

**CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO  
SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS**  
**INSTRUMENT CONSTRUCTION FOR SOCIO-FUNCTIONAL EVALUATION IN ELDERLY  
PEOPLE**  
**CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN SOCIO-FUNCIONAL EN  
ANCIANOS**

*Francielli Brito da Fonseca<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), campus Cascavel. Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da UNIOESTE, campus de Cascavel. Paraná, Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso. Avaliação. Assistência a idosos. Saúde do idoso.

**RESUMO:** Trata-se de pesquisa realizada com o objetivo de construir um instrumento de avaliação para idosos. A pesquisa foi desenvolvida entre março e setembro de 2007 por meio de revisão de literatura, identificação e análise de diferentes instrumentos/escalas propostos para avaliação funcional. A partir da análise de nove escalas, construiu-se o Instrumento de Avaliação Sócio-funcional em Idosos, que se compõe de duas partes, a primeira visa obter dados de identificação, representação do estado de saúde e desempenho social dos idosos; a segunda busca realizar a avaliação funcional propriamente dita. O instrumento foi avaliado por quatro juízes e posteriormente aplicado em 10 idosos com diferentes graus de dependência. Mostrou-se de fácil aplicação e útil na identificação dos fatores que interferem na saúde do idoso e na avaliação do grau de dependência, fornecendo subsídios para o planejamento do trabalho em saúde e para a assistência à pessoa idosa.

**KEYWORDS:** Aged. Evaluation. Old age assistance. Health of the elderly.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to build a socio-functional evaluation instrument for elderly people. The research was developed between March and September of 2007 through a literature review, identification, and analysis of different instruments/scales proposed for functional evaluation. From the analysis of nine scales, the Socio-Functional Evaluation Instrument for Elderly was constructed. It is composed of two parts. The first one seeks to obtain identification information, representation of their health states, and social performance of the elderly. The second seeks to complete the functional evaluation per se. The instrument was evaluated by four judges and was then applied to ten elderly people with different levels of dependency. Its easy application and use in identifying factors that interfere in elderly health, as well as evaluating dependency levels were proven, providing sources for planning elderly health care work.

**PALABRAS CLAVE:** Anciano. Evaluación. Asistencia a los ancianos. Salud del anciano.

**RESUMEN:** Se trata de una investigación realizada con el objetivo de construir un instrumento de evaluación para ancianos. La investigación fue desarrollada entre marzo y septiembre de 2007, por medio de la revisión de literatura, identificación y análisis de diversos instrumentos/escalas propuestos para la evaluación funcional. A partir del análisis de nueve escalas, se construyó el Instrumento de Evaluación Socio-funcional en Ancianos, que se compone de dos partes: la primera, cuyo objetivo es obtener datos de identificación, representación del estado de salud y desempeño social de los ancianos; la segunda busca realizar la evaluación funcional propiamente dicha. El instrumento fue evaluado por cuatro jueces y después fue aplicado a diez ancianos con diversos grados de dependencia. Se reveló de fácil aplicación y útil en la identificación de los factores que intervienen en la salud de la persona anciana, así como, en la evaluación del grado de dependencia, ofreciendo subsidios para la planificación del trabajo en salud y asistencia a los ancianos.

Francielli Brito da Fonseca  
Endereço: R. Minas Gerais, 2745  
85.812-030 - Centro, Cascavel, PR, Brasil.  
E-mail: fran.b.f@bol.com.br

Artigo original: Pesquisa  
Recebido em: 15 de outubro de 2007  
Aprovação final: 9 de maio de 2008

## INTRODUÇÃO

Envelhecer pode ser definido como um processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico, que provoca a deterioração do organismo maduro, tornando-o progressivamente incapaz de cumprir com as funções fisiológicas básicas, levando o indivíduo à morte.<sup>1</sup> Embora isso seja verdadeiro e comum a todos os seres, a forma como esse processo de desgaste ocorre e como é encarado, no caso do ser humano, não é a mesma para todos os homens, nem igual em todos os contextos. Depende de características individuais, de como os homens produzem e reproduzem a sua vida material e espiritual, e se modifica de acordo com a cultura e os valores de cada sociedade concreta. O idoso, por exemplo, é uma categoria socialmente construída que ajuda a dar conformação e a traduzir uma forma específica de inserção, na sociedade moderna, de uma parcela da população em idade avançada.

