

Cuidados ao Idoso e Reabilitação

Última revisão: 10/02/2014
Estabelecido em: 27/05/2008

Responsáveis / Unidade

Ivania Cáthia Moutinho Ramos - Nutricionista
 Leonardo Caçado Monteiro Savassi - Médico
 Magda Fajardo - Médica
 Milena Barroso - Médica
 Tatiana Roberta Sarubi Bogutchi - Médica
 Tiago Sávio Moreira Possas - Fisioterapeuta | DIRASS

Colaboradores**CSPD**

Adriana L. L. Ibrahim - Enfermeira; Alice Carolina F. V. Abreu - Fisioterapeuta; Andrea A. Honorato - Médica; Bruna de M. Magalhães - Nutricionista; Célia R. C. Araujo - Psicóloga; Débora O. Franco - Fisioterapeuta; Eliane D. da Silva - Terapeuta Ocupacional; Evelyne R. C. Lopes - Psicóloga; Fabiana M. Toneli - Fisioterapeuta; Flávia B. S. Moisés - Assistente Social; Flávia M. Costa - Dentista; Gilsélia P. Pinto - Terapeuta Ocupacional; José M. Oliveira - Enfermeiro; Juliana G. Fagundes - Médica; Liliam V. G. Migliorine - Assistente Social; Maria A. A. Santos - Nutricionista; Maria C. C. C. Gato - Enfermeira; Maria E. F. Oliveira - Dentista; Maria I. Silva - Enfermeira; Marina C. Provezano - Fonoaudióloga; Marizia C Pereira - Enfermeira; Marta A. Cezario - Tec. Enfermagem; Maura L. Carvalho - Enfermeira; Miriam G. Fonseca - Médica; Raquel D. S. O - Psicóloga; Rosangela M. Moreira - Enfermeira; Valeria M. S. Gonçalves - Psicóloga; Vera L. L. Bigonha - Enfermeira; Vilma A. Silva - Psicóloga.

CSSFA

Sergio H. T. de L. - Médico; Angélica B. Fernandes - Psicóloga; Flávia L. S. e Silva - Fonoaudióloga; Marcus Vinicius V. Duarte - Fisioterapeuta; Mariana P. Ramos Fisioterapeuta

CSSFE

Ana C. G. Mileu - Enfermeira; Beatriz M. P. Machado - Terapeuta Ocupacional; Daniele de C. S. P. Gonçalves - Odontóloga; Elaine A. F. Ferreira - Enfermeira; Evandro K. Ribeiro - Odontólogo; Eveline R. Botrel - Psicóloga; Helder da F. Reis - Fisioterapeuta; Íris P. Tiso - Enfermeira; Ricardo Masson - Médico; Rita de C. M. Oliveira - Nutricionista; Thaís R. Sandy - Fonoaudióloga; V. A. N. Damião - Assistente Social.

CSSI

Alisson da C. Silva - Fisioterapeuta; Ana C. F. de Campos - Nutricionista; Ana P. de Oliveira - Assistente Social; Bruno das C. Pereira - Fisioterapeuta; Daniella C. de Aquino - Terapeuta Ocupacional; Debora G. de J. Tolentino - Psicólogo; Guilhermina Frade P. de Souza - Assistente Social; Jessica D. S. de Jesus - Fonoaudióloga; Joaquina E. R. Batista - Nutricionista; Maira A. Rocha - Fisioterapeuta; Marco T. Freitas Ribeiro - Odontólogo; Natalia V. de Oliveira - Psicólogo; Raquel S. Lemos - Nutricionista; Ricardo S. de Andrade - Fisioterapeuta; Valdirene G. Viana - Farmacêutico; Valeria de S. Lima - Terapeuta Ocupacional; Vladimir M. Germanio - Aux. Administrativo.

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Entre 1950 e 1998 houve um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas.

O Brasil passa por uma mudança em sua estrutura etária, com aumento da população de idosos e da expectativa de vida. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o Brasil, dentro de 25 anos, como a 6ª maior população de idosos no mundo em números absolutos. Atualmente, contamos com o número de 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, que passará a ser 32 milhões em 2025, representando 15% de nossa população total.

Em Minas Gerais, o índice de envelhecimento passou de 10,55% em 1980 para 21,88% em 2000, com população idosa de 1.188.992, correspondente a 7,6 % do total da população do Estado, o que implica na necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde do idoso, reformulando e aprimorando a participação dos atores que estão inseridos nesse contexto. Nas Casas de Saúde do Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso da rede FHEMIG, a população idosa assistida corresponde a 642 pessoas.

O envelhecimento traz vulnerabilidades decorrentes de perdas biológicas que são diferenciadas por gênero, idade, grupo social e regiões geográficas, entre outros, que podem ser reforçadas ou atenuadas pelo contexto sociocultural.

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravo e estimada pelo nível de independência e autonomia. Um grande desafio no cuidado ao idoso é conseguir uma longevidade maior, integrando qualidade de vida com preservação da capacidade funcional.

Nas unidades hospitalares da rede FHEMIG a assistência ao idoso asilar ou de longa permanência que apresenta incapacidade funcional em pelo menos uma das atividades da vida diária é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Esta assistência inclui a avaliação da saúde física, mental, social e da autonomia e capacidade funcional. Faz-se necessária a utilização de medidas multidimensionais que possam gerar dados que definam planos terapêuticos adequados para cada idoso, respeitando sua individualidade e promovendo ao máximo sua qualidade de vida.

OBJETIVOS

1. Sistematizar a metodologia de assistência à saúde do idoso nas unidades da Rede FHEMIG, com foco nos cuidados gerais e na reabilitação física, mental e social;
2. Avaliar os fatores que influenciam a independência e autonomia dos idosos, identificando-os e propiciando dados sistematizados e mensuráveis que definam metas assistenciais e objetivos relativos ao cuidado e à reabilitação;
3. Definir metas, parâmetros de avaliação e objetivos do cuidado e da reabilitação do paciente idoso, elaborando o plano terapêutico individual.

SIGLAS

ADM: Amplitude de Movimento

ADHB: Atividades Diárias de Higiene Bucal

AVDB: Atividades de Vida Diária Básicas

AVDI: Atividades de Vida Diária Instrumentais

CF: Capacidade funcional

DD: Decúbito Dorsal

DL: Decúbito Lateral

DV: Decúbito Ventral

EDG/DBI: Escala de depressão geriátrica

MMSS: Membros Superiores

MMII: Membros Inferiores

MID: Membro Inferior Direito

MIE: Membro Inferior Esquerdo

MSD: Membro Superior Direito

MSE: Membro Superior Esquerdo

WHO-QoL: Questionário de Qualidade de Vida proposto pela Organização Mundial de Saúde

SAD: Serviço de Atenção Domiciliar

PID: Programa de Internação Domiciliar

MATERIAL NECESSÁRIO

Escalas e instrumentais validados para avaliação de:

- 1- Equilíbrio e mobilidade;
- 2- Função cognitiva;
- 3- Deficiências sensoriais;
- 4- Condições emocionais e presença de sintomas depressivos;
- 5- Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social;
- 6- Capacidade funcional.
- 7- Estado e risco nutricionais.
- 8- Saúde bucal.

