

**Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Serviços de Saúde
Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia
José Ermírio de Moraes**



AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

© 2015 Secretaria Estadual da Saúde

INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA “JOSÉ ERMÍRIO DE MORAES”

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Este material pode ser acessado, na íntegra, no site do Instituto: www.ipgg.saude.sp.gov.br

Tiragem: 2.^a edição – 2015

Elaboração, edição e distribuição:

INSTITUTO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA “JOSÉ ERMÍRIO DE MORAES”

Praça Padre Aleixo Monteiro Mafra, 34 - CEP 08011-010

Fone (11) 2030-4000

Responsáveis pela organização do conteúdo técnico

Carolina Menezes Sinato

Filomena Neves Pereira Vieira Adduci

Francisco Souza do Carmo

Luciana Cassimiro

Regina Garcia do Nascimento

Rosamaria Rodrigues Garcia

Vanessa Lopes Munhoz Afonso

Edição, projeto gráfico e diagramação

Carolina Menezes Sinato

Rosamaria Rodrigues Garcia

Vanessa Lopes Munhoz Afonso

Apresentação

O Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG-JEM) é um equipamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e tem como uma de suas atribuições a disseminação do conhecimento em Geriatria e Gerontologia visando à melhoria da qualidade da atenção ao idoso.

O objetivo deste material é instrumentalizar o profissional de saúde para a aplicação de testes de rastreio e avaliação da capacidade funcional em idosos. Esta apostila aborda conceituação teórica sobre os testes, bem como instruções práticas para aplicação, esclarecimento de dúvidas frequentes e dicas de leitura complementar.

A equipe do Núcleo de Estudos do Processo do Envelhecimento do IPGG-JEM está à disposição para esclarecimentos de dúvidas, comentários e sugestões, através do e-mail:

ipgg-educa@saude.sp.gov.br

Boa leitura e bom trabalho!!!

Sumário

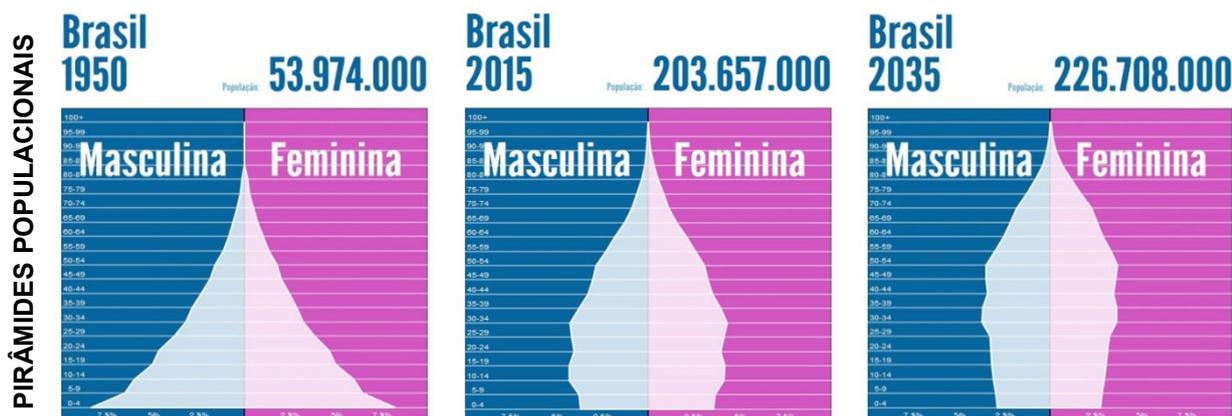
INTRODUÇÃO	5
AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA	9
AVALIANDO A CAPACIDADE FUNCIONAL	13
ÍNDICE DE KATZ	14
ÍNDICE DE LAWTON	20
TIMED UP AND GO TEST	22
AVALIANDO ASPECTOS COGNITIVOS	25
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	27
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	29
DICAS ÚTEIS AVALIAÇÃO COGNITIVA	30
REFERÊNCIAS	31

Introdução

Envelhecer é uma conquista da humanidade. Até o momento na história do homem, não havíamos experimentado o envelhecimento mundial com tamanha magnitude. Para que a velhice seja considerada um triunfo das sociedades, é necessário nos prepararmos para prover - juntamente com o Estado, a família e a sociedade - as mais diversas necessidades advindas deste grupo populacional.

O **ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO**, também denominado **SENESCÊNCIA**, é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações biológicas, morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que desencadeiam a diminuição e a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte (PAPALÉO NETTO, 1996). Paralelamente ao processo fisiológico do envelhecimento, o idoso pode adquirir doenças e agravos durante este período, condição esta denominada **SENILIDADE**, ou seja, todas as doenças e agravos que acometem o idoso durante o processo fisiológico do envelhecimento.

As pirâmides populacionais tem mudado gradativamente sua estrutura, sendo previsto que em 2029 haja mais idosos no Brasil em relação às crianças e jovens. A transição demográfica e epidemiológica, bem como o avanço da medicina e da tecnologia, a industrialização e a urbanização (que culminaram com a entrada da mulher no mercado de trabalho) e a redução das taxas de natalidade e fecundidade contribuíram para o envelhecimento da população, inicialmente nos países desenvolvidos e há alguns anos nos países em desenvolvimento. Sabe-se que as mulheres vivem mais do que os homens, portanto há maior número de idosas em relação aos idosos, caracterizando o fenômeno da feminização da velhice.



