

O papel da UBS no desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional associado ao envelhecimento saudável

The role of UBS in the development and maintenance of functional capacity associated with healthy aging

Yaponira Soares Torres Martins

Fabírcia Castelo Branco de Andrade

¹*Médica. Discente, Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade-UFPI. E-mail: yaponiratorres@hotmail.com.*

²*Enfermeira. Mestre em Saúde da Mulher-UFPI. Tutora UNASUS.*

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento populacional é uma das conquistas da medicina atual. Além de prolongar o tempo médio de vida dos brasileiros é necessário investir em políticas de saúde voltadas para qualidade de vida na terceira idade. A proposta de intervenção do estudo é melhorar a assistência médica aos idosos adscritos em uma UBS localizada no município de Miguel Alves. Determinar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes e mensurar através de instrumentos de pesquisa como escalas o nível de dependência dos pacientes geriátricos. O objetivo do projeto de intervenção é a manutenção e recuperação da capacidade funcional deste segmento da população. A capacidade funcional pode ser avaliada utilizando recursos como as escalas de Katz - escala de Independência em Atividades da Vida Diária (AVDs) e Lawton para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) além dos dados obtidos na caderneta de saúde do idoso. Baseado nos dados obtidos será possível elaborar estratégias incluindo a família e os cuidadores para regatar/ ampliar a qualidade de vida do idoso e estabelecer um plano terapêutico individualizado para os pacientes acamados e domiciliados.

DESCRITORES: Qualidade de vida. Idosos. Capacidade funcional.

ABSTRACT

The increase in life expectancy and the consequent population aging is one of the achievements of current medicine. In addition to extending the average life span of Brazilians, it is necessary to invest in health policies aimed at quality of life in old age. The study's intervention proposal is to improve medical care for the elderly enrolled in a UBS located in the municipality of Miguel Alves. Determine the clinical and epidemiological profile of patients and measure through research instruments such as scales the level of dependence of geriatric patients. The purpose of the intervention project is to maintain and recover the functional capacity of this segment of the population. Functional capacity can be assessed using resources such as the Katz scales - Independence scale in Activities of Daily Living (ADLs) and Lawton to assess Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) in addition to the data obtained in the health handbook of the elderly. Based on the data obtained, it will be possible to develop strategies including the family and caregivers to regain / increase the quality of life of the elderly and establish an individualized therapeutic plan for bedridden and domiciled patients.

DESCRIPTORS: Quality of life. Seniors. Functional capacity.

INTRODUÇÃO

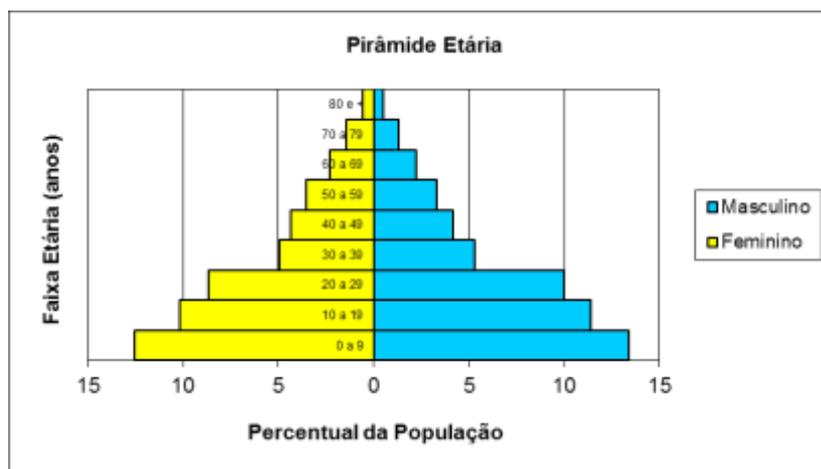
A epidemiologia é uma das bases estruturais da Saúde Pública, dessa forma deve ser incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde. Com a evolução do sistema único de saúde em 31 anos de existência a atenção primária se consolida como importante política de saúde, expande sua área de atuação, redefine as atribuições da Vigilância à Saúde e incorpora a epidemiologia às práticas rotineiras dos serviços. Nesse processo, considerando o tamanho e a diversidade do Brasil, vêm se utilizando e requerendo informações epidemiológicas em nível regional ou local, para os problemas de saúde existentes e seus condicionantes e determinantes, de modo a delinear o perfil de necessidades de saúde dos municípios (TEIXEIRA, 2005).

