

SÉRIE ROTINAS HOSPITALARES

HUE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Volume VI

GERIATRIA Parte 1

Coordenadores

Roberto Alves Lourenço
Maria Angélica dos Santos Sanchez
Carlos Montes Paixão Junior

Editor da série

Roberto A. Lourenço



HUE

Rio de Janeiro: Editora Triunfal, 2018.
Triunfal Gráfica e Editora

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/A

G389 Geriatria / Coordenadoras: Roberto Alves Lourenço,
 Maria Angélica dos Santos Sanchez, Carlos Montes Paixão Júnior;
Editor: Roberto A. Lourenço. – Rio de Janeiro: Triunfal, 2018.
176 p. – (Rotinas hospitalares – Hospital Universitário Pedro
Ernesto; vol. VII, pt.1).

ISBN: 978-85-61175-78-8

1. Geriatria. 2. Guia de prática clínica. I. Lourenço, Roberto Alves.
II. Sanchez, Maria Angélica dos Santos. III. Paixão Júnior,
Carlos Montes. IV. Hospital Universitário Pedro Ernesto. V. Série.

CDU 616.053.9

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB7/5302



HUE

SÉRIE ROTINAS HOSPITALARES

HUE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Volume VI

GERIATRIA Parte 1

Coordenadores do volume

ROBERTO ALVES LOURENÇO

Médico. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Associado, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Titular, Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SANCHEZ

Assistente Social. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CARLOS MONTES PAIXÃO JUNIOR

Médico. Ex-Residente em Geriatria da Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, França. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Adjunto, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio de Janeiro.

Apoio:



Equipe editorial

Comissão Científica Pedro Ernesto

Diretor do HUPE

Edmar José Alves dos Santos

Editor da série

Roberto Alves Lourenço

Coordenação do volume

Roberto Alves Lourenço

Maria Angélica dos Santos Sanchez

Carlos Montes Paixão Junior

Consultoria técnica

Edna Ferreira da Cunha

Coordenação da equipe editorial

Michelle Borges Rossi

Revisão e copidesque

Michelle Borges Rossi

Revisão técnica

Roberto Alves Lourenço

Maria Angélica dos Santos Sanchez

Carlos Montes Paixão Junior

Prefácio

O cuidado com o paciente idoso impõe desafios aos profissionais, que precisam deter habilidades plurais para lidar com situações variadas. Um único paciente idoso pode apresentar doenças simultâneas em diversos órgãos e sistemas, com prejuízo marcante da sua funcionalidade: redução da acuidade visual, perda auditiva, declínio cognitivo, histórico vascular de longa data, síndrome de fragilidade, incontinências, alterações de pele e tantas outras. Além disso, com alguma frequência, tem indicação de abordagem paliativa ou se encontra em risco social de negligência ou violência.

Para que uma intervenção seja bem-sucedida, tal complexidade exige trabalho em equipe interdisciplinar. A soma dos saberes de cada participante da equipe é vital para que todas as dimensões do cuidado sejam contempladas. Esse é justamente o princípio da Avaliação Geriátrica Ampla: estabelecer um plano de cuidados que contemple as necessidades do paciente e de sua família, após avaliação por profissionais com habilidades complementares.

Os professores Roberto A. Lourenço, Maria Angélica S. Sanchez e Carlos Montes Paixão Jr. têm reconhecimento notório no campo do envelhecimento e reuniram colaboradores de competência inquestionável para a publicação das rotinas hospitalares da Geriatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O lançamento do livro dá-se em momento difícil para o HUPE-UERJ, assolado por uma carência de verbas que prejudicam a assistência, conforme ampla divulgação. O esforço desses professores em levar adiante o projeto das rotinas em situação tão adversa torna ainda mais brava a sua iniciativa, demonstrando a capacidade de resiliência dos profissionais do hospital.

A adoção de rotinas no cuidado do paciente idoso, seja em ambiente ambulatorial ou hospitalar, permite uma assistência ainda mais atenta. O médico norte-americano Atul Gawande, um entusiasta dos geriatras, em seu livro *Checklist – Como fazer as coisas benfeitas*, defende que mesmo as tarefas mais complicadas podem ser facilitadas pela padronização e pela decomposição em sequências de tarefas mais simples. Nesse sentido, essas rotinas em Geriatria trazem uma contribuição inestimável para aprimorar o tratamento conferido aos idosos, provocando um olhar metucioso sobre vários aspectos do cuidado. Tenho a convicção de que serão úteis para alunos de graduação, estagiários, residentes e profissionais de todas as áreas que se dedicam ao atendimento de idosos no hospital, promovendo uma política integrada e pormenorizada de avaliação e tratamento.

José Elias Soares Pinheiro
Médico geriatra, Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (gestão 2016-2018)

Organizadores

ROBERTO ALVES LOURENÇO

Médico. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Associado, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Titular, Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SANCHEZ

Assistente Social. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CARLOS MONTES PAIXÃO JUNIOR

Médico. Ex-Residente em Geriatria da Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, França. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Adjunto, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio de Janeiro.

Apresentação

É com grande prazer que entregamos ao leitor o volume Geriatria, da Série Rotinas Hospitalares do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Para dar conta do extenso número de questões abordadas, dividimos o volume em duas partes, publicadas em livros distintos. Na primeira, descrevemos em detalhe as estratégias utilizadas no Serviço de Geriatria Prof. Mario A. Sayeg, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no rastreamento e avaliação diagnóstica completa de idosos suspeitos de quadros de fragilização, seja no seu formato de grave redução de reservas funcionais, com comprometimento das variáveis fisiológicas aferidas, seja no formato das complicações associadas à fragilidade, expressas como incapacidade e síndromes geriátricas, seja como vulnerabilidades de outra natureza, como a ausência de suporte social, e as de natureza econômica.

No intuito de cumprir tais propósitos, descrevemos o caráter objetivo e ágil dos nossos procedimentos de rastreamento de condições adversas, que justificam a progressão do indivíduo em avaliação dentro do sistema que a literatura internacional classicamente denomina *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA) e, já há mais de 20 anos, traduzimos e praticamos como Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). A AGA costuma ter formatos flexíveis na constituição profissional de sua equipe, na dependência das estratégias eleitas para a condução diagnóstica e de reabilitação ou, de maneira mais prosaica, pragmática, na dependência dos recursos humanos e financeiros disponíveis. No início do funcionamento de nossa unidade de geriatria, e por muitos anos, um núcleo de três profissionais – assistente social, enfermeiro e médico – fazia a avaliação inicial do usuário do serviço e, na sequência, buscava o auxílio de outras especialidades – nutrição, psicologia clínica, neuropsicologia, entre outras – de acordo com as necessidades iniciais identificadas. Atualmente, tais funções são exercidas pelo assistente social, fisioterapeuta e médico.

De maneira resumida, na Parte 1, Seção 1, descrevemos os procedimentos que constituem a AGA nos Protocolos 1 a 7, correspondentes a todas estas avaliações; na Seção 2 detalhamos suas instruções de execução.

Na Parte 2, Seções 3, 4 e 5, são elaborados protocolos de temas relativos a síndromes geriátricas (Protocolo 8 a 21), a doenças crônicas muito frequentes entre idosos (Protocolos 22 a 26) e a questões especiais, que não poderiam estar ausentes em uma publicação desta natureza (Protocolos 27 a 34).

Boa leitura!

Roberto Alves Lourenço
Editor da Série de Rotinas do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Autores

ALINA LEBREIRO GUIMARÃES TELDESCHI

Psicóloga. Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas e Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ANA CRISTINA CANÊDO SPERANZA

Médica. Mestre em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

ARIETTE ROLLI

Médica. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CARLOS MONTES PAIXÃO JUNIOR

Médico. Ex-Residente em Geriatria da Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, França. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Adjunto, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção Rio de Janeiro.

CLÍCIA VIEIRA CUNHA

Mestre em enfermagem, Especialista em Saúde da Pessoa Idosa. Especialista em Estomaterapia. Ambulatório de Adulto do Instituto Nacional de Cardiologia. Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CRISTINA MARQUES DIAS BEREICÔA

Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Associação Médica Brasileira. Residência em Geriatria, Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Residência em Clínica Médica, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO

Doutoranda em Enfermagem. Estomaterapeuta. Professora Colaboradora, Pós-Graduação de Estomaterapia, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenadora da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente, Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

DÉBORA REGINA DE OLIVEIRA SILVEIRA

Assistente Social, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Serviço Social e Saúde, Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. MBA Gestão Pública, Faculdade de Administração e Finanças, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

EDUARDO MAGALHÃES COSTA

Médico. Especialização em Geriatria, Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro. Supervisor de alunos, Serviço de Geriatria Prof. Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Supervisor de alunos, Hospital São Vicente de Paulo, Rio de Janeiro.

ELIZABETE VIANA DE FREITAS

Doutora em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Médica, Hospital Universitário Pedro Ernesto. Especialista em Geriatria e Gerontologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Especialista em Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia.

FERNANDA ROCHA RODRIGUES

Enfermeira, Estomaterapeuta, Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FILIFE GUSMAN

Médico. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Presidente da Regional Sudeste da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2014-2016). Professor, Curso de Medicina, Universidade Estácio de Sá. Professor Orientador da Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos, Universidade Estácio de Sá.

FLÁVIA MOURA MALINI DRUMMOND

Fisioterapeuta, Serviço de Geriatria Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Preceptora do Programa de Residência em Fisioterapia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Comissão Técnica de Saúde do Idoso, CREFITO-2.

GLAUCIA CRISTINA DE CAMPOS

Nutricionista. Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Gerontologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano, Departamento de Medicina Interna, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GRACIETE SARAIVA MARQUES

Mestre em enfermagem. Estomaterapeuta. Preceptora do Programa de Pós-Graduação, Residência de Enfermagem Cirúrgica, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seção Cirurgia Plástica. Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

GRAZIELA SANTANA BORGES

Enfermeira, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar. Preceptora, Educação Continuada, Instituto Nacional do Câncer José de Alencar, Instituto Nacional do Câncer.

JAMES NASCIMENTO

Médico. Professor Auxiliar, Disciplina de Fisiatria e Medicina de Reabilitação, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas. Chefe, Serviço de Fisiatria, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

JOÃO SANTOS PEREIRA

Médico. Doutor em Neurologia, Universidade Federal do Estado de São Paulo. Professor Associado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordenador do Setor de Distúrbios do Movimento, Serviço de Neurologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

KALIL MOHALLEM

Médico, Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, Rio de Janeiro, RJ. Especialista em Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Mestre em Cardiologia, Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE

Médica. Medicina Paliativa. Especialista em Anestesiologia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Associação Médica Brasileira. Mestre em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Medicina Paliativa AMB. Especialista em tratamento da dor pela Sociedade Brasileira do Estudo da Dor. Pós-Graduação em Geriatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SANCHEZ

Assistente Social. Especialista em gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Doutora em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

MARIANGELA PEREZ

Médica. Doutora em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pesquisadora, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano – GeronLab. Médica-supervisora, Serviço de Geriatria, Hospital São Vicente de Paulo.

MARISTELA VÔMERO DIAS

Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia, Serviço de Psiquiatria, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Neuropsicóloga, Serviço de Geriatria Prof. Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PATRÍCIA CRISTINA DOS SANTOS FERREIRA

Médica. Mestre em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ROBERTA ARNOLDI COBAS

Médica. Especialista, Residência em Endocrinologia, Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ROBERTO ALVES LOURENÇO

Médico. Doutor em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Associado, Disciplina de Geriatria, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professor Titular, Departamento de Medicina, Pontifícia Universidade Católica – Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

ROBERTO GAMARSKI

Mestre em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Especialista em Cardiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia.

RODRIGO MARTINS RIBEIRO

Médico, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Geriatria, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

ROSA MARIA FERNAMBEL MARQUES E SILVA

Enfermeira, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal Fluminense.

SIMONE DA COSTA MAZZEI

Fisioterapeuta, Serviço de Geriatria Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Gerontologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Consultora para Fisioterapia em Gerontologia da Rede Silvestre Saúde. Membro da CT Saúde do Idoso CREFITO-2. Diretora Secretária da Associação Brasileira de Fisioterapia em Gerontologia (ABRAFIGE).

VÂNIA OTERO BOMBINHO CEZARIO

Fisioterapeuta, Serviço de Geriatria Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Gerontologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

VERÔNICA COSTA MELO

Nutricionista, Serviço de Geriatria Mario A. Sayeg, Policlínica Piquet Carneiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Nutrição Clínica, Universidade Federal Fluminense. Especialista em Geriatria e Gerontologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

VIRGÍLIO GARCIA MOREIRA

Médico. Mestre e Doutor em Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisador, Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano – GeronLab, Departamento de Medicina Interna, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

WASHINGTON ALVES BIANCHI

Médico, Professor Adjunto, Disciplina de Fisiatria e Medicina de Reabilitação, Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1RM – teste de carga máxima	AUA – Associação Americana de Urologia
AAS – ácido acetilsalicílico	AVC – acidente vascular cerebral
ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer	AVD – atividade básica de vida diária
ABVD – atividades básicas de vida diária	AVE – acidente vascular encefálico
ACC – Colégio Americano de Cardiologia	AVK – antagonista de vitamina K
ACO – anticoagulante	BH – bexiga hiperativa
ADA – Associação Americana de Diabetes	BIA – análise de bioimpedância
ADM – amplitude de movimento articular	CA – circunferência abdominal
AE – átrio esquerdo	CAM – <i>Confusion Assessment Method</i>
AFB – avaliação funcional breve	CAMCOG – <i>Cambridge Cognitive Examination</i>
AGA – avaliação geriátrica ampla	CASE – <i>Caregiver Abuse Sreening in the elderly</i>
AGE – ácidos graxos essenciais	CB – circunferência do braço
AHA – Associação Americana do Coração	CCL – comprometimento cognitivo leve
AIDS (SIDA) – síndrome da imunodeficiência adquirida	CDC – Centros para Controle e Prevenção de Doenças
AIVD – atividade instrumental de vida diária	CES-D – Escala de Depressão do <i>Center for Epidemiological Studies</i>
AJ – altura do joelho	CFM – Conselho Federal de Medicina
ALT – alanina aminotransferase	CIA – comunicação interatrial
ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos	CIF – classificação internacional de funcionalidade
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar	ClCr – clearance de creatinina
APGAR – <i>Adaptation, Participation, Growth, Affection e Resolution</i>	CP – circunferência da panturrilha
ASA – Sociedade Americana de Anestesiologia	CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social
ASHT – <i>American Society of Hand Therapists</i>	CSF – líquido cefalorraquidiano
AST – aspartato aminotransferase	CV – cardioversão
	DA – doença de Alzheimer
	DAC – doença arterial coronária

DAV – diretivas antecipadas de vontade	IAM – infarto agudo do miocárdio
DEXA – absorciometria radiológica de dupla energia	IAMSST – infarto agudo do miocárdio com supradesnível de segmento ST
DGI – índice dinâmico de marcha (<i>dynamic gait index</i>)	IASP – <i>International Association for the Study of Pain</i>
DHEA – desidroepiandrosterona	IC – insuficiência cardíaca
DM – <i>diabetes mellitus</i>	IECA – inibidores da enzima captadora de angiotensina
DP – doença de Parkinson	IFP – articulação interfalangeana proximal
DS-DAT – <i>Discomfort Scale in dementia of the Alzheimer type</i>	ILP – instituições de longa permanência
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais, quinta edição	IM – infarto do miocárdio
DÚ – dose única	IM – via intramuscular
ECG – ecocardiograma	IMC – índice de massa corporal
EDG – escala de depressão geriátrica	IME – índice de massa muscular esquelética
EEB – escala de equilíbrio de Berg	IMMA – índice de massa muscular apendicular
ETE – ecocardiograma transesofágico	INR – índice internacional normalizado
EV – via endovenosa	IQCODE – <i>Informant Questionnaire for Cognitive Decline in the Elderly</i>
EWGSOP – <i>European Working Group on Sarcopenia in Older People</i>	IRNS – inibidores de recaptção de norepinefrina-serotonina
FA – fibrilação atrial	IRSS – inibidor seletivo de recaptção da serotonina
FAB – bateria de avaliação frontal	ISPOCD – <i>International Study of Postoperative Cognitive Dysfunction</i>
FAIc – fosfatase alcalina	ISRS – inibidores seletivos de recaptção de serotonina
FC – frequência cardíaca	ITB – índice tornozelo braquial
FES-I-BR – Escala de autoeficácia de quedas	IU – incontinência urinária
FI-CGA – índice de fragilidade – avaliação geriátrica ampla	IV – via intravenosa
FO – ferida operatória	LD – levodopa
FPP – força de preensão palmar	LPP – lesão por pressão
FXa – antagonista do fator X ativado	MAN – Miniavaliação Nutricional
GABA – ácido gama-aminobutílico	
GC – glicemia capilar	
GH – hormônio do crescimento	
HA – hipertensão arterial	

MAPA – monitorização ambulatória da pressão arterial

MEEM – Minexame do Estado Mental

MMII – membros inferiores

MS – ministério da saúde

NACO – novo anticoagulante

NIA – Instituto Nacional de Envelhecimento

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – pressão arterial

PACSLAC – *Pain Assesment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate*

PAD – pressão arterial diastólica

PADE – *Abby pain scale, Pain Assesment for the Dementing Elderly*

PAEFI – proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos

PAINAD – *Pain Assesment in Advanced Dementia*

PAS – pressão arterial sistólica

PET – tomografia por emissão de pósitrons

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PO – pós-operatório

POCD – Disfunção Cognitiva do Pós-Operatório

POMA II – *Performance-Oriented Mobility Assesment II*

PVM – prolapso da válvula mitral

RAVLT – teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

RNI – razão normatizada internacional

RNM – ressonância nuclear magnética

SAE – sistematização da assistência de enfermagem

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SC – via subcutânea

SCA – síndrome coronariana aguda

SCID – *Structured Clinical Interview Depression Inventory*

SCPD – sintomas comportamentais e psicóticos das demências

SDCS – sintomas depressivos clinicamente significativos

SPECT – tomografia por emissão de fóton único

SPPB – *Short Physical Performance Battery*

SUFU – Sociedade de Urologia e Urodinâmica Feminina

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – tomografia computadorizada

TDR – teste do desenho do relógio

TUG – teste get-up and go

UPDRS – Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (*Unified Parkinsons' Disease Rating Scale*)

VO – via oral

VR – via retal

SUMÁRIO

Parte 1

Introdução. Avaliação funcional interdisciplinar: Princípios.....21

Seção 1. Avaliação Geriátrica Ampla

Protocolo 1. Triagem.....31

Protocolo 2. Avaliação social.....37

Protocolo 3. Avaliação de enfermagem.....44

Protocolo 4. Avaliação médica52

Protocolo 5. Avaliação nutricional.....60

Protocolo 6. Avaliação fisioterapêutica70

Protocolo 7. Avaliação neurocognitiva80

Seção 2. Manual de instruções dos instrumentos de avaliação

Apresentação da seção.....93

Instruções do Protocolo 1. Triagem94

Instruções do Protocolo 2. Avaliação social 104

Instruções do Protocolo 4. Avaliação médica..... 120

Instruções do Protocolo 5. Avaliação nutricional 130

Instruções do Protocolo 6. Avaliação fisioterapêutica 135

Instruções do Protocolo 7. Avaliação cognitiva..... 160

Apêndice 1. Diagrama da Avaliação Geriátrica Ampla..... 168

Apêndice 2. Instruções para impressões, condutas e acompanhamento.. 169

Apêndice 3. Elaboração do plano de cuidados 174

Parte 2

Seção 3. Síndromes geriátricas: Protocolos de intervenção

Protocolo 8. Perda cognitiva: Queixas subjetivas, comprometimento cognitivo leve e demências.....	177
Protocolo 9. Sintomas comportamentais e psicóticos das demências: Diagnóstico	187
Protocolo 10. Apatia	195
Protocolo 11. Agitação motora e demência	201
Protocolo 12. Insônia e parassonias	208
Protocolo 13. Tratamento de demências	215
Protocolo 14. <i>Delirium</i>	221
Protocolo 15. Depressão	227
Protocolo 16. Imobilidade	233
Protocolo 17. Sarcopenia.....	239
Protocolo 18. Fragilidade.....	247
Protocolo 19. Reabilitação fisiátrica	256
Protocolo 20. Quedas	275
Protocolo 21. Incontinência urinária.....	284

Seção 4. Doenças crônicas em Geriatria

Protocolo 22. <i>Diabetes mellitus</i>	295
Protocolo 23. Hipertensão arterial sistêmica	304
Protocolo 24. Doença coronariana	314
Protocolo 25. Fibrilação atrial.....	329
Protocolo 26. Doença de Parkinson.....	341

Seção 5. Temas especiais em Geriatria

Protocolo 27. Aspectos clínicos do paciente geriátrico cirúrgico	351
Protocolo 28. A pele do idoso hospitalizado: Considerações gerais de assistência de enfermagem	360
Protocolo 29. A pele do idoso hospitalizado: Condutas específicas de enfermagem.....	376
Protocolo 30. Violência interpessoal.....	392
Protocolo 31. Cuidados paliativos: Critérios, recomendações e condutas...	401
Protocolo 32. Cuidados paliativos: Controle da dor.....	413
Protocolo 33. Cuidados paliativos: Controle dos sintomas.....	428
Protocolo 34. Diretivas antecipadas de vontade	444



GERIATRIA

Parte 1

INTRODUÇÃO

A avaliação do idoso, levando-se em conta as doenças mais prevalentes nesta faixa etária, de ordem principalmente crônico-degenerativa, deve ser norteadada pelos princípios de avaliação funcional, em contraposição à clássica avaliação orientada pela etiologia de doenças. A prática em saúde do idoso hoje pressupõe uma visão baseada na participação efetiva dos profissionais envolvidos no atendimento. Assim, elenca-se um conjunto de informações que possam permitir uma visão global quanto ao quadro que o idoso apresenta (Tabela 1).

Tabela 1. Objetivos da avaliação do paciente idoso

- a. Detecção, quantificação e identificação da origem de doenças e perdas funcionais.
- b. Fornecer uma medida do resultado de intervenções funcionais ao longo do tempo.
- c. Orientar tratamentos e outras intervenções, tendo em vista a globalidade das funções e a qualidade de vida do paciente na escolha de terapêuticas alternativas.
- d. Avaliar a necessidade de recursos comunitários.
- e. Melhorar a previsão do curso de doenças crônicas.

Fonte: American College of Physicians (1991).

A interdisciplinaridade implica a interação das diversas disciplinas que possibilitarão um enfoque holístico no que tange à melhoria da qualidade de vida da população idosa usuária dos serviços oferecidos. Ter um olhar isolado em relação à saúde do idoso é deixar de lado um conjunto de questões que estão intimamente relacionadas com seu processo de vida, que os aspectos sociais, emocionais, culturais e ambientais se refletem diretamente no estilo de vida, contribuindo significativamente para os aspectos biológicos. São muitas as possibilidades em relação às metodologias de avaliação ampla do paciente geriátrico, tanto em relação ao tipo de paciente avaliado quanto ao local onde é realizada esta avaliação.

No entanto, há um consenso de que o paciente que mais se beneficia desta tecnologia é o idoso frágil, isto é, aquele que exhibe uma grande complexidade e vulnerabilidade no que tange à sua saúde física, psicológica e social, tem doenças com apresentações atípicas e obscuras, graves distúrbios cognitivos, afetivos e funcionais; além do mais, são especialmente vulneráveis à iatrogenese, socialmente isolados e economicamente desprotegidos, com alto risco de institucionalização prematura e inapropriada.

A recuperação e/ou manutenção da qualidade de vida vem sendo apontada como um dos objetivos centrais na abordagem clínica de pacientes idosos fragilizados. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento amplo das diversas atividades físicas, psicológicas e sociais necessárias à vida diária. O estado funcional é componente central da avaliação do indivíduo idoso. O processo normal de envelhecimento, assim como a presença de processos mórbidos diversos pode levar o organismo à incapacidade de responder adequadamente às demandas da vida diária. Entre idosos, é comum que um distúrbio funcional seja o primeiro sinal, muitas vezes ignorado, da presença de processos mórbidos. A habilidade funcional pode ser vista como uma medida de resumo do impacto geral das condições médicas no contexto do ambiente e do sistema de apoio social do indivíduo. Mais importante, a habilidade de um indivíduo idoso funcionar segundo seus desejos de estilo de vida pessoal deve ser uma consideração importante em qualquer planejamento de saúde.

O método utilizado para a avaliação vem se desenvolvendo desde as primeiras publicações de Marjorie Warren, médica britânica que, em 1936, iniciou o processo de avaliação específica do paciente idoso. Baseia-se no princípio do trabalho multi e interdisciplinar e tem sido comumente denominado Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou, em inglês *Comprehensive Geriatric Assessment*. Mais recentemente, dada a preocupação em se explicitar que o tratamento e o seguimento clínico são partes importantes e objetivas desta avaliação, tem-se utilizado a denominação Avaliação e Tratamento Geriátricos Amplos (*Comprehensive Geriatric Evaluation and Management*). Seu conceito resume-se na avaliação interdisciplinar dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis, de maneira a desenvolver um planejamento para tratamento e acompanhamento a longo prazo.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

A AGA forma um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais em que se associa às intervenções habituais de várias disciplinas de saúde uma avaliação funcional abrangente. Desde sua concepção, caracteri-

za-se por uma diversidade de formas de implementação que podem se dar em ambientes de enfermarias especializadas, unidades ambulatoriais ou unidades de cuidados no domicílio.

Os componentes básicos e dimensões mensuráveis da AGA incluem a avaliação dos problemas médicos e comorbidades relevantes, do estado funcional e estado psicológico, rede de suporte e atividades sociais, necessidades econômicas e moradia (Tabela 2). Idealmente, em um grupo interdisciplinar, cada componente pode ser avaliado pelo membro mais apropriado da equipe que, em seguida, levará os dados para a discussão na conferência do grupo.

O processo da AGA inicia-se com a identificação do paciente-alvo, que se constitui mais comumente no indivíduo idoso que tenha sofrido deteriorações em sua saúde e função. Tal atividade de busca de caso ou rastreamento pode se dar em diversos ambientes, incluindo uma instituição de saúde, consultório médico, ou mesmo fora do ambiente de saúde habitual, como o domicílio ou um centro de convivência. Em geral, quando a condição de saúde do indivíduo se deteriorou, porém a sua função permanece estável, ele pode receber os cuidados comuns básicos de saúde sem necessidade da AGA. O paciente sai, portanto, do processo e é encaminhado para cuidados tradicionais dependendo de suas necessidades de saúde, como clínica médica geral, oftalmologia, ou outra clínica especializada. Entretanto, pacientes com deficiências novas e perdas progressivas do seu *status* funcional ou que possuam problemas geriátricos múltiplos e complexos devem receber os cuidados da AGA, submetendo-se a procedimentos mais complexos. Cumpre ressaltar, com risco de redundância, que a AGA não é uma tecnologia de simples rastreamento de problemas. Isto se dá no início do processo, com objetivos de eficiência e focalização nos pacientes mais frágeis. A AGA, além da triagem, procede ao acompanhamento do paciente idoso, com ações de prevenção e/ou reabilitação funcional.

Após uma revisão da informação médica, talvez mesmo após um exame físico focalizado no problema inicial que trouxe o paciente ao serviço, uma AGA típica revisa as habilidades funcionais gerais (Tabela 2). Em geral, isto é captado com a utilização de medidas de atividades básicas de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs incluem atividades básicas de autocuidado como alimentação, banho, transferência e higiene pessoal. Pacientes com tais dificuldades necessitam, em geral, de supervisão diária de 12 a 24 horas. As AIVDs incluem trabalho doméstico mais pesado, gerência do orçamento doméstico, saídas do domicílio para passeios ou compras e habilidade em utilizar telefone – atividades necessárias para a independência do indivíduo em seu domicílio

Tabela 2. Componentes principais da AGA

<p>Saúde Física</p> <ul style="list-style-type: none">- Lista tradicional de problemas- Indicadores de gravidade de doenças <p>Habilidade Funcional Geral</p> <ul style="list-style-type: none">- Atividades básicas e instrumentais de vida diária- Medidas de marcha e equilíbrio- Níveis de atividade física <p>Saúde Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none">- Testes cognitivos (estado mental)- Instrumentos afetivos (depressão) <p>Parâmetros Sociais e Ambientais</p> <ul style="list-style-type: none">- Necessidades e recursos de suporte social- Adequação e segurança do ambiente
--

Fonte: Autoria própria (2017).

A interpretação dos resultados de distúrbios nas habilidades funcionais gerais do paciente requer, via de regra, informações complementares sobre sua situação social e do domicílio. Por exemplo, a malha social em redor do paciente, o tipo e quantidade de suporte à disposição e o nível de atividades sociais das quais o paciente participa vão influenciar as decisões clínicas subsequentes à identificação do distúrbio. Dois outros itens cruciais na AGA são avaliações de *deficit* cognitivos e depressão, prevalentes nesta população idosa (Tabela 2). O uso de medidas de avaliação padronizada e instrumentos com escalas propiciou a formação de uma linguagem comum, formalizou os componentes principais da AGA e introduziu um aspecto quantitativo no processo de avaliação.

Uma vez que a AGA tenha identificado e quantificado o nível de distúrbio, incapacidade e desvantagem do paciente e suas causas, podem-se formular estratégias de cuidados e tratamento. O conhecimento dos recursos institucionais e comunitários para o tratamento ou reabilitação do paciente é essencial para a formulação de um planejamento ótimo de cuidados e seguimento a longo prazo.

Outra questão fundamental está ligada à tipicidade das patologias decorrentes em idosos, de natureza crônico-degenerativa e geralmente com a presença concorrente de múltiplas patologias. O processo de AGA, portanto, não raramente revela uma grande quantidade de problemas de saúde. Infelizmente, muitos programas de AGA atuais não delineiam previamente as prioridades e os processos utilizados para se planejar o cuidado. Por consequência, os planos e suas efetividades respectivas terminam por sofrer variações de um programa a outro. Publicações recentes têm procurado identificar as condições nas quais as equipes deveriam focalizar preferencialmente seus esforços, ou seja, aquelas que geralmente induzem às maiores perdas e custos e para as quais há tratamentos mais efetivos. Há grupos, por exemplo, que avaliam

o paciente, identificam seus problemas e o reencaminham para seus médicos generalistas ou serviços de origem. Há outros que acompanham os pacientes enquanto estes possuem distúrbios funcionais e, uma vez resolvidos estes problemas, dão alta. Há grupos, no entanto, que, uma vez captado o paciente, passam a assisti-lo indefinidamente, diminuindo, apenas quando possível, o nível de assistência para um acompanhamento mais simples que, *stricto sensu*, não poderia ser denominado de AGA.

Como mencionado anteriormente, a AGA pode ser realizada em uma variedade de locais, de centros hospitalares a ambientes domiciliares. Vários fatores devem ser considerados na decisão do local onde a AGA será implementada. A Tabela 3 indica alguns destes fatores como o nível de incapacidade e cognição do paciente, acuidade e complexidade da doença, rede de suporte social e acesso a transporte.

Tabela 3. Níveis e locações da AGA: principais determinantes

Fatores	Ambulatório/ domicílio	Unidade ambulatorial/equipe	Unidade hospitalar/equipe
Nível de incapacidade	Baixo	Intermediário	Alto
Disfunção cognitiva	Leve	Leve – Grave	Moderada – Grave
Agudez da doença	Leve	Leve – Moderada	Moderada – Grave
Complexidade	Baixa	Intermediária	Alta
Suporte social	Bom	Bom – Regular	Bom – Ruim
Transporte	Bom	Bom	Bom – Ruim

Fonte: American Geriatrics Society (1995).

Alguns programas de AGA se comportaram melhor do que outros em avaliações sistemáticas. Porém, os resultados gerais indicam diminuição da mortalidade, melhora da função cognitiva, diminuição da frequência de hospitalizações e aumento da probabilidade de se permanecer no domicílio. As avaliações tendem a produzir melhores resultados quando as equipes de AGA possuem controle sobre a implementação dos tratamentos necessários e a evolução para a recuperação funcional do paciente idoso.

A avaliação de cada um dos domínios da AGA pode ser realizada usando certos instrumentos que, embora não sejam essenciais, tornam o processo mais fácil e confiável. Estes também facilitam a comunicação entre os membros da equipe e a objetivação de achados e mudanças evolutivas que possibilitam a avaliação da melhoria da qualidade de vida da população atendida pelo setor. Não sendo original, pelo contrário, utilizado de uma forma ou de outra nos atendimentos realizados em um número bastante extenso de outras instituições no Brasil e no mundo, precisa, no entanto, ser adequadamente adaptado à realidade específica em que nos inserimos. Deve-se notar também o fato

de haver evidências, mencionadas acima, da eficácia deste método em mais de 25 estudos controlados publicados, realizados em modelos institucionais os mais diversos, reforçados por várias metanálises recentes. Os benefícios incluem maior acurácia diagnóstica, melhora do estado funcional e mental, mortalidade diminuída, menor institucionalização e hospitalização em unidades de atendimento agudo e maior satisfação com o serviço prestado.

MEMBROS DA EQUIPE NA AGA

Em vista da complexidade envolvida no atendimento dos problemas do indivíduo idoso, uma base extensa de conhecimento e treinamento é necessária para a AGA. A unidade básica, como já mencionado anteriormente, é constituída por uma equipe interdisciplinar com profissionais de saúde com formação diversificada. Sua composição pode variar em função das circunstâncias, objetivos e ambientes em que a equipe exerce suas atividades, mas em geral, estes grupos possuem uma equipe mínima ou central, constituída de um profissional médico geriatra, um profissional de enfermagem e um terceiro de serviço social, cujas atividades específicas serão delineadas em protocolos específicos. Refere-se também a uma equipe expandida, cuja consulta é exigida em situações de avaliação específica por problemas identificados ou em circunstâncias especiais, como, por exemplo, avaliação de violência doméstica ou incapacidade física. Mais recentemente, alguns autores têm mencionado o conceito de equipe interdisciplinar virtual, em que os novos instrumentos de comunicação digital, como medicina virtual a distância, podem ser utilizados (Tabela 4).

Tabela 4. A equipe geriátrica

<p>Equipe Central</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermeiro• Geriatra• Assistente social <p>Equipe Estendida</p> <ul style="list-style-type: none">• Cirurgião• Dentista• Farmacêutico• Fisiatra• Psicólogo• Fisioterapeuta• Neurologista• Psiquiatra• Urologista• Nutricionista• Podiatra• Terapeuta Ocupacional

Fonte: Autoria própria (2017).

Brevemente, pode-se dizer que a avaliação preliminar do idoso se faz pela equipe mínima, composta pelo assistente social, pelo enfermeiro e pelo médico que, por meio da aplicação de instrumentos padronizados (geronlab.com), faz o diagnóstico clínico, social, funcional e cognitivo deste indivíduo que se apresenta com determinada queixa. De posse deste diagnóstico amplo, a equipe formula um conjunto de instruções coordenadas, consulta outras especialidades (Nutrição, Neuropsicologia, Fisioterapia, etc.) e estabelece um plano estruturado frente aos problemas detectados.

A equipe mínima se abre então para formar o núcleo do atendimento de geriatria, ou seja, um grupo interdisciplinar no qual a participação constante e ininterrupta é imprescindível (profissionais de medicina, enfermagem, serviço social, medicina física e reabilitação, neuropsicologia, nutrição e outros que se façam necessários). Este núcleo geriátrico é maleável, aberto em inter-relações de consultas, e depende da participação esporádica de diversas outras especialidades médicas e afins ou outras. Estas últimas, eventualmente solicitadas, necessitam ter proximidade física com o ambulatório de AGA para a comodidade do paciente idoso (oftalmologia, otorrino, ginecologia, psiquiatria, cardiologia, neurologia, serviços cirúrgicos, odontologia, educação física, podiatria, etc.).

Também é necessário usar uma linguagem comum e um organograma estruturado com as funções precípua de cada profissional. Em geral, uma AGA não se realiza em uma única consulta, por conta das complexidades envolvidas. Além disso, deve-se atentar para o conforto do paciente idoso e sua capacidade de suportar um período prolongado de avaliações. É necessário que haja um programa de treinamento continuado e formal dos profissionais envolvidos no atendimento funcional do paciente geriátrico. A educação geriátrica deve ser integrada ao longo de toda a formação dos profissionais da área de saúde, desde os cursos de graduação.

Vários autores vêm se debruçando sobre as necessidades não atendidas no que tange à educação profissional tradicional nas escolas de saúde e às habilidades profissionais necessárias que não vêm sendo contempladas. Há vários anos, o Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América do Norte publicou material correlato, e suas conclusões constam na Tabela 5.