A temática do idoso tem ganhado relevância, nos últimos anos, a partir da constatação do crescimento proporcionalmente maior de pessoas com idade avançada em relação a outras faixas etárias, provocando o envelhecimento da população. Esse fenômeno, que resulta em última instância do declínio da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, foi observado primeiramente nos países centrais, e nas últimas décadas também em países periféricos como o Brasil. O envelhecimento da população se traduz como transição demográfica, com estreitamento da base da pirâmide populacional e alargamento do ápice. As alterações demográficas são acompanhadas por mudanças no perfil epidemiológico, em que se observa uma redução da incidência de doenças infecto-contagiosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas, próprias das faixas etárias mais avançadas. Tais transformações exigem novas políticas e novas formas de intervenção no campo da atenção à saúde.<sup>2</sup>

Como forma de enfrentamento desse problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, em 1999, instituiu a Política de Saúde dos Idosos, por meio da Portaria N° 1395/GM e em outubro de 2006 reformulou-a com a Portaria N° 2528/GM. Entre os temas abordados na política nacional para os idosos, está a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional, pelo maior tempo possível.<sup>3</sup>

O processo de envelhecimento provoca uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a susceptibilidade às

doenças e provocam incapacidades. Estudos demonstram que com frequência os idosos são portadores de múltiplas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, que podem provocar limitações e dependência.<sup>4</sup> Contudo, 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>

Para perseguir os objetivos de promover o envelhecimento saudável e manter os idosos com independência pelo maior tempo possível, é necessário que os profissionais que atuam nos serviços de atenção à saúde tenham disponíveis tecnologias que permitam realizar diagnósticos corretos da situação de cada idoso, para, assim, planejarem as intervenções com segurança, uma vez que o processo de envelhecimento assume características particulares em cada indivíduo.

A literatura disponibiliza vários instrumentos sobre diagnóstico de saúde em idosos, muitos destinados à avaliação da capacidade funcional e conseqüentemente para a definição do grau de dependência de idosos. Tais instrumentos, em sua maioria, contemplam apenas aspectos fisiológicos e partem de uma concepção de saúde centrada na biologia. Este trabalho pretendeu construir um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde a realizarem diagnósticos da situação de saúde em idosos, que pudesse contribuir na elaboração de projetos terapêuticos individuais, de acordo com as necessidades apresentadas e contemplando as várias dimensões do ser humano em processo de envelhecimento.

## MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de março e setembro de 2007 e se compõe de quatro momentos distintos. Inicialmente realizou-se revisão de literatura acerca do tema de estudo, procurando identificar os instrumentos existentes sobre avaliação funcional. O levantamento da bibliografia foi feito na *Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil*, utilizando a expressão "escala funcional". A partir das citações nos periódicos, buscou-se em outras bibliotecas virtuais, teses e dissertações que abordassem a temática da pesquisa. Nos textos lidos se encontrou referências a 10 instrumentos e escalas de avaliação funcional, cujos modelos foram localizados em diferentes páginas da internet. Após a análise dos instru-

mentos, excluiu-se um, cujos parâmetros estavam contemplados nos demais. Assim, trabalhou-se com nove modelos dos quais foram extraídos e adaptados os parâmetros que iriam compor as categorias relacionadas às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs). De posse destes dados e dos subsídios fornecidos pela literatura, elaborou-se o que denominamos de Instrumento de Avaliação Sócio-funcional em Idosos (IASFI), em anexo.