No entanto, embora a expectativa de vida tenha aumentado consideravelmente, muitos idosos estão vivendo sua velhice com doenças crônicas como pressão alta, diabetes, sequelas de doenças cardíacas e cerebrovasculares (como o derrame – Acidente Vascular Encefálico), problemas ortopédicos e reumatológicos, depressão, entre outras doenças.

O acúmulo de doenças crônicas no idoso provoca aumento da necessidade de uso de medicamentos, de cuidados, fazendo com que este indivíduo permaneça boa parte de sua velhice doente, e em alguns casos, incapacitado para realizar aquilo que planejou ou que pretendia para esta etapa da vida.

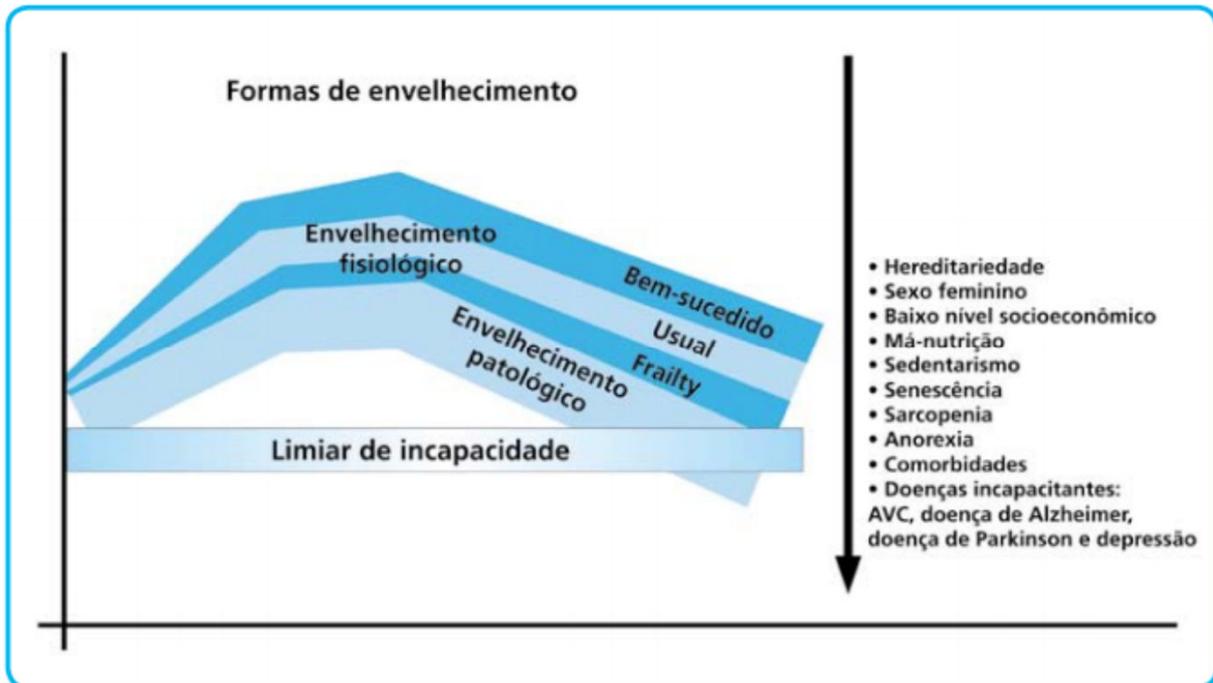


Fonte: Folha de São Paulo, 02/06/2013 – dados IBGE

Se a idade do início das doenças puder ser adiada, o tempo de vida doente ou com incapacidade e dependência pode ser reduzido a um curto período, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os custos com o tratamento das doenças (Fries, 1980).

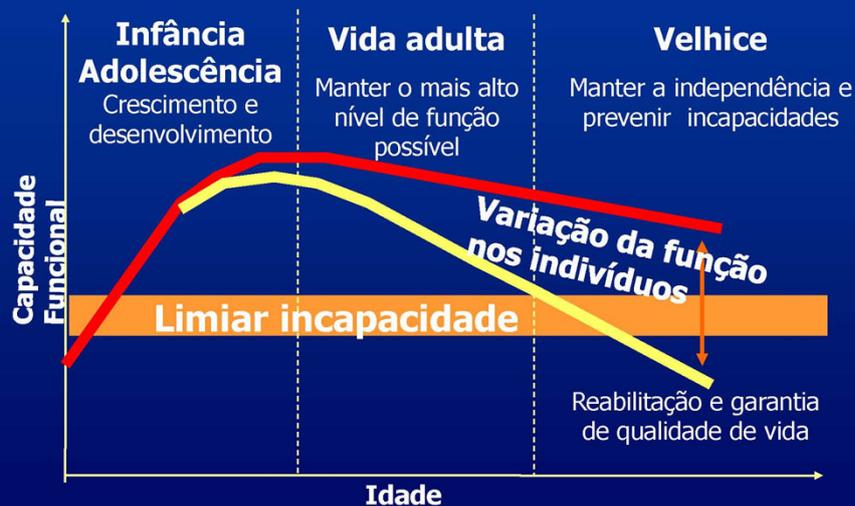


Nossa, entendi!!! Então essa é a fórmula para envelhecer bem pelo maior tempo possível.....



Fonte: Moraes, 2008.

Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida



Fonte :Kalache and Kickbusch, 1997

Mas afinal, o que é **capacidade funcional**?

É a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (BRASIL, 1999)

Por que é importante saber?

De acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a), “o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, **a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária**”.