Tabela 5. Uma agenda nacional para formação em geriatria: relatório oficial

- a. Os profissionais de saúde que trabalham com idosos raramente receberam treinamento formal sobre interdisciplinaridade, embora se espere que trabalhem desta forma.
- b. A maior parte dos profissionais de saúde e serviço social carece de conhecimento e base experimental no funcionamento interdisciplinar, gerontologia e geriatria.
- c. As necessidades de cuidados complexos de saúde dos idosos frágeis, bem como a complexidade crescente dos sistemas de saúde e seus componentes de dispensação de saúde exigem conhecimento, treinamento e *expertise* que nenhuma disciplina, isoladamente, consegue fornecer.
- d. No atual sistema de reembolso por serviços de saúde, não há provisão para serviços prestados por grupos interdisciplinares. Não há incentivo para este tipo de reembolso, e permanecem os pagamentos por atos profissionais individuais.
- e. Há escassez de literatura científica rigorosa sobre os resultados ou manejos, treinamento, prática e educação na área geriátrica.

Fonte: American Geriatrics Society (1995).

Apesar da data da publicação, infelizmente, e em especial no Brasil, estas conclusões são de uma atualidade pungente. Não há um período de discussão e treinamento sobre interdisciplinaridade, em qualquer disciplina da área médica, há pouco tempo em outras áreas de saúde no currículo de graduação das universidades brasileiras. Mudanças curriculares são prementes. Conceitos de trabalho de equipe, retorno de informações, negociação de papéis, análise e resolução de conflitos, identificação interativa de problemas e solução criativa de problemas, para dar alguns exemplos básicos do funcionamento de uma equipe, devem ser inicialmente ensinados em uma sala de aula. Em seguida, estes conceitos precisam ser treinados em aulas práticas para que se tornem comportamentos conscientes no âmbito individual e coletivo. O aprendizado de nova linguagem comum com seus jargões, metáforas, valores e cultura de uma equipe é crítico para que um profissional se torne um personagem produtivo em uma equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS


LIPSCHITZ, S. Comprehensive geriatric assessment. **Continuing Medical Education**, v. 25, n. 9, 2007.

OSTERWEIL D., BRUMMEL-SMITH, K., BECK J. C. **Comprehensive Geriatric Assessment**. McGraw-Hill, 2000. 838 pp

PAIXÃO-JR C. M., REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n.1, p. 7-19, 2005.

STUCK, A. E., ILIFFE, S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. **BMJ**, v. 343, 2011.

STUCK, A. E. et al. "Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials." **The Lancet**, v. 342, n. 8878, p. 1032-1036, 1993.



SEÇÃO 1
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

INTRODUÇÃO

O objetivo primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é a recuperação, a manutenção da funcionalidade e a promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, e a avaliação deste segmento etário deve centrar suas investigações na capacidade funcional. Esta pode ser entendida como o potencial que o indivíduo apresenta para viver desempenhar de modo independente as atividades diárias. Quanto maior a sua funcionalidade melhor será o desempenho nas tarefas diárias e menor será a possibilidade de necessitar da ajuda de terceiros.

O objetivo deste protocolo é apresentar os instrumentos que podem fazer parte do processo de triagem, uma etapa do cuidado destinada a conhecer o nível de capacidade funcional do indivíduo que chega a uma unidade de atenção geriátrica, ou a uma unidade de atenção básica, assim como auxiliar a tomar decisões quanto ao fluxo a ser seguido.

Na prática geriátrica interessa à equipe identificar as condições que possam levar à perda de funções – o que geralmente é feito com o uso de instrumentos de rastreio. Uma vez identificadas as condições geradoras de dependência, podem ser tomadas decisões que permitam a recuperação da área que apresenta anormalidade, além de se adotarem medidas que possibilitem a preservação da funcionalidade.

A triagem é um processo utilizado para classificar as prioridades de atendimento do indivíduo em uma unidade de saúde. É um procedimento simples, porém, depende de padronização e treinamento básico da equipe de saúde para a aplicação de instrumentos breves de rastreio. Eles podem ser utilizados por qualquer categoria profissional, sendo sugerida a realização pelo técnico responsável pelo acolhimento do usuário no serviço de saúde.

Uma boa estratégia para se iniciar uma triagem é a avaliação funcional breve (AFB), utilizando, por exemplo, um instrumento de rastreio multidimensional. (geronlab.com)

Este instrumento foi utilizado durante os anos iniciais do Serviço de Geriatria Prof. Mario Antônio Sayeg, na Policlínica Piquet Carneiro, de forma a padronizar os critérios de elegibilidade para acompanhamento na unidade. Na época, eram encaminhados para o serviço idosos sem prévia avaliação, tendo como única justificativa de encaminhamento a idade do indivíduo.

Ao longo dos anos, o serviço foi se tornando referência para atenção ao idoso com síndromes geriátricas, tornando o rastreio dispensável, uma vez que a maioria dos indivíduos encaminhados preenchem as condições para inclusão na estrutura de avaliação geriátrica ampla e reabilitação funcional, não havendo mais a necessidade deste rastreio. No entanto, ele poderá ser útil em serviços que estejam recebendo o idoso pela primeira vez e sem qualquer impressão diagnóstica sobre a sua funcionalidade.

O instrumento avalia onze situações que podem comprometer a capacidade funcional: diminuição da visão e da audição, incontinência urinária, incapacidade para realizar atividades de vida diária, habilidade motora em membros superiores, alteração no equilíbrio e na marcha, alteração no estado nutricional, declínio cognitivo, alteração do humor, perigos potenciais no ambiente domiciliar e ausência de suporte social.

A anormalidade em itens isolados ou em conjunto com os demais itens pode levar o indivíduo à condição de dependência e suas consequências (Tabela 1). Parte das incapacidades pode ser recuperada com procedimentos de baixa ou média complexidade (Tabela 2), fazendo com que o indivíduo desempenhe suas atividades sem a necessidade da ajuda de terceiros. A falha em identificar a instalação da incapacidade funcional pode gerar consequências que sobrecarregam ainda mais o sistema de saúde.

Tabela 1. Consequências da incapacidade funcional não avaliada

Área de teste	Consequências
Visão	Falta de interesse pela leitura, acidentes domésticos, isolamento.
Audição	Diminuição da participação em atividades sociais, isolamento.
Incontinência urinária	Infecção urinária, constrangimento, diminuição da atividade sexual, isolamento.
ABVD/AIVD	Imobilidade, constante necessidade de ajuda de terceiros.
Função dos braços	Incapacidade para realização de movimentos finos como se pentear, se vestir e se alimentar.
Função de pernas	Imobilidade, instabilidade postural, quedas.
Nutrição	Presença de alguma comorbidade que necessite de avaliações e/ou procedimentos mais complexos.
Estado mental	Ausência de tratamento adequado, sobretudo orientações aos familiares.

Tabela 1. Consequências da incapacidade funcional não avaliada (cont.)

Área de teste	Consequências
Depressão	Ausência de tratamento adequado, isolamento.
Ambiente domiciliar	Acidentes domésticos.
Suporte social	Impossibilidade de reorganização da estrutura familiar.

Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: ABVD/AIVD: Atividades Básicas de Vida Diária/Atividades Instrumentais de Vida Diária; MEEM: Miniexame do Estado Mental; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 2. Tomada de decisões para as avaliações de áreas que sugerem anormalidade

Área de teste anormal	Procedimentos para resgate da função ou orientações de conduta
Visão	Encaminhamento para um exame da acuidade visual.
Audição	Encaminhamento para avaliação com otorrinolaringologista e para exame audiológico.
Incontinência urinária	Encaminhamento para avaliação uroginecológica.
ABVD/AIVD	Ampliar a avaliação com o uso de instrumentos de avaliação de atividades de vida diária e realização de entrevista subjetiva com o acompanhante para identificar o foco do problema. Encaminhamento para avaliação motora e funcional.
Função dos braços	Ampliar a avaliação com outros instrumentos aplicados por profissionais da área de reabilitação.
Função de pernas	Ampliar a avaliação com outros instrumentos aplicados por profissionais da área de reabilitação.
Nutrição	Ampliar a investigação com uso de avaliação nutricional.
Estado mental	Ampliar a investigação aplicando o MEEM e outros instrumentos intermediários.
Depressão	Ampliar a investigação aplicando a EDG
Ambiente domiciliar	Fornecer orientações básicas sobre ações que possam evitar acidentes.
Suporte social	Identificar membros da rede pessoal do indivíduo que possam fornecer suporte.

Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: ABVD/AIVD: Atividades Básicas de Vida Diária/Atividades Instrumentais de Vida Diária; MEEM: Miniexame do Estado Mental; EDG: Escala de Depressão Geriátrica.

Para complementar a AFB, nos casos de anormalidade apresentada, o profissional pode lançar mão de outros instrumentos de rastreio que são comumente utilizados na assistência geriátrica. Tais instrumentos não são apropriados para estabelecer diagnósticos. Porém, se constituem em ferramenta para identificar perdas funcionais que podem sinalizar declínio gerador de dependência.

Instrumentos de rastreio que complementam a AFB:

- Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).
- Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).
- Miniavaliação Nutricional (MAN).
- Miniexame do Estado Mental (MEEM).
- Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

► Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (geronlab.com)

Instrumento utilizado para aferir a capacidade do indivíduo para realizar tarefas condizentes com seu autocuidado sem necessitar da ajuda de terceiros. É composto por seis itens que demonstram se o idoso pode realizar a atividade de forma independente ou se necessita de assistência.

► Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (geronlab.com)

Trata-se de um instrumento utilizado para aferir a capacidade do indivíduo para realizar tarefas rotineiras que o mantêm independente na administração cotidiana do domicílio. É composto por sete itens, como administração financeira, possibilidade de locomoção fora do domicílio, etc.

Ambos os instrumentos devem ser aplicados também ao acompanhante, de modo a confirmar as respostas. O avaliador deve, antes de iniciar a aplicação das escalas, informar que elas serão aplicadas duas vezes, uma no idoso e outra no acompanhante para entender como este percebe o desempenho do indivíduo que está sendo avaliado.

Os resultados não devem ser considerados de maneira isolada de uma avaliação subjetiva, com informações complementares. Estas podem ser colhidas a partir do relato do acompanhante, com o objetivo de deixar claro para os demais membros da equipe o tipo de dependência apresentada, ou seja:

- Temporária ou permanente.
- Por incapacidade motora decorrente de algum acidente ou por perda cognitiva.
- Por existir alguém que realiza tarefa por superproteção da família.
- Se o indivíduo nunca realizou aquela atividade.

► Miniavaliação Nutricional (geronlab.com)

Trata-se de questionário breve composto por 18 itens. É dividido em dois módulos; o primeiro é considerado uma triagem dos problemas nutricionais no qual, ao final, se o escore for maior ou igual a 12 pontos, não será necessário prosseguir. Caso a pontuação seja menor ou igual a 11 pontos, será necessário prosseguir aferindo os demais itens que compõem o segundo módulo – denominado avaliação global – e é composto por 12 questões (G a R), com o máximo de 16 pontos. O escore final da avaliação é o somatório da pontuação

obtida no primeiro módulo com o segundo módulo, podendo totalizar até 30 pontos. O resultado apresenta a seguinte estratificação:

- 24 pontos = idoso eutrófico;
- 17 a 23,5 pontos = idoso em risco de desnutrição;
- < 17 pontos = idoso desnutrido.

Na aplicação da MAN o acompanhante pode ser consultado com o objetivo de confirmar as informações.

► **Miniexame do Estado Mental (geronlab.com)**

O MEEM possui dezenove itens distribuídos pelos seguintes domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem. Deve ser aplicado somente no idoso. É importante não haver nenhuma interferência do acompanhante.

Escores utilizados

- Analfabetos com teste inferior a 19: sugestivo de declínio cognitivo.
- Indivíduos com mais de 1 ano de escolaridade com teste inferior a 24: sugestivo de declínio cognitivo.

► **Escala de Depressão Geriátrica (geronlab.com)**

A EDG é utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Ela pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado de qualquer área da saúde. É de aplicação exclusiva no idoso.

Contagem dos pontos

- Resposta igual a que está entre parênteses conta 1 (um) ponto.
- Resposta diferente da que está entre parênteses conta 0 (zero).
- Escore superior a cinco é sugestivo de depressão.

A triagem realizada por meio de instrumentos de aferição de atividades de vida diária, da cognição, do humor e do estado nutricional constitui parte importante da avaliação multidimensional e fornece à equipe um retrato das condições para o exercício de vida autônoma e independente do idoso em avaliação. Os resultados obtidos pela aferição dos instrumentos podem ser úteis nos serviços de atenção secundária, para direcionar a avaliação geriátrica ampla, uma vez que indica para os demais membros da equipe quais as áreas necessitam de uma análise mais acurada. Nos serviços de atenção primária, servirão para a tomada de decisão visando ao encaminhamento do indivíduo para a rede especializada.

REFERÊNCIAS

LACHS, M. S. et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. **Annals of Internal Medicine**, v. 112, p. 699-706, 1990.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LAWTON, M. P. et al. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LOURENÇO, R. A. et al. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais [Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. **Rev Saúde Pública**, v. 40, p. 712-719, 2006.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psiquiatri Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49.

INTRODUÇÃO

A atuação geriátrica requer uma ação multidisciplinar que permita um olhar ampliado sobre o que acomete o indivíduo em avaliação. Não obstante problemas biológicos serem os principais responsáveis pela busca de atenção clínica, em geral, uma série de questões sociais atravessam tais problemas e merecem um olhar diferenciado e aprofundado de forma a colaborar com a construção de um plano terapêutico adequado.

A avaliação social é realizada com o objetivo de conhecer a realidade do usuário do serviço e suas interações no contexto em que está inserido. Nesta avaliação são analisadas as condições socioeconômicas, bem como os riscos sociais e os conflitos na dinâmica familiar que podem interferir no restabelecimento da saúde do indivíduo ou podem estar influenciando no aparecimento de novos problemas que afetam a sua saúde. Ela pode ser realizada por meio de instrumentos específicos que avaliam as várias dimensões sociais, tais como suporte social, bem-estar subjetivo, rede de suporte, etc.

A entrevista é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação social, e possibilita ao assistente social o conhecimento das reais demandas, tanto explícitas quanto implícitas. Ela tem como objetivos:

- Conhecer o usuário e a sua demanda.
- Reunir condições efetivas de intervenção profissional.

Por meio da avaliação social se obtém uma visão integral do sujeito que adoece, favorecendo maior compreensão das implicações socioculturais na saúde, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Dimensões, itens e condições que devem ser analisadas em uma entrevista inicial na avaliação social

Dimensões	Itens	Condições avaliadas
Rede social	Características estruturais da rede social pessoal	Vive só ou acompanhado Número de pessoas que compõem a rede Periodicidade da convivência entre os membros Disponibilidade de convivência
	Características das relações extra rede pessoal	Vizinhos Amigos Participação em grupos sociais ou religiosos
Situação econômica	Aspectos financeiros	Conta com benefícios previdenciários É chefe de família Não possui renda Ainda trabalha
Habitação	Condições de moradia	Moradia própria Saneamento básico Acesso
Risco social	Situações recentes	Morte de pessoa próxima Mudança de casa Perda financeira Separação na família Cuidador de familiar dependente Familiares próximos que fazem uso de álcool ou drogas

Fonte: Autoria própria (2017).

► Avaliando a rede social

Uma das primeiras dimensões a ser estudada na avaliação social é a rede social na qual este idoso está inserido. Kane (1995) define a rede social como a teia de relações e contatos na vida de um indivíduo. É a partir do conhecimento desta rede que a equipe multiprofissional poderá planejar a melhor conduta a ser implementada.

Papéis e funções da rede social:

- Oferecer companhia.
- Proporcionar apoio emocional.
- Servir como guia de conselhos e regulação social.
- Fornecer ajuda material.
- Facilitar o acesso a novos contatos.

Além de conhecer a rede, o profissional deve atentar para as suas características estruturais:

- Número de pessoas que a compõe.
- Como estas pessoas se relacionam.
- Como essa rede é composta.
- História do vínculo entre seus integrantes.

Após o entendimento sobre a constituição da rede social pessoal do idoso em avaliação, o profissional deve buscar conhecer como este suporte social é oferecido. No Brasil, país onde as políticas públicas passam por constante desmantelamentos, a família é a maior provedora de suporte. Contudo, mais importante que avaliar o suporte social no seu aspecto quantitativo, é avaliar se o indivíduo recebe o mínimo suporte. Deve-se considerar:

- Com quem a pessoa pode contar quando precisa de ajuda.
- Qual a periodicidade do contato que mantém com seus parentes mais próximos.
- Como é a convivência com amigos e a periodicidade de contato.
- Qual a disponibilidade das pessoas fornecerem suporte.

AVALIANDO A SITUAÇÃO ECONÔMICA E HABITACIONAL

Os fatores econômicos, assim como as condições habitacionais, podem impactar significativamente a vida de uma pessoa. Eles são determinantes de qualidade de vida e estão diretamente relacionados à saúde física e emocional. Tais dimensões na avaliação são responsáveis pela definição da conduta terapêutica adotada por uma equipe. A precariedade recursos financeiros e a inexistência de ambiente domiciliar em boas condições impedem a adoção de medidas adequadas para um pronto restabelecimento.

Principais aspectos a serem analisados na avaliação da situação econômica:

- A renda mensal.
- A origem da renda.
- O gasto mensal.
- Se ainda exerce atividade laborativa e que tipo de atividade.
- Se é chefe de família.
- Se possui empréstimo consignado.
- Se outras pessoas da família fazem uso de sua renda mensal.

A avaliação da situação financeira pode ajudar o profissional a identificar sérios casos de abuso financeiro. No momento desta avaliação o profissional deve ser capaz de avaliar se a renda do idoso é compatível com a forma como ele se apresenta, sobretudo no seu estado geral de cuidado. A informação sobre o tipo de trabalho que realizou ao longo da vida também pode contribuir com as demais avaliações da equipe para o estabelecimento de diagnósticos cognitivos, além de contribuir para que profissional e usuário possam pensar em atividades prazerosas relacionadas à construção de novos projetos de vida.

Principais aspectos a serem analisados na avaliação da situação habitacional:

- Tipo de moradia.
- A quem pertence a moradia.

- Condições de acesso.
- Quantas pessoas residem no domicílio.
- Condições de saneamento.

Ao analisar este item o profissional conhecerá, não somente a qualidade do local de moradia, mas o bem-estar do idoso no local de moradia. Neste momento o profissional pode, por exemplo, identificar as relações de poder dentro do domicílio avaliando se o idoso mora de favor no domicílio ou outras pessoas moram de favor no domicílio do idoso. Muitos casos de violência contra idosos, estão relacionados às relações de poder e dependência, além dos conflitos causados por uso de moradia em comum.

AVALIANDO AS SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL

Dimensão de caráter subjetivo que deve ser direcionada ao idoso não apenas para saber se aconteceu alguma das situações descritas na Tabela 2, mas sim, se alguma das situações repercutiu de maneira negativa na sua vida. Situações como estas podem ser impulsionadoras de problemas que causem isolamento, solidão, angústia, desespero, e podem contribuir até para o desenvolvimento de quadros de depressão.

Tabela 2. Avaliação das situações de risco social de idosos

Situações de risco social	Avaliação
Morte de pessoa próxima	Indagar se houve falecimento recente de alguma pessoa importante para o idoso. Situações de luto podem ser trabalhadas junto a outros profissionais da equipe.
Mudança de casa	Buscar saber se houve mudança de casa por algum motivo que foi contra a vontade do idoso. Idosos, geralmente, sofrem ao ter que deixar espaços que construíram ou em que viveram a maior parte da vida.
Separação conjugal	Indagar sobre separação de pessoas importantes na vida do idoso. Pais, geralmente, tendem a sofrer com o rompimento das relações de seus filhos, avós da mesma forma. Além disso, uma separação pode significar um retorno à casa ocasionando uma condição de dependência.
Perdas financeiras	Identificar se houve perdas financeiras importantes que possam estar causando problemas na vida do idoso. Caso tenha acontecido, indagar o tipo de perda. Não raro, idosos têm seus bens subtraídos por familiares.
Cuidador de pessoa dependente	Identificar se cuida de pessoa doente ou em condição que cause sobrecarga e estresse.
Uso abusivo de álcool ou de drogas	Identificar se existe algum familiar que faz uso de álcool ou de drogas, gerando situações de risco ou de estresse para o idoso, ou se tal situação gera ônus financeiro ou emocional.

Fonte: Autoria própria (2017).

Ao término da avaliação social inicial, caso o profissional necessite ampliar sua visão de maneira mais objetiva, poderá lançar mão de instrumentos que permitam uma análise mais acurada da situação apresentada, por exemplo, a avaliação do apoio familiar e da satisfação com o suporte recebido.

AVALIANDO O APOIO SOCIAL

Alguns instrumentos de avaliação do apoio social estão disponíveis no estudo de Domingues (2012). No entanto, a escala de apoio social utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) foi validada para uso no Brasil e vem sendo utilizada em serviços de atenção ao idoso. Trata-se de importante instrumento para avaliar a percepção e qualidade do apoio recebido.

É uma escala composta por 19 itens, agrupada por suas funções nas cinco dimensões de apoio social: apoio emocional, apoio de informação, apoio material, apoio afetivo e apoio do tipo interação social positiva, e com cinco opções de resposta: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = quase sempre e 5 = sempre. Não existem pontos de corte que classifiquem o apoio. No entanto, quanto maior a pontuação, melhor a percepção de apoio recebido.

AVALIANDO O SUPORTE SOCIAL

Para avaliar a satisfação com o suporte que é destinado ao idoso, o profissional pode utilizar o APGAR, uma das ferramentas utilizadas para aferir tal satisfação, sobretudo com sua família. A denominação APGAR é uma sigla das dimensões avaliadas pelo instrumento: *Adaptation, Participation, Growth, Affection e Resolution*. (geronlab.com)

Ao identificar fragilidade no apoio e na rede de suporte social, o profissional deve:

- Discutir com o idoso sobre os principais motivos da fragilidade do suporte.
- Identificar as condições de autonomia e independência.
- Após autorização do idoso, entrar em contato com os demais membros que compõem a rede de suporte.
- Organizar uma reunião para abrir a escuta aos problemas apresentados.
- Buscar, em conjunto com familiares, alternativas que possam melhorar o suporte destinado.
- Buscar a parceria do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Na ausência de uma rede familiar, o profissional deve:

- Identificar outras pessoas da rede pessoal, tais como amigos, vizinhos, integrantes de seu grupo religioso, etc.

- Buscar, em conjunto com estas pessoas, alternativas que possam propiciar maior bem-estar ao idoso.

Na inexistência de qualquer possibilidade de suporte, o profissional deve:

- Se articular com Instituições de Longa Permanência (ILP), conforme os critérios de elegibilidade.
- Acionar o Ministério Público para as medidas cabíveis.

Além da avaliação do apoio e suporte social, outras seguem com a mesma importância na análise da dinâmica familiar e do contexto no qual o idoso está inserido, tais como a avaliação da sobrecarga, da cognição e, nos casos de suspeita de maus-tratos, a avaliação da situação geradora de violência. (Protocolo 30).

AVALIANDO A SOBRECARGA DE QUEM CUIDA

A análise da sobrecarga é uma medida interessante tanto na avaliação do idoso quanto na avaliação de seu acompanhante. Um indivíduo sobrecarregado pela tarefa de cuidar pode perder o equilíbrio emocional, pode maltratar e pode até adoecer em decorrência dos problemas gerados pelo seu estado. É grande o número de idosos que demandam cuidados de terceiros, e gradativamente o número de pessoas idosas cuidando de seus familiares aumenta gradativamente. A Escala de Sobrecarga de Zarit é o instrumento mais utilizado para a aferição da sobrecarga (geronlab.com).

Se for identificado estado de sobrecarga de moderado a alto, o profissional deve:

- Acionar a família para buscar alternativas de divisão de tarefas.
- Encaminhar para grupos de orientação e suporte emocional.
- Buscar parceria com o CRAS para fortalecer o trabalho com a rede familiar.

AVALIANDO A COGNIÇÃO

A impressão do familiar a respeito do desempenho do idoso nas atividades cotidianas é fundamental para colaborar com a avaliação dos demais membros da equipe multidisciplinar. Por outro lado, nem sempre a família consegue compreender que determinadas ações de indivíduos idosos estão associadas ao declínio cognitivo. Esta falta de conhecimento pode gerar situações conflitantes e mal interpretadas. Não raro, ao se aplicarem instrumentos de avaliação para este fim, o familiar entra em contato com situações as quais não se destinava a entender. Instrumentos desenhados para a obtenção de informações dos acompanhantes conhecedores do comportamento habitual

do idoso são excelentes ferramentas de avaliação. Destacam-se aqui dois instrumentos: o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* – IQCODE-BR (Sanchez & Lourenço, 2013) (geronlab.com) e o Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Activities Questionnaire*) – FAQ (Sanchez *et al.*, 2011) (geronlab.com).

Este conjunto de avaliações propicia um maior conhecimento acerca das condições de vida do idoso, da dinâmica familiar, das possibilidades e limites de uma adesão ao plano terapêutico proposto, além de contribuir com a prática interdisciplinar, tanto no acompanhamento ambulatorial quanto em períodos de internação hospitalar, sendo a atuação em períodos de internação mais complexa. Ainda que o profissional estabeleça um vínculo com a família de modo a prepará-la para a alta do idoso, a inexistência de recursos auxiliares para um pós-alta com qualidade é um fator negativo. Os obstáculos são muitos, o que acarreta o abandono. Nestas circunstâncias, uma parceria com o CRAS e Ministério Público pode ser uma alternativa.

REFERÊNCIAS

- DOMINGUES, M. A. R. C. et al. Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 6, p. 333-354, 2012.
- KANE, R. A. Assessment of social function: recommendations for comprehensive geriatric assessment. In: Rubenstein L.Z, Wieland D, Benrabi R, editors. *Geriatric Assessment Technology: The state of the Art*. New York: Springer Publish; 1995. p. 91-110.
- SANCHEZ, M.A.S; CORREA, P.C.R; LOURENÇO, R.A. Cross-cultural Adaptation of the "Functional Activities Questionnaire - FAQ" for use in Brazil. *Dement Neuropsychol*, v. 5, n. 4, p. 322-327, 2011.
- SANCHEZ, M.A. S; LOURENÇO, R. A. Screening for dementia: Brazilian version of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline on the Elderly and its psychometric properties. *Geriatr Gerontol Int*. v. 13, p. 687–693, 2013.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*; Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Graciete Saraiva Marques

Dayse Carvalho do
NascimentoRosa Maria Fernambel
Marques e Silva

Graziela Santana Borges

Clícia Vieira Cunha

Fernanda Rocha Rodrigues

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo heterogêneo, dinâmico e progressivo. O envelhecimento humano traz desafios à saúde pública, e para nortear as políticas de saúde faz-se necessário identificar o estado funcional do idoso, com o objetivo de delinear o perfil de saúde e riscos desta população. Existem idosos ativos e saudáveis (autônomos e independentes), porém há aqueles frágeis, com redução progressiva de capacidade funcional, que apresentam maior demanda por serviços de saúde. Essa heterogeneidade dos perfis de idosos sugere diferentes prioridades nas ações e no encaminhamento aos serviços de saúde geriátricos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares.

Em termos de classificação para as diferentes abordagens, as seguintes situações são consideradas de risco:

- Idade acima de 80 anos.
- Idade acima de 60 anos com as seguintes características:
 - polipatologias (3 ou mais diagnósticos);
 - polifarmácia (5 ou mais drogas/dia);
 - imobilidade parcial ou total;
 - incontinência urinária ou fecal;
 - instabilidade postural;
 - quedas de repetição;
 - declínio cognitivo:
 - síndrome demencial;
 - depressão;
 - *delirium*.
- História de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar.
- Dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVDs).
- Ausência de suporte familiar e em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias como institucionalizados.

O plano de cuidado para o idoso traçado pelo Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), orienta o atendimento em níveis hierárquicos, de acordo com o grau de dependência e complexidade das ações e reforça o pressuposto básico do risco de fragilidade que define o grau de atenção que o idoso necessita. Infere-se como melhor estratégia o acompanhamento da saúde, visando a identificação precoce e o monitoramento de agravos, ou seja, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção. O MS, além de reforçar que saúde não é sinônimo de assistência médica, ressalta que sem o cuidado ambulatorial e domiciliar, e, ainda, sem as instâncias intermediárias de apoio ou, eventualmente, o cuidado específico hospitalar, não se pode restabelecer a saúde. Nesse contexto, faz-se necessário, nas esferas ambulatorial e hospitalar, ter uma equipe multidisciplinar com capacitação gerontológica para atendimento especializado e diversificado, com o objetivo de avaliar e traçar as melhores condutas possíveis considerando as demandas individuais do idoso.

No âmbito da enfermagem, a prática de cuidados em saúde é função essencial da profissão, reforçando o papel de ajudar as pessoas a realizar sua capacidade funcional ao máximo, independente do seu estado de saúde e faixa etária. Enfatizamos a crescente formação de enfermeiros na área gerontológica como indispensável na formação básica para integrá-los aos tipos de cuidados especiais dessa população, correspondentes a necessidades específicas:

- nutrição, hidratação e eliminação;
- integridade da pele, mucosa e anexos;
- locomoção e mobilidade;
- sono e repouso;
- sensorial;
- proteção às infecções oportunistas;
- segurança, enquanto estiver hospitalizado;
- cirúrgicas;
- acolhimento no fim da vida.

O idoso apresenta demandas específicas em relação aos demais grupos etários, necessitando dos serviços de saúde com mais frequência por um longo período. Os profissionais devem oferecer atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde desse grupo populacional. O enfermeiro deve exercer um cuidado competente visando o benefício dos seus clientes com base no respeito à dignidade humana, na responsabilidade, na justiça, na autonomia, na boa interação com a equipe de saúde e o paciente/familiar/cuidador. Esse tipo de abordagem deve partir de um planejamento das ações, com questões inerentes ao processo de envelhecimento que estimulem a autonomia dos usuários, assim como o envolvimento do cuidador/familiar.

No cenário ambulatorial, o enfermeiro realiza a consulta específica (Resolução do COFEN 358/2009), na qual, dentre outras ações, deve:

- Realizar uma escuta minuciosa para identificar os problemas específicos do paciente e direcioná-la para a melhor estratégia de cuidado.
- Avaliar a capacidade funcional, autonomia e perdas na qualidade de vida por meio de instrumentos.
- Estimular e orientar os cuidados básicos com alimentação, hidratação, mobilidade, pele e eliminação.
- Garantir o embasamento científico e a sensibilidade na assistência.

Nesse sentido, a consulta do enfermeiro, tem como foco:

- Identificar situações de saúde/doença.
- Prescrever e implementar ações de enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade.

Na condição de educadores, os enfermeiros também reforçam a sua equipe por meio da educação continuada, implementando grupos educativos voltados para família e cuidador, com o objetivo de diminuir as atitudes preconceituosas com o idoso e promover mudanças de concepção sobre o processo de envelhecimento. Um tema especial trata do uso de medicamentos prescritos e das possibilidades de efeitos adversos e de erros na utilização, visto que nem sempre são usados de maneira organizada e planejada. Assim, em cada diferente cenário, a presença da figura do familiar, cuidador e profissional de enfermagem é essencial para centralizar nesses espaços e oferecer segurança ao cuidado.

Ainda sob o aspecto educativo, destacamos a importância das atividades de sala de espera, que acontece enquanto o paciente aguarda a consulta ambulatorial. O resultado tem se mostrado positivo tanto para o idoso envolvido quanto para os profissionais, pois permitem troca de experiências, aprendizado, compartilhamento de dúvidas, extravasamento da ansiedade e dos medos, além de estimular a criatividade, promover reflexões, mudanças e até uma nova maneira de aprender a viver com qualidade. Assim, as ações educativas devem ser consistentes, esclarecedoras, de fácil compreensão, oferecendo segurança e buscando favorecer uma relação harmoniosa entre o binômio paciente/cuidador e envolver parceria com toda a equipe multidisciplinar.

Destacamos que não é fácil a construção deste tipo de estratégia educativa, como a dinâmica de grupo, pois há obstáculos. Como exemplo, citamos a formação acadêmica do profissional de saúde, comumente centrado no ensino clínico com foco em técnicas e cuidados físicos, sujeitos à falta de apoio institucional ou de membros da equipe. A dinâmica de grupo vai além de um saber pragmático, pois exige como critério a criatividade, a busca de soluções

de casos imprevisíveis com o propósito de preparar os indivíduos para serem independentes, capazes de tomar suas próprias decisões.

Oferecemos alguns exemplos destes formatos de interação, por meio de fotos (Figuras 1 a 4) de atividades desenvolvidas pelas autoras no Hospital Universitário Pedro Ernesto e na Policlínica Piquet Carneiro:

Figura 1. Grupo de apoio no HUPE



Fonte: Marques (2014).

Figura 2. Orientações para o idoso estomizado



Fonte: Marques (2013).

No contexto ambulatorial de atenção primária, uma atividade permanente dos profissionais de saúde deve ser o acolhimento do idoso visando identificar riscos para a saúde. O enfermeiro se insere nesse aspecto da atenção desempenhando papel valioso, colaborando com outros membros da equipe multidisciplinar na avaliação e no encaminhamento para outras unidades. Para citar um exemplo, ele encaminha o idoso fragilizado (com múltiplas síndromes

geriátricas ou perda de capacidade funcional) para unidades especializadas que ofereçam diagnóstico, tratamento e reabilitação adequados.

Alguns aspectos da fragilização do idoso são transversais a todos os ambientes de cuidado: domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Os profissionais devem planejar e orientar ações básicas que visem:

- prevenir o risco de quedas;
- estimular a aceitação da alimentação;
- reforçar a higiene bucal;
- valorizar a prática de exercícios ou atividades físicas.

Figura 3. Consulta ambulatorial



Fonte: Marques *et al.* (2016).

No que se refere ao contexto hospitalar assistencial, a enfermagem deve manter atenção às características físicas, psicológicas e culturais próprias do envelhecimento. É imperioso que esses profissionais sejam éticos no cuidado, ajam de forma humanizada para reconhecer as especificidades do paciente idoso, estimulem sua independência, garantam o seu acesso aos recursos terapêuticos disponíveis, respeitem sua autonomia, sempre com boas práticas nos cuidados prestados visando à segurança do paciente. O MS indica a hospitalização apenas para os eventos agudos da doença crônica, preferencialmente por um período curto. Desta forma, o hospital é reconhecido em sua capacidade no processo de recuperação de um doente no menor período possível. Após a remissão da fase aguda, o hospital de baixa complexidade ou

assistência domiciliar deverá ser o melhor local de continuidade do tratamento. A hospitalização de longa permanência é indicada para casos de cuidados paliativos na fase terminal.

Para os enfermeiros, é importante nortear as ações desenvolvidas para o idoso, empregando-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio de planos de cuidados individualizados, com reavaliações constantes para garantir segurança na terapêutica proposta. Assim, deve-se lançar mão de protocolos institucionais, com fins de orientar e padronizar as etapas de cada procedimento e evitar eventos adversos.

Figura 4. Ações assistenciais com idoso hospitalizado



Fonte: Marques (2013).

Por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, o MS, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). O tema segurança do paciente tem gerado amplas discussões com o objetivo de contribuir para a melhora nos cuidados em saúde e promover maior segurança no manejo dos pacientes atendidos em estabelecimentos de saúde. A partir de 2013, a obrigatoriedade da implantação nos serviços de saúde do Núcleo de Segurança ao Paciente forneceu estratégias de ações para a promoção da segurança do paciente, além de orientar a vigilância e o monitoramento de eventos adversos. Os eventos adversos são definidos como incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, podendo este ser físico, social e psicológico, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

O crescimento da população idosa gera um aumento de internações em ambientes que apresentam de antemão deficiências de infraestrutura e insuficiência de programas específicos de atendimento ao idoso. Algumas questões específicas incluem infecções hospitalares, complicações cirúrgicas, procedimentos terapêuticos relacionados às drogas, lesões por pressão, quedas do leito.

No momento da alta hospitalar, o enfermeiro deve traçar um plano com registro fidedigno do caso assim como dar orientações precisas aos familiares ou cuidadores. Ressaltamos que se utilize de uma evolução apropriada e pontual das alterações encontradas, considerando os aspectos legais envolvidos desde a admissão até a alta hospitalar. Recomenda-se o encaminhamento, se necessário, para o ambulatório específico ou da clínica de origem do paciente, preferencialmente de cuidados geriátricos.