Em seguida, o referido instrumento foi submetido à avaliação por quatro juízes, profissionais enfermeiras que atuavam na rede básica de atenção à saúde. O critério de inclusão dos juízes foi tempo de atuação superior a cinco anos na atenção básica e experiência profissional no assunto investigado. Por fim, o instrumento foi testado, por uma das pesquisadoras, em 10 idosos com diferentes graus de dependência, visando identificar o tempo necessário para o preenchimento e possíveis dificuldades em sua aplicação. O critério de inclusão dos idosos se deu a partir de escolha direcionada tendo em vista a necessidade de contemplar diferentes graus de dependência e distintas situações sócio-econômicas.

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Parecer N° 181/2006. Tanto as enfermeiras como os idosos que participaram do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, concordaram em participar da mesma e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para testar o IASFI com os idosos, cada um deles foi esclarecido sobre os procedimentos que seriam realizados e informados que se houvesse algum desconforto poderia ser interrompida a sua participação a qualquer momento. Assim, durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa observou-se os aspectos éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196 de 10 de outubro de 1996.

## COMPONENTES DAS PROPOSTAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional é conceituada como a observação e a mensuração da capacidade de realização das atividades da vida diária,<sup>6</sup> ou seja, aquelas desenvolvidas cotidianamente, relacionadas com o autocuidado, com o cuidado de seu entorno e com a participação social.<sup>4</sup> Pode ser compreendida como

uma tentativa sistematizada de avaliar, de forma objetiva, os níveis em que uma pessoa está desempenhando atividades em uma variedade de áreas que requerem diferentes habilidades. Representa uma maneira de identificar aspectos de saúde, e se a pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias no cuidado de si mesma.<sup>3</sup>

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>4</sup>

A avaliação da capacidade funcional em estudos de população idosa é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. "A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população".<sup>7:741</sup>

Por meio da avaliação da capacidade funcional é possível classificar as graduações ou níveis de realização de atividade pelo indivíduo, indo desde a independência, passando por graus intermediários de dependência até a dependência completa. O grau de independência depende de condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho das atividades. O declínio fisiológico da função motora em idosos constitui um dos fatores mais significativos da dependência funcional.<sup>6</sup>

A dependência tem relação com o conceito de fragilidade e vulnerabilidade a que o indivíduo está sujeito frente aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais, provocando uma redução na sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.<sup>8</sup>

Para o Ministério da Saúde, fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como o declínio funcional, dependência, queda e hospitalização.<sup>3</sup>

A fragilidade é definida como o estado de redução da reserva dos diversos sistemas fisio-

lógicos, determinada pelo efeito combinado do envelhecimento biológico e de condições crônicas, aumentando a susceptibilidade às doenças e influenciando na capacidade funcional dos idosos para realizarem as atividades do cotidiano,<sup>9</sup> ou seja, as atividades da vida diária.

Três conceitos foram elaborados para diferenciar e classificar as atividades da vida diária. O primeiro foi desenvolvido por Katz, em 1963, e envolve as ABVDs, entendidas como o conjunto de atividades essenciais, destinadas ao autocuidado e se relacionam diretamente ao ambiente da residência. Estão incluídas, no autocuidado, atividades como banhar-se, vestir-se, locomover-se, alimentar-se, pentear os cabelos, controle dos esfíncteres, usar o toalete, escovar os dentes, tirar e colocar próteses, entre outras. Limitações no desempenho das atividades de autocuidado indicam a necessidade de um cuidador e mantêm uma relação direta com a autonomia da pessoa, ou seja, com a capacidade de decidir como viver de acordo com as próprias preferências. A redução da capacidade em executar as ABVDs pode ter conseqüências para a sobrevivência do idoso, para sua auto-estima e sociabilidade.<sup>5-6,10-11</sup>

