



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

CAMILLA MENDES TAVARES

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TRATAMENTO
DE PACIENTES PALIATIVOS EM DOMICÍLIO.

FORTALEZA
2019

CAMILLA MENDES TAVARES

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TRATAMENTO
DE PACIENTES PALIATIVOS EM DOMICILIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profº. Dr .Rogério Pinto Giesta

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T229c Tavares, Camilla Mendes.
Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde no tratamento de pacientes paliativos em domicílio /
Camilla Mendes Tavares. – 2019.
21 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Rogério Pinto Giesta.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Cuidados Paliativos. 3. Atenção Primária. I. Título.

CDD 362.1

CAMILLA MENDES TAVARES

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO TRATAMENTO DE PACIENTES PALIATIVOS EM DOMICILIO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o.Me., Alfredo Augusto Vasconcelo da Siva.
Universidade Federal do Ceará

Prof^a.,Dra., Greyce Luri Sasahara.
Universidade Federal do Ceará

Prof^o.,Dr, Rogério Pinto Giesta.
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Nas últimas décadas, as doenças crônicas-degenerativas e as neoplasias vêm destacando-se na epidemiologia mundial. Com esse fato, os Cuidados Paliativos vem conquistando o seu espaço, por serem patologias sem cura. Muitos dos pacientes nessas condições acabam sendo acompanhados ambulatorialmente e em seus domicílios, ficando sob a responsabilidade da equipe da Estratégia Saúde da Família, que pela grande demanda tem dificuldade de melhor assisti-los. Os Agentes Comunitários de Saúde, pelo maior contato com a população, possibilitam aproximação da equipe de saúde da família com essas pessoas e assim os cuidam melhor. Então, foi desenvolvido um projeto de intervenção que visa capacitar os agentes de saúde para praticar o cuidado integral e longitudinal dos pacientes paliativos em domicílio. Durante a implantação do projeto, surgiram muitas limitações em relação a disponibilidade da agenda da equipe nas intercorrências, a aceitação da família da condição dos doentes e ao difícil acesso da equipe multidisciplinar aos pacientes. Foi visto durante a implantação, que a capacitação desses profissionais foi o grande diferencial na assistência dos pacientes em palição, sempre visitando com frequência os domicílios e assim reportando a equipe as queixas e as necessidades de cada paciente e sua família, para que assim possa ser organizada a agenda dos profissionais de saúde para melhor assisti-los. Portanto, durante esse projeto foi concluído que a Atenção Primária tem grande importância no cuidado dos pacientes em palição e, por isso, faz-se necessário a capacitação de seus profissionais para assim poder atender melhor esse tipo de demanda.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Cuidados Paliativos. Atenção Primária.

ABSTRACT

In the last decades, chronic degenerative diseases and neoplasms have been highlighted in the worldwide epidemiology. With this fact, Palliative Care has been conquering its space, being pathologies without cure. Many of the patients under these conditions end up being monitored at the clinic and in their homes, being under the responsibility of the Family Health Strategy team, who, due to the great demand, have difficulty attending them. Community Health Agents, through greater contact with the population, make it possible to bring the family health team closer to these people and then take better care of them. Thus, an intervention project was developed that aims to enable health agents to practice comprehensive care at long term of palliative patients at home. During the implementation of the project, many limitations emerged regarding the team's schedule availability during the interurrences, the family's acceptance of the patients' condition and the difficult access of the multidisciplinary team to the patients. It was observed during the implementation that the training of these professionals made a huge difference in the care of patients in palliation, always visiting the homes frequently and thus reporting to the team the complaints and needs of each patient and their family, so the health professionals' agenda can be organized to better assist them. Therefore, during this project it was concluded that the Primary Care has great importance in the care of patients in palliation and, because of that, it is necessary to train their professionals in order to be able to better attend this type of demand.