Com relação ao cuidador, destacamos alguns aspectos relevantes. Em geral, trata-se de um familiar idoso cuidando de outro idoso, com diversas responsabilidades, preocupado em aprender técnicas para lidar com seu parente no domicílio, sem tempo para socialização, carente de informações e recursos, estressado, sobrecarregado, apresentando problemas de saúde e negligenciando seu autocuidado e sem possibilidade de revezamento no cuidado prestado. Não esqueçamos que o receptor dos cuidados, o idoso, pode ser alguém fragilizado, com temor da dependência temporária ou definitiva dos cuidados de uma segunda pessoa.

A atribuição de papéis e as tarefas de cuidar seguem normas culturais tradicionais. No contexto brasileiro, em geral, essas normas exigem do homem o sustento e a sobrevivência material da família, além da autoridade moral, e da mulher, a organização da vida familiar, o cuidado com filhos, com idosos e com tudo o que se relacione ao domicílio.

Assim, o período do atendimento no ambiente geriátrico deve ser percebido pelos profissionais como o mais propício para aproximar, observar e indagar sobre estresse, cansaço, sentimentos como raiva, culpa, suas dificuldades e limitações no dia a dia do cuidado. Ao mesmo tempo, deve-se atentar para a realidade das condições econômicas, sociais e locais que podem ser oferecidas em domicílio, visando alcançar a meta do planejamento de cuidados na comunidade compatível com o modo de vida da família como um todo.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. BRASIL. **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro. 2012. 62 p. Disponível em:

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. (orgs.). **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri, SP: Manole, 2012. 436p.

LOURENÇO, R. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-8, 2005.

VERAS, R. P. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. **J. Bras. Econ. Saúde**, v. 3, n. 3, p. 31-39, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf>. Acesso em: 10/04/2017.

INTRODUÇÃO

O indivíduo idoso frágil é o alvo primordial da avaliação funcional multidisciplinar, denominada Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Este indivíduo, embora classificado como frágil, independentemente do método de avaliação utilizado (Protocolo 18), pode se apresentar com múltiplos problemas, muitas vezes em diversos sistemas e certamente necessitando de intervenções de múltiplas áreas de atuação profissional.

Faz-se necessário priorizar as demandas, de tal sorte que os problemas e queixas mais prementes e graves sejam avaliados prioritariamente. Por este motivo, o formato clássico de anamnese clínica deve ser alterado com vistas a uma avaliação do *status* funcional do indivíduo que chega a um ambulatório geriátrico organizado para realizar a AGA. A participação ativa do paciente e seu familiar/cuidador são essenciais para que tal empreendimento seja bem-sucedido.

Outras funções importantes desta avaliação são: promoção de saúde e prevenção de doenças, rastreamento de condições assintomáticas ou oligossintomáticas, frequentes nesta faixa etária, avaliação de medicações prescritas e não prescritas, rastreamento de abuso ou mau uso de substâncias, problemas psicológicos e sociais, incluindo risco de violência doméstica.

DA AVALIAÇÃO AOS EXAMES LABORATORIAIS

► Objetivos

Promover, por meio de técnicas próprias ao campo médico, e em estreita colaboração com os outros membros da equipe, intervenções visando à prevenção, promoção e recuperação da saúde dos idosos atendidos. Em colaboração com outros membros da equipe, identificar e adotar medidas terapêuticas e preventivas frente a:

- Queixas e alterações cognitivas, tais como quadros demenciais.
- Problemas neurológicos, como doença de Parkinson.
- Problemas funcionais, como a perda de capacidade para atividades da vida diária.
- Problemas cardiovasculares, tais como hipertensão arterial sistêmica e doença cerebrovascular.
- Problemas metabólicos, tais como *diabetes mellitus* e hipercolesterolemia.
- Problemas com o controle dos sistemas de eliminação, tais como incontinência urinária e fecal.
- Patologias infecciosas, tais como gripe, pneumonia e infecção urinária.
- Outros problemas próprios da pessoa idosa.
- Participação ativa nas atividades, individualizadas e em grupos, de prevenção de doença e promoção de saúde.

► Observações iniciais

Embora pareça uma obviedade, não custa lembrar que o médico deve atentar, desde o primeiro contato, para a postura, comportamento, vestimenta e interação do idoso com seu ambiente, com o médico e com seus acompanhantes. Pequenos detalhes como o quanto o indivíduo depende do cuidador para se expressar, a passividade, a limpeza geral, podem fornecer informações relevantes sobre a autonomia e a função dele. Uma simples conversa inicial com o paciente e seu acompanhante é muito relevante sob este aspecto.

► Anamnese

O primeiro ponto crucial nesta fase é identificar se o paciente consegue responder às questões, ou mesmo se consegue contar a história de seus problemas sem precisar de auxílio dos acompanhantes. Alguns temas essenciais a serem abordados incluem tabagismo e consumo de outras substâncias como álcool, atividade física regular, polifarmácia e aspecto nutricional, como rotina alimentar, obesidade ou história de desnutrição. A anamnese dirigida também é de fundamental importância, sobretudo para identificar condições subnotificadas ou oligossintomáticas como incontinência urinária ou fecal, sintomas depressivos, perda cognitiva, quedas recentes, dor e dificuldade ao deambular, sintomas da região oral, dificuldades visuais e auditivas. Uma revisão do sistema gastrointestinal também pode revelar informações importantes relacionadas à saúde do paciente.

► Exame físico

A Tabela 1 aponta para alguns itens relevantes do exame físico. No que tange à pressão arterial, alguns aspectos devem ser avaliados. Em primeiro lugar, o exame deve ser feito nas diversas posições de decúbito e de pé, em busca de hipertensão arterial sistêmica, bem como de hipotensão ortostática. Evidências recentes direcionam para a necessidade de métodos mais precisos de avaliação não invasiva, como a medida da pressão arterial ambulatorial, bem como de aparelhos digitais, uma vez que é frequente a síndrome ou hipertensão do jaleco branco.

Por outro lado, a avaliação nutricional do idoso também é assunto complexo, a ser abordado no Protocolo 5. A medida do peso em relação à altura e, especialmente, a informação sobre perda ou ganho recente de peso são dados relevantes a se buscar.

Como mencionado, a prevalência de perdas sensoriais aumenta significativamente com o envelhecimento e podem ter efeitos relevantes sobre a cognição, o humor e a autonomia. Alguns métodos simples de rastreamento podem ser utilizados no que tange à visão e audição, bem como o uso de instrumentos específicos que incluem questionários ou testes de desempenho.

Tabela 1. Exame físico do paciente idoso

Item	Instrumento	Diagnóstico	Intervenção	Intervalo (anos)	Comentários
Pressão arterial	Esfigmomanômetro	Hipertensão arterial	Aconselhamento dietético Uso de anti-hipertensivo	1	Hipertensão sistólica: principal fator de risco CV, hipotensão postural frequente
Composição corporal	Balança Bioimpedância	Obesidade	Aconselhamento dietético	1	---
Visão	Tabela de Snellen Cartão de Jaeger	Perda visual, cataratas, glaucoma, degeneração macular	Correção terapêutica específica	2	Pode estar relacionada a perdas cognitivas Facectomia pode melhorar <i>status</i> funcional
Audição	<i>Hearing handicap inventory for the elderly</i> Teste do sussurro Audioscópio Teste de fricção dos dedos	Perda neurosensorial Presbiacusia Perda de condução	Órteses auditivas Outras terapias	2	Órteses auditivas podem melhorar <i>status</i> funcional
Boca	Inspeção da boca	Cáries Câncer oral Perda dentária	Específico por patologia	1	Geralmente negligenciado Problemas podem afetar o estado nutricional

Tabela 1. Exame físico do paciente idoso (cont.)

Item	Instrumento	Diagnóstico	Intervenção	Intervalo (anos)	Comentários
Pele	Inspeção da pele	Câncer	Específico por patologia	1	Geralmente negligenciado Problemas podem afetar o estado nutricional
Sistema cardiovascular	Avaliação cardiovascular	Sopros Aterosclerose	Específico por patologia	1	---
Sistema reprodutor e mamas	Exame pélvico Papanicolau Exame de mamas	Câncer	Específico por patologia	2	---
Reto	Toque retal	Câncer Pólipos	Excisão	1	---
Marcha/ equilíbrio	<i>Timed up & go</i> Velocidade da marcha	Risco de quedas	Reabilitação Condicionamento	2-3	---
Sistema muscular	Força de preensão manual	Sarcopenia	Reabilitação Condicionamento	2-3	---
Cognição e afeto	MEEM EDG	Perda cognitiva Depressão	Específico por patologia	1	Testes de rastreamento, exame neurológico

Fonte: Applegate (1995).

Legenda: MEEM: Miniexame do Estado Mental; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; CV: cardiovascular.

O exame oral é dos itens mais negligenciados no exame físico, embora problemas relacionados à boca e seus componentes possam influenciar de forma significativa o comportamento e o estado nutricional do indivíduo idoso. De modo semelhante, a pele é uma região esquecida, contudo, especialmente em país de alta incidência de luz solar e com atividades de lazer muito ligadas à exposição solar, um exame cuidadoso de áreas expostas, como a pele da face, pescoço, cabeça, membros inferiores, ombros e tórax, é obrigatório.

A prevalência de doença cardiovascular aumenta significativamente com a idade, a ponto de este grupo etário ser o mais afetado por doença sintomática ou assintomática, chegando a mais da metade dos indivíduos que se apresentam em atendimento ambulatorial. O exame cardiovascular tradicional pode identificar problemas potencialmente sérios e prevalentes, como estenose aórtica. Novas técnicas com aparelhos portáteis, como ecocardiografia de beira de leito, podem melhorar muito a acurácia diagnóstica, e o médico clínico geriatra deve ser treinado com tais tecnologias de ponta.

O rastreamento de câncer em indivíduos idosos possui características peculiares. Em primeiro lugar, evidências indicam que esta faixa etária é negligenciada.

ciada, embora seja, em geral, a mais afetada por estes agravos. Por outro lado, ainda há várias controvérsias, especialmente no que tange ao rastreamento de câncer de próstata, além de algumas questões recentes relacionadas à frequência e necessidade de mamografia antes dos 50 ou após os 75 anos de idade. O câncer da região cervical uterina ainda é um problema grave no Brasil. Muitas mulheres idosas não tiveram acompanhamento ginecológico adequado ao longo de suas vidas e isto deve ser pesquisado. A incidência de câncer de cervix e endométrio aumenta, e exames regulares podem ser necessários, mormente se o acompanhamento foi irregular ao longo da vida da paciente.

► Exames laboratoriais e complementares

Há controvérsias internacionais sobre a necessidade de exames regulares para rastreamento e prevenção de doenças. Exames de dosagem de hormônio estimulante da tireoide podem ser solicitados a cada 5 anos, glicemia e hemoglobina glicosada, anualmente, e exames simples de urina podem ser a cada 3 a 5 anos, respeitando-se certas assunções, como indicadas na Tabela 2. Dosagem de colesterol e suas frações séricas, hemograma, eletrólitos são itens controversos e, provavelmente, a indicação deverá ser individualizada.

Tabela 2. Exames de laboratório na AGA

Exame	Objetivo	Intervenção	Intervalo (anos)	Comentários
Hemograma	Anemia	Específico por patologia	5-10	_____
Bioquímica sérica	Múltiplos	Específico por patologia	5-10	_____
Estudos de lipídios	Aterosclerose	Farmacológica ou dietética com cuidados	5-10	Caros, controversos
Glicemia de jejum, hemoglobina glicosilada	<i>Diabetes mellitus</i>	Dietas, fármacos se necessários	5	Mais importante em pacientes de risco (obesos, outros riscos cardiovasculares, história familiar)
Hormônio estimulante da tireoide	Hipo ou hipertireoidismo	Específico por patologia	5	Especialmente em mulheres Controverso em homens
Urinálise	Infecção, patologia renal	Específico por patologia	3-5	Mais útil em pessoas de risco (história pregressa, procedimento invasivo)
Antígeno específico da próstata	Câncer	Específico por patologia	5	Altamente controverso Individualizar a necessidade

Fonte: Applegate (1995).

► **Imunizações**

O envelhecimento do sistema imune promove modificações que sensibilizam o idoso a certas infecções, especialmente virais, por germes encapsulados, como o pneumococo e o *Haemophilus influenzae*, e micobactérias.

No que tange às imunizações em idosos, a primeira grande recomendação foi dada em 1994, quando vários países iniciaram imunizações nesta população visando à influenza. Entretanto, as políticas de imunização na faixa etária mais velha não têm conseguido alcançar objetivos mínimos de segurança, por conta da veiculação ineficiente das inúmeras evidências apoiando este tipo de intervenção. A administração regular de algumas destas vacinas são atualmente consideradas indispensáveis para o idoso (Tabela 3).

Tabela 3. Plano de imunizações periódicas para o idoso

Vacina	Objetivo	Intervenção	Intervalo (anos)	Comentários
Influenza	Prevenção	Específico por patologia	1	
Pneumococo	Prevenção	Específico por patologia	—	Uma dose de PCV-13 seguida de uma dose de PPV-23 2-6 meses mais tarde
Tétano	Prevenção	Farmacológica ou dietética com cuidados	10	Vacina trivalente tétano, difteria pertussis recomendada
Varicela/zoster	Prevenção	Dietas, fármacos se necessários	5	Parece ser mais efetiva na faixa 60-69 anos
Pertussis	Prevenção	Específico por patologia	—	Vacina trivalente tétano difteria pertussis recomendada

Fonte: SBGG (2016).

A influenza é uma causa importante de óbitos, hospitalizações, exacerbação de doenças cardiopulmonares e pneumonia bacteriana secundária, principalmente no período do inverno. As taxas de mortalidade em idosos aumentam de forma significativa com a idade. Dados internacionais apontam variações de 6,3 por 100.000 em adultos mais jovens que 65 anos, até 358 por 100.000 em adultos com mais de 85 anos. Também, a taxa de hospitalização relacionada varia de 85 por 100.000 a 1.195 por 100.000, entre estas faixas etárias. Esta infecção é altamente contagiosa e muitos sorotipos têm se mostrado particularmente resistentes aos antivirais disponíveis, incluindo oseltamivir. Além disso, várias metanálises recentes que incluíram ensaios clínicos randomizados e controlados indicaram resultados muito relevantes no que tange à imunização em idosos e diminuição de complicações relacionadas à influenza, incluindo mortalidade geral (27-68%), hospitalização

(50-61%), doença respiratória (27-53%) e pneumonia (48-56%). A maior parte das vacinas é de vírus inativados, todas são trivalentes (dois tipos de influenza A e um de influenza B).

De modo semelhante, a imunização para o pneumococo em idosos tem sido apoiada por evidências, no sentido de diminuição de hospitalizações por pneumonia (20%), infecção de corrente sanguínea pelo pneumococo (37%), infecções invasivas por pneumococo (20%), meningite pneumocócica (50%), especialmente relacionadas à diminuição dos sorotipos incluídos na vacina 23-valente de polissacarídeos (PPV-23). Entretanto, as taxas de cobertura sugeridas não têm sido alcançadas (qual seja, 90% dos indivíduos em risco), com números nos Estados Unidos na América, onde a política de vacinação para pneumococo é mais efetiva que no Brasil, em torno de 66,5% para os adultos acima de 65 anos. As recomendações atuais sugerem vacinar todos os indivíduos acima dos 65 anos, possivelmente apenas uma vez, já que níveis séricos protetores de anticorpos têm sido encontrados para além de 10 anos após a imunização. Evidências recentes também sugerem que a imunização com a vacina conjugada 13-valente (PCV-13), 6 meses antes da PPV-23, pode aumentar os níveis de anticorpos protetores em adultos. Em pacientes que já tenham usado a PPV-23, deve-se aguardar 12 meses, pelo menos, para a imunização com PCV-13.

A infecção pelo vírus varicela-zoster é frequente e sua recorrência como herpes zoster pode ser devastadora para o indivíduo idoso. Infecções secundárias, ceratite, neuropatia pós-herpética são alguns exemplos, este último com risco 15 a 27 vezes maior em indivíduos com mais de 50 anos. Algumas evidências apontam para a probabilidade de 10 a 30% dos indivíduos idosos terem recorrência da infecção ao longo de sua vida. Nesse sentido, estudos com a vacina de zoster atenuado em milhares de indivíduos com mais de 60 anos indicou uma redução significativa (48-61%) de casos desta afecção nos indivíduos imunizados. A eficácia da vacina parece ser maior nos indivíduos na faixa de 60 a 69 anos (64% *versus* 38% naqueles com mais de 70 anos). Os benefícios da imunização parecem persistir por 5 anos.

No que tange à vacina para coqueluche, evidências apontam para o aumento desta infecção em idosos, sobretudo por diminuição de anticorpos protetores. Esta faixa etária também parece ser especialmente sensível à infecção pela *Bordetella pertussis*, mormente em instituições de longa permanência, com consequentes aumentos de taxas e períodos de hospitalização mais prolongados. Desse modo, também levando em conta o aumento de risco por difteria e tétano, a vacina mais eficiente deve ser a tríplice (TDaP), por ser imunogênica e com bom perfil de segurança. A recomendação do *Center for Disease Control*, nos Estados Unidos, é que todo paciente acima de 60 anos

receba esta vacina o mais cedo possível. Ainda em relação ao tétano, esta patologia tem sido chamada de “a doença sem desculpas”, pela grande efetividade da imunização do tétano em prevenir este agravo potencialmente fatal e prevalente entre idosos, especialmente aqueles mais frágeis, com feridas de pele e contaminação com fezes.

REFERÊNCIAS

APPLEGATE, W. B. The Medical Evaluation. In: **Geriatric Assessment Technology: State of The Art**. Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. Kurtis-Milano, 1995. p. 41-50.

BRADLEY, S. F. Vaccinations for Older Adults, An Update. **Curr. Geri. Rep.**, v. 3, p. 66-72, 2014.

ELSAWY, B.; HIGGINS K. E. The geriatric assessment. **Am. Fam. Physician**, v. 83, p. 48-54, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG); Sociedade Brasileira de Imunizações (SBim). Guias. **Guia de Vacinação Geriatria 2016/2017**. Guias pdf, 2016. Disponível em: <http://sbim.org.br/images/files/guia-geriatria-sbim-sbgg-3a-ed-2016-2017-160525-web.pdf>. Acesso em: 30/abr/2017.

INTRODUÇÃO

A avaliação nutricional do idoso é composta por vários métodos e é complexa, pois abarca não somente métodos tradicionais, mas informações relacionadas à saúde biopsicossocial que podem levar a situações de risco nutricional e desnutrição. A avaliação é essencial para o diagnóstico nutricional e deve ser realizada no início da internação de modo que a desnutrição, ou o seu risco, seja precocemente diagnosticada, permitindo a adoção de medidas eficazes para reversão deste quadro. A avaliação nutricional foi definida por Jelliffe como “a medida das variações das dimensões físicas e da composição total do corpo humano nas diferentes idades e nos diferentes níveis de nutrição”.

A realização da avaliação nutricional do idoso é determinante na assistência nutricional, pois a institucionalização e a hospitalização são condições que podem contribuir para situações de risco nutricional devido às diversas comorbidades, incapacidade funcional, medicamentos que podem causar efeitos colaterais e restrições alimentares.

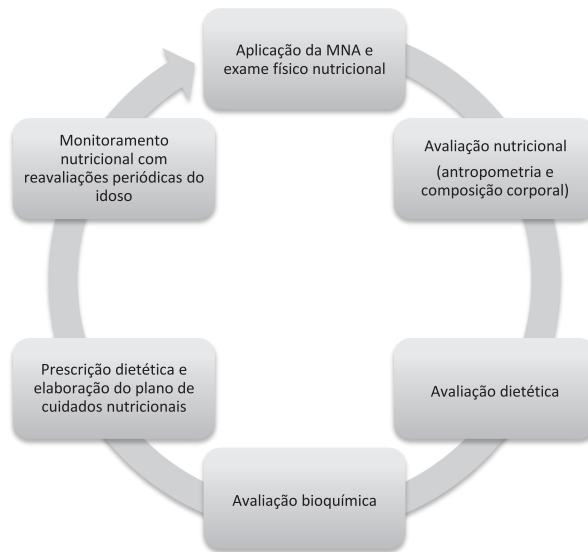
Neste contexto os principais objetivos na avaliação nutricional são:

- Realizar a triagem nutricional e identificar os indivíduos em risco nutricional e desnutrição.
- Concretizar o diagnóstico nutricional através da antropometria e medidas de composição corporal para identificação precoce da pré-sarcopenia, sarcopenia, obesidade e obesidade sarcopênica.
- Aplicar a intervenção nutricional com o plano de cuidados nutricionais para a promoção da saúde, prevenção e controle das patologias e monitorar periodicamente o estado nutricional do idoso.

ROTINA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: AMBULATÓRIOS, HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

A rotina de avaliação nutricional do idoso é apresentada na Figura 1.

Figura 1. Avaliação e monitoramento nutricional do idoso



Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: MNA: miniavaliação nutricional.

TRIAGEM NUTRICIONAL: APLICAÇÃO DA MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A Miniavaliação Nutricional Ampla (MNA) (geronlab.com) é utilizada para avaliação do estado nutricional na sua aplicação integral, e a forma reduzida é restrita para triagem nutricional. Deverá ser aplicada até dois dias após sua admissão no hospital ou instituições de longa permanência (ILPI), pois identifica o risco de desnutrição antes da ocorrência de mudanças no peso ou nos níveis de proteína sérica. Para instruções detalhadas da aplicação do MNA, ver na Seção 2 as Instruções para o Protocolo 5.

A versão reduzida da MNA (geronlab.com) é um instrumento de triagem nutricional e pode ser preenchido periodicamente nas avaliações no domicílio, ambulatorios, hospitais e em instituições de longa permanência.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: ANTROPOMETRIA

► Peso corporal

- Expressa a dimensão da massa ou volume corporal, constituída pelos tecidos adiposo, muscular e ósseo.
- Para a pesagem o idoso deve manter-se em pé, descalço e com o mínimo de roupas possível.
- O idoso deve se posicionar no centro da plataforma da balança, com o peso distribuído uniformemente entre os dois pés, mantendo-se ereto, sem se movimentar e com os braços estendidos ao longo do corpo.

► Estatura

- O idoso deverá ficar em pé descalço, encostando nuca, nádegas e calcanhares em uma barra ou parede vertical fixa, inextensível e graduada em centímetros.
- A cabeça deve ficar ereta e o olhar fixo à frente.

► Índice de massa corporal

É calculado pela fórmula: $\text{peso}/\text{altura}^2$. A classificação do estado nutricional pode ser verificada na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de idosos com base no índice de massa corporal

Índice de Massa Corporal	Classificação
IMC < 23	Baixo peso
23 < IMC < 28	Peso normal
28 ≤ IMC < 30	Sobrepeso
IMC ≥ 30	Obesidade

Fonte: OPAS (2002).

Legenda: IMC: índice de massa corporal.

► Perda ponderal

Fórmula para calcular a velocidade da perda de peso (VPP):

$$\text{VPP (\%)} = \frac{\text{peso habitual (kg)} - \text{peso atual (kg)}}{\text{peso habitual (kg)}} \times 100$$

A classificação da velocidade de perda de peso consta na Tabela 3.

Tabela 2. Classificação da velocidade de perda de peso

Tempo	Perda de peso significativa (%)	Perda de peso grave (%)
1 semana	1 a 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	5 a 7	> 7
6 meses	10	> 10

Fonte: Blackburn (1977).

► **Estimativa da estatura e do peso corporal**

Em situações nas quais os idosos não consigam ficar em pé ou estejam acamados, sugere-se estimar a massa corporal e a estatura usando equações que estimem o seu valor (Tabela 3).

A altura pode ser estimada a partir do comprimento da perna (altura do joelho) e possibilita estimar a altura de pacientes acamados e deitados, quando utilizadas as equações de Chumlea *et al.* (1985).

Medida da altura do joelho

Com a perna flexionada, formando com o joelho um ângulo de 90 graus, deve-se posicionar a base da régua em baixo do calcanhar do pé e a haste pressionando a cabeça da fíbula. Pode ser feita também com o idoso deitado em posição supina. A leitura da régua ou paquímetro ósseo deve ser feita no décimo de centímetro mais próximo.

Tabela 3. Equações de predição da estatura e do peso estimados

<u>Estatura estimada (cm)</u>	
Homem	$[64,14 - (0,04 \times \text{idade em anos}) + (2,02 \times \text{AJ})]$
Mulher	$[84,88 - (0,24 \times \text{idade em anos}) + (1,83 \times \text{AJ})]$
<u>Peso estimado (kg)</u>	
Homem	$(0,5759 \times \text{CB}) + (0,5263 \times \text{CA}) + (1,2452 \times \text{CP}) - (4,8689 \times 1) - 32,9241$
Mulher	$(0,5759 \times \text{CB}) + (0,5263 \times \text{CA}) + (1,2452 \times \text{CP}) - (4,8689 \times 2) - 32,9241$

Fonte: Rabito *et al.* (2006).

Legenda: AJ: Altura do joelho; CB: circunferência do braço (cm); CA: circunferência abdominal (cm); CP: circunferência da panturrilha (cm).

► **Perímetro da cintura**

A medida do perímetro da cintura tem sido recomendada como um dos melhores preditores antropométricos de gordura visceral. Essa medida deve ser verificada entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas. A leitura é feita no momento da expiração. A Tabela 4 apresenta os valores de circunferência da cintura considerados como risco para doenças associadas à obesidade.

Tabela 4. Valores de circunferência da cintura considerados como risco para doenças associadas à obesidade

Risco elevado	Risco muito elevado
Mulheres ≥ 80 cm	≥ 88 cm
Homens ≥ 94 cm	≥ 102 cm

Fonte: OMS (1995).

► **Circunferência do braço**

A medida da circunferência do braço (CB) estabelece o padrão muscular. Para realizar a medida, o braço deve pender relaxado ao longo do corpo. A circunferência é medida no ponto médio entre o processo acromial da escápula e o ole-

crano da ulna com uma fita métrica inelástica no braço não dominante flexionado formando um ângulo reto.

- Padrão de normalidade de CB para homens:
 - 55 a 69,9 anos = 31,7 cm;
 - 65 a 74,9 anos = 30,7 cm.
- Padrão de normalidade de CB para mulheres:
 - 55 a 69,9 anos = 30,3 cm;
 - 65 a 74,9 anos = 29,9 cm.

► Prega cutânea tricipital

A prega cutânea tricipital é utilizada para monitorar e avaliar a reserva do tecido adiposo. É considerado o local mais representativo da camada subcutânea de gordura. A prega cutânea tricipital deve ser aferida com um adipômetro no braço não dominante relaxado e estendido ao lado do corpo, com o idoso na posição vertical. Inicialmente, deve-se identificar o ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na região posterior, com o braço flexionado, formando um ângulo de 90 graus.

O examinador deve segurar a prega firmemente entre o polegar e o dedo indicador da mão esquerda 1 cm acima do local a ser medido. Posteriormente, com a mão direita, o adipômetro deve estar posicionado perpendicularmente à dobra, exatamente no local marcado, permanecendo a pinçada por 4 segundos para a leitura, expressa em milímetros.

► Circunferência da panturrilha

A circunferência da panturrilha (CP) fornece a medida mais sensível da massa muscular. Para medir a CP, o avaliador deverá posicionar a fita métrica inextensível na perna esquerda, no perímetro mais protuberante. Deve-se considerar normal a circunferência maior ou igual a 31 cm para ambos os sexos.

AVALIAÇÃO DIETÉTICA

Avaliar a ingestão alimentar do idoso em algumas situações é um exercício difícil, principalmente se o idoso estiver com comprometimento cognitivo. Assim, na avaliação dietética, caso haja inconsistência das respostas, deve-se aplicar o instrumento com o cuidador ou familiar. As recomendações para a dieta do idoso podem ser vistas na Tabela 5.

Tabela 5. Principais recomendações para a dieta do idoso

Características	Metas nutricionais*	Obs.*
Número de refeições	4 a 6/dia	
Intervalo entre refeições	3 horas	
Quantidade	≥ 75% do volume dos alimentos/dia	

Tabela 5. Principais recomendações para a dieta do idoso (cont.)

Características	Metas nutricionais*	Obs.*
Consistência	Dieta normal	
Ingestão de líquidos	25 a 30 mL/kg atual/dia ou 8 copos/dia	
Qualidade da dieta*	Leite e derivados	≥ 2 porções/dia
	Leguminosas	≥ 2 porções/dia
	Carnes (bovinas, aves, peixes) ou ovos	2 porções/dia
	Legumes e verduras	3 porções/dia
	Frutas	3 a 5 porções/dia

Fonte: Najas (2011) e Brasil (2009).

* Porções e agrupamento conforme proposto por Guigoz *et al.* (1994).

AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

Os marcadores bioquímicos compreendem mais uma etapa da avaliação do estado nutricional. Através deles é possível avaliar a condição de reserva de proteínas viscerais e proteína somáticas, entretanto existem condições e fatores que limitam a utilização, como algumas drogas, estado fisiológico, estresse, injúria, inflamação e presença de algumas doenças, como neoplasias, doenças renais e hepáticas (Tabela 6).

Tabela 6. Principais marcadores bioquímicos utilizados na avaliação do estado nutricional de idosos hospitalizados

Proteínas totais	Depleção leve	Depleção moderada	Depleção grave	Referência	Vida média
Albumina	3-3,5	2,4-2,9	< 2,4	> 3,5 mg/dL	14-21 dias
Transferrina	150-200	100-149	< 100	> 200 mg/dL	7 - 8 dias
Pré-albumina	11-15	5-10	< 5	> 15 mg/dL	2 dias
Colesterol				≥ 160 mg/dL e < 200	

Fonte: Sampaio, Mannarino (2007).

Cabe ressaltar que na avaliação bioquímica nutricional do idoso é primordial avaliar os níveis séricos de vitamina D, vitamina B12, zinco e cálcio para complementar o diagnóstico nutricional.

AVALIAÇÃO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL

Através da avaliação da composição corporal é possível identificar indivíduos com redução de massa muscular em idosos obesos e eutróficos. Além disso, pode-se identificar com mais precisão e com maior sensibilidade a re-

dução de massa muscular em idosos quando comparados à antropometria (Thinbault *et al.*, 2012).

► Bioimpedância elétrica

Trata-se de um método que se baseia na passagem de uma corrente de baixa voltagem e frequência fixa (50 kHz) pelo corpo do avaliado nas diferentes resistências oferecidas pelos tecidos distintos do organismo com o objetivo de estimar os compartimentos corpóreos. Um pressuposto é que todos os tecidos possuem características de condutividade elétrica identificáveis. A partir dos valores de resistência e reactância obtidos no aparelho de bioimpedância (BIA), são realizados os cálculos dos percentuais de gordura e água corporal, além de massa magra com auxílio do *software* fornecido pelo fabricante. Também existem aparelhos que imprimem, imediatamente, os valores de composição corporal.

Protocolo de preparação para o exame de BIA

- Jejum mínimo de 4h.
- Não consumir bebida alcoólica por 48h.
- Não praticar atividade física intensa 24h antes.
- Urinar pelo menos 30 min. antes da medida.
- Evitar o consumo de cafeína 24h antes.

Contraindicações para o exame

- Situações patológicas ou uso de medicamentos que produzem retenção hídrica, por exemplo: edema, ascite. O teste fica prejudicado, pois pode superestimar as reservas de massa magra.
- Impeditivo absoluto: portadores de marcapasso ou desfibrilador implantado e gestantes.

Padronização da avaliação

- Realizar a calibração do aparelho com resistor de 500 Ω que acompanha o aparelho, que deverá acusar resistência de 490 Ω e 510 Ω .
- O ambiente da coleta deve ser climatizado para evitar transpiração do idoso.
- Verificar a bateria pela luminosidade da tela do aparelho.
- Explicar o procedimento ao idoso.
- O idoso deve retirar sapato e meia e deitar em decúbito dorsal sobre a maca; não deve haver lençol ou cobertor sobre o corpo.
- O idoso deve deitar com o corpo relaxado, os braços estendidos ao lado do corpo, sem tocar no tronco e as pernas em ligeira abdução.

- Não deve haver ponto de contato entre os braços e o tronco ou entre as pernas. Em idosos com obesidade impedidos de afastar as coxas, usa-se uma toalha posicionada entre as pernas como isolante.
- Limpar com algodão e álcool, as regiões em que estarão fixados os eletrodos para melhor aderência.
- Fixar um adesivo na superfície dorsal da mão, na altura do terceiro metacarpo distal e outro, entre as proeminências ósseas distais da ulna e rádio, do lado dominante.
- Fixar um adesivo na superfície dorsal do pé, na altura do terceiro metatarso distal e outro entre as proeminências ósseas distais, entre o maléolo medial e distal do tornozelo, do lado dominante.
- Colocar os eletrodos vermelhos nas regiões proximais da mão e do pé, do lado dominante.
- Colocar os eletrodos pretos nas regiões distais da mão e do pé, do lado dominante.

Instruções para realização do exame

- Ligar o aparelho e seguir as instruções para leitura dos dados.
- Anotar o valor mostrado.
- Em caso de oscilação entre os valores, verificar: movimentação do idoso, elevação da cabeça durante a leitura e existência de ponto de contato entre os membros.

► Absorciometria radiológica de dupla energia

Método considerado padrão-ouro para avaliação da composição corporal. Para a realização do procedimento, os idosos devem ser cuidadosamente posicionados em decúbito dorsal sobre o equipamento de forma a permanecerem totalmente centralizados em relação às laterais da mesa. Após a análise de toda a área corporal, o exame de absorciometria radiológica de dupla energia (DXA) possibilita determinar a densidade mineral óssea e dos tecidos.

Através das medidas estimadas obtidas pelo DXA pode-se calcular o índice de massa muscular apendicular (IMMA), que é a soma da massa muscular dos membros superiores e inferiores dividido pela altura ao quadrado (Baumgartner *et al.*, 2004). Algumas medidas e métodos de avaliação nutricional usados para o diagnóstico de sarcopenia, obesidade e obesidade sarcopênica em idosos estão na Tabela 7.

Tabela 7. Principais medidas e métodos de avaliação nutricional usados para o diagnóstico da sarcopenia, obesidade e obesidade sarcopênica em idosos

Medidas	Métodos	Diagnóstico
Adiposidade		Obesidade
Índice de massa corporal	Antropometria	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$
Circunferência abdominal	Antropometria	$\geq 102 \text{ cm}$ – homens $> 88 \text{ cm}$ – mulheres
Percentual de gordura	DXA e BIA	$> 28\%$ – homens $> 40\%$ – mulheres
Massa muscular		Sarcopenia
Índice de massa muscular	DXA e BIA	$< 7,26 \text{ kg/m}^2$ – homens $< 5,45 \text{ kg/m}^2$ – mulheres
Índice de massa muscular esquelética	DXA	$< 7,26 \text{ kg/m}^2$ – homens $< 5,45 \text{ kg/m}^2$ – mulheres
Força		
Força de preensão manual	Dinamômetro	$<$ percentil 20

Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: DXA: absorciometria radiológica de dupla energia; BIA: bioimpedância.

CONDUTAS NUTRICIONAIS GERAIS NOS PRINCIPAIS AGRAVOS NUTRICIONAIS

- Traçar o plano de cuidados nutricionais após o diagnóstico nutricional do idoso.
- Iniciar a terapia nutricional precoce quando houver baixa ingestão calórica causada pela inapetência ou disfagia, doenças consumptivas, ingestão oral inferior a 75% da oferta alimentar, presença de perda ponderal involuntária superior a 5% em três meses, no risco nutricional e desnutrição.
- Modificar o cardápio e a consistência para cada estágio das demências para promover segurança alimentar e adesão dietética. Monitorar o estado nutricional periodicamente. Quando houver ingestão alimentar inferior a 70%, iniciar terapia nutricional com suplementos. Avaliar o cuidado nutricional em cada fase da demência.
- Realizar, na presença de sarcopenia, adequação na suplementação de proteínas, que deverá ser distribuída igualmente entre as refeições. Promover uma combinação de aminoácidos essenciais com mais de 10 g e uma densidade calórica: 32 a 38 kcal/kg/peso.
- Recomendar ingestão proteica de 1,0 a 1,5 g/kg/dia para manutenção do equilíbrio de nitrogênio em idosos e para aumentar a eficiência da síntese pelo músculo.