PESSOAL NECESSÁRIO

Assistente Social

Enfermeiro

Farmacêutico

Fisioterapeuta

Fonoaudiólogo

Nutricionista

Odontólogo

Psicólogo

Técnico de Enfermagem

Terapeuta Ocupacional

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Etapas na abordagem do paciente idoso

1. Aplicação das escalas e instrumentais (Avaliação Geriátrica Ampla);
2. Diagnóstico de possíveis incapacidades e alterações biopsicosociais;
3. Intervenção da equipe interdisciplinar.

ITEM DE CONTROLE

Número absoluto de pacientes asilares com preenchimento de escalas de avaliação geriátrica (SALSA e/ou outra específica) / Número absoluto de pacientes asilares. Meta: 100%.

Observações

O protocolo de cuidado ao idoso e reabilitação é constituído por 10 escalas de avaliações funcionais. A princípio, todas as 10 escalas devem ser aplicadas, porém em alguns casos a aplicação completa das escalas não poderá ser realizada devido ao estado mental ou físico do idoso.

Escalas de aplicação obrigatória

- 1) Escala de Avaliação do Estado Mental - Minimental;
- 2) Avaliação de Atividades de Vida Diária Básicas;
- 3) Avaliação de Atividades de Vida Diária Instrumental;
- 4) Avaliação Fonoaudiológica;
- 5) Avaliação Odontológica - Autopercepção em Saúde Bucal;
- 6) Avaliação Nutricional do Idoso;
- 7) Avaliações Sociais (Avaliação Social - Protocolo de Rastreamento RNAR 75 e Escala de Avaliação Social para Identificação de Pessoas Idosas e Vulneráveis).

Escalas dependentes do estado físico e mental do idoso para sua aplicabilidade

- 1) Escala de Depressão Geriátrica (não será aplicada quando o paciente não puder responder às perguntas devido a incapacidade mental);
- 2) Escala de Equilíbrio de Berg (não será aplicada quando o paciente não puder responder devido à incapacidade mental);
- 3) Escala de Mobilidade de Amputados (não será aplicada quando o paciente não utilizar próteses).

REFERÊNCIAS

-
1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.

 2. Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30.

 3. Lawton, M.P., and Brody, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 9:179-186, (1969).

 4. Griep, RH; Chor, D; Faerstein, E; Werneck, GL; Lopes, CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):703-714, mai-jun, 2005.

 5. Colombini Netto, M. Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos. Botucatu: UNESP, 2008. 90 p. [monografia].

6. Chamlian, Therezinha R., MELO, Alessandra Cristina O. Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. Acta Fisiatr 2008; 15(1): 49–58.

7. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

8. Zambaldi PA, Costa TABN, Diniz GCLM, Scalzo PL. Efeito de um treinamento de equilíbrio em um grupo de mulheres idosas da comunidade: estudo piloto de uma abordagem específica, não sistematizada e breve..ACTA FISIATR 2007; 14(1): 17–24.

9. Berg KO, Norman KE. Funcional assessment of balance and gait, Clinics in Geriatrics medicine, v.12 (4),p 705-723, 1996.

10. Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ 1994. Mini Nutricional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement, 2:15-59.

11. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors.

12. Mourão, Lucia Maria Rebelo. Aplicação da Escala de Gijón em Rastreamento de Risco Social. 2008. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade de Aveiro, Seção Autónoma de Ciências da Saúde, Portugal.

13. Almeida, O. P. Arq Neuropsiquiat, v.57,p.421-426, 1999.

ANEXOS

Anexo I: Mini-Mental

Anexo II: Escala Geriátrica de Depressão (GDS 5 e GDS 15)

Anexo III: Avaliação Social - Protocolo de Rastreamento RNAR 75

Anexo IV: Escala de Avaliação Social para Identificação de Pessoas Idosas e Vulneráveis

Anexo V: Avaliação de Atividades de Vida Diária Básicas - Modificado de Katz et al, 1970

Anexo VI: Avaliação Instrumental de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody

Anexo VII: Classificação de Mobilidade de Amputados - Harold Wood-Stanmore Mobility Grade – 1991

Anexo VIII: Equilíbrio de Berg – BERG-1992

Anexo IX: Avaliação Fonoaudiológica

Anexo X : Avaliação Odontológica - Autopercepção em Saúde Bucal

Anexo XI: Avaliação Nutricional

Anexo XII: Texto Subsidiário - Como aplicar as escalas.

ANEXO I

Mini-Mental – Escala de Avaliação do Estado Mental – Folstein, 1975

Paciente _____ Prontuário: _____

Avaliador: _____ Idade: _____

Anos de escolaridade: _____

Espaço de tempo recomendado entre as aplicações: anual.

O Mini-Mental é um exame de triagem cognitiva.

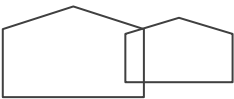
Atenção para não repetir com frequência, pois até mesmo pacientes com demência são capazes de decorar o teste e assim invalidá-lo.

Pontuação	- Menos que 8 de escolaridade: 18 pontos - 8 anos de escolaridade ou mais: 26 pontos
------------------	---

Atenção para a avaliação qualitativa (que é a qualidade da frase e se a pessoa se recusa a "escrever" por causa de deficiência/falta de pressão manual).

		Data: _____			
		>>			
Parâmetro	Pontuação	ESCORE	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Orientação temporal (dê um ponto para cada um)	ano				
	mês				
	Dia da semana				
	Dia do mês				
	Hora aproximada				
Orientação espacial (dê um ponto para cada item)	Estado				
	Cidade				
	Bairro ou rua próxima				
	Instituição (local geral)				
	Local específico				
Registro	Repetir: Gelo–Leão– Planta () () ()				

Atenção e cálculo (dê um ponto para cada acerto. Considere a tarefa com o melhor acerto)	Subtrair 100-7=93- 7=86-7=79-7=72- 7=65 ou Solettrar inversamente a palavra MUNDO MUNDO = O D N U M				
Memória recente	Quais os três objetos perguntados				

(evocação)	anteriormente? () () ()				
Linguagem					
1- Nomear dois objetos (à mão)	Caneta, relógio () ()				
2- Repetir	"Nem aqui, nem ali, nem lá"				
3- Comando de três estágios	"Apanhe esta folha com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão" () () ()				
4- Ler e executar	Feche os olhos ()				
5- Frase completa (utilize o verso da folha)	"Escreva alguma frase com começo, meio e fim" ()				
6- Copiar o diagrama					
Total	30				

O Mini-Mental é um exame de triagem cognitiva. Atenção para não repetir com frequência, pois até mesmo pacientes com demência são capazes de decorar o teste e assim invalidá-lo.

Escala Geriátrica de Depressão (GDS 5 e GDS 15)

Paciente	Prontuário:
Avaliador:	Idade:

Para cada questão escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.