Keywords: Family Health Strategy. Palliative Care. Primary Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	7
3	JUSTIFICATIVA.....	7
4	OBJETIVOS.....	8
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
5	METODOLOGIA.....	9
6	RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO.....	11
7	CRONOGRAMA.....	13
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	14
9	CONCLUSÃO.....	15
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
	APÊNDICE.....	17
	ANEXOS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, resultado do aumento da expectativa de vida e da mudança do perfil epidemiológico do País. O período que precedeu os avanços da Medicina e da Revolução Sanitária foi marcado pela maior prevalência de doenças infectocontagiosas, porém nas últimas décadas o impacto de doenças crônico-degenerativas e de neoplasias tem sido mais marcante. Como muitas dessas doenças, em muitos casos, não apresentam cura e acabam por definhando os seus portadores, surgiu os Cuidados Paliativos, que segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002 “consistem nos cuidados promovidos por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. (SILVA, N. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2014 Jan;Mar;9(30):p.45-53.)

Alguns pacientes, com a evolução de suas doenças, acabam tendo um tratamento conservador, haja vista que não existem intervenções curativas nessas situações. Nesses casos, são direcionados para domicílio associado ao acompanhamento ambulatorial. Em suas residências, os pacientes ficam sob os cuidados da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são responsáveis pela coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade e da integralidade. Além disso, a ESF permite oferecer um cuidado mais próximo do doente e de sua família, pois estabelece um vínculo de confiança e possibilita um acompanhamento humanizado durante o processo de morte. (MENEQUIN, S.; RIBEIRO, R.. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. Texto Contexto, Enferm ,2016;25(1):e3360014)

O cuidado em domicílio possibilita uma maior qualidade de vida ao cuidado, o que reduz a procura aos hospitais, o tempo de internação e o risco de infecções hospitalares. Além de permitir uma maior interação do paciente com sua família e um melhor trabalho do processo de luto para os parentes, desde que tenha o acompanhamento de uma equipe de saúde especializada e disposta a oferecer suporte e orientação aos familiares e cuidadores, permitindo proporcionar uma qualidade de vida para o paciente de acordo com a fase de sua patologia. (VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados Paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. Rev. Adm. Saúde –Vol18, n 70, jan-mar. 2018.)

Entretanto a Atenção Primária, por sua grande demanda em outros programas, vê-se incapaz de prover a assistência necessária aos pacientes paliativos em domicílio. Os pacientes então têm seus sofrimentos ainda mais intensificados pela ausência de manejo adequado de suas queixas, que teriam o objetivo de aliviar o sofrimento físico, psíquico e espiritual; além disso, as famílias desses indivíduos, além do sofrimento pela doença dos entes queridos se deparam com a dificuldade de assisti-los em suas necessidades. (QUEIROZ, A. H. A.; PONTES, R. J. S.; SOUZA, A. M. A.; RODRIGUES, T. B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):p. 2615- 2623, 2013).

Pela maior proximidade do Programa de Agente de Saúde e Comunidade com os pacientes, esses profissionais possuem maior possibilidade de identificar as necessidades do doente e de sua família, o que auxiliaria no cuidado da equipe da ESF, pois os agentes comunitários de saúde (ACS) contribuem para o fortalecimento do vínculo da comunidade com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Diante disso, a conexão entre os ACS e a comunidade poderia ser utilizada em favor dos pacientes em cuidados paliativos, de suas famílias e da equipe de saúde, objetivando uma melhor assistência aos pacientes. (FLORIANI, C. A. ; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9): p.2072-2080, set, 2007)

Observa-se ainda a necessidade de uma maior flexibilidade da agenda do médico e da enfermeira, a fim de atender as demandas e dúvidas existentes dos doentes e/ou cuidadores, podendo-se, então, reservar horários na agenda da equipe de saúde destinados a prover uma melhor assistência aos pacientes e suas famílias. (FLORIANI, C. A. ; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9): p.2072-2080, set, 2007)

Portanto, tal problemática será usada como tema para o Plano de Intervenção deste trabalho, por sua grande relevância, recorrência e por ser um assunto ainda novo no âmbito da Atenção Primária de Saúde de todo o país.