A epidemiologia aplicada aos municípios visa coletar e analisar dados relevantes à região na qual está inserida, voltada principalmente a identificar as principais possibilidades de riscos para a população local. Assim segundo Teixeira (2005) a epidemiologia estuda a ocorrência de todos os casos em conjunto para identificar o agente etiológico, estabelecer as medidas de controle mais eficientes, sua profilaxia e o tratamento mais adequado que deverão ser tomadas em nível coletivo.

O município de Miguel Alves se estende por 1.393,7 km² e contava com 32.289 habitantes no último censo realizado em 2010. Localizado a 110 km de distância da capital Teresina, situado no território Entre Rios. A densidade demográfica é de 23,2 habitantes por km² no território. Vizinho dos municípios de Duque Bacelar, Coelho Neto e Porto, Miguel Alves se situa a 17 km ao Norte-Leste de Coelho Neto a maior cidade nos arredores (IBGE, 2017).

Em 2017 dados sócio demográficos indicavam que o salário médio mensal era de 2,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 3.9% segundo dados do IBGE (2017). Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 3 de 224 e 213 de 224, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 527 de 5570 e 5440 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 57.3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 57 de 224 dentre as cidades do estado e na posição 189 de 5570 dentre as cidades do Brasil. A população idosa representa 9,11% dos habitantes da cidade (IBGE, 2017).

A assistência médica é composta pela atenção básica (14 UBS) e pelo hospital municipal Pedro Vasconcelos que funciona 24 horas e realiza atendimentos de urgência e emergência, pequenos procedimentos cirúrgicos, internações, assistência ao parto, consultas ambulatoriais especializadas (cardiologia e ortopedia). O CAPS recebe a demanda da atenção primária e realiza atendimento psiquiátrico e psicológico. No NASF a equipe multidisciplinar conta com os seguintes profissionais: nutricionista, fonoaudiólogo, enfermagem, fisioterapeuta e psicólogo. Os pacientes que necessitam de acompanhamento de outras especialidades são referenciados para Teresina.

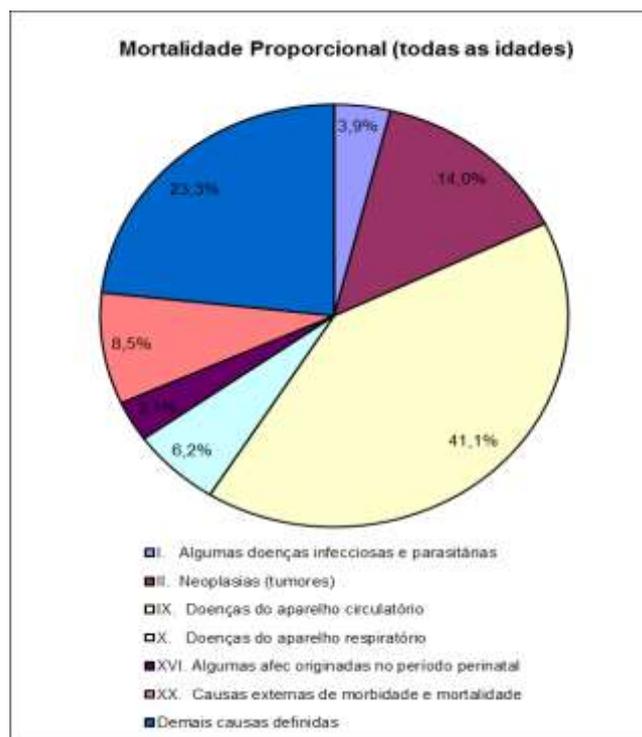


Fonte: IBGE, censos e estimativas. 2009

No município de Miguel Alves, a epidemiologia está presente na rotina do atendimento ambulatorial uma vez que as informações geradas nas UBS alimentam o sistema de informação ambulatorial (SIA/SUS) e servem como base para planejamento de ações como: campanhas contra a dengue, mutirões para alcançar metas de imunizações, voltados para saúde da mulher com a realização de exames citopatológicos, mutirões para avaliação oftalmológica e correção de doenças mais prevalentes como a catarata, mutirões voltados para saúde do homem com realização de exames de triagem (PSA, ultrassonografia de próstata, consulta com urologista), ações e dinâmicas para prevenção de acidentes, conscientização dos problemas de saúde mental.

