



Telessaúde
UFSC



apresentam

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

Carla Argenta

Doutora em Enfermagem

**Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/Chapecó**

A Avaliação multidimensional do idoso é considerada como o padrão ouro para a avaliação gerontológica.

É considerada:

- uma ferramenta estruturada, de múltiplas dimensões.
- com potencial de sinalizar as deficiências ou as habilidades do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional.
- permite formular um Projeto Terapêutico Singular, visando, especialmente, à recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional.

Ainda...

A avaliação multidimensional do idoso torna-se fundamental, pois:

- fornece subsídios para avaliação e implementação de medidas que possam evitar a perda de autonomia do idoso, ou que ao menos possam adiar essa perda por um maior tempo.
- fornece substratos na detecção de possíveis problemas, riscos, agravos e prevenção de desfechos em relação a aspectos do envelhecimento.

O Ministério da Saúde elaborou em seu Caderno 19 a “Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa”, consistindo na forma de mensuração dos aspectos gerais de saúde e sociais.

Esta avaliação pode ser usada por qualquer profissional da saúde, desde que capacitado, sendo preconizado o seu uso nas Unidades Básicas de Saúde.



Avaliação global de saúde da pessoa idosa



- Alimentação e nutrição
- Acuidade visual
- Acuidade auditiva
- Incontinência urinária
- Sexualidade
- Vacinação
- Avaliação cognitiva
- Depressão
- Mobilidade
- Queda
- Avaliação funcional

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA

VISÃO	O(a) Sr(a) tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: OD: _____ OE: _____
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido D: _____ Ouvido E: _____ Se não, verificar a presença de cerume. Ouvido D: _____ Ouvido E: _____
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se o paciente é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____
ESTADO MENTAL	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita. Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM.

HUMOR	O(A) Sr(a) se sente triste ou desanimado(a) frequentemente? Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.
DOMICILIO	Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? ____ Quantas vezes? ____ Na sua casa há: Escadas? nº ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio , o(a) Sr(a) é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____
INCONTINENCIA	O(A) Sr(a), às vezes, perde urina ou fica molhado(a)? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? ____
NUTRIÇÃO	O(A) Sr(a) perdeu mais de 4 kg no último ano? ____ Peso atual: ____ kg Altura: ____ cm IMC = ____
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo(a)? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo(a) Sr(a) caso não seja capaz de fazê-lo? ____

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS QUANDO DO RASTREAMENTO POSITIVO PARA A PESSOA IDOSA

PROBLEMA	RASTREAMENTO POSITIVO	INTERVENÇÃO
VISÃO	Incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger	Encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Não responde à pergunta formulada no teste do sussurro	Verificar a presença de cerume pela otoscopia. Em caso positivo, remover. Em caso negativo encaminhar ao otorrinolaringologista
MMSS	Incapacidade de realizar o teste proposto	Exame completo dos MMSS (músculos, articulações e nervos). Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia.
MMII	Incapacidade de levantar-se ou mover-se	Avaliação neurológica e musculoesquelética completa. Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha. Considerar possibilidade de fisioterapia.
ESTADO MENTAL	Incapacidade de repetir todos os três nomes depois de 3 minutos	Aplicar instrumento de avaliação do estado mental (MEEM)
HUMOR	Resposta afirmativa	Aplicar Escala de Depressão Geriátrica

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS QUANDO DO RASTREAMENTO POSITIVO PARA A PESSOA IDOSA

RISCO DOMICILIAR	Resposta afirmativa	Avaliar segurança domiciliar e instituir adaptações necessária.
ATIVIDADES DIÁRIAS	Resposta afirmativa	Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), corroborar a resposta com o que aparente a pessoa idosa, solicitar informações junto aos familiares. Instituir intervenções médicas, sociais e ambientais apropriadas.
CONTINÊNCIA	Resposta afirmativa	Definir quantidade e frequência. Pesquisar causas reversíveis, incluindo irritação local, estados poliúricos e medicações.
NUTRIÇÃO	Resposta afirmativa ou peso abaixo do aceitável	Fazer avaliação detalhada.
SUORTE SOCIAL	-	Identificar as pessoas no prontuário da pessoa idosa. Familiarizar-se com os recursos disponíveis na comunidade.
ATIVIDADE SEXUAL	Problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais	Fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Avaliar peso e altura e calcular o **Índice de Massa Corporal** que constitui um bom indicador para reconhecer obesidade ou desnutrição.

