, não tem maiores responsabilidades
  - 3 = não comparece mais aos encontros
- D – Viagens
- 0 = o mesmo que o habitual
  - 1 = viaja se alguém mais dirigir
  - 2 = viaja em cadeira de rodas
  - 3 = limitado à casa ou ao hospital

#### 4 – Compras e dinheiro

A - Compra de comidas

- 0 = normal
- 1 = esquece de itens ou compra itens desnecessários
- 2 = necessita ser acompanhado enquanto faz as compras
- 3 = não mais faz as compras

B – uso de dinheiro

- 0 = normal
- 1 = tem dificuldade em pagar valores exatos, contar o dinheiro
- 2 = perde ou coloca o dinheiro em local errado
- 3 = não mais manipula o dinheiro

C – Administração das finanças

- 0 = pagamento de contas e serviços bancários normais
- 1 = paga contas atrasadas, dificuldade para preencher cheques
- 2 = esquece de pagar as contas, problemas para administrar o saldo bancário; necessita ajuda de terceiros
- 3 = não administra mais as finanças

#### 5 – Locomoção

A – Transporte público

- 0 = utiliza transporte público normalmente
- 1 = utiliza transporte público menos frequentemente
- 2 = perde-se utilizando transporte público
- 3 = não usa mais transporte público

B – Condução de veículos

- 0 = dirige normalmente
- 1 = dirige mais cautelosamente
- 2 = dirige menos cuidadosamente; perdeu-se enquanto dirigia
- 3 = não mais dirige

C – Mobilidade pela vizinhança

- 0 = normal
- 1 = sai de casa menos frequentemente
- 2 = perde-se nas proximidades de casa
- 3 = não sai mais desacompanhado (a)

D – Locomoção fora de locais familiares

- 0 = normal
- 1 = ocasionalmente fica desorientado em locais estranhos
- 2 = fica muito desorientado, mas locomove-se se acompanhado
- 3 = não é mais capaz de sair

#### 6 – Comunicação

A – Uso do telefone

- 0 = normal
- 1 = liga apenas para alguns números familiares

- 2 = apenas atende ao telefone
- 3 = não usa mais o telefone
- B – Conversas
  - 0 = normal
  - 1 = menos falante; dificuldade de lembrar-se de normas ou palavras
  - 2 = comete erros ocasionais de fala
  - 3 – fala quase ininteligível
- C – Compreensão
  - 0 = compreende tudo o que lhe é dito
  - 1 = solicita que repitam
  - 2 = tem dificuldade em compreender conversações ou palavras específicas, ocasionalmente
  - 3 = não compreende que as pessoas falam na maior parte do tempo
- D – Leitura
  - 0 = normal
  - 1 = lê com menor frequência
  - 2 = tem dificuldade em compreender ou lembrar-se do que leu
  - 3 = não lê mais
- E – Escrita
  - 0 = normal
  - 1 = escreve com menor frequência, erros ocasionais
  - 2 = apenas assina o nome
  - 3 = nunca escreve

## **7 – Relações Sociais (cônjuge)**

- A – Relações familiares
  - 0 = normais
  - 1 = pequenos problemas matrimoniais
  - 2 = sérios problemas matrimoniais
  - 3 – divorciado, separado, sem mais relacionamentos
- B – Relações familiares (crianças)
  - 0 = normais
  - 1 = facilmente irritável, punições intempestivas
  - 2 = negligencia as necessidades físicas e emocionais dos filhos
  - 3 = incapacitado para cuidar das crianças
- C – Amigos
  - 0 = encontra os amigos com a mesma frequência
  - 1 = encontra os amigos com menos frequência
  - 2 = aceita visitas, mas não procura companhia
  - 3 = recusa-se à vida social; insulta os visitantes

**PONTUAÇÃO TOTAL: / 90**