2 PROBLEMA

Dificuldade da Atenção Primária de Saúde em manter o cuidado integral e longitudinal dos pacientes paliativos em domicílio

3 JUSTIFICATIVA

De acordo com os dados epidemiológicos do município de Itapipoca-Ceará no período de 2014 a 2018, com as seguintes porcentagens respectivamente 56,1%; 58,8%; 57,4%; 62,6% e 57,7% o que se evidencia o expressivo número de óbitos de pacientes por causas crônico-degenerativas e por neoplasias. Muitos desses pacientes não obtiveram o tratamento adequado para suas condições, pois, com a grande demanda existente nas UBS, a equipe acaba tendo grande dificuldade em acompanhá-los e assim fazer o que prioriza o Cuidado Paliativo. Com maior proximidade dos ACS a população, ajudaria a amenizar essa dificuldade da Atenção Primária, por meio da capacitação dessas profissionais nesse tipo de cuidado. Assim poderia-se tentar atender os objetivos do Cuidado Paliativos com esses doentes.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Capacitar os agentes de saúde para praticar o cuidado integral e longitudinal dos pacientes paliativos em domicílio.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar uma avaliação ampla dos pacientes que preenchem critérios para Cuidados Paliativos por meio das escalas de avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida (Katz e Pfeffer), Escala de Performance Paliativa (PPS) e Escala de visitas domiciliares estratificadas por riscos.
2. Qualificar os agentes de saúde do território adscrito da UBS Lagoa da Cruz em Itapipoca-Ceará para avaliarem as queixas clínicas.
3. Preparar os agentes de saúde para que eles possam repassar aos cuidadores como cuidar melhor dos doentes paliativos em domicílio.
4. Organizar a agenda da unidade para que a família do doente e o doente tenha acesso à multidisciplinar da equipe da UBS Lagoa da Cruz.

5 METODOLOGIA

Projeto de Intervenção é uma proposta de ação feita para a resolução de um problema real observado em um território de atuação de uma Equipe de Saúde da Família na Atenção Primária. Tal projeto ocorrerá no município de Itapipoca, no estado do Ceará, na UBS - Lagoa da Cruz, que atende uma localidade de mesmo nome. Trata-se de um projeto longitudinal que visa à capacitação de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no cuidado de pacientes paliativos em domicílio.

No primeiro momento, realizou-se uma reunião com as quatro ACS da UBS para discutir o tema Cuidados Paliativos. Durante essa reunião, abordou-se sobre a definição, as indicações, os objetivos e as condutas em situações especiais, assunto esse desconhecido por elas. Na ocasião também foi realizado o levantamento dos pacientes domiciliados do território da ESF para avaliar existência de pacientes com indicação para palição. Após o levantamento, observou-se que, dentre os pacientes domiciliados, aproximadamente 60, somente quatro encontrava-se com alguma doença ativa ,progressiva e ameaçadora para a continuidade da vida ,e com algum comprometimento na funcionalidade. Dentre esses pacientes, dois apresentam sequelas motoras e cognitivas de AVC, permanecendo acamados; um portador de Neoplasia de Esôfago com metástase Hepática e um apresenta Síndrome de Fragilidade.

Na primeira visita, cada paciente foi amplamente avaliado, aplicando-se as escalas de Katz, Pfeffer, que avalia a funcionalidade para atividades básicas de vida e instrumentais, e Performace Paliativa(anexos).Essa última foi usada a fim de classificá-los nas seguintes categorias: elegível para Cuidados Paliativos, portador de doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida encurtado a meses ou ano; em processo de morte, com sinais de rápida progressão da doença, com prognóstico de semanas a meses (Manual CREMESP de Cuidados Paliativos). Além disso, foi discutido com a família sobre a definição de Cuidado Paliativo e sobre a mudança da atuação médica nesse tipo de cuidado, explicando-se ainda que não significaria a desistência da equipe em relação ao paciente, porém que na situação clínica em questão seriam utilizadas medidas não invasivas, que focam no bem estar do doente. Posteriormente, foram abordados questionamentos, medos e angústias da família e do doente sobre a sua atual condição de saúde e futura evolução.