O segundo conceito, criado por Lawton e Brody, em 1969, trata das AIVDs e leva em consideração ações mais complexas, cuja independência para o seu desempenho está diretamente relacionada com a capacidade da pessoa viver em comunidade, ajuda a identificar a capacidade de adaptação ao meio e incluem atividades variadas, permitindo uma análise da conveniência ou não, da pessoa viver sozinha. Nessas atividades estão incluídas dimensões como usar telefone, realizar viagens, preparar a alimentação, realizar compras, desenvolver trabalhos domésticos, usar corretamente medicamentos e controlar o orçamento doméstico e pessoal. Cada item representa uma tarefa complexa, composta por muitos componentes, que se relacionam com capacidades aprendidas, as quais dependem tanto do ambiente como das características intrínsecas de cada um, indicando a capacidade da pessoa em levar uma vida independente dentro da comunidade.<sup>4-6,11-12</sup>

O terceiro conceito refere-se às AAVDs, que são atividades consideradas de alta complexidade para idosos, revelando que o indivíduo que a pratica tem um nível de atividade aumentado, o que na maioria dos casos demonstra uma melhor qualidade de vida. Incluem atividades como dirigir automóvel, praticar esporte, realizar atividades manuais, andar de bicicleta,

tocar instrumento musical, viajar, participar de serviço comunitário e de atividades políticas. Embora estas atividades não sejam essenciais para definir a independência, a capacidade de o idoso desempenhá-las pode contribuir para uma melhor saúde física e mental e por conseqüência ter uma melhor qualidade de vida. O declínio na habilidade para desempenhá-las é um indicador precoce de redução da capacidade funcional.<sup>5,12</sup>

Os parâmetros contidos nas ABVDs e nas AIVDs ajudam a avaliar o grau de dependência do idoso, tornando-se fator essencial do cuidado. Permitem uma abordagem sistematizada para avaliar as dificuldades da pessoa idosa, auxiliam na identificação de problemas, na utilização de recursos adequados e na definição de terapêutica que envolvem vários profissionais, além de proporcionar um meio para avaliar o processo de desgaste que ocorre com o tempo e auxiliam na avaliação da capacidade da pessoa idosa de viver sozinha com segurança.<sup>5</sup>

Os fatores mais fortemente associados com as capacidades funcionais são os demográficos (sexo, idade, estado civil, composição familiar, local da residência, propriedade e com quem reside), os socioeconômicos (renda mensal, escolaridade e situação ocupacional), os relacionados à saúde (hospitalização, visão, audição e presença de doenças), os referentes às relações sociais (atividades físicas, relações com familiares/ amigos e participação em grupos) e a autopercepção da saúde.<sup>13</sup>

A avaliação de idosos, nos serviços de Atenção Básica, tem por objetivo uma análise global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio da avaliação funcional que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para a sua compensação.<sup>3</sup> Com isso entende-se que a assistência à saúde do idoso não deve ser enfocada sob a ótica curativa e sim preventiva, pois a ocorrência de uma velhice bem sucedida depende do equilíbrio entre as perdas e os ganhos da pessoa, permitindo-lhe lidar com as limitações próprias do processo de envelhecimento.<sup>14</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As nove propostas de instrumento de avaliação funcional utilizadas para a elaboração do IASFI foram: a Escala de Atividades de Vida Diárias de Katz; a Escala de AIVDs de Lawton; a Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment

Questionare (BOMFAQ); a Índice de Barthel; a Medida de Independência Funcional (MIF); a Get Up and Go (GUG); a Timed Get Up and Go (TGUG); a Escala equilíbrio funcional de Berg e a Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA). Destes modelos foram extraídos e adaptados os parâmetros para comporem as 25 dimensões de avaliação que iriam constituir o IASFI.