- Distribuir proteínas ao longo do dia nas principais refeições – 25 a 30 g de proteínas por refeição.
- Realizar, na presença de sarcopenia e deficiência de vitamina D, doses de vitamina D de 50.000 UI por semana. A suplementação de vitamina D promove benefícios sobre os parâmetros da função neuromuscular, aumenta a força e reduz as quedas em idosos.
- Ter como meta nutricional manter ou atingir estado nutricional eutrófico.
- Promover a vigilância alimentar e nutricional interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

NAJAS, M. (Coord.). **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011.

MIRANDA, D.E.G.A. et al. **Manual de Avaliação Nutricional do adulto e do idoso**. Editora Rubio, 2012.

SAMPAIO, A. R. D.; MANNARINO, I. C.; DUARTE, A. C. Medidas bioquímicas de avaliação do estado nutricional. In: DUARTE, A. C. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, p. 69-76, 2007.

VALENTIM, Andréa Abdala. **Nutrição no envelhecer**. 2a. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

THIBAUT, R.; GENTON, L.; PICHARD, C. Body composition: why, when, and for who? **Clinical nutrition**, v. 31, n. 4, p. 435-447, 2012.

WHO, World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **WHO technical Report Series**, Geneva, 1995. 854p.

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Flávia Moura Malini
Drummond
Simone da Costa Mazzei
Vânia Otero Bombinho
Cezario

INTRODUÇÃO

A avaliação funcional e física tem como objetivo mensurar o desempenho nas atividades de vida diária. Para que o idoso tenha sua capacidade funcional preservada, deve haver interação das dimensões física, cognitiva, clínica, nutricional, econômica, espiritual, ambiental e condições de suporte social. Esta interação é mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas e adquiridas ao longo da vida.

O domínio físico e funcional compreende a avaliação da mobilidade, da força muscular e do equilíbrio e da marcha. Este domínio deve ser avaliado por fisioterapeuta treinado para a utilização correta de instrumentos validados e confiáveis.

A avaliação é um método de mensuração sistematizado e objetivo dos níveis funcionais de um indivíduo, por meio de medidas objetivas e padronizadas, que servem para classificá-lo. Os resultados obtidos devem favorecer e permitir uma boa comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar. Esta avaliação é realizada através da observação direta, quando o idoso realiza as tarefas solicitadas pelo examinador, e possui as vantagens de ter melhor reprodutibilidade, maior sensibilidade para detectar mudanças, além de possibilitar a avaliação de indivíduos analfabetos, ou aqueles com alteração cognitiva e visual. As desvantagens são a demanda maior de tempo e necessidade de examinadores treinados.

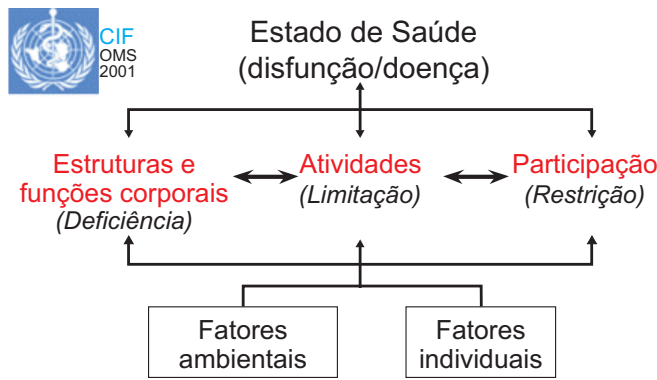
Por meio da avaliação por observação direta, devemos mensurar o real estado físico do idoso, permitindo uma análise qualitativa e quantitativa do quadro. Esta avaliação deve ser minuciosa e individualizada, pois fornecerá subsídios para a identificação de incapacidades e de riscos à saúde, será preditora de desfechos negativos, como hospitalização, quedas e institucionalização, indicará efetividade de intervenções terapêuticas e fornecerá parâmetros de

admissão e alta dos serviços, sejam ambulatoriais, hospitalares ou domiciliares.

Na avaliação de desempenho físico e mobilidade, deve-se avaliar o nível estrutural dos sistemas musculoesqueléticos e o mais importante, como estes sistemas se comportam no desempenho de atividades e na participação social.

Esta avaliação pode estar baseada nos conceitos e domínios propostos pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): funções e estruturas corporais, atividades, participação e também os fatores pessoais e ambientais.

Figura 1. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)



Fonte: OMS (2001).

Os componentes da CIF auxiliam o fisioterapeuta na elaboração de um plano de tratamento. Por meio da avaliação, identifica-se quais estruturas e funções estão deficientes, como, por exemplo, a força muscular e o equilíbrio dinâmico. Assim, consegue-se avaliar em quais atividades o idoso está limitado (por ex.: não consegue alcançar objetos, subir e descer escadas com segurança) e qual o resultado disto na participação social (não realizar visitas a casa de parentes ou não utilizar transporte público). Adicionalmente, verificam-se os fatores ambientais, que podem ser facilitadores ou barreiras arquitetônicas, e os fatores individuais, como idade, sexo, etc.

Esta avaliação tem uma abordagem ampla, na qual se estipulam metas a curto, médio e longo prazo para cada um destes itens. O foco está na condição funcional do indivíduo e não em suas morbidades.

Os itens que devem constar na avaliação de desempenho são:

- mobilidade;
- força muscular;
- equilíbrio estático e dinâmico;
- coordenação;
- marcha;
- uso de dispositivos de auxílio à marcha.

O profissional inicia a avaliação a partir de uma observação direta desde o momento em que o idoso se encontra na sala de espera e é chamado, até a aplicação das escalas e testes (Tabela 1).

Tabela 1. Resumo dos testes e escalas realizados na avaliação da fisioterapia

Funções e estruturas	Avaliar
Prognóstico de aderência	Condições de frequentar o Serviço duas vezes por semana
Inquérito de quedas, medo de quedas e prática de exercícios físicos	Histórico de quedas no último ano e a presença do medo de cair
Mobilidade	Atitude ao se levantar da cadeira para a postura ortostática, deambulação, trocas de decúbito, transferências
Amplitude de movimento	Passivo e ativo – presença de limitações
Força muscular	Teste muscular manual Força de preensão manual – uso do dinamômetro do tipo JAMAR
Desempenho físico funcional	<i>Short Physical Performance Battery (SPPB)</i>
Equilíbrio	Escala de Equilíbrio de Berg (EEB)
Marcha	<i>Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA II)</i>

Fonte: Autoria própria (2017).

FUNÇÕES E ESTRUTURAS

► Prognóstico de aderência

Inicia-se a avaliação com o prognóstico de aderência para verificar a possibilidade de começar o tratamento fisioterapêutico, que deve ser contínuo por, no mínimo, duas vezes por semana, até o momento da reavaliação (aproximadamente 20 sessões) e possível alta. São inseridos no Serviço aqueles indivíduos que poderão frequentar a fisioterapia no mínimo duas vezes por semana. Aqueles que não podem, porém necessitam de tratamento fisioterapêutico, devem ser encaminhados para serviços próximos de seu local de residência e/ou receber orientação para exercícios domiciliares.

► Inquérito de quedas, medo de cair e exercício físico

Avalia-se o histórico de quedas no último ano, através da pergunta: “Houve alguma queda nos últimos 12 meses?” Caso a resposta seja positiva, continuar o inquérito seguindo o roteiro:

- Número de quedas.
- Local em que ocorreu (quedas mais recentes ou a que o idoso lembrar).

- Sintoma que apresentou no momento da queda, como por exemplo: tonteira, desequilíbrio, tropeço, perda de consciência.
- Questionar se o idoso conseguiu levantar sozinho ou se necessitou de ajuda.
- Consequências pós quedas, por exemplo, uso de bengala ou andador, precisou ir ao médico ou serviço de saúde, se houve fratura ou não.
- Perguntar ao idoso se ele tem medo de cair.
- Verificar se o idoso tem a sensação de desequilíbrio.

Observação: Caso a resposta ao medo de cair seja positiva, será aplicada uma escala para mensurá-lo, aplicando a Escala de autoeficácia de quedas (FES-I-BR) (geronlab.com).

A FES-I-BR mensura o medo de cair na realização de 16 atividades do cotidiano. Possui pontuação que é graduada de 1 a 4, na qual 1 significa que o indivíduo não está preocupado e 4 significa que ele está extremamente preocupado em cair ao realizar determinada atividade. O escore total é de 64 pontos. A pontuação de 23 ou mais pontos indica medo de cair.

Prática de exercício físico

Deve-se verificar se o idoso pratica algum tipo de exercício físico regular, qual modalidade e frequência. Além disso, é importante saber se ele realiza tratamento fisioterapêutico em outro serviço e, em caso positivo, para qual problema.

► Amplitude de movimento

Analisa-se a amplitude de movimento articular (ADM) dos membros inferiores e superiores, com objetivo de avaliar se há presença de encurtamentos, deformidades ou restrições articulares. A avaliação tem início na posição decúbito dorsal em posição anatômica. Inicia-se com a ADM ativa, para ser avaliado o padrão do movimento, presença de dor, quando ocorre o início da dor e presença de restrição. Após o movimento ativo, deve-se avaliar de forma passiva, ou seja, sem o auxílio do idoso. Estes movimentos fornecem informações sobre a integridade das superfícies articulares, cápsulas, ligamentos, músculos e a sensação final do movimento.

► Força muscular

Força muscular global

É analisada pelo Teste Muscular Manual.

- Cada grupamento muscular é avaliado e classificado em seis categorias:
 - Grau 0: ausência de movimento, paralisia.
 - Grau 1: esboço de contração.
 - Grau 2: incapaz de mover contra a gravidade, mas realiza o movimento.

- Grau 3: vence a força da gravidade sem resistência.
- Grau 4: vence a força de gravidade com uma pequena resistência.
- Grau 5: vence a força de gravidade com uma grande resistência.

Observação: Ao ser realizada a avaliação da amplitude de movimento e da força muscular, deve-se observar o padrão de movimento, presença e local de dor, intensidade da dor e possíveis alterações que podem estar comprometendo a função e/ou dificultando a realização dos testes e escalas. Pode-se complementar a avaliação de acordo com a necessidade e a condição do idoso. Por exemplo, avaliar o tônus muscular, a propriocepção, a postura, a dor, a coordenação e outras características (Tabela 2).

Tabela 2. Resumo dos testes complementares após realização da avaliação para início do tratamento fisioterapêutico

Funções e estruturas	Avaliar
Arco de movimento articular	Passivo e ativo – uso de goniômetro para verificação do grau de amplitude
Força muscular	Carga máxima (RM)
Tônus muscular	Hipotonia Hipertonia (elástica, plástica)
Propriocepção	Cinestesia e artrestesia
Postura	Avaliação postural, deformidades
Dor	Escala Analógica Visual, Escala de Faces, Questionário de dor MacGill
Coordenação	Índex-index, índex-nariz, calcanhar Joelho e diadococinesia

Fonte: Autoria própria (2017).

O teste de carga máxima (1RM) é utilizado para mensurar o máximo de carga em que o idoso pode realizar um movimento concêntrico completo. O teste consiste na estimativa de uma carga que o idoso conseguiria executar em um movimento completo. No caso de ele realizar dois movimentos completos, ou de ele não conseguir realizar o movimento proposto, a carga deve ser alterada entre 1 e 5 kg visando adequar a sobrecarga. Para ser encontrado o 1RM são efetuadas no máximo três tentativas com intervalos de 3 a 5 minutos.

O tônus muscular é avaliado verificando a resistência sentida quando uma determinada parte é movida passivamente. Na hipotonia encontra-se pouca ou nenhuma resistência e na hipertonia, a resistência encontra-se aumentada ao movimento passivo.

A propriocepção é a capacidade em reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão. Os testes

consistem no senso de posição (cinestesia) e movimento (artrestesia) do segmento.

A avaliação postural tem o objetivo de mensurar os desequilíbrios musculares e articulares que comprometem a postura. Esta avaliação é objetiva, por meio de raios X e/ou fotografias, e subjetiva, por meio da observação do idoso na posição ortostática na visão posterior, anterior, perfil e anteroflexão. O idoso é avaliado de forma global, pois um desequilíbrio na postura não se apresenta de forma isolada, portanto, deve-se verificar critérios de adaptação morfológica e funcional quanto ao equilíbrio e a coordenação dos movimentos do corpo. A análise do plano deverá estar associada sempre à linha de gravidade. Os segmentos que não estiverem compatíveis com o eixo perpendicular ao solo estarão em desequilíbrios. Para a realização desta avaliação o idoso deverá estar com trajes de banho, para facilitar a observação.

A dor está presente em grande parte dos idosos e é um fator extremamente limitante na capacidade funcional.

Roteiro de avaliação da dor:

- duração;
- localização;
- fator desencadeante;
- caráter (queimação, pontada);
- intensidade/gravidade;
- evolução;
- efeito sobre as atividades funcionais;
- fatores agravantes;
- relações com o horário;
- efeitos sobre o sono;
- necessidade do uso de medicamentos.

Pode-se utilizar a escala analógica visual, a escala de faces e o questionário de dor Macgill (elaborado em 1975 por Melzack).

Força de preensão manual

- Obtida com dinamômetro hidráulico manual do tipo JAMAR. O indivíduo deve estar sentado em uma cadeira, com os ombros posicionados em posição neutra, uma das mãos apoiadas na coxa enquanto o cotovelo do membro a ser medido é mantido em flexão em 90 graus com o antebraço em rotação neutra.
- Realizam-se três medidas e calcula-se a média, o resultado considera o índice de massa corporal e o sexo.

Desempenho físico-funcional

Avaliado pelo *Short Physical Performance Battery* (SPPB):

- Instrumento criado nos Estados Unidos por Guralnik, em 1995.
- Composto por três testes que avaliam, na sequência:
 - Equilíbrio estático em pé.
 - Velocidade de marcha em passo habitual, medida em dois tempos em determinado percurso de ida e volta.
 - Força muscular dos membros inferiores por meio do movimento de levantar-se da cadeira e sentar-se nela cinco vezes consecutivas e sem o auxílio dos membros superiores.

Trata-se de um teste objetivo, padronizado e multidimensional, utilizado para o rastreamento de idosos com risco de desenvolver incapacidades futuras. Possui um escore que varia de 0 a 4, no qual 0 representa o pior e 4 o melhor desempenho. Para a realização do teste utiliza-se uma cadeira sem braços e um cronômetro.

O SPPB fornece o tempo de percurso em 4 metros. Como a velocidade da marcha é um parâmetro importante na avaliação funcional do idoso, aproveitase para realizar o cálculo da distância sobre o tempo e assim obter o valor da velocidade da marcha.

► Equilíbrio

Pode-se utilizar a Escala de Equilíbrio de Berg para avaliar o equilíbrio postural. Esta escala procura determinar o desempenho funcional do equilíbrio postural através de 14 tarefas que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico. A avaliação é feita por meio de observação, e o escore varia de 0 a 4, com um total de até 56 pontos. De acordo com Shumway-Cook e Woollacott, na amplitude de 56 a 54 cada ponto a menos é associado a um aumento de 3% a 4% no risco de quedas; de 54 a 46, a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6% a 8%; e abaixo de 36 pontos, o risco de quedas é quase de 100%.

É uma escala que atende a várias propostas:

- Descrição quantitativa da habilidade de equilíbrio funcional.
- Acompanhamento do progresso.
- Avaliação da efetividade das intervenções na prática clínica e em pesquisas.

Para a aplicação da escala utiliza-se caneta, duas cadeiras sem braços, fita métrica, fita crepe, degrau ou banquinho e cronômetro.

► Marcha

Performance-Oriented Mobility Assessment

Trata-se do instrumento mais utilizado para avaliação do equilíbrio e da marcha de idosos. A avaliação é feita por meio da análise das mudanças de

posição, das respostas a perturbações e dos movimentos da marcha realizados durante as atividades do dia a dia.

Caso o idoso apresente alteração de equilíbrio e marcha, a avaliação é complementada após a Avaliação da Fisioterapia com a aplicação de novos testes e equipamentos, descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Testes e equipamentos complementares aplicados mediante alterações de equilíbrio e marcha

Nomes dos testes e escalas
<p><i>Timed Get UP and Go</i> (TGUG) Teste de Alcance Funcional (<i>Functional Reach Test</i>) Parâmetros espaço-temporais da marcha (GAITRite®) Índice de marcha dinâmica (DGI) Baropodometria computadorizada</p>

Fonte: Autoria própria (2017).

Timed Get Up and Go

O TGUG avalia a mobilidade e o equilíbrio. É amplamente utilizado por ser de fácil aplicação. O teste quantifica, em segundos, a mobilidade funcional para o indivíduo realizar a tarefa, ou seja, em quantos segundos ele levanta de uma cadeira, caminha 3 metros, vira, volta rumo à cadeira e senta novamente.

Teste do Alcance Funcional

É uma ferramenta para identificar idosos que apresentam risco de quedas. O teste é empregado para avaliar a estabilidade antero-posterior, medindo o deslocamento máximo anterior com o braço estendido, sem mover os pés. Valores menores que 15 cm representam risco de queda.

Passarela eletrônica GAITRite®

A passarela eletrônica GAITRite® é um sistema de avaliação que automatiza a medida temporal (tempo) e espacial (distância) dos parâmetros da marcha através de uma passarela (tapete) conectada a um computador. Contém um total de 16.128 sensores na sua largura e comprimento, é portátil e pode ser colocada sobre qualquer superfície plana; requer configuração e tempo de teste mínimo e não exige a colocação de quaisquer dispositivos sobre o paciente.

Índice de Marcha Dinâmica

Este teste avalia o equilíbrio durante a marcha em diferentes contextos. É constituído de 8 tarefas funcionais que incluem: superfície plana, mudanças na velocidade da marcha, movimentos horizontais e verticais da cabeça, passar por cima e contornar obstáculos, giro sobre seu próprio eixo corporal, subir e descer escadas. O escore máximo é de 24 pontos. O escore menor que 19 indica risco de quedas.

Baropodometria computadorizada

É um equipamento que realiza uma avaliação biomecânica dos pés identificando as alterações em repouso e durante a marcha. Avalia também a distribuição das pressões do contato do pé com o solo, pressões máximas, medidas estabilométricas para análise das oscilações corporais e consequente distúrbios de equilíbrio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se considerarmos o fato de que as atividades diárias são determinadas pela integração de diversas capacidades e habilidades físicas, há muitos testes úteis como ferramentas para determinar o perfil de funcionalidade do idoso. Além da possibilidade de prever possíveis alterações nesse perfil, podem também ser utilizados para avaliar os efeitos causados por intervenções baseadas em programas de exercícios.

Após reunir todas as informações necessárias obtidas na avaliação fisioterapêutica funcional do idoso, consegue-se identificar os aspectos referentes a mobilidade e desempenho, condições primordiais e foco de interesse do fisioterapeuta.

Adicionalmente ao uso de instrumentos, deve-se ter um roteiro de avaliação sistematizado, no qual serão coletadas informações da avaliação da fisioterapia que poderão subsidiar as intervenções.

Aspectos importantes na avaliação:

- sexo;
- idade;
- se vive só ou com parentes;
- estado civil;
- escolaridade;
- se trabalha ou se é aposentado;
- história patológica pregressa;
- história da doença atual;
- história social;
- queixa principal;
- presença de dor;
- uso de medicamentos;
- realização de tratamentos fisioterapêuticos anteriores e resultados;
- cognição;
- estado nutricional;
- exames anteriores;
- histórico de quedas;

- uso de dispositivos de auxílio à marcha e risco de quedas.

Alguns aspectos podem interferir nos resultados do processo de avaliação do idoso:

- motivação;
- estado de fadiga;
- audição;
- visão;
- ambiente apropriado com poucos ruídos e poucas demandas competitivas;
- cognição;
- treinamento e habilidade do examinador;

Este processo de avaliação inclui:

- explicar os objetivos da avaliação ao idoso e cuidadores/familiares;
- analisar expectativas e resultados prévios do idoso;
- obter as informações, coletar os dados;
- analisar os resultados dos testes;
- explicar o resultado final para o idoso e familiares/cuidadores;
- planejar o plano de tratamento;
- definir tempo e metas para reavaliações.

REFERÊNCIAS

MOREIRA, V. G.; LOURENÇO, R. A. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study, *Clinics*, v. 68, n. 7, p. 979-985, 2013.

PAIXÃO, C. P.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan-fev, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai-jun, 2003.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Ver. Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

SHUMWAY-COOK, A, W. *Controle motor: teoria e aplicações práticas*, 2a ed. São Paulo: Manole, 2003.

INTRODUÇÃO

A Neuropsicologia Clínica pode ser definida como uma ciência aplicada destinada ao estudo das disfunções cerebrais, por meio de sua expressão comportamental. O método investigativo utilizado é a avaliação neuropsicológica, cuja importância para o entendimento do funcionamento cerebral, da cognição e do comportamento já está bem estabelecida. (Lezak, *et al.*, 2012)

O escopo da avaliação neuropsicológica é amplo, como se pode observar, na Tabela 1.

Tabela 1. Objetivos da avaliação neuropsicológica

Para quê?	Como?
Auxiliar no diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Investigando a cognição, o humor e o comportamento, através de instrumentos padronizados e normatizados.• Contribuindo para a detecção de <i>deficit</i> cognitivos sutis.• Indicando as funções cognitivas, tanto preservadas quanto prejudicadas, e o grau de comprometimento cognitivo.• Detalhando um perfil neuropsicológico, contribuindo para a investigação e diferenciação das possíveis etiologias.
Acompanhar a evolução do paciente	<ul style="list-style-type: none">• Analisando o impacto das alterações identificadas no funcionamento diário do paciente.• Monitorando longitudinalmente o funcionamento cognitivo e a funcionalidade do paciente, através de avaliações repetidas, permitindo verificar a eficácia de intervenções realizadas.
Identificar demandas de tratamento e fornecer orientações	<ul style="list-style-type: none">• Por meio da escuta do paciente e de informantes próximos, que convivem com ele.• Auxiliando o processo de tomada de decisão dos familiares e cuidadores, passando, de maneira clara e acessível, explicações sobre o quadro apresentado e orientações sobre condutas a serem tomadas no dia a dia.• No diálogo com profissionais de outras áreas que lidam com o paciente, visando à manutenção de um acompanhamento/tratamento integrado.

Tabela 1. Objetivos da avaliação neuropsicológica (cont.)

Para quê?	Como?
Subsidiar o planejamento e execução de programas de reabilitação neuropsicológica	<ul style="list-style-type: none"> Fornecendo um perfil neuropsicológico detalhado do paciente, indicando suas capacidades e limitações.
Realizar pesquisas	<ul style="list-style-type: none"> Investigando o funcionamento cognitivo e suas relações com diferentes manifestações clínicas e com as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária. Contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento dos instrumentos e técnicas de avaliação.

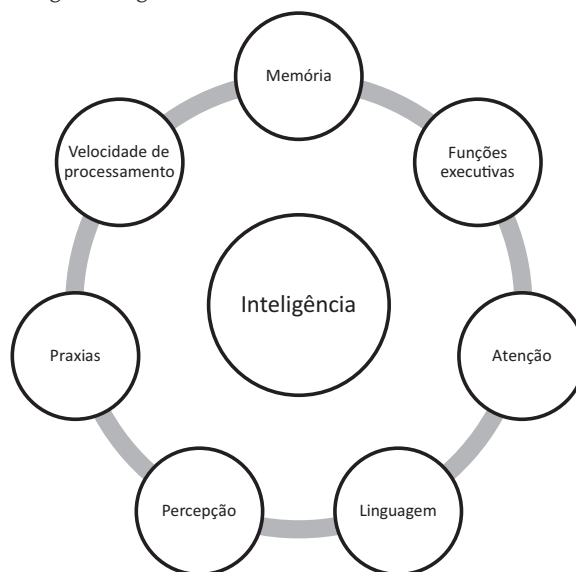
Fonte: Autoria própria (2017).

MÉTODOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

- Entrevistas.
- Escalas.
- Observações.
- Questionários.
- Instrumentos neuropsicológicos.

A avaliação neuropsicológica utiliza-se de variados instrumentos padronizados para avaliar os diferentes domínios cognitivos (Figura 1), a fim de verificar o funcionamento cerebral de maneira objetiva. Alguns destes instrumentos serão detalhados mais a frente.

Figura 1. Domínios cognitivos geralmente avaliados



Fonte: Autoria própria (2017).

Vale destacar que a avaliação neuropsicológica é muito mais do que conhecer e aplicar corretamente instrumentos. Distingue-se pelo criterioso raciocínio clínico que fundamenta a análise dos dados obtidos à luz da biografia, história clínica e observação de indivíduo. Tem como alicerce um sólido arcabouço teórico.

A AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO IDOSO EM UM CONTEXTO AMBULATORIAL DE SERVIÇO PÚBLICO

► Perfil do público atendido

A população direcionada ao ambulatório, em sua maioria, é de idosos frágeis. O nível socioeconômico e a escolaridade, de modo geral, são baixos.

Encaminhamento

O critério para encaminhamento à avaliação neuropsicológica é clínico e emerge de consenso entre o médico-assistente e o supervisor, após a realização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Geralmente, são encaminhados idosos:

- Cujo desempenho nos testes de rastreio iniciais se mostra alterado, mas com condições de participação em uma avaliação mais abrangente.
- Com alta escolaridade e perda funcional, sem alterações significativas nos testes de rastreio cognitivo.
- Com queixa subjetiva de declínio cognitivo, corroborada por um informante colateral de seu convívio.

A avaliação neuropsicológica do idoso deve contemplar:

- A realização de minuciosa entrevista, permitindo a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais, que ajudem a nortear a escolha dos testes e a análise dos resultados.
- O uso de instrumentos que possibilitem a investigação do estado mental e dos diferentes domínios e subdomínios cognitivos.
- O uso de inventários padronizados, voltados para a investigação de sintomas neuropsiquiátricos, queixa de memória, mudanças no funcionamento cognitivo e uso de substâncias que possam gerar efeitos adversos na cognição.
- O uso de inventários padronizados desenvolvidos para a investigação da funcionalidade do idoso no exercício das atividades de vida diária, em seus diferentes níveis de complexidade.

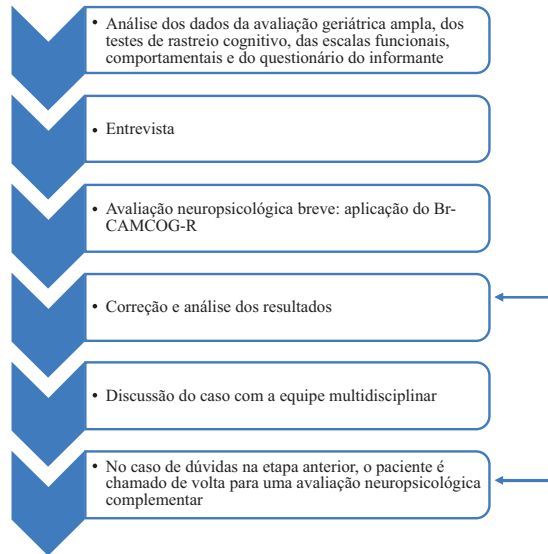
É importante destacar que a avaliação do idoso tem as especificidades inerentes à faixa etária e é importante considerar todas as variáveis potencialmen-

te intervenientes em sua condição atual e que podem, mediante olhar afoito, sugerir inferências precipitadas e equivocadas em um processo de avaliação.

► **Detalhamento das etapas da avaliação neuropsicológica**

É importante considerar que, em um contexto ambulatorial multidisciplinar de geriatria (Figura 2), a AGA, normalmente, é a primeira a ser realizada. Portanto, instrumentos de rastreio cognitivo, escalas comportamentais e funcionais, dentre outros, muitas vezes são aplicados por outros profissionais. Deste modo, o neuropsicólogo, antes de receber um idoso encaminhado para a avaliação neuropsicológica, deverá ter realizado minuciosa consulta ao prontuário, a fim de direcionar sua prática.

Figura 2. Etapas da avaliação neuropsicológica no ambulatório



Fonte: Autoria própria (2017).

► **Leitura do prontuário do idoso**

- Perguntas que direcionam a busca de informações no prontuário:
 - Porque o idoso foi encaminhado para avaliação?
 - Qual o perfil do idoso?
 - Há alguma suspeita específica?
 - Por quais especialidades médicas ele já passou?
 - Ele já recebeu algum diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo e/ou Neuropsiquiátrico em outro serviço?

Informações a serem coletadas no prontuário:

- idade;
- sintomas neuropsiquiátricos;
- descrição do início e evolução dos sintomas;

- *deficit* sensoriais, linguísticos ou motores;
- escolaridade;
- comorbidades clínicas;
- medicamentos em uso;
- uso de álcool e/ou substâncias ilícitas;
- nível socioeconômico;
- envolvimento em atividades sociais;
- contexto e histórico familiar;
- ocupação prévia.

► Entrevista

- Neste primeiro contato com o idoso, o neuropsicólogo deve:
 - Esforçar-se para estabelecer uma atmosfera agradável, buscando amenizar angústias e ansiedades que situações de avaliação costumam gerar, para que o examinando se sinta confortável para relatar as questões que o preocupam.
 - Ser capaz de explicar de maneira clara os objetivos da avaliação e os procedimentos a serem realizados, procurando usar outros termos para referir-se a estes, como tarefas e atividades, dado o impacto negativo que o uso de alguns (técnicos) pode gerar.
 - Demonstrar empatia e disponibilidade para esclarecer qualquer tipo de dúvida que surja.

Por meio da entrevista clínica, o neuropsicólogo pode investigar a capacidade do idoso de transmitir seu histórico com riqueza de detalhes. Os dados colhidos na interlocução com o idoso fornecem um norte para todo o desenrolar do processo.

Listamos a seguir exemplos de perguntas que podem ser feitas durante a entrevista para auxiliar a investigação de aspectos cognitivos e comportamentais, capacidades prévias e juízo de morbidade, atentando para os aspectos listados:

- O que você sentia, quando procurou o médico? Qual era a sua queixa?
- Como isso tem impactado sua vida? [É importante investigar a forma como os sintomas aparecem no cotidiano. Verificar se a evolução é rápida ou lenta, pois a cronologia dos eventos que motivaram a busca de atendimento é muito importante. Receitas e resultados de exames solicitados, com suas respectivas datas, podem ajudar a reconstruir o histórico dos acontecimentos, na ausência de dados precisos.]
- Houve alguma mudança de hábito?
- Sente-se mais irritado, sem paciência ou com o “pavio curto”?

- Como é a sua rotina? Que atividades você costuma realizar ao longo de um dia?
- Qual o tipo de ocupação exercida durante a vida?
- Parou de trabalhar por tempo de serviço ou porque estava apresentando alguma dificuldade?
- Possui educação formal? [É preciso explorar a qualidade do processo de escolarização, pois muitos dos *deficit* apresentados podem ser secundários à precariedade desse processo ou mesmo à sua ausência. Vale lembrar que a taxa de analfabetismo na população idosa brasileira é elevada].
- Apresenta dificuldades relacionadas à memória e atenção? [Se sim, peça exemplos, pergunte qual foi a época em que surgiram e se a frequência está aumentando.]
- Consegue fazer um acompanhamento adequado dos gastos mensais? Houve alguma mudança no padrão de gastos e controle financeiro? [*Funções executivas*]
- Consegue planejar viagens ou atividades de lazer? [*Funções executivas*]
- Tem dificuldade para se lembrar de eventos futuros, como por exemplo, data e horário de consultas, data de aniversário de parentes e amigos? [*Memória prospectiva*]
- Tem dificuldade para lembrar o nome de coisas e pessoas? [*Memória e evocação lexical*]
- Já apresentou dificuldades para se localizar em um local conhecido? Já precisou pedir ajuda para voltar para casa? [*Orientação visoespacial*]
- Já apresentou dificuldades para reconhecer pessoas conhecidas? [*Gnose*]
- Tem dificuldade de manusear utensílios/instrumentos/aparelhos que costumava usar? Para se vestir ou para combinar as peças do vestuário? Tem dificuldade para se maquiar? [*Praxia*]

Aspectos que podem ser observados durante a conversação:

- organização do pensamento;
- parafasias semânticas ou fonêmicas;
- compreensão;
- dismnésia;
- fluxo de ideias;
- prosódia;
- perseveração;
- dispersão;

- coerência;
- circunstancialidade;
- tangencialidade;
- *deficit* auditivos;
- anomia;
- circunlóquio;
- lentidão;
- pausas na fala.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA BREVE

Nesta etapa, é aplicada a versão brasileira do *Cambridge Cognitive Examination Revised* (Br-CAMCOG-R), instrumento de avaliação cognitiva inserido no *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX-R). Esta bateria neuropsicológica breve fornece uma medida sumária da cognição global (Tabela 2), avaliando funções como orientação, atenção, linguagem, memória, praxia, abstração, percepção, cálculo e funções. (Paradela, *et al.*, 2009)

Tabela 2. Funções avaliadas pelo Br-CAMCOG-R

Br-CAMCOG-R		
Orientação	Temporal Espacial	Data, estação do ano; local, cidade, duas ruas próximas, estado.
Linguagem	Compreensão Expressão	Balançar a cabeça, tocar a orelha, tocar os ombros; leitura, conceituar ponte e opinião, fluência verbal categoria animais, copiar um nome e endereço.
Memória	Remota Recente Aprendizagem	Dizer datas da 1ª e 2ª Guerras, nomear pessoas importantes, dizer nomes do presidente atual e antecessor e do governador atual, dizer uma notícia recente, reconhecimento e evocação de figuras.
Atenção	–	Contagem regressiva de 20 até 1.
Cálculo	–	Subtrações de 7, contar dinheiro.

Tabela 2. Funções avaliadas pelo Br-CAMCOG-R (cont.)

Br-CAMCOG-R		
Praxia	Construtiva Cópia	Desenho do relógio; cópia do pentágono, da espiral e da casa em 3 dimensões.
Funções executivas	Pensamento abstrato Fluência ideacional Fluência verbal Raciocínio visual	Semelhança entre objetos, utilidades diferentes para uma garrafa, teste com formas geométricas coloridas.
Percepção	Visual	Reconhecer pessoas famosas e fotos de objetos em ângulos não usuais.

Fonte: Adaptado de Paradela *et al.* (2009).

CORREÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

É importante ressaltar que os escores obtidos devem ser analisados e interpretados de maneira integrada, frente ao comportamento observado durante a avaliação e aos dados colhidos nas entrevistas que precedem a avaliação neuropsicológica.

A correção dos instrumentos deve ser realizada com bastante atenção, sempre levando em consideração os critérios disponíveis nos manuais originais. Tendo em mãos os escores brutos totais dos índices avaliados, será feita uma comparação com uma tabela normativa, na qual todos os escores de um instrumento são distribuídos por níveis de desempenho, em geral de acordo com variáveis como idade e escolaridade. Desta forma, é possível saber se o desempenho de um indivíduo se encontra dentro dos limites de variação da normalidade ou não, ao compará-lo com um grupo definido.

A escolha da norma a ser utilizada é de extrema importância. O neuropsicólogo deve ser capaz de avaliar se o grupo normativo possui características sociodemográficas compatíveis com o idoso avaliado, já que fatores como nível socioeconômico e grau de escolaridade costumam apresentar forte correlação com o desempenho em testes neuropsicológicos.

Comparar, pois, o desempenho de um indivíduo, com o da média de uma população é uma das formas para se determinar se uma função cognitiva está preservada ou comprometida. Entretanto, pode-se comparar, longitudinalmente, também, o próprio desempenho do paciente – se progrediu, regrediu ou está estável.

Embora seja imprescindível a utilização de instrumentos padronizados na avaliação, sua interpretação deve ser feita à luz da biografia do indivíduo avaliado, integrando dados quantitativos e qualitativos. Jamais se deve esquecer de que o ser humano é mais complexo do que os dados que produz, não devendo ser reduzido a eles.

É importante considerar:

- A validade ecológica do processo de avaliação: o grau em que os resultados obtidos na clínica estão correlacionados com a vida real.
- A realização de uma nova avaliação neuropsicológica deve respeitar um intervalo mínimo de 6 meses a 1 ano, a fim de minimizar um possível viés de aprendizagem.

DISCUSSÃO DO CASO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A compreensão da complexidade e multiplicidade de disfunções que podem acometer o idoso, a detecção precoce e a formulação de um diagnóstico diferencial requerem a participação de uma equipe multidisciplinar integrada.

Nesta etapa os profissionais podem fazer as seguintes perguntas:

- Ainda há dúvidas sobre o quadro clínico?
- Existem fatores de confusão que deixam dúvidas sobre as possíveis origens dos *deficit* apresentados? Se sim, o que pode ser feito? Solicitar exames laboratoriais e de imagem? Aplicar novos testes? Entrar em contato com familiares?