A partir da avaliação da condição funcional atual do idoso, é possível estabelecer objetivos terapêuticos e um plano de cuidados, enfocando não apenas um órgão ou um sistema, mas sim a recuperação ou a adaptação da capacidade para realizar suas atividades cotidianas, que pode estar prejudicada em virtude de doenças, agravos ou sequelas.

Resumindo

A manutenção da capacidade funcional é um enorme tesouro para o idoso, pois permitirá que ele envelheça com mais independência e mais autonomia!!



Ah, então esta é a resposta: preciso saber o que é e como avaliar a capacidade funcional do idoso, pois ela é a chave de tudo!

Anotações

Autonomia e Independência

AUTONOMIA (TOMAR DECISÃO, ESCOLHER) (MORAES, 2012)

É a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções.

Autonomia pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e tomar decisões (BRASIL, 2006b).

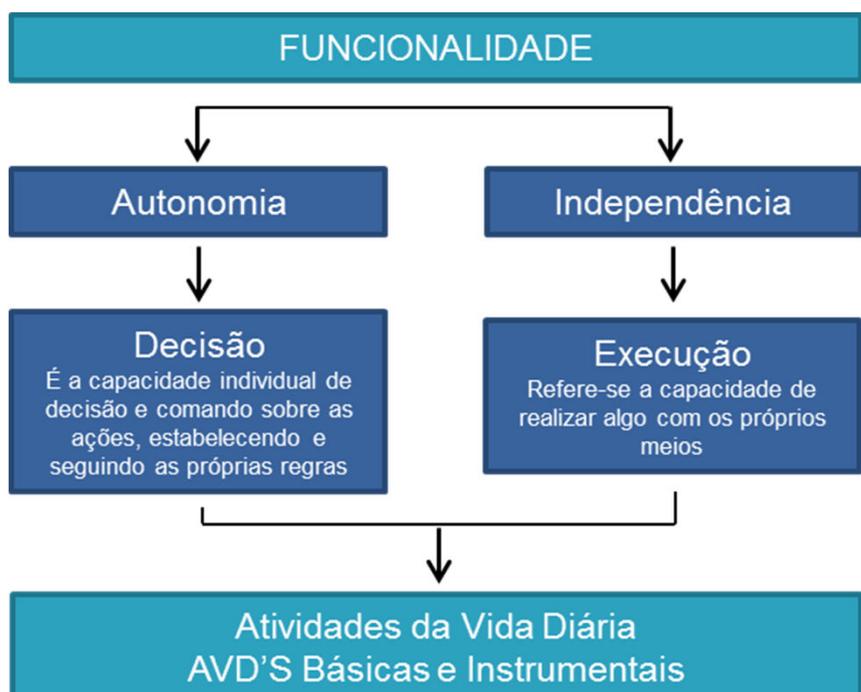
OU SEJA, AUTONOMIA É A CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES, DE TER CONTROLE (AUTO CONTROLE) SOBRE SUA PRÓPRIA VIDA!

INDEPENDÊNCIA (EXECUTAR, FAZER) (MORAES, 2012)

Refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios.

OU SEJA, INDEPENDÊNCIA É A CAPACIDADE DE REALIZAR ATIVIDADES SEM PRECISAR DA AJUDA DOS OUTROS.

Isso é mesmo muito importante! Também quero preservar minha autonomia e minha independência até eu morrer!!!



A Atenção ao Idoso, em todos os seus níveis, deve contemplar como uma das metas a manutenção e/ou a melhoria da independência e da autonomia, pelo maior tempo possível, ainda que com adaptações (BRASIL, 2006b).

A funcionalidade de uma pessoa é tão valiosa que a Organização Mundial de Saúde propôs, na década de 1980, a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), atualmente denominada Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) para codificar e identificar mundialmente as diversas condições funcionais do indivíduo.



**Que interessante! Eu não sabia disso! Deve ser parecida com a Classificação Internacional das Doenças, a CID, só que a CID classifica doenças e a CIF classifica a capacidade funcional...
Puxa... Uma pode completar a outra!**

De acordo com a CIF, a interação dinâmica entre as condições de saúde, as doenças, traumas e agravos, bem como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos e pessoais podem determinar situações de incapacidade funcional.

Anotações

Huuuummm... Está na hora de aprender mais um conceito!



INCAPACIDADE: definição de caráter multidimensional, atualmente associada ao declínio funcional.

Incapacidade funcional é a inabilidade ou a limitação/dificuldade para execução de papéis sociais e de atividades cotidianas, laborais, de entretenimento e familiares de forma independente (Alves, Leite e Machado, 2008).