O instrumento proposto compõe-se de duas partes: a primeira visa obter dados de identificação, representação do estado de saúde e desempenho social dos idosos e a segunda busca realizar a avaliação funcional, incluindo as categorias vinculadas as ABVDs, AIVDs e AAVDs. Para definir as ABVDs, utilizamos como parâmetro a escala de Katz e a MIF, incluindo outras atividades não previstas nessas escalas como cortar as unhas dos pés e tomar medicamentos, categorias contempladas na escala BOMFAQ.<sup>15</sup>

É importante destacar que cortar as unhas dos pés, representa um autocuidado de complexa dificuldade para o idoso. Tomar medicamentos foi incluído como atividade básica, em face de que é comum os idosos serem portadores de múltiplas doenças as quais exigem tratamento prolongado e requerem o uso de várias medicações. No instrumento proposto, foi identificado também como ABVD, a dimensão equilíbrio, utilizada em diversas escalas, como Índice de Barthel, teste Berg Balance Scale, GUG, TGUG e POMA. A dimensão equilíbrio reproduz os padrões de mudanças de posição do corpo sobre o sistema vestibular durante a realização das atividades da vida diária, refletindo na segurança e na eficiência do deslocamento no ambiente. Como as quedas são causadas por múltiplos fatores, incluindo a disfunção do equilíbrio, não se pode eleger um instrumento isolado para avaliação do risco de cair, porém, a capacidade de intervenção em fatores funcionais como o equilíbrio, a marcha e a fraqueza muscular podem justificar a utilização de avaliações que enfoquem estes fatores.<sup>16</sup>

As diferentes modificações funcionais no idoso estão diretamente relacionadas ao sistema muscular. O ritmo das perdas das fibras musculares se acelera levando a uma atrofia e a conseqüente perda de força muscular. Com isso, há a diminuição da velocidade, da altura e do comprimento dos passos, diminuição da flexão dos joelhos e tronco, perda do movimento de sincronismo de membros superiores e aumento da base de apoio.<sup>1</sup> Todas essas modificações influenciam diretamente a transferência e locomoção do idoso. A indepen-

dência para estas atividades implica a escolha em determinadas condutas, principalmente no cuidado pessoal e na atenção ao ambiente.<sup>17</sup>

O sistema vestibular que participa no controle do equilíbrio, sofre um declínio gradual em suas células sensoriais e nos neurônios primários. Esta deterioração vestibular é acompanhada pela diminuição da sensação periférica, contribuindo para a instabilidade postural do idoso, principalmente quando de olhos fechados.<sup>6</sup>

Em relação à categoria AIVD tomamos como referência a escala de Lawton, dividindo o item trabalho doméstico em limpeza doméstica leve e pesada, devido à diferença no grau de dificuldade para executá-las. Assim, para cada categoria com suas respectivas dimensões e subdivisões há uma pontuação. Esta varia de um a sete pontos, indo desde a ajuda total até a independência completa.

Dessa forma a categoria ABVD pode variar de 20 a 140 pontos, e a categoria AIVD pode variar de 5 a 35 pontos. A prevalência das ABVDs, se deve ao fato de sua importância para identificar o grau de dependência nas atividades do cotidiano do idoso, consideradas essenciais para o autocuidado.<sup>12</sup> Quando somados os pontos das duas categorias obtém-se um escore total de no mínimo 25 pontos e no máximo de 175 pontos, possibilitando a classificação de dependência até a independência completa.

O IASFI também incluiu as AAVDs, sem pontuá-las, pois as mesmas não são fundamentais para definir o grau de dependência do idoso, contudo podem contribuir para um diagnóstico precoce de declínio de aspectos funcionais.<sup>5,12</sup>

A avaliação aparente e de conteúdo do instrumento, realizada pelos enfermeiros, teve por objetivo verificar a importância das dimensões e categorias propostas e a viabilidade de aplicação do instrumento no cotidiano do trabalho desenvolvido na atenção básica em saúde. Como resultado obteve-se a aprovação do instrumento pelos juízes, sendo classificado como importante para o planejamento da assistência de enfermagem ao idoso e de fácil utilização e compreensão. Foram sugeridas algumas mudanças, na estrutura do instrumento, as quais foram acatadas na versão final. Os juízes apontaram como principal ponto positivo o fato de o instrumento ser completo e como ponto negativo a sua extensão. Contudo, durante o teste com os idosos, o tempo máximo gasto para o preenchimento do instrumento foi de 35 minutos, o que entendemos não ser um tempo excessivo em se tratando de uma atividade que não precisa ser

repetida em todas as visitas e ou consultas realizadas, mas que permite um bom diagnóstico acerca da realidade vivida pelo idoso.