**Índice de Massa
Corporal**

$$(IMC) = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
> 22 e < 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

CARTAO DE JAEGER

- O cartão é colocado a uma distância de 35 cm da pessoa idosa que se possuir óculos deve mantê-los durante o exame.
- A visão deve ser testada em cada olho em separado e depois em conjunto.
- Os olhos devem ser vendados com as mãos em forma de concha.
- Objetivo: Identificar possível disfunção visual.
- Avaliações dos resultados: as pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção.
- Providências com os achados/resultados: em caso de alterações, encaminhar para avaliação no oftalmologista.

95											distância equivalente
											$\frac{20}{800}$
874											
											Ponto Jaeger
											$\frac{20}{400}$
2843											
											26 16
											$\frac{20}{200}$
638 E W E X O O											
											14 10
											$\frac{20}{100}$
8 7 4 5 E M W O X O											
											10 7
											$\frac{20}{70}$
6 3 9 2 5 M E E X O X											
											8 5
											$\frac{20}{50}$
4 2 8 3 6 5 W E M O X O											
											6 3
											$\frac{20}{40}$
3 7 4 2 5 8 ■ ■ ■ X X O											
											5 2
											$\frac{20}{30}$
9 3 7 8 2 6 ■ ■ ■ X O O											
											4 1
											$\frac{20}{25}$
4 1 8 7 3 9 ■ ■ ■ O O X											
											3 1+
											$\frac{20}{20}$

ESCALA DE SNELLEN

Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal.

Se, não for além da 4ª linha existe grave possibilidade de perda de capacidade visual.

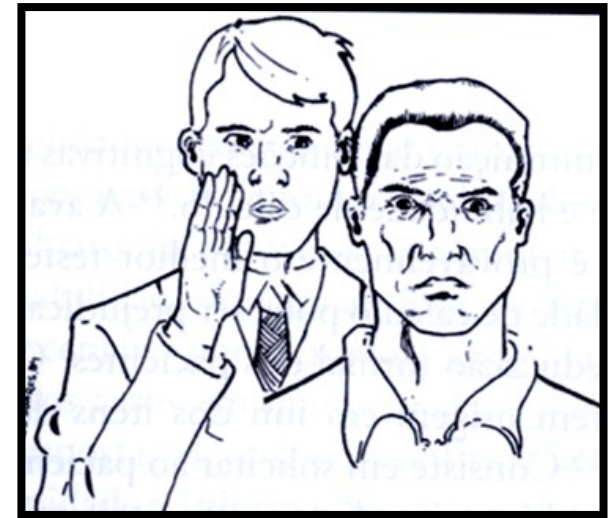
- a escala deverá estar colada em uma parede vazia, sem janelas e a aproximadamente 1,5 m do chão
- o idoso deverá estar sentado a uma distância aproximada de 5 metros da escala
- se o idoso já usar óculos, o teste deve ser feito com os óculos
- aplicar o teste com ambos os olhos abertos



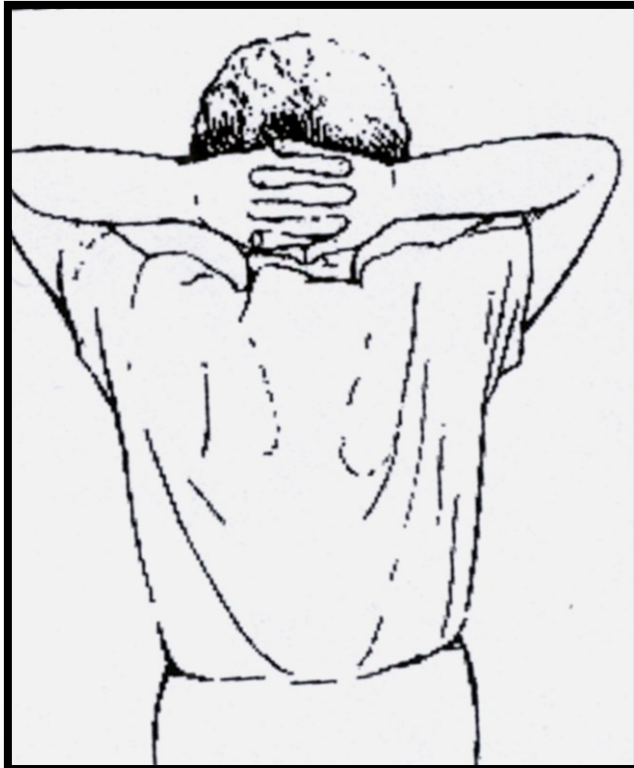
AVALIAÇÃO AUDITIVA

“TESTE DO SUSSURRO”