As ações realizadas nos mutirões têm alcance maior devido a divulgação e concentração de diversos serviços em um único local facilitando o acesso para a população. Além das informações provenientes da atenção básica existem as informações hospitalares (SIH/SUS) que também são importantes para determinar o perfil epidemiológico do município e estabelecer ações e programas visando resolver os problemas de saúde mais prevalentes.

A Taxa Bruta de Mortalidade (2010) em Miguel Alves foi de 3,9 / 1000 habitantes. Representa o número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente no município no ano considerado. Dessa maneira o coeficiente expressa a frequência anual de mortes. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total. No ano de 2017 a taxa de mortalidade geral foi estimada em 5,9 para cada 1.000 habitantes (IBGE, 2017).



Fonte: SIM. Situação da base de dados nacional no ano 2009.

Em Miguel Alves temos uma parcela significativa da população que vive em áreas rurais. Apenas 4 equipes de ESF estão localizadas na área urbana. Na zona urbana o saneamento é precário, dados do IBGE (2017) indicam que apenas 9,6% dos domicílios apresentam esgotamento sanitário adequado. Má- estrutura sanitária condiciona o surgimento de doenças infectocontagiosas. A análise do gráfico permite inferir que 3,9% dos óbitos no ano de 2009 foram atribuídos a doenças infecciosas e parasitárias.

Assim é possível observar um aumento da doenças transmissíveis justificado por problemas estruturais como falta de saneamento básico em algumas regiões, baixos índices de imunização, parcela significativa da população habitando a zona rural que apresenta algumas limitações como dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, rede de esgotos precária ou inexistente, condições sanitárias inadequadas, baixo nível socioeconômico e resistência a adesão aos programas do ESF como imunizações (especialmente a população idosa).

A cultura de valorização de consultas e tratamento medicamentoso em detrimento da promoção e prevenção da saúde, baixa adesão ao hiperdia (programa de controle de hipertensão arterial e diabetes), hábitos alimentares inadequados, falta de atividade física, tabagismo, uso de drogas, níveis elevados de estresse contribuem para o desenvolvimento de patologias crônicas. As doenças não transmissíveis ou crônicas atualmente representam as maiores causas de mortalidade no Brasil. Doenças cardiovasculares (IAM e AVC), neoplasias, causas externas (acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, quedas, afogamentos) doenças respiratórias como pneumonia e DPOC, infecções generalizadas, doenças metabólicas, infecciosas são as principais causas de mortalidade no atual perfil epidemiológico brasileiro.

Dessa maneira em Miguel Alves temos um panorama misto de doenças crônicas associado a um ressurgimento de algumas doenças transmissíveis consideradas controladas evidenciando a

necessidade de uma atenção básica voltada para a população mais carente, que possa contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde, levando a universalização do acesso aos serviços de atenção e aperfeiçoamento do escopo de atuação da vigilância sobre doenças e riscos à saúde.

Na UBS São Miguel I existe uma população significativa de idosos. Após análise dos dados epidemiológicos e da vivência clínica no posto de saúde observamos uma baixa adesão deste segmento da população ao atendimento na UBS além da escassez de visitas domiciliares aos idosos acamados e domiciliados. Tendo em vista as dificuldades características do processo de envelhecimento e os cuidados especiais necessários a esses grupo é de grande importância trabalhar questões relacionadas a saúde do idoso. Temas como: orientações aos cuidadores, depressão na terceira idade, inclusão na prática de atividades físicas (academia de saúde da UBS), uso racional de medicamentos, qualidade de vida da pessoa idosa e desenvolver um programa de visitas com planejamento terapêutico individualizado e multiprofissional para cada família.

Este estudo tem como objetivo desenvolver ações de Intervenção para melhorar a capacidade funcional e o cuidado ao paciente idoso adscrito na UBS São Miguel I no município de Miguel Alves PI.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção com aplicação no município de Miguel Alves-PI. Sendo desenvolvido um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico de base populacional com idosos adscritos na ESF São Miguel I, localizada no bairro São Miguel zona urbana do município citado. Esta população cadastrada na ESF totalizou 137 indivíduos.