APROFUNDAMENTO DA AVALIAÇÃO

Nesta etapa, algumas funções cognitivas podem ser avaliadas de maneira mais aprofundada.

Vale frisar que, em um contexto de saúde pública, em geral, a escassez de recursos inviabiliza a utilização de instrumentos neuropsicológicos comercializados. A reprodução desses materiais, sem autorização, caracteriza ação ilegal, violando direitos autorais. Dessa forma, o neuropsicólogo deve recorrer ao uso de instrumentos padronizados de domínio público para realizar seu trabalho (Tabela 3), complementando-o com outras atividades que permitam uma avaliação ecológico-qualitativa do paciente.

Tabela 3. Alguns instrumentos utilizados para aprofundar a investigação

Domínios cognitivos	Subdomínios	Instrumento
Atenção	Atenção dividida	Trilhas parte B
Memória	Memória de curto prazo, aquisição (aprendizagem), memória de longo prazo, retenção e reconhecimento	Teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey (RAVLT); Bateria Breve de Rastreio Cognitivo
	Memória incidental	Bateria Breve de Rastreio Cognitivo
Funções executivas	Flexibilidade cognitiva	Trilhas parte B e FAB
	Ativação, automonitoramento, memória operacional, Inibição, elaboração de estratégias	Teste de Fluência verbal com as letras F-A-S; FAB
	Abstração	FAB
Linguagem	Acesso lexical	Teste de Fluência verbal com as letras F-A-S
	Nomeação	Teste de nomeação de Boston
Destreza visomotora	-	Trilhas parte A

Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: FAB: Bateria de Avaliação Fontal.

Como outros exames, a avaliação neuropsicológica também tem limites; por conseguinte, uma postura humilde do profissional que a realiza é bem-vinda, buscando formação permanente e tendo ciência de que se trata de um exame complementar cujos resultados devem ser interpretados em conjunto com outras informações e exames do paciente.

REFERÊNCIAS

- CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Org.). **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CHAVES, M. L. F. et al. Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. **Dement. Neuropsychol.**, São Paulo, v. 5, Suppl 1, p. 21-33, jun. 2011.
- DE PAULA, J. J. et al. Screening for executive dysfunction with the frontal assessment battery: psychometric properties analysis and representative normative data for Brazilian older adults. **Psicologia em Pesquisa UFJF**, v. 7, n.1, p. 89-98, jan/jun. 2013.
- LEZAK, M. D. et al. **Neuropsychological Assessment**. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2012. E-book.
- PARADELA, E. M. P.; LOPES, C. de S.; LOURENCO, R. A. Adaptação para o português do Cambridge Cognitive Examination-Revised aplicado em um ambulatório público de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2562-2570, dez. 2009.



SEÇÃO 2

MANUAL DE INSTRUÇÕES DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

APRESENTAÇÃO DA SEÇÃO

Esta seção tem como objetivo apresentar instruções que orientem o leitor a seguir um padrão para a realização de um atendimento sistematizado. O presente trabalho serve como eixo das atividades e guia das rotinas específicas, sendo o ponto de referência no expediente diário de uma equipe. Este guia contém os instrumentos utilizados na avaliação que ocorre quando o idoso tem seu primeiro atendimento no ambulatório, bem como aqueles utilizados nas consultas sequenciais do Serviço de Geriatria Professor Mario A. Sayeg de Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI).

O Serviço de Geriatria é uma unidade de atenção secundária que funciona na Policlínica Piquet Carneiro (PPC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e tem como objetivos fazer o rastreio de *deficit* funcionais e cognitivos a partir de uma avaliação geriátrica ampla, realizar o diagnóstico e mapear os principais problemas, bem como estabelecer um plano terapêutico voltado para a reabilitação da capacidade funcional.

A sequência do processo de trabalho foi elaborada a partir de uma avaliação inicial com a aplicação dos instrumentos que analisam brevemente as atividades de vida diária, o estado cognitivo, o humor e o estado nutricional. Tais avaliações podem ser realizadas por qualquer membro da equipe multidisciplinar, desde que tenha passado por treinamento para a padronização da aplicação. Após esta etapa inicial, o idoso segue para consultas mais acuradas que são realizadas por uma equipe mínima.

Como toda prática interdisciplinar pressupõe o envolvimento de todos os integrantes da equipe com decisões consensuais, esse conjunto de dados coletados são sintetizados e levados para uma discussão de caso, quando outros profissionais se incorporam para a inserção de avaliações complementares que assegurem um diagnóstico preciso e um plano de cuidados adequado à singularidade de cada indivíduo em acompanhamento no serviço.

INTRODUÇÃO

A triagem é parte da avaliação multidisciplinar inicial (AMI). Esta consiste na avaliação por instrumentos de rastreio, aplicados por um integrante da equipe, independente de sua área profissional, visto que se trata do uso de instrumentos de domínio público, não sendo da alçada específica de determinada área de atuação. Os resultados destes testes servem para avaliar a capacidade funcional do indivíduo que será acompanhado no serviço e assim direcionar o rumo das condutas posteriores.

Antes de iniciar a aferição por instrumentos, é necessário preencher uma ficha de identificação contendo dados sociodemográficos e outras informações que servirão para um perfil inicial do usuário.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

O idoso ingressa no serviço por meio de consulta agendada e fornece informações para um profissional administrativo. Trata-se da folha de rosto com os itens 1 a 10.

Data: ____/____/____ Nº do prontuário CIPI e PPC

I) IDENTIFICAÇÃO, ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE E DEMANDAS

1. Nome: _____ 2. Idade: _____ anos

3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Naturalidade: _____

5. Sexo: () (1) masculino (2) feminino

Endereço: _____

CEP: _____ 8. Bairro: _____ 9. Cidade: _____

10. Telefones de contato: _____

Item 1. Preencher com o nome completo sem abreviaturas. **Item 2.** Indicar a idade conforme consta no documento de identificação. **Item 3.** Informar a data de nascimento que consta no documento. **Item 4.** Estado onde o idoso nasceu (utilizar o que consta em seu documento). **Item 5.** Preencher 1 ou 2 no campo em aberto. **Item 6.** Informar o endereço completo (rua, número e complemento, se for o caso). **Item 7.** Informar o CEP de acordo com o comprovante de residência, bem como o bairro e a cidade, **itens 8 e 9**, respectivamente. **Item 10.** Pedir, além do telefone da casa do idoso, outros telefones de pessoas que tenham contato diário com ele.

A partir do item 11, o preenchimento deverá ser realizado pelo **primeiro profissional** que atender o idoso.

11. Quem informa? () (1) usuário (2) acompanhante (3) ambos

12. Nome do acompanhante: _____ 13. Vínculo: _____

14. Situação previdenciária: () (1) aposentado (2) pensionista (3) aposentado e pensionista (4) outros

15. Escolaridade: _____ anos

16. Qual o motivo pelo qual o(a) sr.(a) procurou o serviço: _____

17. É acompanhado em algum outro serviço? () (1) sim (2) não

18. Qual especialidade? _____

19. Tem algum plano de saúde privado: () (1) sim (2) não

20. Qual? _____

Item 11. Marcar no campo em aberto quem responde às questões com coerência. **Item 12** Preencher com o nome completo do principal acompanhante

do paciente. **Item 13.** Explicitar qual o vínculo dela com o idoso. **Item 14.** Informar a situação de vínculo com a previdência. **Item 15.** Perguntar durante quantos anos o idoso estudou. **Item 16.** Descrever exatamente o motivo explicitado pelo idoso para procurar o serviço. **Item 17.** Perguntar se é acompanhado regularmente em outro serviço. **Item 18.** Destacar a especialidade na qual tem atendimento regular. **Item 19.** Perguntar se ele tem plano de saúde. **Item 20.** Escrever qual o plano. Nestas duas questões é importante esclarecer para o idoso que esta informação é para o caso de ele precisar fazer exames que não estejam sendo feitos no serviço público.

No **item 21** o profissional deve anotar todos os escores dos testes aplicados. Esta parte é imprescindível para dar sequência ao restante da avaliação.

21. Escore dos testes:		
a) MEEM _____	b) ABVD _____	c) AIVD _____
d) EDG _____	e) MNA _____	f) Velocidade da Marcha (metros/segundos) _____

Obs: Instruções sobre a MNA e Velocidade da Marcha encontram-se descritas nas instruções dos protocolos 5 e 6 respectivamente.

No **item 22** deve-se anotar quais foram os encaminhamentos realizados.

Encaminhado para:

a) Serviço social () ____/____/____
b) Avaliação médica () ____/____/____
c) Avaliação fisioterapêutica () ____/____/____
d) Nutrição () ____/____/____
e) Psicoterapia () ____/____/____
f) Neuropsicologia () ____/____/____
g) Rede de saúde () ____/____/____
h) Outros () ____/____/____ qual: _____

Terminada esta entrevista, o profissional deverá aplicar os seguintes testes na ordem que segue.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

- ABVD – Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz.
- AIVD – Escala de Atividade Instrumentais de Vida Diária de Lawton.
- MEEM – Miniexame do Estado Mental.
- EDG – Escala de Depressão Geriátrica. Esta escala deverá ser aplicada somente em idosos cujo escore do MEEM seja superior a 12 pontos.
- MNA – Miniavaliação Nutricional.
- Teste de Velocidade de Marcha.

► Escala de Atividades Básicas de Vida Diária

Também conhecida como Escala de Katz, é uma das mais utilizadas para avaliar o desempenho nas atividades de vida diária. Foi desenvolvida para a avaliação de idosos e para prever o prognóstico nos doentes crônicos. Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade de se vestir e tomar banho (Katz, 1963). No Brasil, após longo tempo de uso de uma tradução livre, o instrumento teve algumas de suas propriedades psicométricas estudadas e apresentou uma concordância de 78,9% e o *alfa de Cronbach* variou de 0,80 a 0,92 (Lino *et al.*, 2008).

Itens da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária

Área de funcionamento
1. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) (I) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) (I) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) (D) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho
2. Vestir-se (pega roupa, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fecho, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) (I) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda (I) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos (D) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa

<p>3. Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas)</p> <p>(I) Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode ser objeto para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)</p> <p>(D) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para se limpar, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite</p> <p>(D) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica</p>
<p>4. Transferências</p> <p>(I) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador)</p> <p>(D) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>(D) Não sai da cama</p>
<p>5. Continência</p> <p>(I) Controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>(D) Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>(D) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente</p>
<p>6. Alimentação</p> <p>(I) Alimenta-se sem ajuda</p> <p>(I) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p>(D) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluídos intravenosos</p>

0: Independente em todas as seis funções; 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 em todas as seis funções.

Legenda: I: independente; D: dependente.

► Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

Escala criada por Lawton & Brody em 1969, amplamente utilizada, tanto na prática clínica como em pesquisa em todo o mundo, que avalia sete atividades: uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo das finanças. Há três opções de resposta: independente, necessidade de ajuda parcial ou incapacidade para realização da tarefa. A pontuação varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação. O escore máximo é 21 pontos quando o indivíduo for totalmente independente. Não há ponto de corte estabelecido, mas sim uma avaliação qualitativa da capacidade funcional do idoso e que deve ser acompanhada de uma avaliação subjetiva que permita analisar as circunstâncias da perda funcional. Não foram encontrados, no Brasil, estudos de adaptação transcultural.

Itens da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

<p>1. Telefone</p> <p>(3) Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda</p> <p>(2) Capaz de ver responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar</p> <p>(1) Completamente incapaz no uso do telefone</p>
<p>2. Viagens</p> <p>(3) Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi</p> <p>(2) Capaz de viajar exclusivamente acompanhado</p> <p>(1) Completamente incapaz de viajar</p>
<p>3. Compras</p> <p>(3) Capaz de fazer compras, se fornecido transporte</p> <p>(2) Capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado</p> <p>(1) Completamente incapaz de fazer compras</p>
<p>4. Preparo de refeições</p> <p>(3) Capaz de planejar e cozinhar refeições completas</p> <p>(2) Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho</p> <p>(1) Completamente incapaz de preparar qualquer refeição</p>
<p>5. Trabalho doméstico</p> <p>(3) Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão)</p> <p>(2) Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas</p> <p>(1) Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico</p>
<p>6. Medicações</p> <p>(3) Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa</p> <p>(2) Capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare</p> <p>(1) Completamente incapaz de tomar remédios sozinho</p>
<p>7. Dinheiro</p> <p>(3) Capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas</p> <p>(2) Capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas</p> <p>(1) Completamente incapaz de administrar dinheiro</p>
Total:

Na sequência dos instrumentos, aplica-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM).

► Miniexame do Estado Mental

Este é o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado em todo o mundo, validado em diversos países. Foi concebido por Folstein *et al.*, em 1975, para avaliação cognitiva de pacientes psiquiátricos. Possui dezenove itens distribuídos pelos seguintes domínios cognitivos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM varia de zero até o máximo de 30 pontos, que corresponde a melhor capacidade cognitiva. Sofre influência da escolaridade, sendo a versão utilizada no serviço validada por Lourenço e Veras, em 2005, com os seguintes pontos de corte: 18/19 para

analfabetos e 23/24 para indivíduos com mais de 1 ano de escolaridade. O tempo de aplicação varia entre 10 e 20 min.

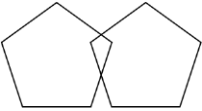
Instruções

- Aplicar o questionário abaixo de forma clara e objetiva, conforme as orientações nele descritas.

Itens do Miniexame do Estado Mental

<p>ORIENTAÇÃO NO TEMPO Em que ano nós estamos? Em que estação do ano nós estamos? Em que mês nós estamos? Em que dia da semana nós estamos? Em que dia do mês nós estamos?</p>	<p>Cada resposta correta nesta seção vale 1 ponto; total da seção, 5 pontos.</p>
<p>ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO Em que estado nós estamos? Em que cidade nós estamos? Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima) O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função) Em que andar nós estamos?</p>	<p>Cada resposta correta nesta seção vale 1 ponto; total da seção, 5 pontos.</p>
<p>REGISTRO Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) sr(a). vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: REAL [pausa], MALA [pausa], CASA [pausa]. Agora, repita as palavras para mim. [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]</p>	<p>Cada resposta correta desta seção vale 1 ponto; total da seção, 3 pontos.</p>
<p>ATENÇÃO E CÁLCULO Agora eu gostaria que o(a) sr(a). subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? [pausa] Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, aplique o teste de soletração da palavra MUNDO. Solete a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente. [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Cada resposta correta desta seção vale 1 ponto; total da seção, 3 pontos. Considere o maior resultado.]</p>	<p>Respostas corretas: 93; 86; 79; 72; 65. Cada resposta correta desta seção vale 1 ponto; total do teste, 5 pontos. Se não atingir o escore máximo, aplique o teste de soletração da palavra MUNDO. Total do teste, 5 pontos. Considere para pontuação desta seção, o maior resultado obtido nos dois testes.</p>
<p>MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO Peça: Quais são as 3 palavras que eu pedi que o(a) sr(a). memorizasse? [Não forneça pistas.]</p>	<p>Respostas corretas: REAL; MALA; CASA. Cada resposta correta desta seção vale 1 ponto; total da seção, 3 pontos.</p>
<p>LINGUAGEM [Aponte o lápis e o relógio e pergunte:] O que é isto? (lápis) O que é isto? (relógio)</p>	<p>Respostas corretas: lápis; relógio. Cada resposta correta desta seção vale 1 ponto; total da seção, 2 pontos.</p>
<p>Agora, eu vou pedir para o(a) sr(a). repetir o que eu vou dizer, certo? Então, repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá".</p>	<p>Esta seção vale 1 ponto.</p>

Itens do Miniexame do Estado Mental (cont.)

<p>Agora, ouça com atenção porque eu vou pedir para o(a) sr(a). fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa] Pegue este papel com a mão direita [pausa]; com as duas mãos, dobre-o ao meio uma vez [pausa] e, em seguida, jogue-o no chão.</p>	<p>Cada tarefa correta desta seção vale 1 ponto; total da seção, 3 pontos.</p>
<p>Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. [Mostre ao examinado a folha com o comando]: Feche os olhos.</p>	<p>Esta seção vale 1 ponto.</p>
<p>Peça: Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p>	<p>Esta seção vale 1 ponto.</p>
<p>CAPACIDADE CONSTRUTIVA VISUAL Peça: Por favor, copie este desenho.</p> 	<p>Esta seção vale 1 ponto.</p>
<p>TOTAL:</p>	<p>Total máximo: 30 pontos.</p>

Nos indivíduos cujos escores forem superiores a 12, aplica-se a Escala de Depressão Geriátrica

► **Escala de Depressão Geriátrica**

A EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh & Yesavage¹⁵ (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor.

Em estudo realizado por Paradela, *et al.* (2005) foi sugerido o ponto 5/6 como o mais adequado, privilegiando a sensibilidade, a despeito de uma pequena perda de especificidade (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados de sensibilidade e especificidade de alguns pontos de corte da EDG-15. Rio de Janeiro, 2005.

Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
(4/5)	86,5%	63,3%
(5/6)	81,1%	71,1%
(6/7)	73,3%	78,3%

Fonte: Paradela, et al (2005).

Escala de Depressão Geriátrica

Perguntas	Respostas
1. O(a) sr(a). está basicamente satisfeito(a) com sua vida?	(Não)
2. O(a) sr(a). deixou muitos de seus interesses e atividades?	(Sim)
3. O(a) sr(a). sente que sua vida está vazia?	(Sim)
4. O(a) sr(a). se aborrece com frequência?	(Sim)
5. O(a) sr(a). se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(Não)
6. O(a) sr(a). tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(Sim)
7. O(a) sr(a). se sente feliz a maior parte do tempo?	(Não)
8. O(a) sr(a). sente que sua situação não tem saída?	(Sim)
9. O(a) sr(a). prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(Sim)
10. O(a) sr(a). se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(Sim)
11. O(a) sr(a). acha maravilhoso estar vivo?	(Não)
12. O(a) sr(a). se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(Sim)
13. O(a) sr(a). se sente cheio de energia?	(Não)
14. O(a) sr(a). acha que sua situação é sem esperança?	(Sim)
15. O(a) sr(a). sente que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Sr(a).?	(Sim)
Total	

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

Encerrado este protocolo, o usuário é encaminhado para a segunda etapa da avaliação multidisciplinar inicial (AMI). Esta é registrada em formulário único de forma que todos os profissionais tenham acesso às informações previamente colhidas. Ao final é necessário um resumo com as principais impressões e condutas dos profissionais.

A estruturação de equipe mínima varia conforme a disponibilidade de recursos. A AMI, na proposta apresentada, contempla a avaliação realizada por uma equipe mínima, seguindo as instruções contidas nos protocolos 2, 4 e 6. Nesta seção o guia de instruções segue com uma equipe composta por assistente social, médico e fisioterapeuta com o objetivo de elaborar o diagnóstico clínico, funcional e cognitivo, além de elencar os principais problemas e colher as impressões sociais mais relevantes. (Ver Apêndice 1 – Diagrama da Avaliação Geriátrica Ampla)

Ao final da avaliação, é importante fazer um resumo das principais impressões da equipe, bem como estabelecer condutas e padrões de acompanhamento que servirão como guia para orientar o fluxo do usuário no serviço. (Ver Apêndice 2 — Instruções de impressões, condutas e acompanhamento). De posse deste conjunto de dados, o caso é discutido com toda a equipe para a tomada de decisões. (Ver Apêndice 3 — Elaboração do plano de cuidados)

REFERÊNCIAS

LAWTON, M. P. et al. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LOURENÇO, R. A. et al. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais [Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. *Rev Saúde Pública*, v. 40, p. 712-719, 2006.

MACHADO, R. S. P. Validade da versão em português da Mini Avaliação Nutricional / Renata Santos Pereira Machado; orientação Prof. Dr. Renato Veras, Rio de Janeiro, 2014. 114 p. Tese (doutorado). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, 2014.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 918-923.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psiquiatri Res*, v. 17, n. 1, p. 37-49.

INTRODUÇÃO

Na avaliação social busca-se, por meio de entrevista, identificar os principais determinantes que perpassam o processo saúde-doença, e que interferem na condição de vida dos idosos e suas famílias. A partir daí, são elaboradas estratégias de enfrentamento dos problemas identificados, e o plano de cuidado é definido em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Este também é um momento oportuno para conhecer a rede sociofamiliar e definir ações que auxiliem na construção e fortalecimento de rede de suporte social. Este momento requer do profissional um olhar atento não só para as demandas explícitas, mas também para aquelas que nem sempre são esboçadas claramente, mas que, a partir de uma avaliação social acurada, são possíveis de serem identificadas.

É necessário, sempre que possível, estabelecer uma dinâmica que estimule a autonomia do indivíduo, priorizando a realização de entrevista com o idoso e estabelecendo outros momentos para atendimento aos familiares e aos acompanhantes, respeitando o sigilo e garantindo o espaço de fala dos usuários. A maioria das perguntas da avaliação social deve ser direcionada exclusivamente ao idoso. Por mais que pareçam simples, são pessoais e algumas, subjetivas. Nos casos em que os idosos estejam impossibilitados de entender as perguntas ou não tenham condições de se expressarem claramente, deve-se utilizar o termo “não se aplica”. É importante que o profissional ouça do idoso as respostas de situações que dizem respeito à própria vida.

A seção de avaliação social tem por objetivo fornecer subsídios para a análise da realidade sociofamiliar dos idosos, sendo um instrumento facilitador para a compreensão das condições de vida, situações socioeconômicas e habitacionais que possam interferir no processo saúde-doença. Portanto, se faz necessário olhar o indivíduo de maneira integral não apenas como um corpo que precisa de cuidados, mas sim um ser humano intrinsecamente

ligado ao seu ambiente, que pode influenciar ou ser influenciado por ele. (Mendes e Oliveira, 2007)

IDENTIFICAÇÃO

Este é um espaço para fazer uma identificação breve do idoso e de seu acompanhante.

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____ 2. Pront: _____
3. Quem informa? () (1) usuário (2) acompanhante (3) ambos
4. Idade do idoso: _____ anos
5. Nome do acompanhante: _____
6. Idade: _____ 7. Vínculo: _____
8. Estado civil: () casado(a) ou união estável () divorciado(a) () viúvo(a) () solteiro(a)

RELAÇÃO FAMILIAR

Este item avalia o contexto familiar para maior compreensão da sua composição, dos laços de afetividade e do viver em família. É fundamental verificar a rede de apoio sociofamiliar dos idosos.

A família é, na maioria das vezes, o contexto social mais próximo dos idosos, sendo importante verificar quem são as pessoas que convivem com eles e a forma como esse arranjo familiar está configurado, bem como os aspectos positivos e negativos que dele decorrem para a elaboração do plano de cuidados.

Aqui se verifica a convivência com outros familiares e a qualidade do relacionamento. Neste momento o profissional pode, por exemplo, perguntar se ele se sente amparado por todos os membros da sua família, aprofundando os aspectos considerados relevantes na fala do idoso.

Deve-se anotar o número de parentes que possuem convivência com o idoso e verificar como essas relações são construídas. Também é preciso identificar quem ele considera ser referência no seu cuidado e suporte social.

Caso o idoso more sozinho, deve-se registrar há quantos anos ele vive nesta condição. Do contrário, deve-se descrever a composição familiar considerando aqueles que residem no mesmo domicílio do usuário, registrando nome, idade, grau de parentesco e quanto tempo passam no domicílio, especificado por turnos.

A avaliação desses aspectos é fundamental para perceber se o idoso convive com uma rede familiar que oferece suporte social ou se ele é responsável por fornecer ajuda àqueles que convivem com ele. O profissional deve exercitar o olhar atento para avaliação das relações desses idosos com seus familiares, considerando não apenas o apoio material, mas também afetivo e emocional, e de que forma se dá a interação e o apoio social oferecido por familiares, visto que estas relações exercem grande impacto na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos.

A partir dos problemas identificados no âmbito familiar, cabe traçar estratégias em conjunto com a equipe para uma abordagem integral desses problemas, considerando também a provisão de bens e serviços pelo Estado na resposta às expressões da questão social.

RELAÇÃO FAMILIAR				
Para os casos não previstos, aplicar (9) Não se aplica (1) Sim (2) Não				
9. () Cônjuge 10. () Irmãos - quantos? _____ 11. () Filhos - quantos? _____				
12. () Netos/bisnetos - quantos? _____ 13. () Outros - especificar: _____				
14. O(A) sr(a). mora sozinho? () (1) sim (2) não 15. Tempo: _____				
16. Como é sua relação com seus familiares? _____ _____				
17. Qual(is) a(s) pessoa(s) de referência para suporte? _____				
18. Composição familiar no domicílio:				
Nº	Pessoas que residem no mesmo domicílio	Idade	Grau de parentesco	Tempo em casa
1				
2				
3				
4				
5				

RELAÇÕES EXTRAFAMILIARES

É importante assinalar que não só a família pode ser uma fonte de apoio social para o idoso. É necessário ampliar a visão para as relações de amizade e vizinhança, a fim de identificar como se organiza esta rede fora do âmbito familiar. Em alguns casos, amigos e vizinhos fornecem um suporte que a família não consegue fornecer. Dependendo da situação, eles são as principais

fontes de apoio emocional, nos casos de conflitos familiares. Muitas vezes, tais vizinhos e amigos são grandes aliados da equipe de saúde. É importante verificar qual é a qualidade dessa relação no provimento de suporte social nas mais variadas situações vivenciadas pelo usuário. O objetivo é identificar e articular essas redes.

RELAÇÕES EXTRAFAMILIARES

19. O(A) sr(a). tem amigos(as) próximos(as) ou vizinhos com os quais pode contar? ()

RELAÇÕES COMUNITÁRIAS

De modo semelhante às relações com vizinhos e amigos, as relações comunitárias são fundamentais para uma boa qualidade de vida. A participação social e comunitária pode favorecer um envelhecimento mais ativo. Portanto, deve ser avaliada e estimulada pela equipe de saúde.

A fragilidade das relações sociais é fator de risco para o adoecimento. O engajamento social do indivíduo é fator importante para o não isolamento, e conseqüentemente para o não adoecimento, visto que indivíduos com boa interação com o seu meio social têm maiores possibilidades para o exercício de sua cidadania. (Buchanan, 2002)

Dentro das limitações e do desejo do idoso, é possível fortalecer as relações comunitárias de forma a estimular sua socialização.

Outro item a ser analisado é o sistema de crenças e espiritualidade do idoso, uma vez que a prática religiosa tem impactos na saúde e na qualidade de vida. É importante verificar como a integração social e emocional da religiosidade influencia na promoção da saúde do idoso e de que forma auxilia no enfrentamento e amparo no processo de envelhecimento. Diferença de credos religiosos no âmbito familiar também precisam ser verificadas pelo profissional, na medida em que podem culminar em situações de conflito familiar.

Frequentar espaços religiosos e participar de atividades a eles ligadas podem trazer ao idoso um senso de produtividade e maior sociabilidade. Ao se indagar sobre a não participação nestas atividades, é importante conhecer qual é o motivo, a fim de identificar elementos que possam dificultar essa participação.

No item “outras inserções comunitárias”, o profissional busca identificar se o idoso participa de outras atividades como, por exemplo, grupos ou centros de convivência, associações, grupos de autoajuda. Trata-se de um momento importante para mostrar ao idoso o leque de oportunidades disponíveis.

RELAÇÕES COMUNITÁRIAS

20. O(A) sr(a). tem religião? () Qual? () (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) outras _____

21. É praticante? () (1) Sim (2) Não (9) Não se aplica

Em caso afirmativo, especifique:

22. Vai à missa/culto ()

23. Frequenta grupos ()

24. Trabalha como voluntário (a) ()

25. Em caso negativo, explicar o motivo: _____

26. Outras inserções comunitárias: _____

SITUAÇÃO HABITACIONAL

A habitação deve ser considerada como um dos determinantes sociais da saúde, sendo necessário verificar se oferece condições mínimas que contribuam para a saúde e o bem-estar de seus moradores voltando o olhar não apenas para as condições físicas, mas também econômicas e sanitárias. Condições sanitárias adequadas, tais como rede de esgoto, água encanada e saneamento básico são direitos da população, tendo o Estado o dever de prover estes serviços. Na identificação desta deficiência, o Estado deve ser acionado para fazer valer este direito social.

As condições de moradia do idoso requerem cuidados quanto a possíveis inadequações que possam oferecer riscos de quedas e fraturas, sendo importante orientar a família no sentido de adotar algumas medidas necessárias para tornar o ambiente mais seguro, levando em consideração as possibilidades da família e do idoso em prover as devidas adaptações. Neste contexto, é importante que o profissional verifique também como se dá a acessibilidade à moradia, analisando as circunstâncias que possam dificultar o acesso, detalhando-as no campo específico.

A dependência habitacional do idoso também deve ser avaliada, verificando se esta relação de dependência gera algum prejuízo ou conflito familiar.

Todas as observações extras devem ser anotadas no item “observação”. Isto facilita a tomada de decisões pela equipe.

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Para os casos não previstos, aplicar (9) Não se aplica (1) Sim (2) Não

27. O(A) sr(a). reside em: () (1) casa térrea (2) casa duplex (3) apartamento (4) instituição

28. A sua moradia é: () (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) outros: _____

29. Há saneamento básico no local? () (1) Sim (2) Não

30. O acesso à moradia é difícil? () Causa? _____

Observação: _____

SITUAÇÃO TRABALHISTA/PREVIDENCIÁRIA/ASSISTENCIAL

O processo de ajuste e reestruturação produtiva dos últimos anos vai agravar o quadro social do Brasil e trazer fortes impactos sobre a organização e as condições de vida das famílias, assim como sua capacidade de atender às necessidades básicas de seus membros. Com isso, ao mesmo tempo em que se reduz o tamanho das famílias, aumenta-se o número de dependentes da renda da família devido ao aumento do desemprego e da vulnerabilidade entre os diversos segmentos da população. Neste contexto, muitas vezes o idoso acaba se tornando o principal provedor da subsistência da família, sendo necessário avaliar como se dá o nível de dependência financeira da família, pois a precariedade de renda e condições de subsistência trazem impactos negativos para a saúde.

A definição de um plano de cuidados para o idoso requer uma avaliação das suas reais condições econômica e financeira, bem como de sua família para que este seja traçado de forma adequada a essa realidade social. Neste item é possível avaliar se o idoso atende a critérios para a concessão de benefícios assistenciais e previdenciários que possam compor sua renda e favorecer maiores níveis de saúde e qualidade de vida. Neste eixo, é possível identificar outras situações de vulnerabilidade social no âmbito familiar, como desemprego, pobreza, baixa renda, relações de dependência financeira, situações de violência financeira e patrimonial, entre outros.

É importante não destacar apenas a renda do usuário, mas os gastos relevantes que comprometem a vida financeira, como por exemplo, gastos com saúde, subsistência familiar, empréstimos consignados e situações de violações de direitos como a apropriação indevida de seus recursos por terceiros.

A informação sobre o exercício de atividade remunerada atual é importante, pois este pode ser um fator que favorece maior autonomia e qualidade de vida do idoso, sendo um fator importante no sentido de um “envelhecimento ativo”. Porém, esta inserção pode se dar por imperiosa necessidade de complementação de renda, ainda que o tipo de atividade exercida seja inadequado para a sua saúde e o seu bem-estar. Essas informações devem ser registradas no campo de observações e avaliadas com cuidado pelo profissional e pela equipe de forma a construir estratégias que garantam o acesso a maiores níveis de renda, a direitos, benefícios sociais e proteção social por parte do Estado.

<u>SITUAÇÃO TRABALHISTA/PREVIDENCIÁRIA/ASSISTENCIAL</u>	
31. O(A) sr(a). exerceu atividade remunerada ao longo da sua vida? ()	32. Qual? _____
33. Caso tenha exercido atividade remunerada ao longo da vida, há quanto tempo parou de trabalhar? _____	
34. Motivo: _____	

35. Situação socioeconômica:					
Nº	Ocupação	Vínculo (1) Com carteira (2) Sem Carteira (3) Autônomo	Renda	Situação previdenciária (1) Não segurado (2) Ativo (3) Inativo (4) Aposentado (5) Pensionista	Assistência social (1) Bolsa família (2) Passe-livre idoso (3) RioCard especial/ Vale social (4) BPC (5) Outros
1					
2					
3					
4					
5					

36. Renda Familiar: _____
Observação: _____

Legenda: BPC: benefício de prestação continuada.

OUTRAS SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL

Este é o item no qual o profissional avalia a ocorrência de eventos que possam repercutir negativamente na vida do idoso e que possam ser impulsionadores de problemas que causem isolamento, solidão, angústia, desespero, perda financeira e quadros depressivos.

Morte de pessoa próxima – indagar sobre a ocorrência de falecimento recente de alguma pessoa importante para o idoso. Situações de luto podem ser trabalhadas junto a outros profissionais da equipe.

Mudança de casa – verificar se houve mudança de casa por algum motivo contra a vontade do idoso. Idosos, em geral, sofrem ao ter que deixar espaços que construíram ou onde viveram a maior parte da vida.

Separação conjugal na família – indagar sobre separação de pessoas importantes na vida do idoso. Pais costumam sofrer com o rompimento das relações de seus filhos, avós, de igual modo. Além disso, uma separação pode significar um retorno a casa, ocasionando uma condição de dependência.

Perdas financeiras – identificar se houve perdas financeiras importantes que possam estar causando problemas na vida do idoso.

Cuida de familiar dependente – identificar se cuida de pessoa doente ou em condição que cause sobrecarga e estresse.

Uso abusivo de álcool ou drogas – identificar se existe algum familiar que faz uso de álcool ou de drogas, gerando situações de risco ou de estresse e violência contra o idoso. Ou se tal situação gera ônus financeiro ou emocional.

Em cada uma destas situações, caso haja alguma repercussão negativa na vida do idoso, o profissional deve descrever, no campo, observações de modo a contribuir com os demais membros da equipe. Nos casos em que o idoso pede sigilo, o profissional deve apenas mencionar a existência de situações que afetam a vida do idoso.

OUTRAS SITUAÇÕES DE RISCO SOCIAL (1) Sim (2) Não

Identificar a ocorrência das situações abaixo que tenham repercussão no momento atual.

37. () Morte de pessoa próxima

38. () Mudança de casa

39. () Separação conjugal na família

40. () Perdas financeiras

41. () Cuida de familiar dependente

42. () Uso abusivo de álcool ou drogas

Em caso afirmativo, descrever as reações:

Observação: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Neste eixo o assistente social pode avaliar o estado atual de saúde do idoso e de que forma está sendo realizado o tratamento. É possível também identificar situações que demandem uma frequência maior ao serviço, o que onera ainda mais o idoso e sua família, sendo uma informação importante para o plano de cuidado. Além disso, esta etapa permite o profissional conhecer a inserção do idoso em outros serviços de saúde e tratamentos, bem como as dificuldades no acesso a medicamentos e a sua garantia.

OUTRAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE Para casos não previstos (9) não se aplica (1) Sim (2) Não

43. Diagnóstico: _____

44. Frequência de tratamento: _____

45. Medicamentos utilizados: _____

46. Encontra alguma dificuldade na aquisição dos medicamentos: ()

47. Em caso afirmativo, explicar o motivo: _____

48. Realiza outro tratamento de saúde? ()

49. Local: _____

IMPRESSÕES (SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE E RISCO SOCIAL)

Este é um campo cuja responsabilidade de resposta é do profissional e não do usuário. Os apontamentos são feitos com base nas impressões do profissional ao longo do processo de avaliação. Ao final deste processo, o assistente social tem oportunidade de obter o retrato das características social, familiar, econômica e cultural dos idosos, podendo identificar situações de vulnerabilidade que possam ser prejudiciais para a saúde. Estas são informações fundamentais no momento da discussão interdisciplinar. No caso de idoso sem problemas identificados, o profissional deve informar que não foram identificados problemas sociais que possam interferir nas condições de saúde neste momento.

IMPRESSÕES (situações de vulnerabilidade e risco social)

() Baixa renda () Situação de extrema pobreza () Isolamento social () Fome

() Moradia precária () Suporte familiar precário ou ausência de suporte

() Fragilidade ou ausência de rede de apoio social () Violência intrafamiliar

() Uso abusivo de álcool e outras drogas () Desnutrição

() Pessoa com deficiência () Idoso dependente e/ou fragilizado

INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES

A Avaliação Geriátrica Ampla pressupõe participação de uma equipe multidisciplinar para atender às demandas dos usuários inseridos em serviços ambulatoriais e hospitalares.