Após essa primeira avaliação, desenvolveu-se um Plano Terapêutico específico para cada caso, focando inicialmente nas necessidades evidenciadas e sendo então definida como será a periodicidade das visitas. Em relação a este ponto, usamos a escala de visitas

domiciliares específica para riscos, concluindo-se que, de acordo com a situação dos pacientes, visitas mensais alternadas entre a médica e a enfermeira, assim como as visitas quinzenais do ACS. Determinou-se ainda que no caso do surgimento de uma nova demanda, novas visitas poderiam ser realizadas para melhor assistência do paciente e da família.

Nas visitas das ACS, seriam abordadas as novas dúvidas em relação ao cuidado, o surgimento de novas queixas clínicas e as avaliações de queixas já preexistentes. Após a visita, as profissionais remeteriam à equipe o que foi evidenciado e então, seriam orientadas sobre como atuar em relação a cada necessidade. No caso dessa assistência ser insuficiente, antecipar-se-ia a visita do mês com o profissional de saúde.

A cada nova visita, os pacientes seriam reavaliados através da utilização das escalas anteriormente citadas, a fim de reclassificá-los e, assim, alterar o Plano Terapêutico, tornando-o mais adequado para atual situação clínica do paciente. Em caso de necessidade, a periodicidade das visitas poderia ser alterada, assim como foco em novas necessidades que poderiam surgir.

6 RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Durante a realização do Projeto de Intervenção, deparamo-nos inicialmente com o grande desconhecimento da equipe em relação a esse tipo de cuidado, sendo necessário realizar a capacitação sobre esse tema. O desconhecimento sobre o mesmo, inicialmente, provocou dificuldade nas escolhas dos pacientes, pois as ACS consideravam que o perfil dos pacientes seria somente dos doentes que “estivessem para morrer”. Foi explicado que o trabalho do CP é iniciado bem antes da fase de fim de vida e que esse tipo de cuidado não significaria que a equipe estava desistindo daquele paciente, mas que iríamos mudar nosso foco, centrando-nos no gerenciamento dos sintomas, do cuidado e do processo de luto, tanto para a família como para o doente. Focaríamos em aliviar as dores e outros sintomas, na espiritualidade dos pacientes e família e na resolução de problemas que o paciente apresentasse em vida, resolvendo, inclusive, questões pessoais.

Percebemos, nas primeiras visitas, que havia uma grande dificuldade por parte da família em aceitar tal condição, principalmente no caso do paciente com Neoplasia de Esôfago com Metástase Hepática por ser um paciente de certa forma jovem e com bom condicionamento físico antes da patologia. A grande dificuldade da família era aceitar que o paciente havia se negado continuar com o tratamento e que desejava ficar em casa para morrer. Em relação aos outros dois pacientes, a família aceitou com certa conformação a condição do pacientes, pois os mesmos apresentavam-se acamados, com pouca interação com o meio, e muito dependentes do cuidado de terceiros.

Apesar da grande presença dos ACS nesses domicílios, tivemos muita dificuldade de visitá-los, quando existia alguma intercorrência, fora dos dias já estipulados para o retorno, pela grande demanda da unidade. Fazíamos, então, a visita em horários fora do estipulado, ao término do expediente ou na hora do almoço.

Outra grande limitação estava relacionada às condições estruturais das residências, pois, pela condição financeira de muitas famílias, só era possível fazer as adaptações estritamente necessárias para ajudar os doentes. A até a questão de matérias de higiene e de cuidados pessoais não era possível a família ofertá-lo aos doentes, então tentávamos focar-nos de qualidade inferior e mais baratos.