<i>Perguntas</i>	Data:			
	>	>	>	>
	S/N	S/N	S/N	S/N
Você está basicamente satisfeito com sua vida?				
Você se aborrece com frequência?				
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?				
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?				
Você sente que sua situação não tem saída?				

<i>Perguntas</i>	GDS-5			
	S/N	S/N	S/N	S/N
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?				
Você acha que sua situação é sem esperanças?				
Você acha maravilhoso estar vivo?				
Você sente que sua vida está vazia?				
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?				
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?				
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?				
Você se sente cheio de energia?				
Você se sente feliz a maior parte do tempo?				
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?				

Fonte: Almeida, 1999.

Pontuação GDS 15: GDS 5: 2 pontos | GDS 15: 6 pontos.

Avaliação Social – Protocolo de Rastreio RNAR 75 – Modificado

Paciente		Prontuário:			
Avaliador:		Idade:			
<i>Código – descrição</i>	Data:>>				
A- Nível de escolaridade	1- Analfabeto				
	2- Até 4 anos				
	3- De 4 a 8 anos				
	4- 8 anos ou mais				
B- Tipos de benefícios:	1- Beneficiário BPC				
	2- Pensionista				
	3- Pensão Indenizatória				
	4- INSS				
	5- Bolsa de Laborterapia				
	6- Dois associados				
	7- Três associados				
	8- Nenhum				
C- Cuidador	1- Não possui				
	2- Possui formal				
	3- Possui informal				
D- Procurador / Curador	1- Tem procurador				
	2- Tem curador				
	3- Nenhum				
E- Gerenciador	1- O próprio				
	2- Familiar				
	3- Outros				
F- Com quantas pessoas reside?	0- Nenhuma				
	1- Uma				
	2- Duas				
	3- Três				
	4- Quatro				
	5- Cinco				
	6- Mais de cinco				

Escala de Avaliação Social para Identificação de Pessoas Idosas e Vulneráveis

<i>Código - descrição</i>	Data:>>			
A- Situação Familiar	1- Vive com a família sem dependência física/psíquica			
	2- Vive com cônjuge/companheiro de similar idade			
	3- Vive com a família e/ou cônjuge/companheiro com algum grau de dependência			
	4- Vive com pessoas que não são familiares por laços consanguíneos			
	5- Vive sozinho, mas tem familiares próximos			
	6- Vive sozinho sem filhos e/ou familiares próximos			
	7- Está institucionalizado (longa permanência)			
B- Situação Econômica	1- Mais de três salários Mínimos			
	2- De 2 a 3 salários mínimos			
	3- De 1 a 2 salários mínimos			
	4- Abaixo de 1 salário mínimo			
	5- Sem rendimentos			
C- Relações Sociais	1- Relações sociais (vida social ativa)			
	2- Relações sociais só com família e vizinhos			
	3- Relações sociais, só família ou vizinhos			
	4- Não sai do domicílio, mas recebe visitas			
	5- Não sai do domicílio e não recebe visitas			
D- Contato com a Família	1- Quinzenal/semanal			
	2- Mensal			
	3- De 4 a 11 vezes ao ano			
	4- De 1 a 3 vezes ao ano			
	5- Sem contato			
E- Apoio de Rede Social	1- Com apoio familiar ou de vizinhos			
	2- Voluntariado social ajuda domiciliária			
	3- Não tem apoio			
	4- Com critérios para ingresso numa instituição geriátrica			
	5- Tem cuidados permanentes			

Escore:>>

Classificação do valor de referência da Pontuação**Global:**

(5 à 9 pontos: boa situação social - 10 à 14 pontos:
risco social

Acima de 15 pontos: problema social)

Avaliação de violência e maus tratos contra pessoa idosa (S/N)

<i>Código - descrição</i>	Data:>>				
Neste último ano algumas das pessoas que estão próximas de sua convivência gritou com você sem razão?					
Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de sua convivência tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade?					
Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu?					
Tem conhecimento de que alguém próximo de você consuma álcool em excesso?					
Tem conhecimento de que alguém próximo de você consuma drogas em excesso?					
Objetivos Sociais: <	Reinserção Social				
	Acompanhamento Social				
Periodicidade:>>					

Fonte: Mourão, 2008.

Avaliação de Atividades de Vida Diária Básicas - Modificado de Katz et al, 1970

Paciente		Prontuário			
Data de avaliação		Avaliador			
		Data:> >			
Atividades	Independente	S/N	S/N	S/N	S/N
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo				
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar sapatos				
Higiene Pessoal	Vai, usa e sai do toalete, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andado ou bengala)				
Transferência	Consegue deitar-se na cama, senta-se na cadeira e levanta-se sem ajuda				
Continência	Controla completamente eliminação de urina e fezes				
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)				
Total de SIM:> >					

Score total: soma das respostas "SIM" / Independência para AVD: **6 pontos**

Dependência Parcial para AVD ou déficit moderado: **4 pontos**

Dependência importante para AVD ou déficit acentuado: **2 pontos**

Fonte: Katz, 1970.

Avaliação Instrumental de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody

Paciente	Prontuário
Idade	Avaliador
	Data:>>
1- O(A) Sr(a) consegue usar o telefone?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
2- O(A) Sr(a) consegue usar o telefone?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
3- O(A) Sr(a) consegue fazer compras	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
4- O(A) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
5- O(A) Sr(a) consegue arrumar a casa?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
6- O(A) Sr(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
7- O(A) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue
8- O(A) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	1- Sem ajuda
	2- Com ajuda total
	3- Não consegue

Priemira resposta: **independência**

Segunda resposta: **capacidade com ajuda**

Terceira resposta: **dependência**

As questões 4 a 6 podem ter variações conforme o sexo, podendo ser adaptada com "subir escadas" ou "cuidar do jardim".

Classificação de Mobilidade de Amputados - Harold Wood-Stanmore Mobility Grade – 1991

Paciente	Prontuário
Idade	Avaliador

Grau Característica

	Data: > >			
1- Abandono da prótese ou apenas uso cosmético				
2- Uso de prótese para transferências ou para auxiliar nos cuidados e somente com terapeuta ou cuidador				
3- Anda no domicílio usando auxiliares da marcha. Fora de casa necessita de ajuda de terceiros				
4- Anda em casa e na comunidade com auxiliares da marcha				
5- Anda independentemente dentro e fora de casa sem auxiliares da marcha ou apenas, excepcionalmente, usa-os				
6- Marcha normal ou próxima da normalidade				

Obs.:

Escala de Equilíbrio de Berg – BERG-1992

Paciente	Prontuário
Idade	Avaliador

1- Posição sentada para posição em pé**Instruções**

Por favor levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar

- (4) Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente
- (3) Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos
- (2) Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas
- (1) Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se
- (0) Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se

2- Permanecer em pé sem apoio**Instruções**

Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar

- (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

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item número 3. Continue com o item número 4.

3- Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou no 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 1 minuto
- (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 independentemente, 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.
- Peça ao paciente para transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa.
- Você poderá utilizar duas cadeiras (com e sem braço) ou cama e cadeira

- (4) Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos
- (2) Capaz de transferir-se 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
- (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

7- Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções

- Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar

- (4) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança
- (3) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- (2) Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (1) Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (0) Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos

8- Alcançar a frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções

Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível. (O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina para frente o máximo que ele consegue. Quando possível, peça ao paciente para usar ambos os braços para evitar rotação do tronco).

- (4) pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- (3) pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- (2) pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança

-
- (1) pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
 - (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9- Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções

Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés

- (4) capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança
- (3) capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão
- (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente
- (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder equilíbrio ou cair

10- Virar-se ou olhar para trás por cima dos ombros direito/esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções

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. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente do paciente para estimular o movimento

- (4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- (3) olha para trás somente de um lado. O lado contrário demonstra menos 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

11- Girar 360 graus

Instruções

Gire-se completamente ao redor de si mesmo. Pausa. Gire-se completamente ao redor de si mesmo em sentido contrário.

- (4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- (2) capaz de girar 360 graus, mas lentamente
- (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- (0) necessita de ajuda enquanto gira

12- Posicionar os pés alternadamente ao degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio

Instruções

Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes

- (4) capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- (3) capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais que 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 tentar, ou necessita de ajuda para não cair

13- Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções (Demonstre ao paciente)

Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha. Se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- (4) capaz de colocar um pé imediatamente mais à frente do outro e levemente para o lado
- (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado.
- (2) capaz de dar um pequeno passo, independentemente, 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 você puder sem se segurar

- (4) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por mais que 10 segundos
- (3) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10 segundos
- (2) capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 3 ou 4 segundos
- (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente
- (0) incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair

Resultado Score

Data	1	2	3	4	5	6	7
Data	8	9	10	11	12	13	14
Data							
Total							

Avaliação Fonoaudiológica

Paciente		Prontuário			
Avaliador		Idade			
Queixas					
1- Alimentação		Data:>>			
1.1- Dentição	1- Completa				
	2- Incompleta				
	3- Uso de Prótese Total				
	4- Uso de Prótese Parcial				
1.2- Mastigação	1- Ausente				
	2- Unilateral D				
	3- Unilateral E				
	4- Bilateral				
1.3- Movimentos mastigatórios	1- Circular				
	2- Verticais				
	3- Amassamento				
	4- Não se aplica				
1.4- Velocidade mastigatória	1- Adequada				
	2- Rápida				
	3- Lenta				
	4- Não se aplica				
1.5- Deglutição	1- Normal				
	2- Recusa alimentar				
	3- Alterada				
1.6- Ausculta cervical	1- Normal				
	2- Ruidosa antes da deglutição				
	3- Ruidosa durante a deglutição				
	4- Ruidosa após a deglutição				
1.7- Consistência alimentar	1- Livre				
	2- Pastoso				
	3- Líquido				
	4- Branda				

Outros				
		Data:>>		
2- Linguagem	1- Preservada			
	2- Alteração na compreensão			
	3- Alteração na expressão			
	4- Alteração na compreensão e expressão			
	5- Não fala/somente gestos			
3- Fala	1- Normal			
	2- Alterada			
4- Voz	1- Eufonia			
	2- Eufonia c/ predisposição a disfonia			
	3- Disfonia			
5- Estruturas orofaciais	1- Adequada à idade			
	2- Alterada para a idade			
6- Sistema auditivo	1- Normal confirmada em audiometria			
	2- Sem queixa auditiva			
	3- Com alteração confirmada em audiometria			
	4- Suspeita perda auditiva			
	5- Perda auditiva confirmada			
	6- Zumbido			
	7- Faz uso AASI			
7- Sistema vestibular	1- Normal confirmado c/ vectoeletronistagmografia			
	2- Sem queixa vestibular			
	3- Tonturas frequentes			
	4- Queda provocada por tontura			
	5- Alteração vestibular confirmada			
	6- Uso antivertiginoso			

8- Conclusão	1- Necessita tratamento/acompanhamento				
	2- Não necessita acompanhamento				
9- Encaminhamentos					
10- Diagnóstico funcional	1- Perda auditiva bilateral				
	2- Perda auditiva unilateral				
	3- Disfagia orofaríngea neurogênica				
	4- Disfagia orofaríngea mecânica				
	5- Alteração de linguagem por demência				
	6- Afasia				
	7- Disartria				
	8- Disfluência				
	9- Disfonia				
	10- Paralisia Facial				
	11- Hipofuncionalidade de órgãos fonoarticulatórios				
	12- Alteração do sistema vestibular				
	13- Déficit cognitivo				
	14- Outros				
	15- Não se aplica				
11- Plano de cuidados	1- Acompanhamento				
	2- Reabilitação vocal				
	3- Reabilitação das funções estomatognáticas				
	4- Reabilitação de linguagem				
	5- Reabilitação/estimulação cognitiva				

	6- Reabilitação da motricidade orofacial				
	7- Acompanhamento da reabilitação auditiva				
	8- Acompanhamento da reabilitação vestibular				
	9- Não se aplica				
12- Periodicidade					

Avaliação Odontológica

Paciente	Prontuário
Avaliador	Idade

Parte 1: Autopercepção em Saúde Bucal/capacidade para autocuidados

1- Questionário de Autopercepção

		Data da Avaliação:>>				
Auto Percepção da Saúde Bucal	Está satisfeito com sua saúde bucal?	1- Péssima				
		2- Ruim				
		3- Regular				
		4- Boa				
		5- Ótima				
Auto Percepção da Aparência	Está satisfeito com sua aparência bucal?	1- Péssima				
		2- Ruim				
		3- Regular				
		4- Boa				
		5- Ótima				
Auto Percepção da Mastigação	Consegue mastigar todo tipo de alimento?	1- Sim				
		2- Não				
Auto Percepção da Dor	Sente ou sentiu alguma dor nos últimos 6 meses?	1- Nenhuma				
		2- Pouco				
		3- Média				
		4- Muita				
Relacionamentos com saúde Bucal	Você acha que sua saúde afeta no seu relacionamento com as pessoas?	1- Não sabe				
		2- Não				
		3- Pouco				
		4- Mais ou menos				
		5- Muito				
Fala	Você acha que sua saúde bucal afeta na fala?	1- Não sabe				
		2- Não				
		3- Pouco				
		4- Mais ou menos				
		5- Muito				
Abertura da Boca	Você tem dificuldade ou acha que abre	1- Não sabe				
		2- Não				
		3- Pouco				

	pouco a boca?	4- Mais ou menos				
		5- Muito				
Dor ao Mastigar	Sente dor quando mastiga? Em caso de resposta afirmativa pedir para especificar o local:	1- Não sabe				
		2- Não				
		3- Músculos da mastigação				
		4- ATM				
		5- Próximo ao ouvido				

2- Atividades Diárias de Higiene Bucal (ADHB)