O resultado do teste do IASFI com os idosos, revelou ser o instrumento de fácil aplicação, útil na identificação de fatores que interferem na saúde do idoso, ao mesmo tempo em que permite determinar o grau de independência/dependência de forma compatível com as reais condições apresentadas pelos idosos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em saúde deve responder a complexidade dos problemas de saúde e intervir de forma planejada, contemplando as demandas de cada segmento em particular. Entendemos que o IASFI pode ser utilizado pelo profissional de saúde no seu processo de trabalho no sentido de identificar e evidenciar problemas não visíveis quando se está desprovido de meios que auxiliem no diagnóstico da realidade em todas as suas dimensões. Contudo, é importante destacar que o IASFI é um elemento complementar no processo de trabalho em saúde e não dispensa outras abordagens, como por exemplo, a avaliação clínica para identificar as alterações biológicas que não são decorrentes do processo de envelhecimento normal. Assim, o instrumento deve ser utilizado para ampliar e não limitar o trabalho do profissional.

Nesse sentido, o IASFI pode ser classificado, de acordo com Merhy, como uma tecnologia leve-dura, dura por conter um conhecimento técnico definido previamente e leve por permitir o modo próprio do trabalhador utilizá-lo. As tecnologias leve-duras dizem respeito a um saber e também às relações, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude própria do profissional atuar, guiado por certa intencionalidade.<sup>18</sup>

Dessa forma entendemos que o instrumento proposto tem por finalidade mediar o trabalho em saúde, não interferindo na autonomia do trabalhador, uma vez que não define previamente a totalidade do processo de trabalho, mas pode ser um instrumento importante para o diagnóstico e o planejamento do cuidado em saúde de pessoas idosas.

Por fim, cabe destacar que tanto o parecer dado pelos juízes que analisaram e avaliaram o instrumento, como o teste realizado com dez idosos, indicaram ser o instrumento de fácil aplicação e eficaz na determinação das condições de saúde em idosos, bem como do grau de dependência e dos cuidados necessários.

## REFERÊNCIAS

- 1 Gomes GC. Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida da Escala "Performace - Orientend Mobility Assesment" (POMA) para uma amostragem de idosos institucionalizados [dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP; 2003 [acesso em 2006 Ago 20]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000314238>
- 2 Ministério da Saúde (BR). Política de saúde do idoso. Brasília (DF): MS; 1999 [acesso em 2006 Out 24]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>
- 3 Ministério da Saúde (BR). Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso em 2006 Dez 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
- 4 Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. O projeto SABE (Saúde, Bem - Estar e Envelhecimento) no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.185-200.
- 5 Fernandes MGM. Avaliação da capacidade funcional em idosos. Nursing. 1999 Jun; 13 (2): 26-9.
- 6 Gomes GC, Diogo MJD'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: Diogo MJD'E, Neri AL, Cachiori M organizadores. Saúde e qualidade de vida na velhice. São Paulo (SP): Alínea; 2004. p.107-32.
- 7 Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. Cad. Saúde Pública. 2003 Jan-Jun; 19 (3). p.735-43.
- 8 Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003 Jan-Jun; 19 (3). p.773-81.
- 9 Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública. 1997 Abr; 31 (3): 184-200.
- 10 Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OPAS; 2005.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Cadernos de Atenção Básica, n. 19]. Brasília (DF): MS; 2006.
- 12 Krause MP, Silva, SG. Associação entre características morfológicas e funcionais com as atividades da vida diária de mulheres idosas participantes em programas comunitários no município de Curitiba - Paraná [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2006 [acesso em 2006 Set 24]. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/6601/1/maressa.PDF>