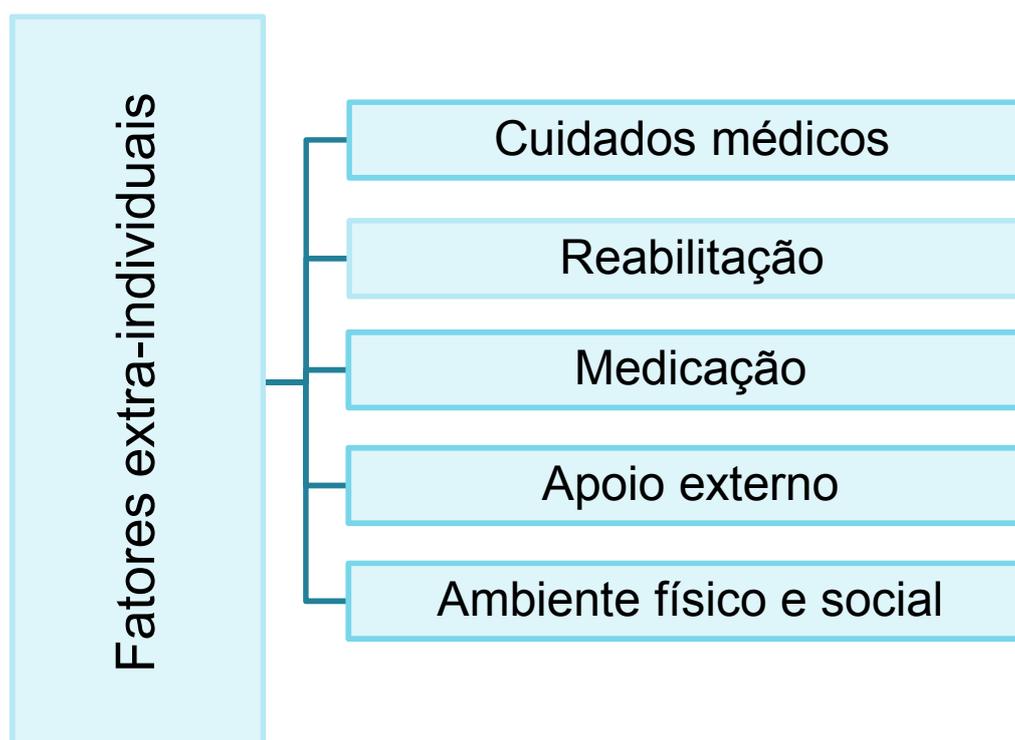
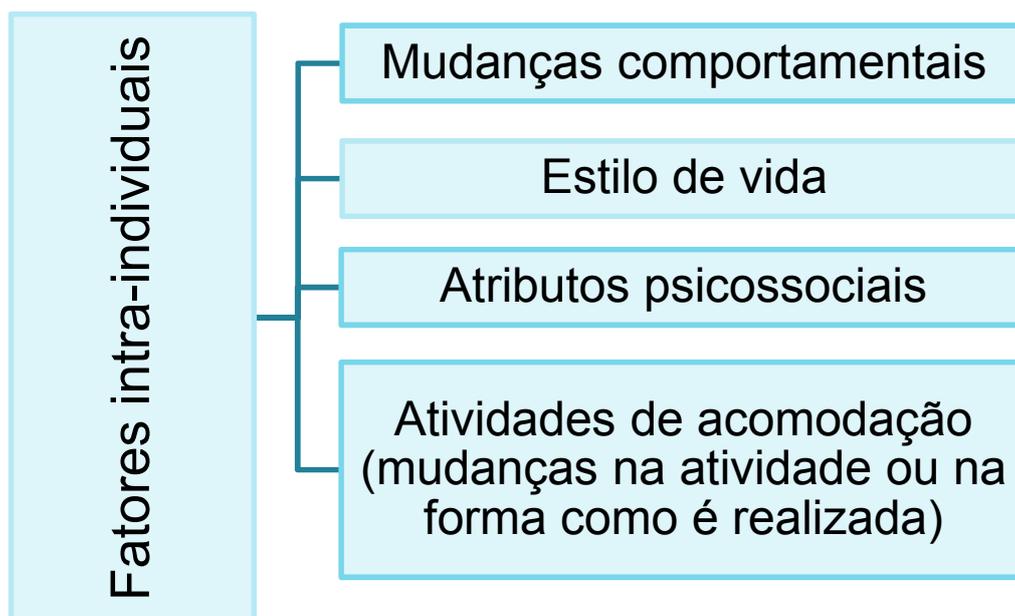
Atenção

TER INCAPACIDADE EM DETERMINADA FUNÇÃO NÃO SIGNIFICA TER INCAPACIDADE EM TODAS AS OUTRAS!

A INCAPACIDADE É UM CONCEITO CONSTRUÍDO SOCIALMENTE: ISTO SIGNIFICA QUE É ANALISADA A PARTIR DE PADRÕES DE NORMALIDADE ESTABELECIDOS PELA SOCIEDADE/COMUNIDADE, MAS PODE REPRESENTAR DIFERENTES DESEMPENHOS, DEPENDENDO DA FUNÇÃO E DO CONTEXTO EM QUE É AVALIADA.

A incapacidade funcional diz respeito ao desempenho físico e pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade (Alves, Leite e Machado, 2008).

Existem fatores intra-individuais e extra-individuais que influenciam ou modificam o processo de incapacidade, tanto no sentido de retardar como acelerar o processo. Esses fatores compreendem os aspectos sociais, os psicológicos e os ambientais (Alves, Leite e Machado, 2008).



Avaliando a Capacidade Funcional

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a), instrumentos gerenciais baseados na avaliação da capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

A avaliação funcional torna-se **ESSENCIAL** para o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas (BRASIL, 2006b).

Atenção

EXISTEM VÁRIOS INSTRUMENTOS, QUESTIONÁRIOS E ESCALAS PARA AVALIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO.

O objetivo deste material é apresentar os instrumentos mais conhecidos e mais utilizados, principalmente pela praticidade e rapidez de aplicação, ou seja, são instrumentos que podem ser aplicados sem a necessidade de equipamentos complexos ou espaço físico especializado. Para aqueles que pretendem aprofundar-se na avaliação funcional, é recomendável buscar literatura científica sobre o assunto e sobre outros instrumentos!

Índice de Katz

O Índice de Katz, também denominado Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) foi desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe, sendo a primeira versão publicada em 1963. Avalia as atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas, sendo organizado para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se.

As atividades básicas de vida diária são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo (Moraes, 2012).

Tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro são atividades influenciadas pela cultura e requerem aprendizado, portanto, são mais complexas. Atividades como mudar de posição, controlar urina e fezes e alimentar-se são funções vegetativas simples, portanto, mais difíceis de serem perdidas.

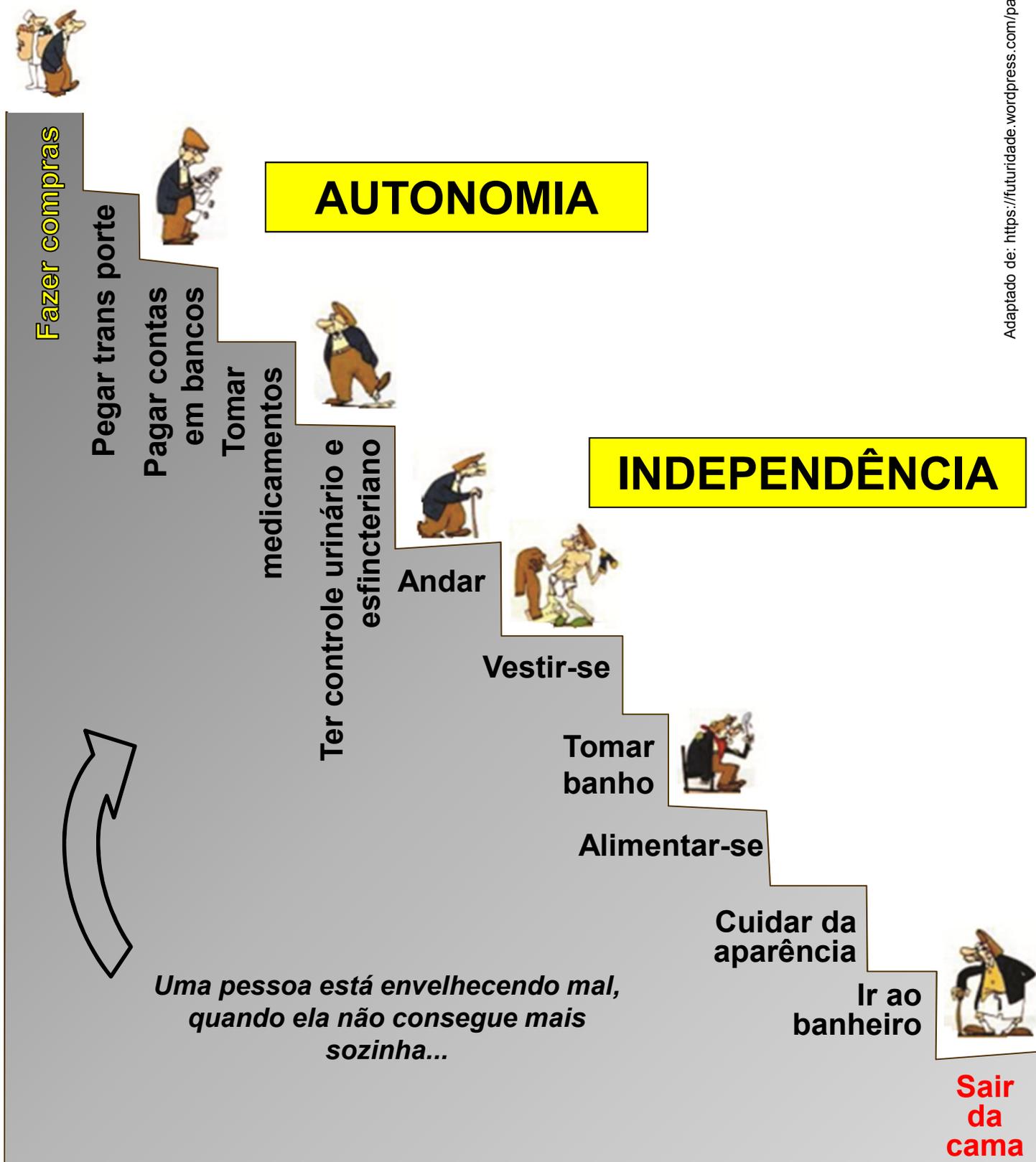
Esse caráter hierárquico das tarefas é extremamente útil, capaz de traduzir a gravidade do processo de fragilização do indivíduo. Assim, o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, como o banhar-se, e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda até para alimentar-se (Moraes, 2012).

Atenção

O COMPROMETIMENTO DO CONTROLE ESFINCTERIANO, ISOLADAMENTE, PODE NÃO REFLETIR MAIOR GRAU DE DEPENDÊNCIA, POR SER UMA FUNÇÃO E NÃO UMA TAREFA.

Vale a pena ler de novo!

A perda da capacidade para realizar as atividades básicas de vida diária ocorre, em geral, das funções mais complexas para as mais básicas. Deste modo, o idoso perde primeiro a capacidade de tomar banho, depois a capacidade para se vestir e assim por diante, sendo a alimentação a última capacidade a ser perdida, significando que quanto mais básica a função, mais tardia será a perda desta função (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).



Índice de Katz – Atividades Básicas de Vida Diária

Nome: _____		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despídos		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>

Katz

Importante

ESSE INSTRUMENTO TEM CARACTERÍSTICA PREDITORA DE NECESSIDADE DE CUIDADOS/ASSISTÊNCIA. ISSO SIGNIFICA QUE QUANTO PIOR O DESEMPENHO NESTE ÍNDICE, MAIOR SERÁ A NECESSIDADE DE QUE ESTE IDOSO SEJA CUIDADO POR OUTRA PESSOA.