Quadro 1 - Avaliação da capacidade para as ADHB

Data:				
Pacientes dentados				
Abrir a pasta de dente				
Colocar pasta na escova				
Levar a escova à boca				
Escovar os dentes				
Cuspir a saliva				
Usar fio dental				
Limpar a escova				
Pacientes desdentados reabilitados com PTR				
Abrir a pasta de dente				
Colocar pasta na escova				
Remover as próteses				
Escovar as próteses				
Levar as próteses à boca				
Limpar a escova				

Independente: 0	Necessita auxílio (adaptações): 1	Totalmente dependente: 2
Se 0 em todos os itens: INDEPENDENTE	Paciente dentado valores entre 1 e 13 e paciente desdentados em uso de PTR valores entre 1 e 11: SEMI-INDEPENDENTE	Paciente dentado valores de 14 e paciente desdentados em uso de PTR valores de 12: TOTALMENTE DEPENDENTE

Obs.: paciente semi-dependente, solicitar avaliação da Terapia Ocupacional

Quadro 2- Exame dos idosos dentados cadastrados no plano terapêutico quanto às metas da OMS (20 ou mais dentes antagonicos em oclusão)

Códigos para exame clínico

Código	Condições
0	Dente presente funcional (hígido, cariado ou obturado em oclusão em algum elemento antagonista)
1	Dente presente não funcional (hígido, cariado ou obturado sem oclusão com algum elemento antagonista)
2	Não funcional (extraído ou com extração indicada ou sem antagonista)

Quadro 3

Código	Condições
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem)
2	Calculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível)
3	Bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda)
4	Bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível)
X	Sextante excluído (menos de 2 dentes presentes)
9	Sextante não examinado

Avaliação da capacidade para as ADHB: avaliação da capacidade para as Atividades Diárias de Higiene Bucal (ADHB)

No caso de avaliação por meio de auto relato, observar se a prótese está fraturada. Caso não esteja perguntar sobre histórico de quedas da prótese. Ver quadro do **Anexo I**

Datas da avaliação						
Resultado						

Parte 2: Exame Clínico

1- Índice CPO-D

Data da Avaliação:>>				
Quantidade de dentes cariados				
Quantidade de dentes perdidos				
Quantidade de dentes obturados				
Quantidade de dentes hígidos				

2- Avaliação da Presença de Dentição Funcional (Anexo II)
 Considerar 20 dentes funcionais, seguir orientações do **Anexo II**

Data da Avaliação:>>

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data da Avaliação:>>

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data da Avaliação:>>

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data da Avaliação:>>

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Data:>>

Dentição Funcional (Sim, Não)

3- Índice CPI: Sextantes (Ver Anexo 3)

17,16	11	26,27	Data
47,46	31	36,37	

17,16	11	26,27	Data
47,46	31	36,37	

17,16	11	26,27	Data
47,46	31	36,37	

17,16	11	26,27	Data
47,46	31	36,37	


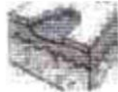


- * Os dentes índices a serem avaliados
- * Caso haja outro elemento que não os dentes índices, ele deve ser avaliado, inclusive se for único do sextante

4- Uso e Necessidade de Prótese

Arco Superior Discriminar o tipo de prótese				
Arco Inferior Discriminar o tipo de prótese				
Adaptação da Prótese (1-Sim, 2- Não)				

5- Alteração de Mucosa

	Data:>>			
5.1- Alteração presente (1-Sim, 2- Não)				
5.2- Dentre as alterações fundamentais abaixo, marque aquela que melhor representa a encontrada:				

			
Mácula: lesão plana localizada apresentando apenas alterações de cor da mucosa	Placa: elevação de superfície da mucosa com alteração de coloração e não se desprende à raspagem	Pápula: elevação circunscrita de até 3 mm de diâmetro com conteúdo sólido	
			
Nódulo: elevação circunscrita com mais 3 mm de diâmetro e conteúdo sólido	Vesícula: elevação circunscrita com até 3 mm de diâmetro e conteúdo líquido	Bolha: elevação 3 mm de diâmetro e conteúdo líquido	
			
Erosão: descamação superficial do epitélio da mucosa com exposição do conjuntivo	Úlcera: rompimento do tecido epitelial com exposição do conjuntivo	Vegetante: lesão elevada sólida de superfície rogosa, úmida ou seca, firme ou mole	
			
Fístula: conduto patológico que comunica uma superfície mucosa com órgão interno dando passagem a conteúdo purulento ou líquido	Fissura: úlcera retilínea	Pseudo-membranosa: tecido destacável sobre ulcerada ou erosiva da mucosa bucal	Crosta: é o ressecamento de um conteúdo líquido em lesão de pele

5.3- Sintomatologia

1- Presente
2- Ausente

5.4- Localização

5.5- Coloração

1- normal
2- branca
3- negra
4- violácea/vermelha

5.6- Tamanho (diâmetro mm)

5.7- Lado da alteração

5.8- Hipótese diagnóstica

5.9- Exames complementares data:

5.10- Diagnóstico

5.11- Alteração da normalidade

6- Plano Cuidado

1- Reabilitação protética

2- Tratamento restaurador

3- Tratamento periodontal

4- Associado

5- Recusa cuidados

--	--	--	--	--

7- Periodicidade

--	--	--	--	--

Avaliação Nutricional - MNA revisada 2006

Paciente:		Prontuário:			
Avaliador:		Idade:			
		Data da avaliação			
		Peso (kg)			
		Altura (cm)			
		IMC			
A- Ingestão de alimentos diminuiu nos últimos 3 meses devido à falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigar ou deglutição?	0 = perda de apetite severa				
	1 = perda de apetite moderada				
	2 = nenhuma perda de apetite				
B- Perda de peso nos últimos 3 meses	0 = perda de peso superior a 3kg (6,6 libras)				
	1 = não sabe				
	2 = perda de peso entre 1 e 3kg (2,2 e 6 libras)				
C- Mobilidade	0 = preso à cama ou à cadeira				
	1 = pode sair da cama/ cadeira, mas não sai				
	2 = sai				
D- Sofreu estresse psicológico ou aguda nos últimos 3 meses?	0 =sim				
	2 =não				
E- Problemas neuropsicológicos	0 = demência severa ou depressão				
	1 = demência leve				
	2 = sem problemas psicológicos				
F- Índice de Massa Corporal (IMC) (peso em kg) (altura em m)	0 = IMC menor que 19				
	1 = IMC 19 até menos do que 21				
	2 = IMC 21 até menos do que 23				
	3 = IMC 23 ou maior				
Escore de controle (subtotal máximo 14 pontos)					
Total:>>					
12 pontos ou mais: normal: fora de risco, não precisa de					
avaliação completa					
11 pontos ou menos: possível desnutrição, continuar a avaliação					
Nome:					