A uma distância de aproximadamente 33 cm, fora do campo visual do paciente, sussurre uma frase simples como “qual é o seu nome?” Faça isso em ambos os ouvidos separadamente. Caso o paciente não responda, examine o conduto auditivo para verificar a presença de obstáculos.



FUNÇÃO DE MMSS



FUNÇÃO DE MMII

AVALIAÇÃO DE EQUILIBRIO E MARCHA

Realizado através de protocolo de Mary Tinneti proposto em 1986. (Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. Journal of The American geriatric Society. 1986; 34:119-26).

Quanto menor a pontuação maior o problema.

Pontuação menor que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO

EQUILÍBRIO			
A pessoa idosa deve estar sentada em uma cadeira sem braços. As seguintes manobras serão testadas:			
1	Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 1
2	Levantar	Incapaz Utiliza os braços como apoio Levanta-se sem apoiar os braços	0 1 2
3	Tentativas para levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Tentativa única	0 1 2
4	Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável mas utiliza suporte Estável sem suporte	0 1 2

5	Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 1 2
6	Teste dos três campos (o examinador empurra levemente o esterno da pessoa idosa que deve ficar com os pés juntos)	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 1 2
7	Olhos fechados (pessoa idosa em pé, com os pés juntos)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 1
8	Girando 360º	Passos descontínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 1 2
9	Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Utiliza os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 1 2
Pontuação do equilíbrio			__/16

A pessoa idosa deve estar em pé, caminhar pelo corredor ou pela sala no passo normal, depois voltar com passos rápidos mas com segurança (usando o suporte habitual (bengala, andador))			
10	Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 1
11	Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito <ul style="list-style-type: none"> • Não ultrapassa o pé esquerdo • Ultrapassa o pé esquerdo • Não sai completamente do chão 	0 1 2
		a) Pé esquerdo <ul style="list-style-type: none"> • Não ultrapassa o pé direito • Ultrapassa o pé direito • Não sai completamente do chão 	0 1 2
12	Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1
13	Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 1
14	Direção	Desvio nítido	0
		Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1
		Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2
15	Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0
		Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços enquanto anda	1
16	Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0
		Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1
Pontuação da marcha			__/12
PONTUAÇÃO TOTAL			__/28

AVALIAÇÃO COGNITIVA

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

Uma forma de avaliação mais simples e rápida, derivada do MEEM consiste em dizer o nome de três objetos à pessoa idosa, solicitar que ela os repita imediatamente e três minutos depois. A incapacidade de lembrar os nomes indica a necessidade de realização do teste completo.

Essa é uma possibilidade de avaliação, entretanto há inúmeras outras tanto no manual como na literatura

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições) Nº de repetições: _____	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1

5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para que leia a ordem do cartão e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Pontuação total = 30 pontos.

As notas de corte sugeridas são:

- ✓ Analfabetos = 19
- ✓ 1 a 3 anos de escolaridade = 23
- ✓ 4 a 7 anos de escolaridade = 24
- ✓ > 7 anos de escolaridade = 28

O uso da pergunta **“O(a) Sr(a) se sente triste ou desanimado frequentemente (com ênfase no *frequentemente*)?”** pode ser capaz de detectar a maioria dos casos de DEPRESSÃO.

Uma resposta afirmativa a essa questão devem ser avaliados com a **Escala de Depressão Geriátrica Abreviada** onde um escore de cinco ou mais pontos sugere depressão de significância clínica.

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Cada pergunta equivale a 1 ponto.

Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

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

AVALIAÇÃO AVDs

ESCALA DE LAWTON

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

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

MODELO PARA CONSULTA DO ENFERMEIRO

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

ARGENTA, Carla. Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC. 2018. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

Obrigada pela atenção

Carla Argenta
carla.argenta@udesc.br