Como avaliar o resultado?

Existem várias classificações adotadas na literatura para os resultados do Índice de Katz. Porém, por questões didáticas e científicas, optou-se por apresentá-las, e deixar a escolha da versão a ser adotada a critério do serviço ou do profissional.

1- Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Sidney Katz – 1963

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

2 - Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Sidney Katz modificado por Katz e Akpom, 1976.

Índice de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

Fonte: Katz, Akpom, 1976⁽¹⁷⁾

3 - Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Sidney Katz, modificado por Rubenstein et. al., 1984.

Classificação Funcional	Índice ADL de Katz
Mais funcional	Katz A, B
Funcionalidade Intermediária	Katz C, D, E
Menos funcional	Katz F, G

Fonte: Rubenstein et al., 1984⁽¹⁸⁾

4 - Índice de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Sidney Katz, modificado por The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998.

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⁾

Anotações

Índice de Lawton

O Índice de Lawton, também denominado “Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)” foi proposto por Lawton e Brody em 1969, com o objetivo de avaliar atividades mais complexas do que as atividades básicas de vida diária e cuja independência no desempenho está diretamente relacionada à capacidade de vida comunitária independente, ou seja, significa que os idosos que possuem independência para realização de atividades instrumentais apresentam condições mais favoráveis para viver na comunidade. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais auto-confiantes para a vida em comunidade, valorizando principalmente sua **AUTONOMIA** (BRASIL, 2006b).

Por que é importante registrar o resultado da avaliação?

A avaliação da capacidade funcional permite a comparação do desempenho do idoso antes, durante e após uma doença, agravo e principalmente no processo de reabilitação ou de progressão do quadro clínico e de sua funcionalidade.

Entendi... serve para saber se ele melhorou, piorou ou está do mesmo jeito conforme o passar do tempo ou do tratamento....

Avaliação dos resultados do Índice de Lawton: para cada questão, a primeira resposta significa independência (3 pontos), a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda (2 pontos) e a terceira, dependência (1 ponto).

A pontuação máxima é 27 pontos e a mínima 9 pontos.

Nesta escala, há algumas perguntas, como preparar as refeições e fazer serviços domésticos, em que o entrevistador pode caracterizar uma falsa dependência, caso o idoso responda que não faz tais atividades, mas NUNCA as fez, pois sempre havia alguém que as executava por ele. Porém, se ele precisar realizar, entende que tem capacidade para isto. Então, é considerado independente para esta atividade! O mesmo ocorre para idosos institucionalizados, que muitas vezes não executam determinadas tarefas pois há funcionários que já realizam-nas. Mas se ele pudesse executá-las, decerto teria capacidade para tal.



Eu preciso tomar muito cuidado para não aplicar este teste de forma equivocada, hein?!
Que bom saber disto!

Lawton

Atividades Instrumentais de Vida Diária

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
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

Timed Up and Go (TUG)

O Timed Up and Go (TUG) foi proposto por Podsiadlo e Richardson, em 1991, e é um teste de desempenho físico geral usado para avaliar a mobilidade, o equilíbrio e o desempenho locomotor em idosos. Avalia o nível de mobilidade funcional de forma rápida e prática (Woellner, Araujo e Martins, 2014).

ISSO SIGNIFICA QUE ESTE TESTE PERMITE UMA AVALIAÇÃO QUANTITATIVA, OU SEJA, NUMÉRICA, EM QUE SE PODE AVALIAR O TEMPO GASTO PARA PERCORRER DETERMINADA DISTÂNCIA; MAS TAMBÉM PERMITE UMA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO EQUILÍBRIO SENTADO, TRANSFERÊNCIAS DE SENTADO PARA A POSIÇÃO EM PÉ, ESTABILIDADE NA DEAMBULAÇÃO E MUDANÇAS DE CURSO DA MARCHA SEM UTILIZAR ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS.

Porém, nesta apostila consideraremos apenas a avaliação QUANTITATIVA, para que todos os profissionais de saúde treinados possam ser capazes de aplicar o teste e analisar o resultado.

MATERIAL: Para a realização do teste são necessários uma cadeira com braços, um cronômetro, uma fita métrica para medir 3 metros e fita adesiva para demarcar a distância a ser percorrida, sendo que o assento da cadeira deve possuir 46cm de altura.

Anotações

Timed Up and Go (TUG)

DESCRIPÇÃO DO TESTE: consiste em mensurar em segundos o tempo gasto por um indivíduo para levantar de uma cadeira, andar uma distância de 3 metros, dar a volta, retornar à cadeira e sentar novamente.