G- Vive independentemente (não em clínica ou hospital)	0= não				
	1= sim				
H- Toma mais de 3 medicamentos receitados por dia?	0= não				
	1= sim				
I- Escaras ou úlceras cutâneas	0= não				
	1= sim				
J- Quantas refeições completas o paciente faz diariamente?	0= 1 refeição				
	2= 2 refeições				
	3= 3 refeições				
k- Selecionar os marcadores de consumo para ingestão de proteínas	Pelo menos uma porção de produtos lácteos (leite, queijos, iogurte por dia)	0= não			
		1= sim			
	Duas ou mais porções de leguminosas ou ovos por semana	0= não			
		1= sim			
	Carne, peixe ou frango todos os dias	0= não			
		1= sim			
L- Consome duas ou mais porções de frutas ou verduras por dia?	0= não				
	1= sim				
M- Qual a quantidade de líquido (água, suco, chá, café, leite) consumida por dia?	0,0= menos de 3 xícaras				
	0,5= 3 a 5 xícaras				
	1,0= mais de 5 xícaras				
N- Mode de se alimentar	0= não consegue se alimentar sem ajuda				
	1= alimenta-se com alguma dificuldade				
	2= alimenta-se sem problemas				
O- Ponto de vista pessoal da condição nutricional	0= vê-se desnutrido				
	1= não tem certeza de sua condição nutricional				
	2= vê-se sem problemas				
P- Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua condição de saúde?	0,0= não tão boa				
	0,5= não sabe				
	1,0= tão boa, quanto				
	2,0= melhor				

Q - Circunferência braquial (CB) em cm	0,0 = CB menor do que 21				
	0,5 = CB 21 a 22				
	1,0 = CB 22 ou maior				
R - Circunferência da panturrilha (CP) em cm	0 = CP menor do que 31				
	1 = CP 31 ou maior				

Avaliação (máximo 16 pontos)				
Score da triagem				
Avaliação total				

Score do indicador de desnutrição	<p>* 17 a 23,5 pontos: Risco de desnutrição</p> <p>* menos de 17 pontos: Desnutrição</p>
Resultado:	

Texto Subsidiário - Instruções Gerais de Aplicação do Protocolo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso

O Protocolo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso visa identificar as disfunções relativas à saúde mental, ao desempenho nas tarefas de vida diária, às funções orais, ao equilíbrio funcional e marcha e ao uso de próteses nos casos dos indivíduos amputados. Foi criado no intuito de facilitar a definição dos diagnósticos funcionais, através das escalas correspondentes de posição cognitiva, depressão, interação social, desempenho nas atividades de vida diária, funções orais da fala, mastigação, deglutição, estado nutricional, equilíbrio, marcha e uso de próteses.

Destina-se aos pacientes de idosos de longa permanência. Envolve todos os profissionais da equipe de reabilitação e determina as diretrizes de tratamentos na definição dos objetivos terapêuticos identificados de forma estratégica pelos escores levantados em cada escala aplicada.

Todas as escalas devem ser aplicadas a todos os indivíduos idosos (exceto obviamente a escala de amputados). A aplicação de todas as escalas permite uma visão geral das disfunções encontradas e do nível de incapacidade do grupo estudado.

A aplicação do Protocolo permite avaliar de forma organizada as áreas para as quais devem ser direcionados os esforços da equipe multiprofissional de cuidado ao idoso, sendo fonte de consulta, controle da evolução funcional do paciente e determinante na avaliação do desempenho da qualidade da assistência prestada e da resposta do indivíduo ao tratamento proposto.

O Protocolo deverá ser aplicado semestralmente e os resultados se refletirão na melhora ou piora dos escores alcançados pelos indivíduos determinando constante empenho da equipe a cada reavaliação na identificação das necessidades reais dos indivíduos sobre a sua responsabilidade terapêutica,

Descrição das escalas funcionais

1- MINIMENTAL

a) Justificativa do uso da escala

O Mini-Mental State Exam (MMSE) é um screening composto por 30 questões, validado transculturalmente para o idioma português, amplamente utilizado para rastrear casos com suspeita de déficit cognitivo.

b) Metodologia de aplicação

O teste será aplicado pelo psicólogo ou terapeuta ocupacional da equipe multiprofissional, consiste em 30 pontos divididos nas seguintes áreas da cognição.

Orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O Mini-Mental é um exame de triagem cognitiva, portanto, deve-se ter atenção para não repetir com frequência, pois mesmo pacientes com demência são capazes de decorar o teste e assim invalidá-lo. Atenção para a avaliação qualitativa (que é a qualidade da frase, e se a pessoa se recusa a "escrever" por causa de deficiências/falta de prensão manual, comuns nas Casas de Saúde).

c) Interpretação de resultados e conduta

Interpretação

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez corresponde a melhor capacidade cognitiva. Serão considerados alterados os escores iguais ou menores que 18 pontos para pessoas com menos de 8 anos de escolaridade e para 8 anos de escolaridade, ou mais, resultados iguais ou menores que 24 pontos.

Conduta

Em caso de déficit cognitivo encaminhar para avaliação e tratamento clínico/geriátrica, terapêutico ocupacional e psicológico do idoso.

2- ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

a) Justificativa do uso da escala

A Escala de Depressão Geriátrica contém 30 perguntas breves, com respostas dicotômicas (sim ou não), a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos, como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade. O resultado sugere um diagnóstico de depressão nesses pacientes.

A Escala utilizada é de 15 questões, denominada Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15).

b) Metodologia de aplicação

O teste será aplicado pelo psicólogo da equipe multiprofissional, consiste em 15 itens em forma de perguntas simples com respostas sim e não, que deverão ser marcadas pelo examinador após a resposta do paciente. O consultório onde será feita a avaliação deverá ser silencioso, calmo onde não exista a possibilidade de interrupção da avaliação, pode ser feito também à beira do leito desde que seja preservada a intimidade do paciente.

c) Interpretação dos resultados

A pontuação de 0 a 4 pontos indica não deprimidos, de 05 a 10, indícios de depressão leve ou moderada, de 11 a 15, indícios de depressão grave ou intensa.

d) Deve-se encaminhar para avaliação clínica e/ou geriátrica e ou psiquiátrica. Dependendo da gravidade do caso há opções de tratamento medicamentoso e não medicamentoso tais como:

- Psicoterapia;
- Suporte familiar;
- Terapia ocupacional;
- Atividades físicas
- Apoio Espiritual; etc.