Outra grande dificuldade da nossa equipe era em relação ao apoio da equipe multidisciplinar, Núcleo Apoio a Saúde da Família(NASF), pois, por nos localizarmos em zona rural, a equipe não apresentava transporte para acompanhar os nossos pacientes, em seus

domicílios. Os parentes não conseguiam manter o acompanhamento por muito tempo ao levar os doentes até a sede, tanto pela questão do transporte quanto pelo desgaste físico dos pacientes durante a viagem. Alguns ainda pagavam poucas sessões com profissionais fora do âmbito do SUS, mas, com o tempo, não conseguiram mais pagar.

Na fase de terminalidade, a grande dificuldade era em relação aos manejos da dor e de outros sintomas e questão da espiritualidade. Na primeira, faltavam às medicações necessárias na unidade e família não tinha condições de compra-las e, então, eram requeridas mais visitas domiciliares, que sempre ocorriam fora do horário de expediente, por causa da grande demanda da unidade. Já na segunda, não existia um líder espiritual na cidade responsável para esses tipos de situações, sendo necessário que a equipe procurasse entre os da cidade qual teria disponibilidade para fazer uma visita domiciliar.

Além disso, quando existiam intercorrências que a família levava os pacientes para o hospital de referência no município, os médicos que os recebiam geralmente queriam deixá-los internados, mesmo a família relatando que o paciente já era acompanhado pela ESF. Essa já havia informado que não era para se fazer medidas invasivas, o que demonstra que ainda há grande falta de preparo na área da Saúde em relação a esse tema.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para este trabalho foram utilizados os seguintes recursos:

- Humano: Apoio da Equipe de Saúde da Família da UBS Lagoa da Cruz, em especial das ACS, dos pacientes e suas famílias e de alguns colegas do NASF.
- Político: Prefeitura Municipal e Secretaria de Saúde de Itapipoca
- Materiais: Produtos para curativos, combustível para o veículo, e medicações disponibilizadas pelo SUS.

9 CONCLUSÃO

De ante do exposto, é possível concluir que a Atenção Primária pode ter grande contribuição para os cuidados dos pacientes em palição, principalmente com a capacitação das ACS, profissionais que permitem a proximidade da equipe com os pacientes e sua família ,possibilitando que os Cuidados Paliativos possam ultrapassar as fronteiras do ambiente hospitalar e que sejam manejados de maneira adequada para cada situação clínica.

REFERÊNCIAS

1. COMBINATO, D. S.; MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo-2012; 36 (3):p.433-441
2. MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. **Cuidados Paliativos**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São, Paulo,2008,p. 15-32.
- 3.FLORIANI, C. A. ; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9): p.2072-2080, set, 2007
4. KRAUSE, L. H.; FREITAS, L. A.; DAFLON, P. M. N. Cuidados paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro,2016;15(3):p286-293.
5. MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R.. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto Contexto, Enferm* ,2016;25(1):e3360014
6. QUEIROZ, A. H. A.; PONTES, R. J. S.; SOUZA, A. M. A.; RODRIGUES, T. B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):p. 2615- 2623, 2013
7. SILVA, N. L. S. R. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. Rio de Janeiro,2014 Jan;Mar;9(30):p.45-53.
8. SOUZA, H. L. Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. *Revista de Bioética*, 23 (2),2015; p.349-359.
9. VASCONCELOS, G. B.; PEREIRA, P. M. Cuidados Paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Rev. Adm. Saúde –Vol18, n 70, jan-mar. 2018.*