- 13 Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. Saúde Pública. 2003 Fev; 37 (1): 40-8.
- 14 Mazo GZ, Benedetti TB, Vasconcelos EMR, Portella M, Silva TM, Gonçalves LHT. O processo de viver envelhecendo no novo milênio. Texto Contexto Enferm. 2003 Jul-Set; 12 (3): 361-9.
- 15 Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev. Saúde Pública. 2005 Ago; 13 (1): 655-62.
- 16 Ishizuka MA. Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Unicamp; 2003.
- 17 Rodrigues RAP, Diogo MJ, Barros TO. Envelhecimento do ser humano. In: Rodrigues RAP, Diogo MJ, organizadores. Como cuidar dos idosos. São Paulo (SP): Papirus; 1996. p.11-6.
- 18 Ministério da Saúde (BR). Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro (RJ): MS/FIOCRUZ; 2005. p.69-80.

## ANEXO

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS (IASFI)

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_
3. Bairro: \_\_\_\_\_ 4. Cidade: \_\_\_\_\_ 5. Telefone: \_\_\_\_\_
6. Sexo: Masc ( ) Fem ( ) 7. Idade: \_\_\_\_\_
8. Escolaridade: Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Grau de instrução: \_\_\_\_\_
9. Estado Civil: Solteiro(a) ( ) Casado(a)/juntado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a) ( )
10. Com quem mora: Sozinho(a) ( ) Com conjuge/companheiro(a) ( ) Com filhos ( )  
Com netos ( ) Com amigos e/ ou parentes ( ) Outros ( ) Qual? \_\_\_\_\_
11. Trabalha: Sim ( ) Não ( ) Se sim. Em que? \_\_\_\_\_
12. Se não trabalha: é aposentado? Sim ( ) Não ( )
13. Qual a atividade que exercia antes de parar de trabalhar? \_\_\_\_\_
14. Renda mensal: Até 1 salário mínimo ( ) De 1 a 2 salários ( ) De 2 a 3 salários ( )  
De 3 a 4 salários ( ) De 4 a 5 salários ( ) + de 5 salários ( )
15. Você diria que sua saúde é? Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Má ( ) Não sabe informar ( )  
Porque classifica a sua saúde dessa forma? \_\_\_\_\_
16. Possui alguma doença? Sim ( ) Não ( ) Se sim. Quais? \_\_\_\_\_
17. Sente dor em alguma parte do corpo? Sim ( ) Não ( )  
Se sim. Onde? \_\_\_\_\_  
Características da dor? \_\_\_\_\_
18. Faz uso de alguma prótese? Ocular ( ) Auditiva ( ) Ortopédica ( ) Outras ( )  
Quais? \_\_\_\_\_
19. Toma algum medicamento prescrito pelo médico? Sim ( ) Não ( )  
Se sim. Quais e para quê? \_\_\_\_\_
20. Faz uso de automedicação? Sim ( ) Não ( ) Se sim. Quais e para quê?
21. Teve internado no último ano? Sim ( ) Não ( ) Se sim: qual o motivo?
22. Sofreu quedas nos últimos seis meses? Sim ( ) Não ( )  
Se sim: Onde? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_  
Teve alguma consequência para a sua saúde? \_\_\_\_\_

23. Como avalia sua memória atualmente? Excelente ( ) Boa ( ) Regular ( ) Má ( )  
Não sabe informar ( )
24. Qual o dia da semana. Resposta correta ( ) incorreta ( )
25. Data de nascimento. Resposta correta ( ) incorreta ( )
26. Quando você precisa de ajuda a quem procura? Conjugue ( ) Filhos ( ) Netos ( )  
Vizinhos ( ) Amigos ( ) Outros ( ) Quem? \_\_\_\_\_
27. Participa de grupos (religioso, na UBS, no clube etc)? Sim ( ) Não ( )  
Se sim Quais? \_\_\_\_\_
28. Como você ocupa seu tempo? (lazer) \_\_\_\_\_
29. Como você se sente atualmente em relação a:  
Própria vida \_\_\_\_\_  
Família \_\_\_\_\_  
Comunidade \_\_\_\_\_  
Serviços de saúde \_\_\_\_\_