3- AVALIAÇÃO SOCIAL

a) Justificativa do uso da escala

O funcionamento social é um conceito amplo e refere-se fundamentalmente às relações e atividades humanas que têm lugar na sociedade, assim como às habilidades sociais de que dispõe o indivíduo. As redes sociais, entendidas como os tipos de laços existentes entre os membros de uma comunidade, pode ser avaliada em relação ao seu tamanho, densidade, intensidade de relações, duração, frequência, reciprocidade e homogeneidade. A parceria entre os profissionais da saúde e a rede de suporte do idoso é um meio eficaz e de menor custo, capaz de garantir melhores condições clínicas e a promoção da melhoria da capacidade funcional. Além disso, uma boa avaliação sobre o grau de inter-relacionamento dessa rede permite ao profissional de saúde identificar o suporte disponível para a realização de intervenções em domicílio. Em geral, o que se avalia, do ponto de vista da funcionalidade, são as funções de apoio como as percebemos, sua função protetora para a saúde e como agente na redução do estresse do idoso em sua situação de dependência quanto do cuidador. Os efeitos do apoio social são: estimulação da saúde e do bem estar aumento da sensação de previsibilidade, da auto-estima e do senso de controle, melhor enfrentamento de experiências negativas e efeito amortizador do estresse. Como instrumento de avaliação social será utilizada a escala de Gijón em rastreio de risco social modificada para as realidades dos pacientes asilares institucionalizados na Fundação. Destacamos nesta adequação, no contexto das Casas de Saúde as pensões indenizatórias e bolsas de laborterapia que são rendas existentes somente nestas unidades devido à sua história. Devido também ao perfil comunitário destas unidades e da existência de pacientes domiciliares a avaliação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa é de especial relevância.

b) Metodologia de aplicação

O teste será aplicado pelo assistente social da equipe multiprofissional. O consultório onde será feita a avaliação deverá ser silencioso, calmo onde não exista a possibilidade de interrupção da avaliação, pode ser feito também à beira do leito ou no domicílio do paciente, desde que seja preservada a intimidade do paciente. O cabeçalho do paciente deverá identificá-lo e ao seu avaliador. Nas colunas da direita as datas poderão ser identificadas em até 4 períodos diferentes. O nível de escolaridade deverá ser identificado pela numeração correspondente, sendo 1 para analafabeto, 2 para até 4 anos de escolaridade, 3 para até 8 anos e 4 para 8 anos ou mais. Os tipos de benefícios podem ser classificados de 01 a 08, cuidadores de 01 a 03, procuradores/curador de 01 a 03, número de pessoas com quem reside, de 0 a 6. A Escala de Avaliação Social identifica a situação familiar, econômica, as relações sociais, contato com a família e o apoio da rede social do paciente. O avaliador deverá para cada uma das dimensões pontuar dentro das opções destacadas. A Avaliação de violência e maus tratos contra a pessoa idosa identifica com a classificação de SIM ou NÃO o quanto o paciente pode estar exposto à violência interna ou externa.

c) Interpretação de resultados e conduta

No que diz respeito ao nível de escolaridade, tipos de benefícios, cuidador, procurador, gerenciador e quantidade de residentes no domicílio devem ser analisados individualmente dentro do conceito de vida do paciente. A escala de avaliação social para identificação de pessoas idosas e vulneráveis após ser numerada gerará um escore que reflete a pontuação global sendo 5 a 9 pontos – Boa situação social, 10 a 14 pontos -Risco social; acima de 15 pontos – Problema social. A avaliação de violência e maus tratos deverá também ser analisada de forma individual em cada uma das situações identificadas.

Conduta

Uma vez identificadas as necessidades individuais do paciente nos diversos campos da avaliação social, um resumo de suas necessidades sociais deverá ser elaborado e ações preventivas ou resolutivas deverão ser implantadas visando minimizar ou solucionar os problemas, com plena participação de todos os envolvidos, profissionais de saúde, diretorias, instituições, familiares e acima de tudo o próprio paciente.

4- AVDB E AVDI

a) Justificativa do uso da escala

As Atividades de vida diária básica incluem todas as tarefas para a sobrevivência, também denominadas tarefas de autocuidado ou cuidado pessoal dentro de casa. Em geral envolvem cuidados com higiene e com a aparência, comer, vestir-se, continência (urinária e fecal), transferência e mobilidade. As atividades de vida diária instrumentais enfocam múltiplas áreas necessárias para uma vida independente na comunidade, como cozinhar, arrumar a casa, fazer compras, mover-se fora de casa, manejar finanças, comunicar-se e usar meios de transporte. O terapeuta deve realizar seu julgamento baseado não só no relato do idoso como também no seu próprio levantamento acerca do ambiente em que o idoso vive. Nesse sentido, famílias com rotinas definidas e rígidas e com comportamentos zelosos em relação aos idosos podem comprometer seu próprio julgamento acerca do que ele é capaz de fazer. Isso também costuma acontecer em relação aos idosos institucionalizados. No contexto das instituições de longa permanência, o ambiente pode gerar comportamentos dependentes.

Para avaliar as Atividades da Vida Diária, citamos a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (modificada de Katz ET al, 1970). Para avaliarmos as AIVD iremos utilizar a Escala de Lawton/Brody.

AVD: englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio. A incapacidade de executá-las implica em alto grau de dependência.

AIVD: compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive.

b) Metodologia de aplicação

A Escala de Lawton e Brody e a Escala de Katz, deverão ser aplicadas por terapeuta ocupacional em ambientes calmos e confortáveis ou à beira dos leitos, desde que preservada a privacidade do idoso. As perguntas devem ser lidas de forma clara, alta e pausada.

A Escala de Lawton e Brody, avalia o nível de independência no que se refere à realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As AIVD avaliadas são: uso de telefone, fazer compras, preparo de refeições, tarefas domésticas, usar meio de transporte, manejo das medicações e dinheiro.

Os itens são classificados quanto à necessidade de ajuda, à qualidade da execução e à iniciativa, variando de 1 a 3, na qual 1 representa a necessidade de ajuda total para a realização de uma atividade, 2 representa que o idoso precisa de alguma ajuda e 3 representa total independência para a função. A pontuação máxima é de 27 pontos e o escore tem significado apenas individualmente, como carácter comparativo para a evolução do quadro geral do paciente. Esta avaliação é baseada no que realmente o paciente faz no seu dia-a-dia e não na habilidade que teria em realizar, caso a fizesse. O idoso que não faz a atividade por opção, por fatores ambientais ou por papéis sociais é considerado dependente.

O índice de Katz avalia as habilidades de manutenção de 06 atividades de vida diária, hierarquicamente, sob o aspecto fisiológico, de funções mais complexas para funções mais simples: banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.

Na escala, cada tarefa recebe o escore independente (1 ponto) ou dependente (**0**), que são somados para denotar o grau de dependência. É bastante utilizada para pacientes institucionalizados. O escore máximo de 06 pontos denota independência para ABVD, 04 pontos mostram dependência parcial ou déficit moderado e 02 pontos denotam dependência importante ou déficit acentuado.

c) Interpretação de resultados e conduta

Interpretação - a incapacidade para Atividades da Vida Diária (AVDS) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e perda da autonomia podem ser:

Reversíveis: por exemplo em casos de Amputação (desde que sob adaptação), Delirium ou Depressão.

Irreversível: por exemplo em casos de Demências.

“O principal evento que reflete o início de uma dependência funcional é definido pela aparição de uma nova incapacidade em uma ou mais tarefas de AVD's básicas” (tarefas de cuidado necessárias para viver). CASSIANO, 2008

Conduta

Quando se tratar de quadro reversível (Delirium ou Depressão), deve-se buscar a causa e tratar as condições através de técnicas de reabilitação física e psico-sociais e tratamentos medicamentosos.

Em casos de demência, deverá proceder o diagnóstico diferencial e instituir o tratamento adequado muitas vezes restrito a cuidados de enfermagem e medicamentos para doenças de base.