Outros instrumentos estão disponíveis para utilização em unidades geriátricas. Tais ferramentas são usadas em vários países para avaliar o suporte social, uma das variáveis mais importantes na manutenção da saúde do idoso, bem como para avaliar o cuidador familiar. Este, por ser a pessoa mais próxima do idoso, quando ocupa a função de provedor de todo o cuidado, também necessita de atenção especial e não deve ficar de fora do olhar profissional.

No Brasil, existem alguns instrumentos que foram validados para a avaliação do suporte social. No Serviço de Geriatria, além da clássica avaliação social realizada através de uma entrevista como processo de escuta acurada optou-se também pelo uso do APGAR da família para avaliar o nível de suporte social. E, para avaliar os familiares, optou-se pela escala de sobrecarga em decorrência do cuidado, a Escala de Rastreamento de Sintomas Depressivos e a Escala de Rastreamento da Violência. Estes instrumentos servem como um roteiro padronizado para que o profissional organize sua proposta de intervenção.

► APGAR da família

Para avaliar a satisfação com o suporte que é destinado ao idoso, o profissional pode utilizar o APGAR. A denominação APGAR é uma sigla das dimensões avaliadas pelo instrumento: *Adaptation, Participation, Growth, Affection e Resolution*

O APGAR tem como vantagens o número reduzido de itens e a facilidade na aplicação. Trata-se de um instrumento para ser respondido exclusivamente pelo idoso com o objetivo de avaliar o seu grau de satisfação com a família. É constituído por cinco perguntas, cada uma com três opções de respostas, e pontuação que varia de 0 (zero) a 2 (dois) pontos. O somatório poderá ser de 0 (zero) a 10 (dez) pontos e o nível de satisfação com a família pode variar de: totalmente satisfeito (7-10) e insatisfeito (< 6). A insatisfação ainda pode ser classificada em leve (> 2 e < 7) e totalmente insatisfeito (≤ 2)

Itens do APGAR da família

Itens	N ^{os}	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Estou satisfeito(a), pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.		4	3	2	1	0
2. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.		4	3	2	1	0
3. Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.		4	3	2	1	0
4. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.		4	3	2	1	0
5. Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.		4	3	2	1	0
Total:						

Fonte: Vera, *et al.* (2002).

Score: sempre=4; quase sempre=3; algumas vezes=2; raramente=1; nunca=0.

Interpretação do escore total

> 11	Totalmente satisfeito
7-10	Um pouco satisfeito
5-6	Um pouco insatisfeito
0-4	Totalmente insatisfeito

Quando os resultados sugerem insatisfação com o suporte, cabe ao profissional se reunir com a família do idoso, para identificar as possibilidades e limites desses familiares, e pensarem juntos em estratégias que possam colaborar com o desenvolvimento de afetos positivos ou com a inserção de outros membros da família que possam destinar um suporte satisfatório.

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

A análise da sobrecarga é uma interessante medida tanto na avaliação do idoso quanto na avaliação de seu acompanhante. Um indivíduo sobrecarregado pela tarefa de cuidar pode perder o equilíbrio emocional, pode maltratar e pode até adoecer em decorrência dos problemas gerados pelo seu estado. É grande o número de idosos que demanda cuidados de terceiros, e o número de idosos cuidando de seus familiares aumenta gradativamente. A Escala de Sobrecarga de Zarit é o instrumento mais utilizado para a aferição da sobrecarga.

Ela comporta 22 itens com quatro opções de respostas que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva por meio do relato do cuidador de idosos com dependência. Até o item 21, as opções de resposta se apresentam como: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = frequentemente e 4 = sempre. No item 22, as opções se apresentam da seguinte forma: 0 = nada; 1 = muito pouco; 2 = um pouco. O escore final varia de 0 a 88, sendo considerado sem sobrecarga o(s) indivíduo(s) com escores que variam de 0 a 20; sobrecarga leve de 21 a 40; sobrecarga moderada de 41 a 60 e sobrecarga alta aqueles com escores maiores que 61.

Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador

1. O(A) sr(a). sente que S* pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	
2. O(A) sr(a). sente que por causa do tempo gasto com S, o(a) sr(a). não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?	
3. O(A) sr(a). se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	
4. O(A) sr(a). se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?	
5. O(A) sr(a). se sente irritado(a) quando S está por perto?	
6. O(A) sr(a). sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	
7. O(A) sr(a). sente receio pelo futuro de S?	
8. O(A) sr(a). sente que S depende do(a) sr(a)?	
9. O(A) sr(a). se sente tenso(a) quando S está por perto?	
10. O(A) sr(a). sente que sua saúde foi afetada por causa de seu envolvimento com S?	
11. O(A) sr(a). sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de S?	
12. O(A) sr(a). sente que sua vida social tem sido prejudicada porque o(a) sr(a). está cuidando de S?	
13. O(A) sr(a). não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de S?	
14. O(A) sr(a). sente que S espera que o(a) sr(a). cuide dele(a) como se o(a) sr(a). fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	

Itens da Escala de Sobrecarga do Cuidador (cont.)

15. O(A) sr(a). sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se às suas outras despesas?	
16. O(A) sr(a). sente que será capaz de cuidar de S por mais tempo?	
17. O(A) sr(a). sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?	
18. O(A) sr(a). gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	
19. O(A) sr(a). se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	
20. O(A) sr(a). sente que poderia estar fazendo mais por S?	
21. O(A) sr(a). sente que poderia cuidar melhor de S?	
22. De maneira geral, quanto o(a) sr(a). se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S?	
Total	

Fonte: Sczufka (2002).

Escores: Nunca (0); Raramente (1); Às vezes (2); Quase sempre (3); Sempre (4).

Para o item 22: Nada (0); Muito pouco (1); Um pouco (2).

Legenda: S* se refere ao idoso sob os cuidados do familiar.

Cuidadores sobrecarregados necessitam de apoio para que possam exercer essa tarefa com equilíbrio. Uma vez identificados altos níveis de sobrecarga, o profissional deverá recorrer a outros integrantes da família com o objetivo de otimizar o cuidado, buscando inclusive, outros parceiros capazes de desempenhar tal tarefa. Além disso, o cuidador deve ser orientado para grupos de orientação e suporte.

ESCALA DE RASTREIO DE VIOLÊNCIA

O CASE é um instrumento de rastreio da violência doméstica contra idosos, de fácil aplicação. Desenvolvido no Canadá, contém oito itens que abarcam as dimensões de violência física, psicossocial, financeira e negligência, sem que seja necessário arguir diretamente sobre comportamentos ou atos violentos. Mesmo sem a apresentação de um ponto de corte que possa sugerir perpetração de maus-tratos, a escala é bastante útil para subsidiar uma entrevista subjetiva para o rastreio da violência e, acompanhada de outros instrumentos, como a avaliação da sobrecarga do cuidador e a escala de rastreio de sintomas depressivos do cuidador, ajuda a fornecer um retrato da relação de cuidado.

Itens da Escala de Rastreio de Violência

Perguntas:	Sim	Não
1. O(A) sr(a). às vezes encontra dificuldade em fazer com que S* controle sua irritação ou agressividade?		
2. O(A) sr(a). muitas vezes se sente forçado(a) a agir contra sua própria natureza ou fazer coisas que lhe desagradem?		
3. O(A) sr(a). acha difícil controlar o comportamento de S*?		

Itens da Escala de Rastreamento de Violência (cont.)

4. O(A) sr(a). às vezes se sente forçado a ser bruto com S*?		
5. O(A) sr(a). às vezes sente que não consegue fazer o que necessário ou o que deve ser feito para S*?		
6. O(A) sr(a). às vezes que tem de rejeitar ou ignorar S*?		
7. O(A) sr(a). muitas vezes se sente tão cansado(a) e exausto(a) que não consegue dar conta das necessidades de S*?		
8. O(A) sr(a). muitas vezes acha que tem que gritar com S*?		

Fonte: Paixão Junior (2006).

Legenda: S* se refere ao idoso sob os cuidados do familiar.

O Case deve ser aplicado sempre que o idoso sinalizar que está sofrendo algum tipo de violência, ou quando o profissional perceber um comportamento hostil e/ou identificar situações que possam sugerir violência. Caso a maioria das respostas seja positiva, cabe ao profissional realizar uma avaliação mais detalhada, buscando conhecer a motivação para tais atos, informar sobre os direitos da pessoa idosa, refletir sobre as penalidades que podem ser impostas a quem comete maus-tratos e buscar alternativas para mudanças de comportamento, substituição da pessoa que cuida. Uma vez comprovada a perpetração da violência, cabe ao profissional notificar, em formulário próprio, à Vigilância em Saúde e encaminhar para o CREAS da região para análise da situação e possível trabalho de fortalecimento de vínculos.

ESCALA DE DEPRESSÃO DO *CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES* – RASTREIO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

A Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies* (CES-D) é uma escala para avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista. Foi descrita originalmente por Radolf, em 1977. Contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em escala Likert (nunca ou raramente = 0; às vezes = 1; frequentemente = 2; sempre = 3). O escore final varia de 0 a 60 pontos. O único estudo brasileiro em população idosa foi o de Batistoni *et al.* (2007). Esses autores compararam o CES-D com a Escala de Depressão Geriátrica e obtiveram um alfa de Cronbach de 0,86 na avaliação da consistência interna; sensibilidade (74,6%) e especificidade (73,6%), para nota de corte > 11.

Itens da Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies*

1. O(A) sr(a). sentiu-se incomodado com coisas que habitualmente não o incomodam?		0	1	2	3
2. O(A) sr(a). não teve vontade de comer ou teve pouco apetite?		0	1	2	3
3. O(A) sr(a). sentiu não conseguir melhorar seu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos?		0	1	2	3
4. O(A) sr(a). sentiu-se, quando comparado a outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas?		0	1	2	3
5. O(A) sr(a). sentiu dificuldade de se concentrar no que fazia?		0	1	2	3
6. O(A) sr(a). sentiu-se deprimido		0	1	2	3
7. O(A) sr(a). sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?		0	1	2	3
8. O(A) sr(a). não se sentiu otimista sobre o futuro?		0	1	2	3
9. O(A) sr(a). considerou que sua vida tinha sido um fracasso?		0	1	2	3
10. O(A) sr(a). sentiu-se amedrontado(a)?		0	1	2	3
11. Seu sono não foi repousante?		0	1	2	3
12. O(A) sr(a). não esteve feliz?		0	1	2	3
13. O(A) sr(a). falou menos que o habitual?		0	1	2	3
14. O(A) sr(a). sentiu-se sozinho(a)?		0	1	2	3
15. As pessoas não foram amistosas com o(a) sr(a).?		0	1	2	3
16. O(A) sr(a). não aproveitou a vida?		0	1	2	3
17. O(A) sr(a). teve crises de choro?		0	1	2	3
18. O(A) sr(a). sentiu-se triste?		0	1	2	3
19. O(A) sr(a). sentiu que as pessoas não gostavam do(a) sr(a).?		0	1	2	3
20. O(A) sr(a). não conseguiu levar adiante suas coisas?		0	1	2	3

Fonte: Batistoni, *et al.* (2010).

Nos casos em que os escores da escala indiquem possibilidade de episódio depressivo, o familiar deve ser encaminhado a um serviço médico para avaliação e acompanhamento, em situações que o diagnóstico seja positivo. O encaminhamento para atendimento psicoterápico também é uma alternativa importante.

REFERÊNCIAS

- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, 2007.
- BUCHANAN, A. A legitimidade interna de interação humanitária. Artigo publicado on line: 16 de dezembro de 2002. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9760.00066/abstract>.
- KANE, R. A. Assessment of social function: recommendations for comprehensive geriatric assessment. In: RUBENSTAIN, L. Z.; WIELAND, D.; BENRNABEL, R., editors. **Geriatric Assessment Technology: The state of the Art**. New York: Spring Publish, 1995. p. 91-110
- MENDES, A.O.; OLIVEIRA, F.A. de. Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de janeiro, v. 2, n. 8, jan-mar 2007.
- PAIXÃO JR., C. M.; REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2013-2022, 2007.
- SANCHEZ M. A. S., MOTA, G. M. S. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 12, n. 1, p. 25-33.
- SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 12-7, 2002.
- VERA I., et al. Índice APGAR de Família na avaliação de relações familiares do idoso: revisão integrativa. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 24, n. 1, p. 12-7, 2002.

INTRODUÇÃO

Os principais diagnósticos em geriatria são pautados nos aspectos clínicos do paciente, considerando-se que os marcadores biológicos não estão disponíveis para grande parte das doenças mais prevalentes no idoso. Portanto, a anamnese cuidadosa e o exame físico criterioso e atento constituem o alicerce para o sucesso diagnóstico. A seguir serão descritos os aspectos mais importantes de cada etapa da avaliação médica.

ANAMNESE

► Queixa principal e história da doença atual

Diferente do que em geral acontece durante consultas com adultos não idosos, é comum que o paciente geriátrico venha à consulta por inúmeros motivos e não por uma única queixa principal.

Por outro lado, o paciente pode estar assintomático, caso esteja à procura apenas de um acompanhamento preventivo. Sendo assim, deve-se iniciar o atendimento retomando o motivo pelo qual o paciente procurou o serviço e verificar se esta foi uma iniciativa da família ou do próprio paciente.

Queixa principal:

Caso o paciente tenha muitas queixas, peça que ele inicie a consulta descrevendo o sintoma que mais o incomoda e, caso seja assintomático, iniciar pela história patológica pregressa (listar as comorbidades e medicações).

Se o motivo da consulta for alteração da memória, descrever em detalhes quando iniciou, se houve relação com algum evento (internação, morte na fa-

mília, uso de nova medicação, etc.), solicitar exemplos de episódios de esquecimento, das atividades prejudicadas pela cognição e pesquisar por alterações do humor e do comportamento associadas.

Mesmo que o paciente procure o geriatra por uma queixa específica (p. ex. memória), a avaliação deverá ser sempre global e, durante a revisão de sistemas, deve-se sempre identificar novos problemas.

Além disso, é importante averiguar se o paciente faz acompanhamento regular com outros especialistas, pois isto vai interferir na estratégia de acompanhamento.

HDA: _____

► **História patológica pregressa**

Todas as patologias deverão ser detalhadas nos espaços específicos de cada item, incluindo o tempo aproximado de diagnóstico, o tratamento implementado e se há acompanhamento e tratamento regulares.

Registrar as datas aproximadas das cirurgias e especificar as alergias. Perguntar também sobre internações prévias e se houve intercorrências no último ano (p. ex. quedas, admissão em emergência, etc.). Sobre as medicações, registrar a posologia exata com o horário das tomadas e verificar se o paciente está tomando regularmente ou se esquece por vezes. Verificar se há automedicação (p. ex. medicações para dormir, anti-inflamatórios, etc.).

HPP (1) sim (2) não		
<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Neoplasias
<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/> Demência	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Órteses e próteses
<input type="checkbox"/> <i>Diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> Cirurgias
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica	<input type="checkbox"/> Doença osteoarticular	<input type="checkbox"/> Outros

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

► Uso de medicações

Avaliar o uso de medicações nos últimos três meses:

Faz uso de medicação (em uso corrente nos 3 últimos meses) () (1) Sim (2) Não

Quais: _____

() Polifarmácia (1) Sim (2) Não Total de medicações em uso: _____

() Anti-hipertensivo

() Antiarritmico

() Antiagregante plaquetário

() Anticoagulante

() Hipolipemiante

() Hipoglicemiante

() Insulina

() Hormônio tireoide

() Anticolinesterásico

() Memantina

() Antipsicótico

() Antidepressivo

() Antiparkinsonismo

() Benzodiazepínico

() Indutor do sono

() Vitaminas

() Bisfosfonato

() Outros

► História social

Neste tópico o profissional deve investigar sobre etilismo e tabagismo.

Tabagismo () (1) tabagista (2) ex-tabagista (3) não tabagista

Quantos/dia _____ Parou há quanto tempo? _____

Etilismo () (1) etilista (2) ex-etilista (3) não etilista

Dose/dia _____ Parou há quanto tempo? _____

► História familiar

Deve-se investigar sobre doenças crônicas (principalmente: hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença coronariana, cerebrovascular e doenças neurodegenerativas, como demências e Parkinson) e neoplasias. Perguntar, especificamente, sobre pais, irmãos e filhos.

() Cardiopatia () Neoplasia () Demência () Outros _____

► História fisiológica

Checar a história vacinal especificamente para o calendário do idoso. Para as mulheres, registrar a data da menopausa e se fez terapia de reposição hormonal.

VACINAÇÃO: () (1) em dia (2) atrasada (3) não sabe informar					
VACINAÇÃO	PERIODICIDADE	DATA DA ÚLTIMA VACINAÇÃO			
Influenza	Reforço anual				
Antitetânica (dT)	Reforço a cada 10 anos				
Hepatite B	-				
Pneumococo	Reforço em 5 anos				
Zoster	-				

Idade da menopausa: _____ anos
Reposição hormonal () (1) Sim (2) Não Há quanto tempo: _____

► **Revisão de sistemas**

A revisão de sistemas é crucial para a identificação de novos problemas. Durante a avaliação inicial, devemos pesquisar por todos os itens descritos na lista e, a cada item identificado, detalhar nas linhas abaixo para que sejam abordados e tratados.

Roteiro para revisão de sistemas

SISTEMAS	SINAIS E SINTOMAS	
Cabeça	() Cefaleia	
	Olhos	
	() Diminuição de visão	() Prótese ocular
	Ouvidos	
	() Diminuição de audição	() Zumbido
	() Déficit auditivo	
	Boca	
	() Prótese/dentadura	() Perda do paladar
	() Boca seca	() Halitose
	() Dor	() Queimação
Pescoço	() Aumento de volume	() Disfagia
	() Rouquidão	
Tórax e pulmões	() Dor torácica	() Tosse
	() Hemoptise	() Dispneia
	() Dispepsia	() Constipação
Gastrintestinal	() Dor abdominal	() Diarreia
	() Flatulência	() Incontinência fecal
	() Náuseas ou vômitos	() Sangramento

Roteiro para revisão de sistemas (cont.)

Genitourinário	() Incontinência urinária	() Prurido
	() Redução do jato urinário	() Leucorreia
	() Impotência	() Sangramento
Osteomioarticular	() Artralgia ou dor na coluna	() Mialgia
	() Tremor	() Diminuição de força
Neurológico	() Vertigem ou tonteira	() Dormência
Psíquico	() Convulsão	() Alteração do humor
	() Distúrbio do sono	() Alteração do comportamento
	() Esquecimento	
Membros inferiores	() Varizes	() Edema
	() Úlceras	() Dor
Pele e fâneros	() Pele ressecada	() Unhas
	() Queda de cabelo	

O EXAME FÍSICO

O exame físico completo é determinante para vários diagnósticos do paciente idoso, uma vez que a maioria das doenças neurodegenerativas não possui marcadores a serem medidos por exames complementares. Grande parte das condições que acometem o paciente idoso tem a sua detecção apoiada na anamnese e no exame físico. Portanto, ser minucioso e perspicaz e saber o que se está procurando é fundamental na avaliação. Deve-se ter em mãos os instrumentos pessoais de consulta, como o estetoscópio, o esfigmomanômetro, o martelo neurológico e o otoscópio. Ter diapasão e oftalmoscópio é recomendável.

Para iniciar o exame físico, avalie todos os itens listados na seção correspondente e assinale (1) em caso de alteração e faça a descrição objetiva desta no espaço abaixo; (2) se normal e (3) no caso de impossibilidade de avaliação do item e justifique. A ectoscopia oferece muitas informações sobre o estado de saúde do idoso. Abaixo estão algumas orientações sobre o exame físico do idoso.

EXAME FÍSICO (1) alterado (2) normal (3) não se aplica

Ectoscopia	() Vestimentas/higiene	() Fácies	() Dentes
	() Estado geral	() Cabelo	() Unhas
Pele	() Coloração	() Hidratação	() Integridade
Mucosas	() Coloração	() Hidratação	() Integridade
Pescoço	() Orofaringe	() Carótidas	() Tireoide
	() Gânglios	() Jugular	
Mamas	() Pele	() Simetria	() Nódulo
Aparelho cardiovascular	() Ritmo	() Sopros	() Pulsos periféricos
	() Bulhas	() Ictus	
Aparelho respiratório	() Murmúrio vesicular	() Ruídos adventícios	
Abdome	() Volume	() Palpação	() Aorta
	() Peristalse	() Fígado	() Hérnia
	() Timpanismo	() Baço	() Ânus
Osteoarticular	() Coluna	() Cotovelo	() Joelho
	() Cintura scapular	() Punho e mão	() Tornozelo e pé
	() Cintura pélvica	() ATM	
Neurológico	() Interação	() Coordenação	() Sensibilidade
	() Consciência	() Tônus	() Reflexos superficiais
	() Postura e marcha	() Movimento	() Reflexos profundos
	() Equilíbrio	() Força	() Pares cranianos

Legenda: ATM: Articulação Temporomandibular.

► **Ectoscopia**

Estado geral – observe se o paciente parece bem cuidado, ou não, e se apresenta aspecto robusto ou frágil.

Higiene – observe se as roupas estão limpas e adequadas e a presença de odores.

Cabelos – observe a presença de alopecia, coloração e lesões em couro cabeludo.

Dentes – observe a presença, ou não, das unidades dentárias, a sua higiene, a língua, a presença de cáries e inflamação nas gengivas. Se houver dentadura, se está bem adaptada e em bom estado.

Fácies – veja a expressão facial do idoso, se tem depressão ou apatia.

Unhas – observe o estado das unhas, sua integridade, presença de lesões e a coloração.

► **Pele**

Investigue a presença de lesões hipo ou hiperocrômicas, de úlceras por pressão, especialmente sacra, trocantérica ou nos calcâneos; dermatofoses, úlce-

ras de origem vascular, equimoses, hematomas, lesões traumáticas. Observe o estado de hidratação.

▶ **Mucosas**

Mucosa oral – verifique se o idoso está hidratado. Caso haja dentadura, retire-a para avaliar a integridade da mucosa ou a presença de lesões tipo úlceras, de hiperemia ou placas esbranquiçadas (monilíase). Veja o estado das papilas gustativas.

▶ **Conjuntivas**

Verifique se estão coradas ou ictéricas e se há presença de secreções.

▶ **Pescoço**

Examine a tireoide em busca de nódulos ou bócio; pesquise os pulsos carotídeos bilateralmente e a presença de frêmitos; observe se há turgência jugular. Pesquise a presença de gânglios, veja a sua mobilidade, consistência e dor. A orofaringe deve ser examinada na procura de lesões. Veja a mobilidade.

▶ **Mamas**

As mamas devem ser examinadas quanto à presença de retrações ou cicatrizes; a palpação deve pesquisar nódulos e suas características.

▶ **Aparelho cardiovascular**

Na ausculta cardíaca, deve-se observar a regularidade de ritmo; a frequência – se há bradi/taquicardia; sopros – sua localização e intensidade. A palpação dos pulsos periféricos, especialmente os radiais, femurais, tibiais posteriores e pediosos, quanto à amplitude e simetria.

▶ **Aparelho respiratório**

Verifique a frequência respiratória, veja se há taqui/bradipneia ou dispneia. Na ausculta, verifique se os pulmões estão bem ventilados e pesquise os ruídos adventícios – estertores, roncosp, sibilos.

▶ **Abdome**

Inicie observando o volume do abdome – grande, escavado, etc. Veja se há dor à palpação, se há massas palpáveis e, caso haja, se são móveis, pulsáteis, dolorosas e consistentes. Observe a presença de hepato/esplenomegalia; ascite.

▶ **Aparelho osteoarticular**

Investigue se há deformidades, tanto na coluna – cifose, desvios, etc. – quanto nos dedos das mãos e pés. Cintura escapular – observe a mobilidade e amplitude do movimento. Joelhos – pesquise edema, crepitação, dor e limitação do movimento. Cintura pélvica – veja a força e simetria.

► Exame neurológico

Esse é um momento de especial atenção no exame físico do idoso e deve ser priorizado. Deve-se reservar um tempo da consulta para fazer o exame detalhado. Inicia-se observando a marcha – se atípica (normal) ou se alterada – cambaleante, atáxica, com pequenos passos, etc., ou se o paciente se apresenta em cadeira de rodas. Faça isso no momento em que estiver realizando o teste de velocidade da marcha. Descreva o que observou. Analise o equilíbrio. Em seguida, observe o estado mental do idoso e a sua linguagem: se fluente e coerente.

Tônus – investigue a presença de rigidez nos quatro membros e também no tronco. Observe se a força está presente e sua simetria.

Reflexos profundos – use o martelo neurológico para pesquisar os reflexos bilateralmente – bicipital, tricipital, patelar, aquileu. Pesquise hipo/hiperreflexia e simetria.

Reflexos superficiais – avalie o reflexo cutâneo abdominal.

Sensibilidade – veja se há hiper/hipoestesia cutânea. Pesquise a sensibilidade tátil.

Movimento – observe se há movimentos anormais como tremor. Caso haja, descreva a sua característica – de repouso ou movimento, qual o seguimento corporal atingido e a sua simetria. Observe se há discinesia, balismo, atetose ou tiques e descreva.

Pares cranianos – examine os pares cranianos com especial atenção para o movimento ocular. Pesquise a mobilidade, a presença de nistagmo e a acomodação.

Utilizando um oftalmoscópio, examine o fundo de olho.

► Toque retal

Na anuscopia, observe a presença de hemorroidas, fissuras ou outras lesões. No toque retal, pesquise massas, fecaloma, presença de sangue na luva e, no caso de paciente masculino, veja o tamanho e a consistência da próstata.

Toque retal: _____

► Otoscopia

Avalie se há presença de rolhas de cerume e de lesões no canal auditivo. Anote.

Otoscopia: _____

MEDIDAS OBJETIVAS

Medida da pressão arterial – verifique a pressão arterial em ambos os braços, com o paciente sentado. Verifique se há diferença. Quando houver diferença, use o braço que tiver o maior valor de pressão para verificar nas posições deitada e em pé. Observe se há hipotensão postural, que é a diferença maior ou igual a 20 mmHg na pressão arterial na mudança da posição deitada para a supina. Anote.

Verifique a frequência cardíaca através do pulso radial e a frequência respiratória. Anote.

Medidas Objetivas:			
P.A _{sent} (be):	_____	mm Hg	FC.: _____ bpm
P.A _{sent} (bd):	_____	mm Hg	FR.: _____ irpm
P.A _{deitada} :	_____	mm Hg	
P.A _{em pé} :	_____	mm Hg	

Legenda: be: braço esquerdo; bd: braço direito; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; bpm: batimentos por minuto; irpm: incursões respiratórias por minuto.

INSTRUMENTO COMPLEMENTAR PARA A O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO

► *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*

A *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID) é uma entrevista clínica estruturada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais publicado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), que se destina à elaboração diagnóstica.

A SCID tem diferentes versões para uso clínico em pesquisa conforme atualização da versão do DSM. Ainda não há SCID para versão do DSM-5, embora sua publicação seja esperada em breve.

O índice de confiabilidade Kappa para adaptação em português entre o SCID e o DSM-4 foi de 0,93 (maior que 0,75 é considerado excelente).

Quanto à aplicação, a codificação quanto à ausência ou presença de critérios de sintomas diagnósticos é de julgamento clínico e não necessariamente pela resposta do entrevistado. Todas as fontes de informação (familiares, amigos, profissionais de saúde) são úteis para o julgamento.

A aplicação do instrumento é simples, mas necessita do conhecimento aprofundado do DSM-4 e da própria estrutura da SCID.

O manual de aplicação da SCID versão clínica encontra-se no *link*: <http://files.getaufc.webnode.com.br/200000214-2b2742c211/entrevistaSCID.pdf>

REFERÊNCIAS

DEL-BEN, C. M. et al. "Confiabilidade de" Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV--Versão Clínica" traduzida para o português." **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2001.

GALLO, J. J.; FULMEN, T.; PAVEZA G. J., REICHEL W. **Handbook of Geriatric Assessment**. Gaithrsburg, Maryland: Aspen, 2000.

MOREIRA, V. G.; LOURENÇO, R. A. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. **Clinics**. v. 68, n. 07, p. 979-985, 2013.

NIH, Geriatric Assessment Methods for Clinical Decisionmaking, **NIH Consensus Statement**, v. 6, n. 13, p. 1-21, 1987.

PFEIFER, E. Some basic principles of working with older patients. **J Am Geriatr Soc.**, v. 33, n. 1, p. 44-7, 1985.

STUCK, A. E.; ILIFFE, S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. **BMJ**, v. 343, 2011.

INTRODUÇÃO

A antropometria é um método simples, não invasivo, de rápida aplicação e baixo custo. Para esta avaliação são utilizados o índice de massa corporal, a circunferência do braço, a prega cutânea tricipital e o perímetro da cintura. A descrição dos métodos de aferição destes indicadores encontra-se na Seção 1, Protocolo 5.

As instruções abaixo referem-se a três outros itens: a anamnese alimentar, a avaliação do consumo alimentar, a orientação nutricional e a Miniavaliação Nutricional.

ANAMNESE ALIMENTAR

A anamnese alimentar é um processo fundamental na avaliação nutricional. Trata-se de uma entrevista para o registro de informações junto ao paciente com o propósito de obter dados necessários para análise e assim definir metas para o tratamento.

A anamnese é dividida em:

- Dados pessoais (nome, gênero, estado civil, idade, ocupação ou aposentadoria).
- Dados clínicos (queixa principal, história da doença e evolução, uso de medicamentos, função intestinal).
- Dados sobre o estilo de vida (tabagismo, etilismo, religião, prática de atividade física).
- Aspectos físicos (alteração de peso, condições sobre dentição, mastigação e deglutição, capacidade funcional).

Aspectos dietéticos (alergia, intolerância e aversões alimentares, hidratação).

As perguntas devem ser claras, de fácil entendimento e sempre que necessário complementadas com questões que nem sempre estão presentes em roteiros previamente definidos.

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

A avaliação do consumo alimentar de idosos pode apresentar grandes desafios. A escolha do método é muito importante e as condições de cognição, visão, audição e o grau de escolaridade do paciente devem ser considerados. A ajuda de um familiar e/ou cuidador pode complementar o relato do idoso.

Como métodos de avaliação do consumo alimentar estão:

- Recordatório de 24h: método quantitativo que consiste em entrevista realizada pelo nutricionista, no qual o entrevistado relata e descreve o consumo de alimentos e bebidas nas últimas 24h. Não depende da escolaridade, mas exige boa memória do paciente (em alguns casos, é necessária a ajuda de um familiar).
- Registro Alimentar: método quantitativo que consiste em relato por escrito do consumo de alimentos e bebidas ao longo do dia (2 dias da semana e 1 dia de final de semana), contendo medidas caseiras, unidades e porções. Não exige da memória do paciente, mas do grau de escolaridade deste, assim como interesse no resultado e disponibilidade de tempo.
- Questionário de Frequência Alimentar: consiste em uma lista previamente definida de alimentos na qual o paciente deve informar a frequência de consumo em um período determinado. Não é descrita a quantidade, mostra apenas o consumo ou não e sua frequência
- História Alimentar: consiste no levantamento de hábitos alimentares durante o ciclo de vida; pode abranger um dia, um mês ou um período maior. Exige boa memória do paciente e pode ser necessário relato de um familiar.

Depois do atendimento nutricional, todos os dados serão analisados e o diagnóstico nutricional será realizado, seguido de intervenção nutricional, caso seja necessário.

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL

A orientação nutricional deve abordar todos os pontos da anamnese e ser realizada de forma gradual, seguindo estratégias de vivência, dificuldades e dúvidas do paciente. A linguagem adotada é de grande importância, a fim de favorecer a compreensão das informações. As orientações devem ser orais e escritas. Além das orientações, o paciente deve receber a prescrição dietética com lista de substituição de alimentos, com objetivo de variar a dieta proposta.

O trabalho de uma equipe interdisciplinar torna-se necessário para recuperação e manutenção do estado nutricional, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população.

MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A Miniavaliação Nutricional (MAN) tem sido fortemente utilizada para identificar risco de desnutrição. No serviço este instrumento tem sido utilizado no momento da avaliação inicial para ingresso no programa. Na sequência apresentamos as orientações sobre a aplicação deste instrumento. Geralmente, nos processos de triagem se usa a versão reduzida e, na dependência dos resultados, amplia-se para a avaliação global.

Miniavaliação Nutricional (versão reduzida)

Nome: _____

Sexo _____ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Data: _____

A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda do apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

Caso haja dificuldade de entendimento do item, usar as seguintes perguntas: “Você comeu menos do que o normal nos últimos três meses?”
 “Isso se deve à falta de apetite ou dificuldade para mastigar ou engolir?”

- 0 = diminuição severa da ingestão
- 1 = diminuição moderada da ingestão
- 2 = sem diminuição da ingestão

B) Perda de peso nos últimos 3 meses

Caso haja dificuldade de entendimento do item, usar as seguintes perguntas:
 “Você perdeu peso sem querer nos últimos três meses?”
 “Você sentiu que a roupa está mais larga?”

- 0 = superior a três quilos
- 1 = não sabe informar
- 2 = entre um e três quilos
- 3 = sem perda de peso

C) Mobilidade

Para este item usar as seguintes perguntas:
 “Você consegue sair da cama atualmente?”
 “Você consegue sair de casa sozinho?”

- 0 = restrito ao leito ou a cadeira de rodas
- 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa
- 2 = normal

D) Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

Na dificuldade de entendimento, usar como exemplo:
 “Sofreu a perda de um ente querido recentemente”

- 0 = sim 1 = não

E) Problemas neuropsicológicos

O cuidador do paciente e a história clínica podem oferecer informações sobre a severidade dos problemas neuropsicológicos do paciente. Por exemplo, por perguntar:
 “Algum médico já deu um diagnóstico de demência ou depressão?”

- 0 = demência ou depressão grave
- 1 = demência leve
- 2 = sem problemas psicológicos

F1) Índice de Massa Corporal (IMC= peso [kg] / estatura {m²})

- 0 = IMC < 19
- 1 = 19 ≤ IMC < 21
- 2 = 21 ≤ IMC < 23
- 3 = IMC ≥ 23

Miniavaliação Nutricional (cont.)

SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2
NÃO PREENCHER A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 ESTIVER COMPLETA

F2) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm

0 = CP menor que 31

3 = CP maior ou igual a 31

Técnica para aferição da circunferência da panturrilha:

A pessoa deve estar sentada, com o joelho dobrado em um ângulo de 90°

O profissional deve posicionar a fita métrica horizontalmente na área de maior diâmetro da panturrilha.



Valores menores que 31 cm indicam depleção de massa muscular

Escore de Triagem

(Máximo de 14 pontos)

12-14 pontos estado nutricional normal

8-11 pontos sob risco de desnutrição

0-7 pontos desnutridos

Fonte: Instituto Nestlé (2017).

REFERÊNCIAS

FRANCO, F. S. et al. Processos de Cuidados em Nutrição. In: TINÔCO, A. L. A., ROSA, C. O. B. **Saúde do Idoso - Epidemiologia, Aspectos Nutricionais e Processo de Envelhecimento**. 1ª edição, Rio de Janeiro: editora Rubio, 2015. p.395-422.

NESTLÉ® NUTRITION INSTITUTE. Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf. Acesso em: 31/07/17.

TOASSA, E. C.; Leal, G. V. S. Atendimento ao Idoso em Consultório. In: SILVA, M. L. N.; Marucci, M. F. N.; Roediger, M. A. **Tratado de Nutrição em Gerontologia**. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2016. p. 312-326.

SILVA, E. C. Goulart; R. M. M.; Aquino, R. C. Atendimento ao Idoso em Ambulatório. In: SILVA, M. L. N., Marucci, M. F. N., Roediger, M. A. **Tratado de Nutrição em Gerontologia**. Barueri, São Paulo: Editora Manole. 2016. p. 327-340.

INTRODUÇÃO

A avaliação funcional realizada pela equipe de fisioterapia tem como objetivo fornecer informações importantes sobre a mobilidade, equilíbrio, marcha e risco de quedas dos idosos. Também é necessária para auxiliar na elaboração de condutas, avaliar a eficácia das intervenções e evolução longitudinal dos idosos. Através do diagnóstico cinético-funcional, juntamente com as informações obtidas pelos outros profissionais, o fisioterapeuta poderá elaborar seus objetivos e condutas de tratamento.

PROGNÓSTICO DE ADERÊNCIA

Para avaliar o prognóstico de aderência ao tratamento, devemos iniciar a avaliação fisioterapêutica com uma pergunta simples. Esta pergunta deve ser respondida pelo próprio idoso ou pelo acompanhante/familiar.