APÊNDICE



Figura 1: Reunião de capacitação das ACS

ANEXOS



Índice de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) – KATZ

I - INDEPENDENTE A - PARCIALMENTE DEPENDENTE D - MUITO DEPENDENTE

Área / Opções	Marcar apenas uma alternativa
1. Banho (banho de chuveiro, banheira, ou banho de esponja) I - não recebe assistência; entra e sai do chuveiro/banheira sem ajuda A - recebe assistência para lavar somente uma única parte do corpo (ex.: costas ou uma perna) D - recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho	() () ()
2. Vestuário (tirar as roupas do armário e vesti-las, incluindo roupas íntimas e roupas de passeio, com a utilização de fechos, suspensórios e colchetes, se presentes) I - veste-se completamente sem assistência. A - veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar sapatos. D - recebe assistência para vestir-se ou	() () ()
3. Higiene Pessoal (ir ao banheiro para as eliminações urinária e fecal, limpar-se após o ato da eliminação, e arrumar as roupas) I - vai ao banheiro sem assistência, limpando-se e arrumando as roupas; pode utilizar-se de objetos para suporte como bengala, andador e cadeira de rodas; pode servir-se de comadre ou patinho à noite, esvaziando-os pela manhã. A - recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas; ou recebe ajuda no manuseio de comadre/patinho somente à noite. D - não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro.	() () ()
4. Transferência I - deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira, sem assistência; pode utilizar-se de objetos para auxílio como bengala e andador. A - deita e levanta da cama, ou senta e levanta da cadeira com assistência. D - não se levanta da cama.	() () ()
5. Continência I - controle esfinteriano (urinário/fecal) completo, por si só. A - ocorrência de "acidentes" ocasionais. D - supervisão auxilia no controle esfinteriano, catéter é utilizado, ou é incontinente.	() () ()
6. Alimentação I - alimenta-se sem assistência. A - alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. D - alimenta-se com assistência; ou é alimentado de maneira parcial/completa com sondas ou fluidos IV.	() () ()

Resultado:

- Se marcou até 6 opções com a letra "I" considera-se um idoso independente
- Se marcou apenas até 4 opções "I" e as demais "A" ou "D" considera-se um idoso parcialmente dependente.
- Se marcou até 2 opções com a letra "I" e as demais "A" ou "D" considera-se um idoso muito dependente.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAIS
CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO – CREASI

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA						
QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FUNCIONAL – PFEFFER						
	0	1	2	3	0	1
1. Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
2. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
3. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
4. Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
5. Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
6. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
7. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
8. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
10. Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
PONTUAÇÃO						

ESCORE		
0. Normal	2. Necessita de ajuda	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
1. Faz, com dificuldade	3. Não é capaz	1. Nunca o fez e agora teria dificuldade

AVALIAÇÃO
Para cada questão o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos. Uma pontuação maior ou igual a 5 pontos já caracteriza o idoso como dependente.

REFERÊNCIAS
Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol. 1982;37 (3): 323-9.

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> ; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

Fonte: HarlosM, Woelk C. Guideline for estimating length of survival in Palliative Patients. Em <http://www.palliative.info>. Traduzido e adaptado por Neto, 2006.

Planejamento Visitas Domiciliares através da Classificação de risco e vulnerabilidade

Tabela 1 – Escala de Pontuação

	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade
Idade	75a84 anos	1
	>85 anos	2
Multimorbidade	Nº de comorbidades (>5)	2
	Descompensação clínica	5
Polifarmácia	Nº de medicamentos (>5)	2
Funcionalidade Dependência funcional	AVDs instrumentais	1
	AVDs básicas e instrumentais	2
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1
	Risco de queda	2
	Acamado	3
Suporte Familiar	Disfunção familiar	1
	Sobrecarga do cuidador	1
Fragilidade	Sd. Demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, paralisia cerebral	2 (cada)
Cuidados Paliativos	PPS 80 A 100	2
	PPS 50 A 70	5
	PPS 30 A 50	8
	PPS < 20	10

Tabela 2 – Planejamento

Classificação de risco e vulnerabilidade	Escore	Tempo médio para as próximas visitas
Baixo	Até 5	6 meses a 1 ano
Médio	6 a 10	4 a 6 meses
Alto	11 a 15	2 a 3 meses
Muito Alto	>15	Quinzenal a mensal