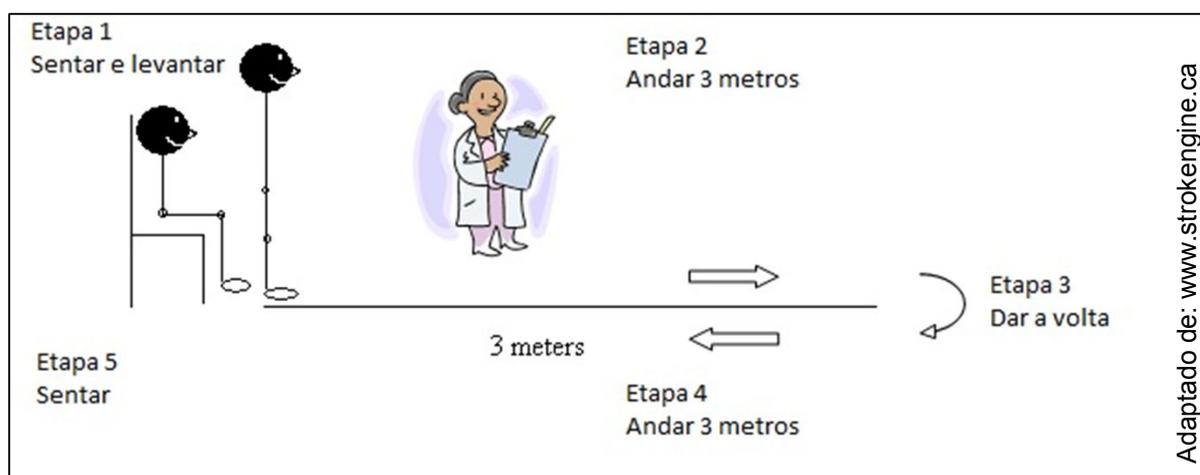
Ao início do teste, o idoso deverá estar com as costas apoiadas no encosto da cadeira e, ao final, deverá encostar novamente, sem receber auxílio durante o teste. Ou seja, o teste deve começar e terminar com o indivíduo sentado com as costas bem apoiadas no encosto da cadeira. O sujeito, recebe a instrução "VÁ" para realizar o teste, sendo o tempo cronometrado. O teste deverá ser realizado uma vez para que o indivíduo se familiarize com o teste e uma segunda vez para oferecer o resultado final.

Importante

O idoso deve executar o teste com seu calçado habitual e não descalço e caso utilize dispositivo de apoio para caminhar (bengala, andador etc), também deve executar o teste com o dispositivo que geralmente usa.

O indivíduo deve ser instruído a não conversar durante a execução do teste e realizá-lo o mais rápido que conseguir, mas de forma segura. **Quanto menor o tempo para executar a tarefa, melhor o índice de mobilidade.**

A figura abaixo mostra todas as etapas do teste:



Timed up and go

De acordo com Podsiadlo & Richardson (1991), o resultado pode ser analisado da seguinte forma:

Pontuação	Interpretação
< 10s	Completamente independente com ou sem dispositivo de auxílio de marcha para deambulação e transferências.
< 20s	Independente para os principais deslocamentos Com ou sem dispositivo de auxílio de marcha, independente para tomar banho e capaz de subir escadas e sair sozinho
> 30s	Requer assistência/dependente na maioria das atividades

Pontuação	Interpretação
> 13,5s	Idoso apresenta risco para quedas

Classificação de Moraes (2008):

Pontuação	Interpretação
< 10s	O paciente que consegue executar o teste sem se desequilibrar e com um tempo inferior a 10 segundos, ainda que apresente um distúrbio da marcha, tem risco de queda mínimo.
10 a 20 segundos	Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são, normalmente independentes e quando não há história de quedas ou padrão de marcha típico não necessitam ter sua propedêutica estendida.
> 20 segundos	O resultado maior de 20 segundos é indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas.

Avaliando Aspectos Cognitivos

A cognição é o processo de aquisição de conhecimentos. É a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas a respeito do meio ambiente e a capacidade de produzir respostas aos estímulos externos. Enfim, a cognição é a capacidade que nos permite compreender e resolver problemas do cotidiano. As funções cognitivas são constituídas pela atenção, memória, função executiva, linguagem, praxias, gnosias e funções visuoespaciais (vide quadro 1 a seguir). Essas funções são intimamente ligadas com o estado de humor do indivíduo.

As doenças que causam limitações nas funções cognitivas constituem um dos grandes problemas para os pacientes idosos, pois resultam em dependência e perda da autonomia, gerando grande sobrecarga para seus familiares e cuidadores.

Existem vários testes para a avaliação das funções cognitivas que detectam alterações precoces nesta esfera. Alguns testes são complexos e extensos, demandando para sua aplicação, treinamento e habilitação específica dos profissionais (avaliação neuropsicológica). Contudo, há testes simples e rápidos que, associados a avaliação funcional e do humor, podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde, devidamente treinado.

Atenção

Cabe ressaltar que **não existe** um teste cognitivo que isoladamente defina o diagnóstico de demência. Os testes devem sempre ser utilizados de maneira integrada e associados a avaliações e exames complementares.

Quadro 1. Funções cognitivas

<p>Atenção</p>	<p>Capacidade de selecionar e manter um determinado foco. Uma das funções cognitivas mais suscetíveis a influência de fatores externos. Comumente subdividida em atenção seletiva (conhecida também como concentração); atenção sustentada (manutenção de uma atividade mental durante um período de tempo), atenção dividida (habilidade para responder a mais de uma tarefa ao mesmo tempo) e atenção alternada (capacidade do indivíduo de mudar o foco de uma tarefa, ou seja, a possibilidade de interromper uma estratégia de raciocínio ou de comportamento pertinente à atividade e utilizar uma nova como por exemplo andar ao sinal verde e parar ao sinal vermelho). A atenção é uma função cognitiva primordial para a execução das demais funções cognitivas.</p>
<p>Memória</p>	<p>Capacidade de registrar, reter e resgatar informações. Usualmente é dividida em memória de curto prazo (armazena informações por até 30 segundos) e memória de longo prazo (capacidade de armazenar por dias, horas ou anos). A memória de longo prazo pode ser subdividida em memória episódica (permite a lembrança de eventos ou acontecimentos passados num contexto autobiográfico), memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, fatos, palavras, conceitos) e, a memória implícita (informações ou habilidades armazenadas sem consciência da aprendizagem, por exemplo as habilidades motoras).</p>
<p>Função executiva</p>	<p>Capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento, monitoramento e tomada de decisão. Relaciona-se também com a atenção, flexibilidade de pensamento, motivação e controle das emoções</p>
<p>Linguagem</p>	<p>Capacidade de comunicação através da nomeação, compreensão e expressão oral e escrita</p>
<p>Praxia</p>	<p>Capacidade de executar um ato motor</p>
<p>Gnosia (percepção)</p>	<p>Capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis</p>

MINI - EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Prontuário:

Data:/...../.....