Caso a resposta seja “sim”, ao final da avaliação, se o paciente apresentar critérios para acompanhamento regular, deve ser inserido no Serviço, para atendimento no mínimo 2 vezes por semana. Este atendimento pode ser feito de forma individual ou em grupo, de acordo com as necessidades apresentadas.

Em caso de resposta negativa, se o idoso tiver necessidade de atendimento, deve ser elaborado um relatório com os resultados dos testes e encaminhado para tratamento fisioterapêutico em outro local.

Esta pergunta visa adequar a necessidade e condição do idoso e do Serviço, otimizando as orientações e evitando filas de espera desnecessárias.

ADERÊNCIA

Se o tratamento de fisioterapia for necessário, o(a) sr(a). pode comparecer ao serviço 2x/ semana? ()

(1) sim (2) não

INQUÉRITO DE QUEDAS

Avalia-se o histórico de quedas no último ano com uma pergunta simples: “Houve alguma queda nos últimos 12 meses?”. Esta pergunta deve ser respondida pelo próprio idoso, reforçando, se necessário, sobre quais meses estamos falando. Por exemplo: “De julho do ano passado até julho deste ano, houve alguma queda?”. Esta pergunta é altamente influenciada pela memória do indivíduo, e muitas vezes, pode ser subestimada. Podemos confirmar esta resposta perguntando também ao acompanhante/familiar.

O número de quedas também deve ser questionado, assim como o local onde cada uma ocorreu, em quais circunstâncias, quais foram os sintomas apresentados no momento da queda, como por exemplo, tonteira, tropeços, desequilíbrios, desmaios, etc.

É de suma importância perguntar se ele conseguiu se levantar sozinho ou se precisou de ajuda. E também quais foram as consequências da queda: se precisou procurar algum serviço de saúde/emergência, se houve alguma lesão, local da lesão, se houve fratura e em que local.

Estas perguntas são avaliadas de forma aberta, visando coletar o maior número de informações possíveis.

Em seguida, avaliamos a presença de medo de cair através de uma pergunta simples: “O(A) sr(a). tem medo de cair?”. Esta pergunta deve ser feita inclusive para aqueles que nunca caíram.

Avaliamos a percepção do indivíduo quanto ao seu equilíbrio com a seguinte pergunta: “O(A) sr(a). acha que tem problema de equilíbrio?”. Caso haja dificuldade de compreensão, podemos explicar como: “Acha que anda com dificuldade?”, ou: “Acha que tem desequilíbrio, parece que vai cair?”. Esta avaliação é considerada importante preditora de quedas, mesmo com os resultados de testes de equilíbrio e marcha normais.

Perguntamos quanto à prática de exercício físico regular, qual modalidade e frequência. Devemos diferenciar aqui a prática de exercícios físicos, que seriam exercícios programados e sistematizados com algum objetivo específico, de atividade física de forma ampla e geral, como por exemplo: limpar e arrumar a casa, andar até o ponto de ônibus, etc. Com esta pergunta, queremos obter a informação sobre exercícios físicos diferenciando das atividades de rotina.

Também é importante avaliar se o idoso está em tratamento fisioterapêutico no momento e para qual problema.

HISTÓRICO DE QUEDAS

Houve alguma queda nos últimos 12 meses?: () (1) Sim (2) Não

Número de quedas: ()

Local em que ocorreu: _____

Sintomas ao cair: _____

Conseguiu levantar sozinho(a)? () (1) Sim (2) Não

O que mudou após a queda? _____

O(A) sr(a) tem medo de cair? () (1) Sim (2) Não

O(A) sr(a) acha que tem problema de equilíbrio? () (1) Sim (2) Não

Faz algum exercício físico regular? () (1) Sim (2) Não

Qual: _____

Quantas vezes por semana?

Encontra-se em tratamento com fisioterapia em outro local? () (1) Sim (2) Não

Se sim, para qual problema? _____

AVALIAÇÃO MIOARTICULAR GERAL**► Força de preensão palmar**

A força de preensão palmar (FPP) é medida por meio de um teste com um dinamômetro. O aparelho do tipo JAMAR, desenvolvido por Bechtol no ano de 1954, é um instrumento recomendado pela *American Society of Hand Therapists* (ASHT) para medir a FPP, considerado o padrão-ouro. Ele contém um sistema hidráulico fechado que mede a quantidade de força de preensão manual produzida por uma contração isométrica aplicada sobre as alças, que podem ser ajustadas em cinco posições diferentes, e essa força é registrada em quilograma-força (kgf) e pelo método da média de três medidas. Este instrumento é considerado o mais aceito por ser relativamente simples e fornecer leitura rápida e direta.

A posição ideal que a ASHT recomenda para a avaliação da FPP é que o avaliado esteja confortavelmente sentado, posicionado com o ombro levemente aduzido, o cotovelo fletido a 90 graus, o antebraço em posição neutra e a posição do punho pode variar entre 0 e 30 graus de extensão (Figura 1).

Figura 1. Posição recomendada pela ASHT para utilização do dinamômetro JAMAR.



Fonte: Google imagens. Acesso em 09/10/2017.

Além disso, a ASHT recomenda que seja utilizada a segunda posição da manopla do dinamômetro do tipo JAMAR por ser a posição da alça mais eficiente para realização da medida. Outros autores recomendam que a segunda posição da alça seja utilizada para mulheres e a terceira posição para homens. Porém, caso o idoso tenha a mão anatomicamente maior ou menor em relação à média das pessoas, pode-se utilizar em outra posição acima ou abaixo dessas marcas.

Durante a realização das medidas de FPP, as instruções específicas são importantes, assim como o volume em que são transmitidas. Por isso, é importante uniformizar os comandos dados aos avaliados, como também usar o mesmo tom de voz durante as instruções. A medida é realizada no membro superior dominante, solicitando para o avaliado aplicar a força mais elevada possível nas três tentativas. A contração máxima pode ser mantida por 3 ou 6 segundos, sendo suficientes para fornecer a leitura da FPP, e o tempo ideal de descanso para realização de uma nova medida pode ser em torno de 60 segundos.

A FPP fornece uma aproximação da força muscular global e está fortemente ligada à funcionalidade. Os idosos que geralmente apresentam FPP reduzida são sedentários, possuem redução de massa corporal, problemas de saúde e limitações funcionais em atividades que precisem da utilização dos membros superiores e inferiores.

FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

(Dinamômetro JAMAR)

1ª medida de força de preensão _____ kgf

2ª medida de força de preensão _____ kgf

3ª medida de força de preensão _____ kgf

Média: $1^{\text{a}} + 2^{\text{a}} + 3^{\text{a}} / 3$ _____ kgf

► Força muscular

A avaliação da força muscular deve ser realizada através do Teste Muscular Manual. Deve ser realizado nos grupamentos musculares de membros superiores e inferiores, de acordo com os movimentos.

O idoso deve estar na posição sentada, de maneira confortável, e deve ser realizado e anotado o grau de força dos seguintes movimentos:

Membros superiores:

- flexão e abdução de ombros;
- flexão e extensão de cotovelos;
- flexão e extensão de punhos.

Membros inferiores:

- flexão de quadril;
- flexão e extensão de joelhos;
- abdução e adução de quadril;
- dorsiflexão e plantiflexão de tornozelos.

Cada grupamento muscular é avaliado e classificado em 6 categorias:

Grau 0: ausência de movimento, paralisia.

Grau 1: esboço de contração.

Grau 2: incapaz de mover contra a gravidade, mas realiza o movimento.

Grau 3: vence a força da gravidade sem resistência.

Grau 4: vence a força de gravidade com uma pequena resistência.

Grau 5: vence a força de gravidade com uma grande resistência.

Observação:

Ao realizar a avaliação da amplitude de movimento e força muscular, o profissional deve observar o padrão e a qualidade de movimento, presença, local e intensidade da dor. A avaliação pode ser complementada de acordo com a necessidade específica e a condição do idoso. Por exemplo, avaliar o tônus muscular, coordenação, goniometria, etc.

Análise da força muscular por grupamento-chave

Comentários: _____

► Amplitude de movimento

A avaliação da amplitude de movimento deve ser realizada na postura em decúbito dorsal, preferencialmente, ou na postura sentada. Deve-se avaliar a amplitude de movimento articular (ADM) dos mesmos movimentos citados acima para avaliação da força muscular.

Inicia-se com a ADM ativa, ou seja, pedindo ao idoso que realize o movimento completo, ou até o limite. A avaliação do movimento ativo é importante para que se avalie padrão, ritmo e qualidade do movimento, presença de dor, em qual amplitude ocorre o início da dor, se a intensidade aumenta com o movimento e presença de restrição ou bloqueio.

Após o movimento ativo, deve-se avaliar de forma passiva, ou seja, sem o auxílio do idoso. Estes movimentos fornecem informações sobre a integridade das superfícies articulares, cápsulas, ligamentos e músculos e a sensação final do movimento (*end-feel*).

Esta avaliação deve ser anotada de forma qualitativa, se as ADM passiva e ativa estiverem completas, ou, caso não esteja, anotar detalhadamente quais movimentos estão restritos.

Análise do arco de movimento articular (ADM)

Comentários: _____

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FÍSICO-FUNCIONAL ATRAVÉS DO *SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY*

O *Short Physical Performance Battery* (SPPB) é um instrumento criado em 1995. É composto por três testes que avaliam, na sequência:

- o equilíbrio estático em pé;
- a velocidade de marcha em passo habitual, medida em dois tempos em determinado percurso de ida e volta;
- e, indiretamente, a força muscular dos MMII por meio do movimento de levantar-se da cadeira e sentar-se nela cinco vezes consecutivas e sem o auxílio dos membros superiores.

O teste possui uma pontuação que é graduada de 0 a 4, na qual 0 representa pior e 4 melhor desempenho. Para a realização do teste utiliza-se uma cadeira sem braços e um cronômetro.

Para a realização do teste de marcha usa-se o percurso de 4 metros, sendo necessário um espaço equivalente a 6 metros, onde se deixa um metro antes do ponto zero para aceleração e um metro após o ponto 4 para desaceleração. O cronômetro deve ser acionado no momento em que o idoso pisa na marcação inicial ou quando o pé tocar o solo imediatamente após o ponto zero. E travado quando o pé tocar o solo antes da marcação ou pisar na marcação final. Devem ser realizadas duas tentativas e anotada a de melhor tempo.

Observação:

O SPPB nos fornece o tempo de percurso em 4 metros, como a velocidade da marcha é um parâmetro importante na avaliação funcional do idoso, pode-se aproveitar o tempo para realizar o cálculo da distância sobre o tempo para se obter o valor da velocidade da marcha.

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery*

<p>Todos os testes devem ser realizados na ordem em que são apresentados neste protocolo. As instruções para o paciente e para o avaliador estão separadas nos quadros abaixo. As instruções aos pacientes devem ser dadas exatamente como estão descritas aqui.</p>	
<p>1. TESTES DE EQUILIBRIO</p>	
<p>A. POSIÇÃO COM OS PÉS JUNTOS</p>	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
<p>O paciente deve conseguir ficar em pé sem utilizar bengala ou andador. Ele pode ser ajudado a levantar-se para ficar na posição.</p>	<p>a) Agora vamos começar a avaliação. b) Eu gostaria que o(a) sr(a). tentasse realizar vários movimentos com o corpo. c) Primeiro eu demonstro e explico como fazer cada movimento. d) Depois o(a) sr(a). tenta fazer o mesmo. e) Se o(a) sr(a). não puder fazer algum movimento, ou se não estiver seguro para realizá-lo, avise-me e passaremos para o próximo teste. f) Vamos deixar bem claro que o(a) sr(a). não tentará fazer nenhum movimento se não se sentir seguro. g) O(a) sr(a). tem alguma pergunta antes de começarmos?</p>
	<p>Agora vou mostrar o 1º movimento. Depois o(a) sr(a). fará o mesmo.</p>
<p>1. Demonstre</p>	<p>a) Agora fique em pé, com os pés juntos, um encostado no outro por 10 segundos. b) Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou balançar o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés. c) Tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.</p>
<p>2. Fique perto do(a) paciente para ajuda-lo(a) a ficar em pé com os pés juntos. 3. Caso necessário, segure o braço do(a) paciente para ficar na posição e evitar que ele(a) perca o equilíbrio.</p>	
<p>4. Assim que o(a) paciente estiver com os pés juntos pergunte:</p>	<p>“O(a) sr(a). está pronto?”</p>
<p>5. Retire o apoio, se foi necessário ajudar o(a) paciente a ficar em pé na posição, e diga:</p>	<p>“Preparar, já” (disparando o cronômetro).</p>
<p>6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o(a) paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:</p>	<p>“Pronto, acabou.”</p>
<p>7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de velocidade de marcha.</p>	

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

B. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ PARCIALMENTE A FRENTE	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
	Agora eu vou mostrar o 2º movimento. Depois o(a) sr(a). Fará o mesmo.
1. Demonstre.	a) Eu gostaria que o(a) sr(a). colocasse um pé um pouco mais a frente do outro pé, até ficar com o calcanhar de um pé encostado ao lado do dedão do outro pé. b) Fique nessa posição por 10 segundos. c) O(a) sr(a). pode colocar tanto um pé quanto o outro na frente, o que for mais confortável. d) O(a) sr(a). pode usar os braços, dobrar os joelhos ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés. e) Tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.
2. Fique perto do(a) paciente para ajudá-lo(la) a ficar em pé com um pé parcialmente à frente. 3. Caso necessário, segure o braço do(a) paciente para ficar na posição e evitar que ele(a) perca o equilíbrio.	
4. Assim que o(a) paciente estiver na posição, com o pé parcialmente a frente, pergunte:	“O(a) sr(a). está pronto(a)?”
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o(a) paciente a ficar em pé na posição, e diga:	“Preparar, já!” (disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o(a) paciente sair da posição, e diga:	“Pronto, acabou.”
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o Teste de velocidade de marcha.	
B. PONTUAÇÃO	Manteve por 10 segundos = 1 ponto Não manteve por 10 segundos = 0 ponto Não tentou = 0 pontos Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e informe o motivo aqui: _____ _____ Tempo de execução quando for menor que 10 seg.: _____ segundos.

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

C. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ A FRENTE	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
	Agora vou mostrar o 3º movimento. Depois o(a) sr(a). fará o mesmo.
	a) Eu gostaria que o(a) sr(a). colocasse um dos pés totalmente a frente do outro até ficar com o calcanhar deste pé encostado nos dedos do outro pé. b) Fique nesta posição por 10 segundos. c) O(a) sr(a). pode colocar qualquer um dos pés a frente, o que for mais confortável. d) Pode usar os braços, dobrar os joelhos, ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés. e) Tente ficar nesta posição até eu avisar quando parar.
2. Fique perto do(a) paciente para ajuda-lo(la) a ficar na posição em pé com um pé a frente. 3. Caso seja necessário, segure o braço do(a) paciente para ficar na posição e evitar que ele(a) perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver com os pés um na frente do outro, pergunte:	“O(a) sr(a). está pronto(a)?”
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o(a) paciente a ficar em pé na posição, e diga:	“Preparar, já” (disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o(a) participante sair da posição ou segurar o seu braço dizendo:	“Pronto, acabou.”
C. PONTUAÇÃO	Manteve por 10 segundos = 2 pontos Manteve por 3 a 9,99 segundos = 1 ponto Manteve por menos de 3 segundos = 0 ponto Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e informe o motivo aqui: _____ _____ Tempo de execução quando for menor que 10 seg: _____ segundos. D. Pontuação Total nos Testes de Equilíbrio: _____ (Soma dos pontos)

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

2. TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA	
(Podem ser utilizados 3 ou 4 metros)	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
Material: fita crepe ou fita adesiva, espaço de 3 ou 4 metros, fita métrica ou trena e cronômetro.	Agora vou observar o(a) sr(a). andando normalmente. Se precisar de bengala ou andador para caminhar, pode utilizá-los.
A. Primeira tentativa	
1. Demonstre a caminhada para o(a) paciente.	Eu caminharei primeiro e só depois o(a) sr(a). irá caminhar da marca inicial até ultrapassar completamente a marca final, no seu passo de costume, como se estivesse andando na rua para ir a uma loja.
2. Posicione o(a) paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.	a) Caminhe até ultrapassar completamente a marca final e depois pare. b) Eu andarei com o(a) sr(a). Sente-se seguro para fazer isto?
3. Dispare o cronômetro assim que o(a) paciente tirar o pé do chão. 4. Caminhe ao lado e logo atrás do(a) participante.	a) Quando eu disser “Já”, o(a) sr(a). começa a andar. b) “Entendeu?” Assim que o paciente disser que sim, diga: “Então, preparar, já!”
5. Quando um dos pés do(a) paciente ultrapassar completamente a marca final pare de marcar o ponto.	
<p>Tempo da Primeira tentativa</p> <p>A. Tempo para 3 ou 4 metros: _____ segundos.</p> <p>B. Se o(a) paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:</p> <p>1) Tentou, mas não conseguiu.</p> <p>2) O(A) paciente não consegue caminhar sem a ajuda de outra pessoa.</p> <p>3) Não tentou, o(a) avaliador(a) julgou inseguro.</p> <p>4) Não tentou, o(a) paciente sentiu-se inseguro.</p> <p>5) O(A) paciente não conseguiu entender as instruções.</p> <p>6) Outros (Especifique) _____</p> <p>7) O(A) paciente recusou participação.</p> <p>C. Com apoios para a primeira caminhada:</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>D. Se o(a) paciente não conseguiu realizar a caminhada, pontue:</p> <p>0 ponto e prossiga para o teste de levantar da cadeira.</p>	

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

2. TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA	
B. Segunda tentativa	
Instrução para o(a) avaliador(a)	Instrução para o(a) paciente
1. Posicione o(a) paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.	
2. Dispare o cronômetro assim que o(a) paciente tirar o pé do chão.	
3. Caminhe ao lado e logo atrás do(a) paciente. 4. Quando um dos pés do(a) paciente utrapassar completamente a marca final pare de marcar o tempo.	
Tempo da segunda tentativa A. Tempo para 3 ou 4 metros: _____ segundos. B. Se o(a) paciente não realizou os teste ou falhou, marque o motivo. 1) Tentou mais não conseguiu. 2) O(A) paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa. 3) Não tentou, o(a) avaliador(a) julgou inseguro. 4) Não tentou, o(a) paciente sentiu-se inseguro. 5) O(A) paciente não conseguiu entender as instruções. 6) Outros (Especifique) _____ 7) O(A) Paciente recusou participação. C. Apoios para a segunda caminhada: <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Outro D. Se o(a) paciente não conseguiu realizar a caminhada, pontue: - 0 ponto.	
PONTUAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA Extensão do teste de marcha: Quatro metros <input type="checkbox"/> ou três metros <input type="checkbox"/> Qual foi o tempo mais rápido dentre as duas caminhadas? Marque o menor dos dois tempos: _____ segundos e utilize para pontuar. [Se somente uma caminhada foi realizada, marque esse tempo] _____ segundos Se o(a) paciente não conseguiu realizar a caminhada: 0 ponto.	
Pontuação para caminhada de 3 metros	Pontuação para caminhada de 4 metros
Se o tempo for maior que 6,52 segundos = 1 ponto Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos = 2 pontos Se o tempo for de 3,62 a 4,65 segundos = 3 pontos Se o tempo for menor que 3,62 segundos = 4 pontos	Se o tempo for maior que 8,70 segundos = 1 ponto Se o tempo for de 6,21 a 8,70 segundos = 2 pontos Se o tempo for de 4,82 a 6,20 segundos = 3 pontos Se o tempo for menor que 4,82 segundos = 4 pontos

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

3. TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
Material: cadeira para encosto reto, sem apoio lateral, com aproximadamente 45 cm de altura, e cronômetro. A cadeira deve estar encostada à parede ou estabilizada de alguma forma para impedir que se mova durante o teste.	
PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ	
1. Certifique-se que o(a) participante esteja ocupando a maior parte do assento, mas com os pés bem apoiados no chão. Não precisa necessariamente encostar a coluna no encosto da cadeira, isso vai depender da altura do(a) paciente.	Vamos fazer o último teste. Ele mede a força de suas pernas. O(A) sr(a). se sente seguro(a) para levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços?
2. Demonstre e explique os procedimentos	Eu vou demonstrar primeiro. Depois o(a) sr(a). fará o mesmo. a) Primeiro, cruze os braços sobre o peito e sente-se com os pés apoiados no chão. b) Depois levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito e sem tirar os pés do chão.
3. Anote o resultado.	Agora, por favor, levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito.
4. Se o(a) paciente não conseguir levantar-se sem usar os braços, não realize o teste, apenas diga: "Tudo bem, este é o fim dos testes." 5. Finalize e registre o resultado e prossiga para a pontuação completa da SPPB.	
RESULTADO DO PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ A. Levantou-se sem ajuda e com segurança <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O(A) paciente levantou-se sem usar os braços. - Vá para o teste levantar-se da cadeira 5 vezes. O(A) paciente usou os braços para levantar-se. - Encerre o teste e pontue 0 ponto. Teste não completado ou não realizado. - Encerre o teste e pontue 0 ponto. B. Se o(a) paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo. 1. Tentou mais não conseguiu. 2. O Paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda. 3. Não tentou, o avaliador julgou inseguro. 4. Não Tentou, o paciente sentiu-se inseguro. 5. O(A) paciente não entendeu as instruções. 6. Outros (Especifique) _____. 7. O(A) Paciente recusou participação.	

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES	
Instruções para o(a) avaliador(a)	Instruções para o(a) paciente
	Agora o(a) sr(a). se sente seguro para levantar-se da cadeira completamente cinco vezes, com os pés bem apoiados no chão e sem usar os braços?
1. Demonstre e explique os procedimentos.	Eu vou demonstrar primeiro. Depois o(a) sr(a). fará o mesmo. a) Por favor, levante-se completamente o mais rápido possível cinco vezes seguidas sem parar entre as repetições. b) Cada vez que se levantar, sente-se e levante-se novamente, mantendo os braços cruzados sobre o peito. c) Eu vou marcar o tempo com um cronômetro.
2. Quando o(a) paciente estiver sentado, adequadamente, como descrito anteriormente, avise que irá disparar o cronômetro, dizendo:	“Preparar, já!”
3. Conte em voz alta cada vez que o(a) paciente se levantar, até a quinta vez. 4. Pare se o(a) paciente ficar cansado ou ofegante durante o teste. 5. Pare o cronômetro quando o(a) paciente levantar-se completamente pela quinta vez. 6. Também pare: - Se o(a) paciente usar os braços - Após um minuto se o(a) paciente não completar o teste - Quando achar que é necessário para a segurança do(a) paciente. 7. Se o(a) paciente parar e parecer cansado antes de completar os cinco movimentos, pergunte-lhe se ele pode continuar. 8. Se o(a) paciente disser “Sim”, continue marcando o tempo. Se o(a) paciente disser “Não”, pare e zere o cronômetro.	
<p>RESULTADO DO TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES A. Levantou-se as cinco vezes com segurança: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não B. Levantou-se as cinco vezes com êxito, registre o tempo: _____ segundos. C. Se o(a) paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo: 1. Tentou, mas não conseguiu. 2. O(A) paciente não conseguiu levantar-se da cadeira sem ajuda. 3. Não tentou, o(a) avaliador(a) julgou inseguro. 4. Não tentou, o(a) paciente sentiu-se inseguro. 5. O Paciente não conseguiu entender as instruções 6. Outros (Especifique) _____ 7. O paciente recusou participação.</p>	

Itens da Versão Brasileira do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

PONTUAÇÃO DO TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA	
O paciente não conseguiu levantar-se as cinco vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 seg = 0 ponto Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais = 1 ponto Se o tempo do teste for 13,70 a 16,69 segundos = 2 pontos Se o tempo do teste for 11,20 a 13,69 segundos = 3 pontos Se o tempo do teste for 11,19 ou menos = 4 pontos	
PONTUAÇÃO COMPLETA PARA A VERSÃO BRASILEIRA DA <i>SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY</i>	1. Pontuação total do teste de equilíbrio: _____ pontos 2. Pontuação do teste de velocidade de marcha: _____ pontos 3. Pontuação do teste de levantar-se da cadeira: _____ pontos 4. Pontuação total: _____ pontos (some os pontos acima).

Fonte: Nakano, (2007).

Pontuação do *Short Physical Performance Battery*

Equilíbrio	
Pés juntos ()	Manteve por 10 seg (1) Não manteve por 10 seg (0) Não tentou (0)
Semitandem ()	Manteve por 10 seg (1) Não manteve por 10 seg (0) Não tentou (0)
Tandem ()	Manteve por 10 seg (2) Não manteve por 3 a 9,99 seg (1) Manteve por menos de 3 seg (0) Não tentou (0)
Resultado do teste: ()	

Velocidade de marcha (VM/4 metros)	
Tentativas () 1 tentativa (1) 2 tentativas (2)	
Tempo: _____ seg.	Velocidade _____ m/s
Não conseguiu/recusou caminhar (0) Não consegue <div style="text-align: right;"> Se tempo > 8,70 seg (1) ≤ 0,46 m/s Se tempo for 6,21 a 8,70 (2) > 0,46m/s a 0,64m/s Se tempo for 4,82 a 6,20 (3) > 0,64 m/s a 0,83m/s Se o tempo for < 4,82 (4) > 0,83m/s </div>	
Resultado do teste: ()	
Apoios () nenhum(0) bengala(1) outro(2)	

Pontuação do *Short Physical Performance Battery* (cont.)

Teste sentar e levantar
Pré teste: levantou sem usar os braços () (1) Sim (2) Não Não conseguiu levantar-se 5x ou tempo teste > 60 seg (0) Tempo de teste 16,70 seg ou mais (1) Se o tempo de teste for 13,70 a 16,69 seg (2) Se o tempo de teste for 11,20 a 13,69 seg (3) Se o tempo de teste for 11,19 seg ou menos (4) Resultado do teste ()
Pontuação completa para o SPPB Pontuação total do Teste de Equilíbrio: _____ pontos Pontuação do Teste de Velocidade de Marcha: _____ pontos Pontuação do Teste Sentar e Levantar: _____ pontos Pontuação total: _____ pontos (some os pontos acima)
Classificação do desempenho por pontuação 0 a 3 pontos = incapacidade ou desempenho muito ruim 4 a 6 pontos = baixo desempenho 7 a 9 pontos = moderado desempenho 10 a 12 pontos = bom desempenho

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

A Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) avalia o equilíbrio postural. É um instrumento criado (1989) e validado (1992) por Berg e adaptado transculturalmente para o Brasil por Miyamoto (2004). Esta escala procura determinar o desempenho funcional do equilíbrio postural através de 14 tarefas que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico. A avaliação é feita por meio de observação, e a pontuação varia de 0 a 4, totalizando até 56 pontos. De acordo com Shumway-Cook e Woollacott, na amplitude de 56 a 54 cada ponto a menos é associado a um aumento de 3% a 4% no risco de quedas; de 54 a 46, a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6% a 8%; e abaixo de 36 pontos, o risco de quedas é quase de 100%.

Para a aplicação da escala, utiliza-se caneta, duas cadeiras sem braços, maca, fita métrica, fita crepe, degrau/banquinho e cronômetro.

Itens da Escala de Equilíbrio de Berg

Tarefas	Pontuação
1. Posição sentada para posição de pé. Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as suas mãos como suporte.	(4) capaz de se levantar sem utilizar as mãos e estabilizar-se de forma independente (3) capaz de se levantar de forma independente utilizando as mãos (2) capaz de se levantar utilizando as mãos após diversas tentativas (1) necessita de ajuda mínima para se levantar ou estabilizar (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para se levantar
2. Permanecer em pé sem apoio. Instruções: Por favor, fique em pé, durante 2 minutos.	(4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
Obs.: Se for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, registre o número total de pontos no item número 3 e continue com o item número 4	
3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho. Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.	(4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos
4. Posição em pé para posição sentada. Instruções: Por favor, sente-se.	(4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos (3) controla a descida utilizando as mãos (2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida (1) senta-se de forma independente, mas tem descida sem controle (0) necessita de ajuda para sentar-se
5. Transferências. Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô. Por favor, transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço e vice-versa.	(4) capaz de se transferir com segurança com uso mínimo das mãos (3) capaz de se transferir com segurança com o uso das mãos (2) capaz de se transferir seguindo orientações verbais com/ou supervisão (1) necessita de uma pessoa para ajudar (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados. Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.	(4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé (0) necessita de ajuda para não cair

Itens da Escala de Equilíbrio de Berg (cont.)

<p>7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos. Instruções: Por favor, junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.</p>	<p>(4) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com segurança (3) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com supervisão (2) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para se posicionar, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos (0) necessita de ajuda para se posicionar e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos</p>
<p>8. Alcançar à frente com o braço estendido permanecendo em pé (Teste do Alcance Funcional). Instruções: Levante o braço à 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar a inclinação).</p>	<p>(4) pode avançar a frente mais que 25 cm com segurança (3) pode avançar a frente mais que 12,5 cm com segurança (2) pode avançar a frente mais que 5 cm com segurança (1) pode avançar a frente, mas necessita de supervisão (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo</p>
<p>9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: Por favor, pegue o objeto que está na frente dos seus pés.</p>	<p>(4) capaz de pegar o objeto com facilidade e segurança (3) capaz de pegar o objeto, mas necessita de supervisão (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do objeto e mantém o equilíbrio de forma independente (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair</p>
<p>10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé. Instruções: Por favor, vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.</p>	<p>(4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição de peso (3) olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio (1) necessita de supervisão para virar (0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair</p>
<p>11. Girar 360°. Instruções: Por favor, gire sobre si mesmo (cronometrar). Faça uma pausa. Gire em sentido contrário.</p>	<p>(4) capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos (3) capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos (2) capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais (0) necessita de ajuda enquanto gira</p>
<p>12. Posicionar os pés alternadamente no degrau/banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Por favor, toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho (cronometrar). Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes.</p>	<p>(4) capaz de permanecer em pé de forma independente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos (3) capaz de permanecer em pé de forma independente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair</p>
<p>Total:</p>	

Itens da Escala de Equilíbrio de Berg (cont.)

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé a frente. Instruções: Coloque um pé a frente do outro na mesma linha. Se achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado.	(4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro de forma independente, e permanecer por 30 segundos (3) capaz de colocar um pé um pouco mais a frente do outro e levemente para o lado de forma independente, e permanecer por 30 segundos (2) capaz de dar um pequeno passo de forma independente e permanecer por 30 segundos (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé
14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar (cronometrar)	(4) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por mais que 10 segundos (3) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 5-10 segundos (2) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 3-4 segundos (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé de forma independente (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair
Total:	

AValiação de Equilíbrio e Marcha

Escala de Equilíbrio de Berg: _____ pontos
 Observações: _____

O TESTE DE DUPLA-TAREFA

A dupla tarefa (DT) consiste na prática de duas tarefas simultâneas, em que uma é considerada primária e a outra, secundária, e tem sido utilizada para avaliar a relação entre cognição, marcha e quedas.

A marcha é tida como evento principal ou tarefa primária e as tarefas secundárias, de um modo geral, são motoras ou cognitivas.

Parte-se da premissa de que duas tarefas realizadas ao mesmo tempo competem por recursos corticais, o que pode interferir, tanto no desempenho de uma delas, como no de ambas.

No Serviço, optou-se pela utilização do *Timed Up and Go* (TUG), como instrumento de avaliação de marcha/equilíbrio e, como tarefa cognitiva, secundária à marcha, adotou-se a fluência verbal semântica (categoria animais).

Dupla-tarefa: () (1) normal (2) alterado (9) não realizado

Resultado sem distrador: _____ Resultado com distrador: _____

Na dependência dos resultados desta avaliação inicial da fisioterapia, o idoso é inserido em um programa de reabilitação com acompanhamento duas vezes por semana, com vinte sessões. Outros testes são realizados conforme a especificidade de cada caso e estão detalhados na Seção 2, nas Instruções do Protocolo 6.

INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES

Os outros instrumentos utilizados para complementar a avaliação são: a Escala de Autoeficácia de Quedas (FES-I-BR) e o Índice Dinâmico da Marcha (DGI).

► Escala de Autoeficácia de Quedas

Esta escala tem como objetivo avaliar a percepção de autoeficácia nas quedas, medindo o grau de confiança que o indivíduo tem na realização de determinadas tarefas sem cair ou perder o equilíbrio. Consiste em um instrumento composto por 16 itens com as seguintes opções de resposta: nem um pouco preocupado, um pouco preocupado, muito preocupado e extremamente preocupado. O indivíduo é questionado quanto à preocupação em cair ao realizar as seguintes atividades: limpando a casa, vestindo ou tirando a roupa, preparando refeições simples, tomando banho, indo às compras, sentando ou levantando de uma cadeira, subindo ou descendo escadas, caminhando pela vizinhança, pegando algo acima de sua cabeça ou do chão, indo atender ao telefone antes que pare de tocar, andando sobre superfície escorregadia, visitando um amigo ou parente, andando em lugares cheios, caminhando sobre superfície irregular, subindo ou descendo uma ladeira e indo a uma atividade social.

Caso o idoso relate que não realiza alguma das atividades, ele deve ser questionado quanto à possibilidade de realizá-la. O escore total pode variar de 16 a 64 e, quanto maior a pontuação, maior sua preocupação em relação às quedas. O ponto de corte utilizado é de 23 ou mais pontos para que seja considerado um indivíduo com medo de cair, o que está associado a ocorrência de quedas.

Itens da escala de autoeficácia de quedas

Autoeficácia para quedas				
Eu vou fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair, enquanto realiza algumas atividades. Se o(a) sr(a). atualmente não faz a atividade citada (por ex. alguém vai as compras para o(a) sr(a)., responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas caso fizesse tal atividade.				
Atividades	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
1. Limpando a casa (passar pano, aspirar o pó ou tirar a poeira) 1. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Vestindo ou tirando a roupa 2. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Preparando refeições simples 3. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Tomando banho 4. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Indo às compras 5. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Levantando ou sentando de uma cadeira 6. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Subindo ou descendo escadas 7. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Caminhando pela vizinhança 8. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão. 9. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Ir atender o telefone antes que pare de tocar 10. _____	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado) 11. _____	(1)	(2)	(3)	(4)

► Índice Dinâmico da Marcha versão brasileira

Esta escala avalia qualitativa e quantitativamente a marcha. É composta por oito itens de deambulação: (1) velocidade e instabilidade da marcha desempenhada pelo indivíduo em sua velocidade normal; (2) aceleração e desaceleração; (3) movimento de rotação cefálica; (4) movimento de flexoextensão cefálica; (5) movimento de rotação axial do corpo; (6) ultrapassagem de obstáculo (caixa de sapato); (7) contornar obstáculos (cones de trânsito) e (8) subir e descer escadas. A pontuação é considerada de acordo com a disfunção ausente (3 pontos), mínima (2 pontos), moderada (1 ponto) e acentuada (0 pontos). O escore total varia entre 0 e 24 pontos, e quanto maior o escore, melhor o desempenho na marcha. Uma pontuação de 19 ou menos está associada a quedas.

Deve-se avaliar também o risco ambiental para a ocorrência de quedas. Como o Serviço não dispõe da modalidade de atenção domiciliar, é possível elaborar uma lista de potenciais riscos e apresentar para o idoso e seus cuidadores a importância de identificá-los e minimizá-los. Abaixo seguem os itens que devem ser minuciosamente observados no domicílio.

- A iluminação é adequada?
- Como está o estado dos degraus, caso existem no domicílio?
- Os pisos são antiderrapantes?
- Existem corrimãos nas escadas?
- Os interruptores são de fácil acesso?
- Existem tapetes soltos?
- Existem móveis obstruindo a passagem?
- Existem objetos soltos pelo chão?
- Os telefones são acessíveis?
- Os móveis são seguros?
- A altura das cadeiras, cama e vaso sanitário são adequadas à altura do idoso?
- Como estão as condições das cadeiras de roda, do andador e da bengala?
- A posição de armários é acessível?
- O tamanho de portas é adequado à mobilidade?
- Existem barras de apoio no banheiro?

O uso de calçados adequados e seguros também são avaliados durante todo o atendimento.

PROCOLOS PARA INSERÇÃO NOS GRUPOS

► Grupo de prevenção de quedas

É importante avaliar os diagnósticos previamente estabelecidos, os medicamentos em uso, o IMC e FPP.

Apesar de o inquérito de quedas ser realizado na AMI, ele é aplicado novamente com objetivo de colher informações no início da intervenção.