Para identificar o perfil social, econômico, demográfico e de saúde dos idosos será aplicado um questionário estruturado na forma de entrevista. O questionário contém os seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, religião, renda do idoso, tipo de moradia, cor da pele referida e patologias referidas pelo entrevistado. Tais quesitos são considerados variáveis independentes.

A variável dependente é a capacidade funcional do idoso. Serão utilizadas a escala de Lawton e Brody para quantificar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e a escala de Katz para mensurar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). As Atividades Avançadas de Vida Diária não serão abordadas no estudo.

Os idosos que apresentem déficit cognitivo ou de memória que inviabilizem a aplicação do questionário será solicitado ao cuidador que responda as questões e assine o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Baixa adesão da população idosa ao Hiperdia	Aumentar a frequência nas consultas de HAS e DM	6 meses	1- Melhorar o acolhimento na UBS; 2-Humanização do atendimento;	SAME Enfermagem Integrantes da ESF Médico ACS

			3- Realizar busca ativa; 4- Realização de palestras, atividades lúdicas, dinâmicas em grupos de idosos.	ESF + NASF
Baixa frequência de Visitas domiciliares aos idosos	Aumentar a periodicidade	1 ano	1-Implementar um programa de visitas com atendimento multidisciplinar; 2-Elaborar um plano terapêutico individualizado para cada família.	Integrantes da ESF NASF
Vulnerabilidade familiar	Famílias vivem em situação de risco social. Melhorar a situação de vulnerabilidade	6 meses	1-Identificar as famílias de risco durante as visitas e encaminhar para serviço social.	ESF Serviço Social
Avaliar a capacidade funcional dos idosos	Aumentar a independência para AVD's	1 ano	1- Avaliar através de instrumentos como escala de Lawton e Brody e escala de Katz. 2- Dados da caderneta do idoso 3- Questionários aos cuidadores	Médico da ESF

DISCUSSÃO

Segundo o Estatuto do Idoso (2003), art. 15. “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países como Brasil considerados em desenvolvimento. Dessa maneira no Brasil a terceira idade tem início aos 60 anos.

Ainda conforme os dados da OMS (2005) o país deverá se tornar o sexto do mundo em número de idosos até 2025 contando com cerca de 32 milhões de pessoas na terceira idade.

O aumento da expectativa média de vida é um fenômeno mundial e deve ser acompanhado pela melhoria na saúde e qualidade de vida da população idosa assim como a manutenção de sua capacidade funcional. Diversos fatores estão relacionados ao aumento da longevidade como: evolução da medicina, melhoria do acesso aos serviços de saúde, inovações tecnológicas, diagnóstico precoce, diretrizes terapêuticas eficazes, disponibilidade de exames complementares e modificações no estilo de vida.

Atualmente o conceito de saúde sofreu modificações e tornou-se mais amplo envolvendo fatores como bem estar físico, social e mental diferente da definição anterior que classificava a saúde como uma situação de ausência de doenças (BARBOSA *et al.*, 2014). A partir desse conceito ampliado o Ministério da Saúde vem desenvolvendo programas para adequar a saúde pública a esta nova realidade brasileira como a Política Nacional do Idoso de 1994 e o manual: Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde (2005) que estabelece uma nova configuração para prática de políticas públicas voltadas para o envelhecimento. Um Projeto de Política de Saúde que objetiva trazer informações para a discussão e formulação de estratégias e planos de ação que promovam um envelhecimento saudável. A maior preocupação da atenção básica voltada ao idoso deve ser prolongar a expectativa de vida dos brasileiros aliada a manutenção de uma vida ativa, independente e saudável.

Esse segmento da população devido as características próprias do processo de envelhecimento apresentam maior incidência de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial e diabetes mellitus, necessitando de cuidados específicos e preferencias pela atenção básica. Além disso, com o avançar da idade ocorrem mudanças morfológicas, biológicas, químicas e funcionais no organismo do ser humano.

Tais alterações determinam uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, nos relacionamentos interpessoais, na cognição, na memória e afetividade resultando em maior vulnerabilidade seja devido isolamento social ou declínio nas atividades básicas do dia-a-dia (GUIMARÃES *et al.*, 2004).

Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como coordenadora de ações do SUS, busca sempre elaborar estratégias para alcançar um envelhecimento saudável, objetivando saúde física, mental, independência na realização da atividades de vida diária, maior integração social e um suporte familiar eficiente para proporcionar uma vida mais tranquila e independente para os idosos (PARANÁ, 2018). Considerando o bem-estar na velhice, como o resultado do equilíbrio entre as diversas variáveis da capacidade funcional do idoso e o grau de fragilidade da pessoa idosa.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) caracteriza fragilidade da seguinte maneira: “idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica”.

Segundo Lenardt (2016) a síndrome da fragilidade do idoso apresenta 5 características: redução da velocidade da marcha, perda de peso não intencional, redução da força de preensão manual, redução do nível de atividade física e relato de exaustão/ fadiga. O paciente que não apresenta nenhuma destas características é considerado não-frágil, se forem identificados um ou dois itens será classificado como idoso pré-frágil e acima de 3 elementos pode ser considerado frágil.

Além do conceito de fragilidade é importante para a realização da avaliação global do idoso o entendimento de capacidade funcional (CF). Refere-se ao grau de autonomia das pessoas idosas, ou seja, o potencial que eles apresentam para realizarem em suas atividades cotidianas. É dividido em três categorias: a realização de atividades diárias de autocuidado (básicas), atividades mais complexas ou instrumentais relacionadas a automanutenção a atividades avançadas que envolvem operações complexas relacionadas ao desempenho de papéis sociais (DIAS *et al.*, 2011).

Incapacidade funcional é a dificuldade e/ou necessidade de auxílio para realização destas seguintes atividades. As Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que são tarefas simples que envolvem noções de autocuidado aprendidas durante a infância como: andar, vestir, alimentação, tomar banho, continência, transferência, utilizar o banheiro, noções de higiene pessoal (PARANÁ, 2018). Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e avançadas que são habilidades complexas e envolvem atividades cognitivas e áreas como memória, atenção, raciocínio lógico e são necessárias para se viver de maneira independente.

Essas habilidades são geralmente aprendidas durante a adolescência e vida adulta e incluem: gerenciar as finanças, fazer compras, usar meios de comunicação, preparar alimentos, tarefas domésticas, dirigir veículos. As atividades avançadas dizem respeito ao lazer, trabalho e interação social (PARANÁ, 2018).

Geralmente a execução de atividades mais complexas é a primeira etapa no processo de perda da capacidade funcional pois o envelhecimento determina alterações no cérebro e na cognição dos pacientes levando a redução progressiva da realização de atividades instrumentais até o comprometimento das atividades básicas de autocuidado. Esse declínio segue essa ordem hierárquica comprometendo inicialmente as atividades complexas até as mais simples (PARANÁ, 2018).

Neste contexto, a equipe do programa Estratégia Saúde da Família deve verificar a presença de doenças ou morbidades do paciente e realizar uma avaliação de forma global e multidimensional levando em consideração seu grau de fragilidade e independência nas atividades do dia-a-dia. Além de orientar a família todos os meios e estratégias para o idoso alcançar autonomia e reverter situações de incapacidade ou fragilidade sócio familiar (BRASIL, 2006).

A organização de palestras com temas como: orientações aos cuidadores, depressão na terceira idade, inclusão na prática de atividades físicas (academia de saúde da UBS), uso racional de medicamentos, qualidade de vida da pessoa idosa e desenvolver um programa de visitas com planejamento terapêutico individualizado e multiprofissional para cada família deve fazer parte da rotina na UBS.

Para melhorar os cuidados aos pacientes idosos é necessário elaborar estratégias que aproximem este segmento da população a UBS. Práticas de humanização, acolhimento aos pacientes e a realização de atividades lúdicas para fortalecer o vínculo entre as famílias e a UBS. Assim como

umentar a periodicidade das visitas domiciliares e estabelecer um planejamento terapêutico – plano de cuidado individualizado - para cada família são medidas que refletem na qualidade de vida do idoso.

A caderneta de saúde da pessoa idosa deve ser resgatada durante os atendimentos pois representa um instrumento de grande importância na avaliação da saúde dos pacientes. A caderneta permite ao profissional de saúde obter informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre as condições de saúde do idoso, hábitos de vida, vulnerabilidades.