Paciente:

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora, aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

Fale 3 palavras não relacionadas e solicite a repetição imediata das mesmas.

Dê 1 ponto para cada resposta correta.... vaso – carro – tijolo ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Solicitar a subtração de (100 - 7) 5 vezes sucessivamente

(1 ponto para cada cálculo correto) (93 / 86 / 79 / 72 / 65) ()

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)..... ()

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente ()

(1 ponto por palavra)

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()

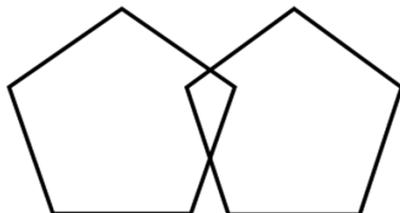
Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ()

Comando: pegue este papel com a mão direita
dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) ()

Ler e obedecer: " feche os olhos" (1 ponto) ()

Escrever uma frase (1 ponto) ()

Copiar um desenho (1 ponto) ()



ESCORE (/ 30)

EDG

Escala de Depressão Geriátrica (EDG): tem como objetivo identificar e quantificar sintomas depressivos na população idosa. O instrumento consiste em um questionário de 15 questões, com duas opções de respostas: sim e não. Os escores inferiores a seis pontos são considerados normais; de seis a dez indicam depressão leve à moderada; e, acima de 10 indicam depressão grave.

Almeida e Almeida, 2003.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

O (A) senhor (a):

- 1-Está satisfeito com sua vida ? SIM **NÃO**
- 2-Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses ? **SIM** NÃO
- 3-Sente que a vida está vazia ? **SIM** NÃO
- 4-Geralmente se sente aborrecido ? **SIM** NÃO
- 5-Se sente animado a maior parte do tempo ? SIM **NÃO**
- 6-Tem medo que algo de ruim possa lhe acontecer ? **SIM** NÃO
- 7-Se sente feliz a maior parte do tempo ? SIM **NÃO**
- 8-Sente que sua situação não tem saída ? **SIM** NÃO
- 9-Prefere ficar em casa do que sair e fazer novas coisas ? **SIM** NÃO
- 10-Acha que tem mais problema de memória que a maioria ? **SIM** NÃO
- 11-Acha bom estar vivo ? SIM **NÃO**
- 12-Se sente inútil ou incapaz do modo que está agora ? **SIM** NÃO
- 13-Se sente cheio de energia ? SIM **NÃO**
- 14-Se sente desesperançoso ? **SIM** NÃO
- 15-Acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor ? **SIM** NÃO

Somar um ponto por resposta grifada.

SCORE:

0 a 5 - Normal;

6 a 10 - Possível depressão;

11 a 15 - Provável depressão

Dicas úteis: Avaliação Cognitiva

No MEEM :

1. Não forneça dicas ou pistas para as respostas;
2. Não informe ao paciente se ele acertou ou não a resposta para quaisquer uma das perguntas realizadas, isso pode inibi-lo a continuar respondendo o teste;
3. Quando o indivíduo não compreender o significado de escreva uma frase, a recomendação é que o aplicador ajude dizendo: “Escreva algo que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer”.
4. As perguntas não podem ser alteradas.

Na EDG:

1. Faça todas as perguntas no mesmo tom de voz;
2. Mesmo que o paciente explique a resposta, peça para que ele encaixe a resposta nas alternativas SIM ou NÃO;
3. As perguntas não podem ser alteradas.

Referências

Almeida, O.P., Almeida, S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM IV. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 1999;14:858-865.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1199-1207, 2008.

Bischoff HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, von Dechend M, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed "up and go" test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age Ageing* 2003;32(3):315-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. nº 237-E, Seção 1, p. 20-24.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 2003, 777-781.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(2):317-25.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for Phenotype. *J Gerontol* 2001; 56(3):164-156.

Ilustrações de personagem. DIY eLearning Illustrated Characters. Acesso disponível gratuito online <https://www.diylearning.com>. Último acesso em 29 de Julho de 2015.

Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv*. 1976; 6(3):493-508.

Referências

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontology* 1969;9:179-86.

Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, Representação Brasil; 2012

Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. p.151-175.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.

Rubenstein LZ, Wieland D, English P, Josephson K, Sayre JA, Abrass IB. The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. *J Am Geriatr Soc*. 1984;32(7):503-12.

The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [text on the Internet].

Woellner SS, Araujo AGS, Martins JS. Protocolos de equilíbrio e quedas em idosos. *Neurociências*; 10(2): 104-117.



REALIZAÇÃO

INSTITUTO PAULISTA DE Geriatria E Gerontologia
“José Ermírio de Moraes”

Gerência Especializada em Gerontologia
Núcleo de Estudos do Processo de Envelhecimento

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Serviços de Saúde



Praça Padre Aleixo Monteiro Mafra, nº 34
São Miguel Paulista - São Paulo-SP
Fone: (11) 2030-4000

Site: www.ipgg.saude.sp.gov.br

E-mail: ipgg-nes@saude.sp.gov.br