Anamnese: _____

Histórico de quedas: () SIM () NÃO

Número de quedas: _____

Local em que ocorreu: _____

Sintomas ao cair: _____

Sentiu tonteira? () SIM () NÃO

Sensação de desequilíbrio? () SIM () NÃO

Conseguiu levantar sozinho(a)? () SIM () NÃO

Consequências das quedas: _____

Houve alguma lesão? () SIM () NÃO

Procurou serviço de saúde? () SIM () NÃO

Deixou de realizar atividades rotineiras depois que caiu? () SIM () NÃO

Tem medo de cair? () SIM () NÃO

Muitos idosos apresentam dificuldades em diferenciar os sintomas tonteira e desequilíbrio. A tonteira ou vertigem tem como característica a sensação rotatória, que pode ser do ambiente girando em relação a ele, ou ele girando em relação ao ambiente. Já a sensação de desequilíbrio pode ser relatada como: “falta de firmeza para andar”, instabilidade para andar” ou uma sensação de “quase queda”. Esta diferenciação é muito relevante, pois as causas da instabilidade nas quais poderemos intervir corretamente variam de acordo com o sintoma apresentado.

É importante avaliar os resultados dos testes de desempenho físico que são realizados na AMI, e, se necessário, os mesmos devem ser reaplicados.

- *Short Physical Performance Battery* (SPPB).
- Escala de Equilíbrio de Berg (EEB).
- *Timed Up and Go* – normal e com dupla tarefa.
- Força de Preensão Palmar (FPP).

É igualmente importante estar atendo aos resultados das escalas de avaliação da capacidade funcional, das atividades básicas e instrumentais de vida diária, além da cognição, para ter a noção clara da possibilidade de o idoso acompanhar o atendimento fisioterapêutico em grupo.

► Grupo para indivíduos com doença de Parkinson

Para avaliar se o idoso com diagnóstico de doença de Parkinson poderá iniciar o atendimento em grupo ou individual, é necessário fazer uma avaliação específica. Pacientes em estágios iniciais podem se beneficiar bastante do contato social do ambiente terapêutico em grupo. Porém, deve ser sempre realizado em local seguro, e, dependendo do número de participantes, com a supervisão e presença de mais de um fisioterapeuta.

A queixa principal do paciente deve ser abordada, assim como dos familiares e cuidadores. A capacidade de executar suas atividades de vida diária também deve ser avaliada, lembrando dos sintomas e sinais específicos da doença: bradicinesia, rigidez, tremor e instabilidade postural. Os episódios de *freezing* da marcha devem ser avaliados, bem como sua frequência, circunstâncias e consequências. O horário da tomada de medicações também deve ser avaliado, pois pode interferir diretamente em seu desempenho nos exercícios terapêuticos.

Duas avaliações específicas são realizadas para os pacientes portadores de doença de Parkinson. Tais instrumentos são importantes para monitorar a evolução da doença e avaliar a efetividade das intervenções realizadas.

► A Escala de Hoehn e Yahr

Trata-se de um instrumento rápido e prático para indicar o estado geral do paciente. Utiliza-se a versão modificada, que possui os estágios intermediários.

Itens da Escala de Hoehn e Yahr

Estágios	Sintomas
0	Nenhum sinal de doença.
1	Doença unilateral.
1,5	Envolvimento unilateral e axial.
2	Doença bilateral sem <i>deficit</i> de equilíbrio.
2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”.
3	Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade de viver independente.
4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.
5	Confinado a cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: Schenkman, *et al.* (2001).

Para avaliar a instabilidade postural, empurra-se bruscamente o paciente para trás a partir dos ombros (teste do empurrão). O paciente com resposta normal recupera o equilíbrio dando três passos ou menos para trás. O paciente que se recupera do teste do empurrão dá mais do que três passos, mas recu-

pera o equilíbrio sem ajuda (estágio 2,5). Pacientes com instabilidade podem cair se não foram amparados pelo terapeuta.

► Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson

A Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) avalia os sinais, sintomas e determinadas atividades dos pacientes por meio do autorrelato e da observação clínica. É composto por 42 itens, divididos em quatro partes: atividade mental, comportamento e humor, atividades de vida diária (AVDs), exploração motora e complicações da terapia medicamentosa. Cada item varia de 0 a 4 pontos. O valor máximo indica maior comprometimento pela doença e o mínimo indica normalidade.

As outras medidas de avaliação, como velocidade de marcha, *Timed Up and Go*, *Short Physical Performance Battery* (SPPB) não são de uso específico para doença de Parkinson, mas também são úteis à medida que auxiliam no uso de estratégias sistematizadas de acompanhamento destes pacientes. Por ser uma doença progressiva, as avaliações devem ser realizadas de forma rotineira e reavaliadas ao longo do tempo e das sessões.

O atendimento fisioterapêutico pode ser realizado por meio de acompanhamento individual no qual, inicialmente, são realizadas 20 sessões duas vezes por semana, por 50 minutos, aproximadamente, cada uma, e os grupos são organizados em sessões realizadas duas vezes por semana. Contudo, podem variar conforme com a demanda apresentada.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. A. et al. Força de preensão palmar em idosos com demência: estudo da confiabilidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 16, n. 06, p. 510-514, nov./dez. 2012.

CAMARGOS, F. F. O. et al. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale-International em idosos brasileiros (FES-I-BRASIL). *Revista Brasileira de Fisioterapia*. v.14, p.237-243, 2010.

DE CASTRO, S. M.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, F. F. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Rev Bras Otorrinolaringol*. v..72, n. 6, p.817-25, 2006.

FERNANDES, A. de A.; MARINS, J. C. B. Teste de força de preensão manual: análise metodológica e dados normativos em atletas. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 567-578, jul./set. 2011.

FIGUEIREDO, I. A. et al. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. *Acta Fisiátrica*, v. 14, n. 02, p. 104-110, 2007.

GERALDES, A. A. R. et al. A Força de Preensão Manual é Boa Preditora do Desempenho Funcional de Idosos Frágeis: um Estudo Correlacional Múltiplo. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 14, n. 01, jan./fev. 2008.

GOULART, F.; PEREIRA, L. X. Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 2, Jan-Abril 2005.

MARTIGNONI, E. et al. Psychometric properties of the unified Parkinson's disease rating scale and of the short Parkinson's evaluation scale. **Neurol Sci.**, v. 24, p. 190-1, 2003.

NAKANO, M. M.; DIOGO, M. J. D; FILHO, W. J. **Brazilian Version of the Short Physical Performance Battery SPPB: Cross-Cultural Adaptation and reliability study**. Campinas, 2007. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

SCHENKMAN, M. et al. Longitudinal evaluation of economic and physical impact of Parkinson's disease. **Parkinson Related Disord.**, v. 8, p. 41-50, 2001.

INTRODUÇÃO

Define-se como cognição a atividade mental capaz de produzir respostas às solicitações e estímulos externos (Vieira, 1995). É um processo complexo de aquisição do conhecimento que se dá através da percepção, atenção, associação, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem.

Para uma avaliação adequada da cognição do indivíduo, é fundamental termos um ambiente propício para concentração e atenção, que inclui tanto um ambiente com poucos ruídos, como também o uso adequado de órteses, óculos e aparelho auditivo, além de celulares desligados ou no silencioso.

Ao realizar a testagem, o examinador necessita falar de forma clara e pausada, olhando para o paciente, e com um tom de voz que tenha certeza que esteja audível. Não pode dar dicas e não deve confirmar ao paciente se ele está correto ou não, apenas passando ao próximo item. Não se devem corrigir as respostas erradas do paciente, ou avaliar positivamente utilizando expressões como “parabéns”, “muito bem”, etc.

O relato de um informante qualificado também é um dos itens que preenchem os critérios estabelecidos por instituições internacionais para o diagnóstico da demência (McKhann *et al.*, 1984; APA, 1994). Neste caso, aproveita-se o momento em que o idoso está realizando os testes neurocognitivos para realizar a avaliação de seu acompanhante.

PRINCIPAIS TESTES PARA AVALIAÇÃO COGNITIVA UTILIZADOS NO SERVIÇO DE GERIATRIA

► Fluência verbal – categoria animais

O teste de fluência (TFV) categoria animais utilizado no serviço foi estudado por Goodglass *et al.* (1983) e Brucki *et al.* (1997). Avalia os seguintes domínios cognitivos: linguagem, funções executivas e memória semântica.

Sofre influência da escolaridade, sendo os pontos de corte: 8/9 para indivíduos com até 8 anos de escolaridade incompletos; 12/13 para indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade completos.

Instruções:

- Para iniciar o teste, pede-se ao idoso que fale nomes de animais durante um minuto; controla-se o tempo e são registrados, em impresso apropriado, todos os animais fornecidos pelo indivíduo.
- Na pontuação final, serão contados todos os nomes de animais produzidos, exceto as repetições e as oposições regulares de gênero e sexo (p. ex. gato/gata ou pato/pata conta-se 1 ponto; já boi/vaca contam-se 2 pontos). Quando o sujeito recorda uma categoria e depois espécies da mesma, contabilizam-se apenas os pontos referentes às espécies, não contando o ponto referente à categoria (p. ex. categoria – pássaro; espécies – gaivota, sabiá, pardal, etc.).

► Teste do desenho do relógio

Esse teste foi criado em meados do século XX, sendo proposto como rastreio cognitivo em 1986 por Shulman *et al.* Avalia os seguintes domínios cognitivos: habilidades visoespaciais e construtiva e a função executiva.

Apesar de amplamente aceito, é um instrumento cujo método de aplicação ou pontuação não é único ou padronizado, sendo as principais alterações em função da instrução dada para realizar a tarefa, da hora a ser marcada ou do sistema de score a ser utilizado.

Sofre influência da escolaridade, perdendo acurácia entre os idosos com menos de 5 anos de escolaridade. O método utilizado no serviço foi proposto por Manos & Wu (1994), utilizando-se um círculo transparente dividido em oito partes iguais funcionando como uma “máscara”. O ponto de corte é 7/8.

Instruções:

- Para iniciar o teste, ofereça ao idoso um impresso com o desenho de um círculo de 11 cm de diâmetro.
- Dar a seguinte instrução: “Aqui, temos o mostrador de um relógio. Gostaria que o(a) sr(a). colocasse os números dentro dele e depois indique o horário de 8h20min (oito horas e vinte minutos)”.
- Para avaliar a pontuação do teste, utilize a máscara transparente. Posicione-a de modo que uma das linhas fique colocada a partir do centro do círculo até o número 12; caso o 12 tenha sido omitido, proceda da mesma maneira utilizando como base o 1. Dessa forma, as oito fatias da máscara estarão posicionadas sobre o relógio, para que possa ser pontuado. Será dado um ponto para o posicionamento correto dos seguintes números: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 e 11 (será pontuado o número que estiver

até a metade incluída no oitavo correspondente). Um ponto será dado para o ponteiro pequeno indicando o 8 e um ponto será dado para o ponteiro grande indicando o 20, totalizando, no máximo, 10 pontos.

► **Cambridge Cognitive Examination-Revised**

O *Cambridge Cognitive Examination-Revised* (CAMCOG-R) é uma bateria neuropsicológica breve, parte de um instrumento mais amplo utilizado na avaliação de transtornos mentais em idosos: *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised* (CAMDEX-R). Ele permite a verificação de défices cognitivos em diferentes domínios, quais sejam: orientação, linguagem, memória, atenção, cálculo, praxia, percepção e funções executivas. Os itens que compõem o CAMCOG-R têm níveis variados de dificuldade, sofrendo influência da escolaridade. Um estudo de adaptação transcultural do instrumento foi realizado neste ambulatório, a partir do qual se desenvolveu a versão brasileira – Br-CAMCOG-R. A pontuação varia de 0 a 105, sendo os pontos de corte: 50/51 (analfabetos); 60/61 (baixa escolaridade/primário/primeiro segmento do Ensino Fundamental); 69/70 (escolaridade média/ginásio/segundo segmento do Ensino Fundamental). Os autores do instrumento original, a partir da escolaridade da amostra estudada, propuseram o ponto de corte 79/80, para indivíduos acima de oito anos (>8) de escolaridade.

O critério para encaminhamento para o Br-CAMCOG-R é clínico, oriundo de decisão conjunta entre o supervisor e o médico assistente.

É importante considerar:

Queixa subjetiva, independente do teste;

- MEEM alto, mas perda funcional importante;
- *Deficit* visual, auditivo ou sequelas motoras importantes, que inviabilizem a realização da avaliação;
- MEEM < 13, apenas excepcionalmente, caso o médico avalie que o paciente tem condições de responder.

Outros instrumentos neuropsicológicos de domínio público serão aplicados, caso haja necessidade de aprofundar a investigação.

INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY

O *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) foi desenvolvido em língua inglesa e apresenta 26 itens ordinais com cinco opções de respostas que comparam o desempenho do indivíduo no momento da entrevista com o desempenho dele nos dez anos anteriores, de maneira que se pontua com o valor 1, quando a impressão do informante é que o desempenho do avaliado está “muito melhor”; com valor 2, quando o desempenho

está “um pouco melhor”; valor 3, quando “não houve mudança”; 4, quando “um pouco pior” e 5, quando o informante julga que o indivíduo está “muito pior”. O resultado final é obtido pela soma dos valores dos itens, dividida pelo número total de itens da escala. O escore varia de 1 a 5; os escores menores ou iguais a três indicam que não está havendo alteração; igual a quatro indica uma considerável alteração e igual a cinco indica muita alteração. O ponto de corte obtido no estudo original, a partir do qual o indivíduo é considerado suspeito de demência, foi de 3,27/3,30. Em 2009 e 2013, Sanchez e Lourenço estudaram o instrumento em uma amostra de idosos acompanhados no serviço e optaram por utilizar o ponto de corte de 3,51/3,53 como sendo o que melhor se aplica para uso em ambiente clínico especializado.

O instrumento é de fácil aplicação, com duração média de 10 minutos. Deve ser aplicado em um parente ou amigo que conheça bem o desempenho do idoso, nas atividades do dia a dia. É importante que esta pessoa tenha convivido com o idoso por, pelo menos, dez anos.

Instruções para aplicação do *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*

“Agora eu vou fazer outras perguntas que estão relacionados ao comportamento diário do(a) sr(a). X. Nesta etapa, o(a) sr(a). vai me dizer o que o observa no dia a dia dele.”

Certifique-se de que a pessoa entendeu o que você vai começar a fazer.

“Gostaria que o(a) senhor (a) recordasse o estado em que o(a) sr(a). X (FALAR O NOME DO IDOSO) se encontrava há dez anos, no ano XXXX (informar ano atual menos dez), e o comparasse com seu estado atual. Descrevemos abaixo situações em que ele(a) tenha de usar a memória ou o raciocínio e eu gostaria que o(a) sr(a). dissesse se, nesse aspecto, ele(a) melhorou, piorou, ou permaneceu na mesma nos últimos 10 anos.

É muito importante comparar o desempenho atual do(a) sr(a). X com o de 10 anos atrás. **Deste modo, se há dez anos ele(a) sempre esquecia onde havia deixado as coisas e isso ainda acontece, então isto será considerado como “POUCA MUDANÇA”.** Diga-me, a seguir, as mudanças que o(a) senhor(a) observou, apontando no cartão a melhor resposta para cada item.

Comparado com seu estado há dez anos, como está o(a) sr(a). X em...”

Itens do *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*

1. Lembrar-se dos rostos de parentes e amigos		1	2	3	4	5
2. Lembrar-se dos nomes de parentes e amigos		1	2	3	4	5
3. Lembrar-se de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços		1	2	3	4	5
4. Lembrar-se de acontecimentos recentes		1	2	3	4	5
5. Lembrar-se de conversas depois de poucos dias		1	2	3	4	5
6. No meio de uma conversa, esquecer o que ele(a) queria dizer.		1	2	3	4	5
7. Lembrar-se do próprio endereço e telefone		1	2	3	4	5
8. Saber o dia o mês em que estamos		1	2	3	4	5

Itens do *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (cont.)

9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas (por exemplo, as roupas e os talheres).		1	2	3	4	5
10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar (por exemplo, os óculos, as chaves, o dinheiro).		1	2	3	4	5
11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia a dia		1	2	3	4	5
12. Saber utilizar aparelhos domésticos		1	2	3	4	5
13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente na casa		1	2	3	4	5
14. Aprender coisas novas em geral		1	2	3	4	5
15. Lembrar-se das coisas que aconteceram na juventude		1	2	3	4	5
16. Lembrar-se de coisas que ele(a) aprendeu na juventude		1	2	3	4	5
17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas		1	2	3	4	5
18. Entender o que é escrito em revistas e jornais		1	2	3	4	5
19. Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão		1	2	3	4	5
20. Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais		1	2	3	4	5
21. Conhecer importantes fatos históricos		1	2	3	4	5
22. Tomar decisões no dia a dia		1	2	3	4	5
23. Lidar com dinheiro para as compras		1	2	3	4	5
24. Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária		1	2	3	4	5
25. Lidar com outros cálculos do dia a dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar, há quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos		1	2	3	4	5
26. Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo		1	2	3	4	5

Fonte: Sanchez e Lourenço (2009).

Caso haja algum item que o respondente não esteja entendendo, siga as instruções que seguem no quadro abaixo. Não crie novas opções de respostas. Siga exatamente as opções fornecidas.

Manual de instruções resumido para aplicação da Versão do IQCODE-BR

1. Lembrar-se dos rostos de parentes e amigos.	Pessoas com as quais tenha contato.
2. Lembrar-se dos nomes de parentes e amigos.	Pessoas com as quais tenha contato.
3. Lembrar-se de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços.	Profissões ou locais onde trabalham, aniversários e onde moram.
4. Lembrar-se de acontecimentos recentes.	Qualquer evento importante que tenha acontecido nos últimos três meses. (uma festa, nascimento ou morte de algum conhecido, viagem, hospitalização).
5. Lembrar-se de conversas depois de poucos dias.	Qualquer conversa nos últimos três dias.
6. No meio de uma conversa, esquecer o que ele(a) queria dizer.	Quando a pessoa está conversando, para e esquece o que estava dizendo e muda de assunto.
7. Lembrar-se do próprio endereço e telefone.	Lembrar o nome da rua onde mora e telefone de sua residência.
8. Saber o dia e o mês em que estamos.	Esquecer frequentemente o dia e o mês, sugerindo desorientação temporal.
9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas.	Coisas que são colocadas sempre no mesmo lugar. (Por exemplo, as roupas e os talheres).
10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar.	Coisas que não têm lugar fixo e, geralmente, são deixadas em locais diversos. Importante saber se isto acontece com frequência. (por exemplo, os óculos, as chaves, o dinheiro).
11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia a dia.	Quando ocorrem mudanças nas ações comumente realizadas, saber se o idoso se adapta com tranquilidade e apresenta alterações de comportamento.
12. Saber utilizar aparelhos domésticos.	Qualquer aparelho dentro de casa usado diariamente (por exemplo, liquidificador, ferro elétrico, fogão, gás).
13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente na casa.	Aparelho comprado recentemente que exija algum aprendizado para o uso (eletrodoméstico em geral). (Algum aparelho novo que tenha comprado recentemente).
14. Aprender coisas novas em geral.	Capacidade de aprender a manusear algum aparelho ou executar uma nova receita.
15. Lembrar das coisas que aconteceram na juventude.	Lembrar de fatos importantes que aconteceram na juventude.
16. Lembrar de coisas que ele(a) aprendeu na juventude.	Alguma atividade como consertos em casa ou qualquer equipamento. Atividades artesanais ou culinárias.
17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas.	Palavras que não são utilizadas corriqueiramente. Caso seja incluída uma palavra deste tipo em alguma conversa, o sentido deixa de ser entendido.

Manual de instruções resumido para aplicação da Versão do IQCODE-BR (cont.)

18. Entender o que é escrito em revistas e jornais.	Ler e entender sobre o que o assunto se refere. Isto é percebido quando se tenta conversar sobre o que foi lido.
19. Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão.	Acompanhar a história do início ao fim sem perder o entendimento. Se consegue, por exemplo, assistir a uma novela lembrando os detalhes do capítulo anterior.
20. Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais.	Escrever cartas ou preparar listas. Qualquer atividade que necessite fazer uso da escrita.
21. Conhecer importantes fatos históricos.	Falar sobre fatos importantes como, por exemplo, quais foram os presidentes da república, ou fatos importantes que aconteceram neste ou em outros países.
22. Tomar decisões no dia a dia.	É autônomo para decidir quando vai ao médico ou quando vai comprar algo novo para casa.
23. Lidar com dinheiro para as compras.	Manuseia dinheiro sabendo o valor que deve pagar e quanto de troco deve receber.
24. Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária.	Utiliza adequadamente sua conta bancária ou recebe sua aposentadoria fazendo uso correto do dinheiro.
25. Lidar com outros cálculos do dia a dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar, há quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos.	Ao olhar para o armário de compras sabe o que está faltando. Sabe há quanto tempo, por exemplo, um filho não faz uma visita.
26. Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo.	Tem consciência do que está acontecendo ao seu redor. Quando está no médico, ou em uma festa, ou na casa de algum parente ou amigo.

Fonte: Sanchez e Lourenço (2009).

REFERÊNCIAS

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais [Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients]. *Rev Saúde Pública*, v. 40, p. 712-719, 2006.

BRUCKI, S. M. et al. Normative data on the verbal fluency test in the animal category in our milieu. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 55, n. 1, p. 56-61, 1997.

MANOS, P. J.; WU, R. The ten-point clock test: a quick screen and grading method for cognitive impairment in medical and surgical patients. *Int J Psychiatr. Med.*, v. 24, n. 3, p. 229-44, 1994.

MONTAÑO, M. B. M.; RAMOS, L. R. "Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating." *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 6, p. 912-7, 2005.

PARADELA, E. M. P.; LOPES, C. S., LOURENÇO, R. A. "Reliability of the Brazilian version of the Cambridge Cognitive Examination Revised CAMCOG-R." **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 67, n. 2B, p. 439-444, 2009.

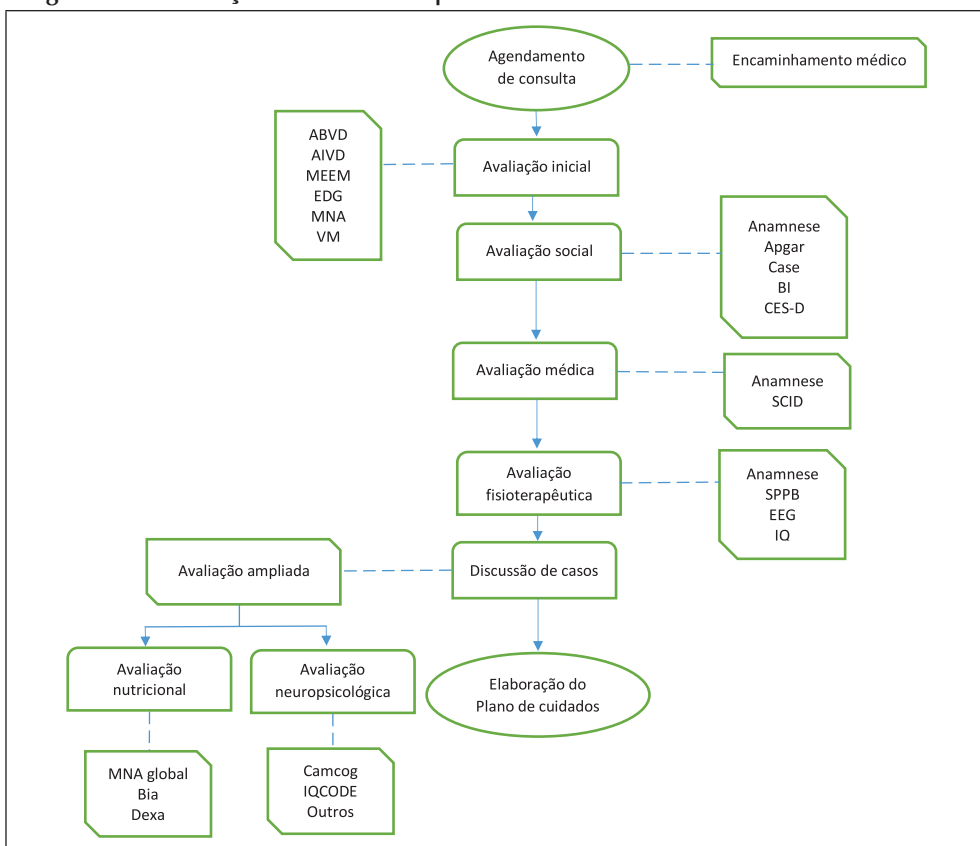
SANCHEZ, M. A. S.; LOURENÇO, R. A. "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): cross-cultural adaptation for use in Brazil." **Reports in Public Health**, v. 25, n. 7, p. 1455-1465, 2009.

SANCHEZ, M. A. S.; LOURENÇO, R. A. Screening for dementia: Brazilian version of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline on the Elderly and its psychometric properties. **Geriatr Gerontol Int**, v. 13, p. 687-693, 2013.

SHULMAN, K. I.; SHEDLETSKY, R.; SILVER, I. L. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 1, n. 2, p. 135-40, 1986.

DIAGRAMA DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

Diagrama da Avaliação Geriátrica Ampla



Fonte: Autoria própria (2017).

Legenda: ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; MEEM: Miniexame do Estado Mental; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; MNA: Miniavaliação Nutricional; VM: Velocidade de Marcha; Apgar: *Adaptation, Participation, Growth, Affection e Resolution*; Case: *Caregiver Abuse Screening in the elderly*; BI: *Burden Interview*; CES-D: Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies; SCID: *Structured Clinical Interview Depression Inventory*; SPPB: *Short Physical Performance Battery*; EEG: Escala de Equilíbrio de Berg; IQ: inventário de quedas; BIA: bioimpedância elétrica; DXA: absorciometria radiológica de dupla energia; CAMCOG: *Cambridge Cognitive Examination*; IQCODE: *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*.

INSTRUÇÕES PARA IMPRESSÕES, CONDUTAS E ACOMPANHAMENTO

Maria Angélica dos Santos
Sanchez

Eduardo Magalhães Costa

Finalizada a avaliação multidisciplinar inicial, a equipe responsável pelas avaliações deverá fazer um pequeno resumo na seção de impressões e condutas de forma a facilitar a discussão do caso.

IMPRESSÕES

AVALIAÇÃO SOCIAL

1.Principais impressões: _____

2. Conduta: _____

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

1.Principais impressões: _____

2. Conduta: _____

AVALIAÇÃO MÉDICA

1.Principais impressões: _____

2. Conduta: _____

CONDUTAS

Uma avaliação extensa e acurada requer a tomada de decisões que possa proporcionar uma atenção de qualidade objetivando a manutenção e/ou resgate da capacidade funcional. A primeira ação a ser feita deve ser a reunião de equipe para a discussão do caso. Seguido a isso, a decisão de alta também pode ser uma possibilidade e, nos casos de inserção no Serviço, a reavaliação anual da AGA.

► A reunião de equipe

A reunião é o momento em que todos os profissionais da equipe se reúnem para discutir o caso, inclusive aqueles que não participaram da avaliação ini-

cial. Nesta etapa, os diagnósticos devem ser, na medida do possível, estabelecidos e o plano terapêutico elaborado. Para garantir o sucesso desse plano, é importante que todas as decisões tomadas sejam anotadas e seguidas e que cada profissional se responsabilize por resolver todas as pendências relativas a sua área profissional.

PROBLEMA/DIAGNÓSTICO	PLANO DIAGNÓSTICO	PLANO TERAPÊUTICO	SITUAÇÃO
() Transtorno neurocognitivo maior (Demência). Qual?			
() Transtorno neurocognitivo menor (CCL)			
() Depressão			
() Alteração comportamento			
() Insônia			
() Doença de Parkinson			
() Incontinência. Qual?			
() Alteração ritmo intestinal			
() Alteração do equilíbrio e/ou marcha			
() Quedas			
() Risco nutricional			
() Inapetência/perda de apetite			
() Polifarmácia			
() Dependência funcional			
() Ausência de rede de suporte			

Fonte: Autoria própria (2017).

Decisões:

► A alta no serviço

A AGA é um instrumento importante para a detecção de fatores que podem levar à incapacidade funcional. Alguns idosos são referenciados ao serviço, porém não apresentam critérios para permanecer. Ainda que estejamos diante de uma condição que beira a perversidade, é importante ter em mente que diante da ausência de recursos de toda natureza, é imprescindível prestar um serviço de qualidade a quem realmente se beneficiará de uma estrutura interdisciplinar. Assim sendo, idosos que não preenchem os critérios, isto é, aqueles que não são portadores de síndromes geriátricas, devem ser encaminhados ou reencaminhados à Rede de Saúde conforme seu perfil. Por exemplo, idosos

com capacidade funcional preservada, mas que são acometidos por doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão sem maiores agravos, podem ser referenciados para a atenção básica e inseridos em programas de acompanhamento, promoção de saúde e prevenção de doenças. Contudo, é importante enviar os resultados da avaliação explicitando o motivo pelo qual o idoso não ficará em acompanhamento.

Consulta realizada em: ____/____/____
Nome _____
Queixa principal _____
Resultado da avaliação funcional e cognitiva _____
Miniexame do Estado Mental: _____/30 Escala de Depressão: _____/15
Atividades Instrumentais de Vida Diária () Dependente () Dependência parcial () Independente
Atividades Básicas de Vida Diária () Dependente () Dependência parcial () Independente
Resumo anamnese _____
Conduta _____

A REAVALIAÇÃO ANUAL DE AGA

Trata-se de uma ficha que ficará com uma cópia arquivada no setor. Isso ajudará na avaliação subsequente na ausência do prontuário. Além disso, servirá como um resumo para o que profissional não precise manusear todo o prontuário em busca das primeiras avaliações. Neste impresso, anualmente, o profissional fará as anotações relevantes e anotará as reavaliações funcionais e cognitivas.

Nome: _____	Prontuário PPC: _____
1 - Data de entrada no serviço: _____	2 - Idade: _____

Entender o motivo da avaliação inicial é importante para sabermos se o problema que trouxe o paciente para o serviço foi resolvido, está em resolução ou não foi resolvido.

3 - Motivo da AGA: _____

4 - Diagnósticos:

Neste campo, preenchem-se os diagnósticos do paciente, estando os mais prevalentes como opção para serem assinalados. Outros podem ser descritos.

Síndrome demencial ()	Parkinson ()	<i>Diabetes mellitus</i> ()	Hipert. arterial sistêmica ()
Depressão ()	Desnutrição ()	Dislipidemia ()	Dist. comportamento ()

Outros:

Atualiza-se a lista medicamentosa para sempre tentar a retirada de medicações e evitar iatrogenias.

5 - Medicações em uso: _____

Nesta seção, anotam-se intercorrências relevantes ocorridas no último ano, tanto de cunho orgânico quanto psicológico.

6 - Intercorrências relevantes (internações, cirurgias, perdas, outras):

Internações () Cirurgias () Perdas familiares ()

Atualizam-se as escalas de avaliação anualmente para um acompanhamento longitudinal do paciente.

7 - Resumo das Escalas de Avaliação		
Escala	Anterior (Data)	Atual (Data)
MEEM		
AVD		
AIVD		
EDG		
MNA		

Antes do exame físico, faz-se uma anamnese dirigida com condições frequentes encontradas na população idosa.

8 - Outras condições:

Quedas no último ano: () sim () não Quantas: _____

Alterações do sono: () sim () não

Incontinência urinária: () sim () não

Incontinência fecal: () sim () não

Último exame laboratorial em: ____/____/____

CAMCOG: () sim () não Data: ____/____/____ Score: _____

Disfagia: () sim () não

Fisioterapia: () sim () não Sessões semanais: _____

Neste momento há a realização do exame físico completo.

9 - Exame Físico:

Anotam-se a impressão e as hipóteses diagnósticas do médico executante.

10 - Impressão:

A conduta traçada fica registrada neste campo.

11 - Conduta:

Avalia-se a necessidade de encaminhamento para equipe multidisciplinar do serviço.

12 - Encaminhamentos:

() Fisioterapia () Nutrição () Psicologia () Serviço Social

Carimbo/ Assinatura

INTRODUÇÃO

A Avaliação Geriátrica Ampla fornece um conjunto de informações acerca do estado funcional, cognitivo e social. Estes dados coletados por uma equipe multidisciplinar vão permitir o desenvolvimento de um plano de cuidados que se constitui em um processo de intervenção sistematizada.

A eficiência deste plano vai depender da extensão e acurácia da avaliação. No momento da discussão de caso, a avaliação é sintetizada e são apresentadas a informações que permitam estabelecer diagnósticos, gerenciar prognósticos e prevenir problemas futuros.

O plano de cuidados é um produto da avaliação multidisciplinar. No momento de sua elaboração é possível delinear que ações são necessárias para o alcance de resultados positivos.

Para tanto, a discussão deve ocorrer com:

- dinâmica participativa;
- decisões consensuais;
- planejamento de intervenções adequado.

Objetivos do plano de cuidados:

- identificar as demandas e os serviços necessários;
- planejar em conjunto a utilização de serviços;
- organizar um cuidado integrado evitando ao máximo a fragmentação das ações;
- alcançar uma comunicação eficiente;
- analisar as respostas obtidas.

Para elaborar um plano de cuidados se faz necessário identificar:

- os problemas que impactam a saúde e a qualidade de vida;
- os recursos disponíveis e os necessários;
- o responsável pelo cuidado no domicílio do idoso.

Na hora de executar o plano é imprescindível saber:

- o que fazer;
- que profissionais serão responsáveis;
- quando será iniciada a intervenção;
- que resultados são esperados.

ROTEIRO PARA A APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Identificação
 - Nome, idade, escolaridade, número de prontuário e data da primeira avaliação.
- Aspectos básicos do suporte social
 - Tamanho e disponibilidade da rede social.
- Avaliação funcional
 - MEEM, AVD, AIVD, EDG, MNA, VM, CAMCOG e IQCODE.
- Medicações em uso.
- Principais aspectos da história clínica.
- Principais problemas.

PRINCIPAIS QUESTÕES ANALISADAS

► Avaliação social

Destacar os aspectos relevantes da avaliação social quando houver problemas que possam interferir no plano terapêutico ou que estejam causando impacto nas demandas apresentadas pelo usuário, apresentando as principais impressões e quais foram as condutas adotadas.

► Avaliação fisioterapêutica

Destacar somente as anormalidades da avaliação apresentando o resultado dos testes:

Quedas: _____ Medo de cair: _____ Sensação de desequilíbrio: _____

Faz exercício físico? _____

FPP: _____ Muscular manual: _____ Teste articular: _____

SPPB : _____ EQUIL: _____ Tempo de Marcha: _____ VM: _____

TSL: _____ Total: _____ Classificação: _____ BERG: _____

TAF: _____ TUG: _____ Dupla tarefa cognitiva: _____

OBS:
Impressão: _____

Conduta: _____

► Avaliação clínica

História da Doença Atual — em tópicos, escrever os pontos mais relevantes da história atual.

Exame físico — em tópicos, sumarizar os aspectos relevantes do exame físico.

Medicamentos em uso — em tópicos, elencar as medicações em uso.

Hipóteses diagnósticas — elencar as hipóteses diagnósticas depois de discutidas com o supervisor.

Conduta — destacar as condutas definidas.

Ao final da apresentação, começa a ser definido o plano de cuidados. É importante cada profissional sinalizar sua proposta para minimizar os obstáculos, buscar adesão ao tratamento e dar resolubilidade ao caso. A execução do plano de cuidados deve ser clara quanto ao estabelecimento de prioridades e identificação do profissional que iniciará a intervenção, sempre levando em consideração o equilíbrio entre os recursos necessários e os disponíveis.

REFERÊNCIAS

ADLER, S. L. et al. Collaboration: the solution to multidisciplinary care-planing. *Orthopaedic Nursing*, v. 14, n2, p. 21-29, 1995.

SANCHEZ, M. A. S. O Plano de Cuidados: a avaliação geriátrica ampla como estratégia de otimização de cuidados. In: Renato Veras; Roberto Lourenço. (Org.). **Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva multistidisciplinar**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006, p. 98-101.

Texto composto nas fontes das famílias Optima, Futura e Calibri.
Miolo impresso em papel *offset* 90 g, em sistema de impressão *offset*, no formato 17 x 25 cm.
Capa impressa em papel-cartão supremo 350 g, em sistema de impressão *offset*.

Diagramação, impressão e acabamento:



Assis - SP
Fone: (18) 3322-5775
Fone/Fax: (18) 3324-3614
vendas@graficatriunfal.com.br
www.graficatriunfal.com.br