No tópico intitulado avaliação da pessoa idosa aparecem informações sobre uso de medicamentos, diagnósticos, reações adversas, dados antropométricos, quedas, avaliação do ambiente e o Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13). A última parte do documento é composta de orientações aos idosos e cuidadores sobre assuntos de relevância como: direitos dos idosos, acesso a medicamentos, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividades físicas e sexualidade (BRASIL, 2018).

Para avaliação da capacidade funcional é importante utilizar dados da caderneta do idoso associado a um questionário específico contendo dados sócio demográficos: sexo, idade, religião, cor da pele, estado civil, escolaridade, trabalho e aspectos da saúde física: uso de medicamentos e patologias. Para avaliar a capacidade em desenvolver as AVD, a escala de Katz é instrumento de grande utilidade utilizado em diversos estudos nacionais e internacionais (LINO *et al.*, 2008).

Foi publicado pela primeira vez em 1963 sofreu algumas alterações ao longo do tempo, mas continua sendo considerado um instrumento válido para a população brasileira. A escala de Katz é utilizada para mensurar a capacidade do idoso na realização de atividades básicas de vida através de sistema de pontuações e classifica o paciente em três graus: independente, dependência moderada e muito dependente. O quadro abaixo ilustra a modificação mais recente da escala de Katz (THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING, 1998).

Quadro 1 – Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998⁽²⁰⁾

O grau de dependência funcional para atividades instrumentais de vida diária pode ser dividido em: independente, semidependente e dependente. A avaliação da capacidade em desenvolver tais

atividades, pode ser verificado pela Escala de Lawton e Brody desenvolvida em 1969 e bastante utilizada em estudos gerontológicos (GUIMARÃES *et al.*, 2004). Avalia a capacidade de executar atividades cotidianas mais complexas conhecidas como instrumentais. Quadro abaixo ilustra a escala de Lawton.

Quadro 2 – Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As síndromes geriátricas, representadas por cinco eixos diagnósticos: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde (CARVALHO, 2000). Além disso, deve conter o diagnóstico das deficiências ou disfunções dos sistemas fisiológicos principais, como as alterações da nutrição, sono, saúde bucal e dos órgão s/sistemas (doenças).

Outros aspectos relevantes do diagnóstico são o lazer, o suporte familiar, suporte social e a segurança ambiental. Esta identificação dos problemas de saúde e do estrato clínico-funcional a que pertence são fundamentais para a definição das intervenções a serem propostas, bem como as prioridades e metas terapêuticas.

As mudanças porventura sugeridas devem ser justificadas, assim como os profissionais e equipes de saúde e assistência social que serão necessários. Este conjunto de diagnósticos biopsicossociais e funcionais do indivíduo, associados às intervenções promocionais, preventivas, curativas, paliativas e/ou reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a saúde do idoso recebe o nome de Plano de Cuidados Individualizado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde colet.**, v.19, n.08, ago 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>. Acesso em: 20 jan 2020.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e das outras providências. Brasília: Senado Federal. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria MS/ GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf. Acesso em: 05 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**, 2018.

CARVALHO, E. T. F.; PAPALEO, M. N. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu; 2000.

DIAS, E. G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v.22, n.1, p. 45-51, jan/abr 2011.

GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al.* Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, v.12, n.3, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **IBGE CIDADES, 2017**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/miguel-alves>. Acesso em: 13 abr 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **IBGE CIDADES, 2009**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/miguel-alves>. Acesso em: 05 abr 2019.

LENARDT, M. H. *et al.* Força de apreensão manual e atividade física em idosos fragilizados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n.1, p. 88-94, 2016.

LINO, V. T. S. *et al.* Cross-cultural adaptation of the independence in activities of daily living index (Katz Index). **Cad Saude Publica**, v.24, n.1, p.103-112, 2008.

PARANÁ. Governo do Estado de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Avaliação Multidimensional do idoso, 2018**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/AvaliacaoMultiddoldoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 04 jan 2019.

TEIXEIRA, M. G. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.8, supl.1, p.28-39, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000500004>. Acesso em: 25 jul 2019.

SIM. Sistema De Informação Sobre Mortalidade. **Situação da base de dados nacional no ano 2009**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10pi.def>. Acesso em: 02 mar 2019.

THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)** [1998]. [text on the Internet]. New York; 2005. Disponível em: <http://www.hartfordign.org/>. Acesso em: 15 dez 2019.

WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.