**AValiação DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD)  
E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)**

Pontuação:

Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1

Ajuda máxima (indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2

Ajuda moderada (indivíduo realiza até 50% da atividade sozinho) = 3

Ajuda mínima (o indivíduo realiza até 75% da atividade sozinho) = 4

Só precisa de supervisão para realizar a atividade = 5

Realiza a atividade com independência modificada = 6

Realiza a atividade com independência completa = 7

Categorias:

**ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA**

Autocuidado (variação de 8 - 56 pontos)

- 1 - Alimentação (utilização dos utensílios para levar o alimento a boca, mastigação e deglutição do alimento) ( )
- 2 - Preparo do alimento (escolha do alimento, utilização dos utensílios para o preparo) ( )
- 3 - Higiene matinal (escovar os dentes, pentear o cabelo) ( )
- 4 - Banho (obtem água e utensílios para o banho, desnudação, lavagem e secagem do corpo) ( )
- 5 - Vestir acima da cintura (escolha, colocação e abotoamento das roupas) ( )
- 6 - Vestir abaixo da cintura (escolha, colocação das roupas, incluindo as meias, sapatos) ( )
- 7 - Cortar as unhas dos pés ( )
- 8 - Tomar medicamentos (medicamento, dose e hora certa) ( )

Controle de esfíncteres ( 2 - 14 pontos)

- 9 - Controle da urina (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )
- 10 - Controle das fezes (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ( )

**Transferências (3 - 21 pontos)**

- 11 - Move-se na cama e fora dela ( )  
12 - Uso do vaso sanitário (deslocamento) ( )  
13 - Uso do chuveiro (deslocamento e utilização) ( )

**Locomoção (3 - 21 pontos)**

- 14 - Locomoção (caminhar na parte interna e externa da casa) ( )  
15 - Uso do transporte coletivo ( )  
16 - Escadas (sobe e desce escadas) ( )

**Equilíbrio (4 - 28 pontos)**

- 17 - Posição sentada para posição de pé ( )  
18 - Posição de pé para posição sentada ( )  
19 - Permanece de pé sem apoio ( )  
20 - Pega objetos do chão a partir da posição de pé ( )

**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (5 - 35 pontos)**

- 21 - Limpeza doméstica leve (lavar louça, arrumar cama) ( )  
22 - Limpeza doméstica pesada (carregar peso, lavar roupa, varrer casa) ( )  
23 - Finanças (administrar o dinheiro) ( )  
24 - Compras (fazer compras em lugares perto de casa) ( )  
25 - Uso do telefone (utiliza, marca números) ( )

Escore total: 25 a 175 pontos

Sub-escores: 25 pontos: dependência completa (assistência total)

26 - 50 pontos: dependência modificada (ajuda em até 75% das tarefas)

51 - 83 pontos: dependência modificada (ajuda em até 50% das tarefas)

84 - 143 pontos: dependência modificada (ajuda em até 25% das tarefas)

144-175 pontos: independência modificada/ completa (não precisa de ajuda para executar as atividades)

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVD)**

1. Viagem (realiza viagens sozinho) Sim ( ) Não ( )  
2. Dirige automóvel Sim ( ) Não ( )  
3. Realiza atividade física Sim ( ) Não ( ). Se sim quais: \_\_\_\_\_  
4. Realiza atividades manuais (pintar, instrumento musical) Sim ( ) Não ( )

Diagnóstico em relação ao grau de dependência: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ações a serem desenvolvidas pelo serviço de saúde a partir do diagnóstico do grau de dependência:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome/Assinatura: \_\_\_\_\_