5- MOBILIDADE DE AMPUTADOS

a) Justificativa do uso da escala

A avaliação funcional possui grande importância para os amputados, uma vez que a reabilitação deste grupo de pacientes visa melhorar a mobilidade e a independência pessoal. Deverá ser aplicada pelo fisioterapeuta da equipe multiprofissional.

Tendo em vista a incidência de amputações devido a agravos de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e hanseníase, e ao grande número de acidentes/violência urbana, a escala de mobilidade de amputados é fundamental para a avaliação do nível de dependência do idoso hospitalizado, nas atividades de vida diária e de vida instrumental.

b) Metodologia de aplicação

Avaliar o idoso em situações de atividade de marcha, subir e descer escadas etc, onde a mobilidade do idoso com a próteses poderá ser testada bem como a qualidade do equipamento e as necessidades de adequação do mesmo ao paciente.

c) Interpretação de resultados e conduta

Interpretação de resultados

Harold Wood-Stanmore Mobility Grade⁷⁸ é uma escala que avalia a mobilidade domiciliar e na comunidade. Seus escores variam de 1 a 6, sendo:

- 1-** Abandono da prótese ou apenas uso cosmético;
- 2-** Usa a prótese para transferências ou para auxiliar nos cuidados. Anda somente com terapeuta ou cuidador;
- 3-** Anda no domicílio usando auxiliares da marcha. Fora de casa necessita de ajuda de terceiros;
- 4-** Anda em casa e na comunidade com auxiliares da marcha;
- 5-** Anda independentemente dentro e fora de casa sem auxiliares da marcha ou apenas, excepcionalmente, usa-os para segurança em terrenos irregulares ou más condições do tempo;
- 6-** Marcha normal ou próxima da normalidade.

Conduta

De 1 a 4

Avaliação das disfunções de movimento que estejam comprometendo o uso pleno da prótese e prescrição, tratamento e acompanhamento do desempenho biomecânico do idoso. Verificação das possíveis adequações necessárias na prótese.

De 5 a 6

Acompanhamento e prevenção de possíveis complicações relativas ao uso prolongado de próteses.

6- ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG (Berg Balance Scale)

a) Justificativa do uso da escala

A queixa de desequilíbrio aumenta com o avanço da idade. O comprometimento do balance nos idosos é decorrente de alterações associadas a várias doenças crônico-degenerativas, frequentemente em faixas etárias mais avançadas, assim como de alterações relacionadas à idade sobre os sistemas sensorio-motor, envolvidos no mecanismo do controle postural. Está bem descrito, na literatura, que idosos com comprometimento do balance têm mais chance de experimentar eventos de queda de forma recorrente, e em geral apresentam múltiplas limitações que podem ser decorrentes de disfunções multissensoriais, musculoesqueléticas e cognitivas. Entretanto, apenas o somatório dessas múltiplas disfunções no controle postural não é suficiente para caracterizar o impacto das limitações sobre a funcionalidade dos idosos.

O desempenho de cada idoso em relação ao controle postural é muito particular e depende das estratégias utilizadas por cada indivíduo para manter a estabilidade e orientação corporal em uma dada tarefa, levando em conta suas limitações específicas. Assim, um idoso pode compensar um déficit somatossensorial utilizando um toque leve em uma bengala e manter-se funcional em quase todas as atividades do dia-a-dia, experimentando uma dificuldade particular em situações imprevisíveis, como tropeçar em um obstáculo ou ao andar em uma superfície irregular.

As quedas tem conseqüências graves nos idosos no que se refere à mobilidade, perda da independência e mortalidade. A Escala de Equilíbrio de Berg, é um teste de avaliação do equilíbrio que vem sendo muito utilizado, principalmente para determinar os fatores de risco para perda da independência e para quedas em idosos.

Berg Balance Scale é uma escala que atende várias propostas: descrição quantitativa da habilidade de equilíbrio funcional, acompanhamento do progresso dos pacientes e avaliação da efetividade das intervenções na prática clínica e em pesquisas.

b) Metodologia de aplicação

A Berg Balance Scale, consiste em 14 tarefas, cada uma categorizada em uma escala ordinal, de 05 pontos, que varia de 0 (incapaz de realizar a tarefa) a 5 (realiza a tarefa de modo independente), baseada na qualidade do desempenho, necessidade de assistência e no tempo de completar a tarefa. As pontuações das 14 tarefas são somadas em uma pontuação total, que varia entre 0 a 56 pontos, sendo a maior pontuação relacionada a um melhor desempenho. As tarefas são representativas de atividades do dia-a-dia, como sentar, levantar, inclinar-se para frente, virar-se, entre outras. A BBS atende a várias propostas, como descrição quantitativa da habilidade, acompanhamento do progresso dos pacientes e avaliação da efetividade das intervenções terapêuticas. Os materiais utilizados são uma cadeira com apoio para braços, uma cadeira sem apoio para os braços, degrau de 20.5 cm, fita métrica e cronômetro. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. O tempo de execução é de aproximadamente 30 minutos. A Berg Balance Scale é realizada com pacientes vestidos, descalços e fazendo uso de óculos e/ou próteses auditivas de uso habitual.

Instruções gerais: Por favor, demonstre cada tarefa e/ou dê as instruções como estão descritas. Ao pontuar, registrar a categoria exata da resposta que se aplica a cada item.

Na maioria dos itens, pede-se ao paciente para manter uma determinada posição durante um tempo específico. Progressivamente mais pontos são deduzidos, se o tempo ou a distância não forem atingidos, se o paciente precisar de supervisão o examinador necessitará ficar bem próximo do paciente ou fizer uso de apoio externo ou receber ajuda do examinador. Os pacientes devem entender que eles precisam manter o equilíbrio enquanto realizam as tarefas. As escolhas sobre qual perna ficar em pé ou qual distância alcançar ficarão a critério do paciente. Um julgamento pobre irá influenciar adversamente o desempenho e o escore do paciente.

c) Interpretação de resultados e conduta

Diversos pesquisadores encontraram para a pontuação de corte o valor de 45 pontos, sendo assim paciente cujo escore seja igual ou menor que 45 pontos apresenta risco de queda.

Conduta

Encaminhamento à reabilitação física para utilização de técnicas de desenvolvimento funcional do equilíbrio, encaminhamento ao clínico ou outras especialidades como neurologia e otorrinolaringologia quando na suspeita de comprometimento central ou do sistema vestibular.

7- FONOAUDIOLOGIA

a) Justificativa do uso da escala

Muitas são as alterações ocorridas no processo de envelhecimento, causando adaptações no trabalho mastigatório, dentre elas a diminuição de saliva, a diminuição dos sucos gástricos, a presença e a extensão das doenças orais, a condição dentária, a diminuição das glândulas salivares, os medicamentos em uso, a condição neuromuscular junto com a destreza e a expectativa de vida.

O espaço onde é realizada essa mastigação também deve ser considerado na execução da mastigação do idoso. Assim, o espaço oral deve ser higienizado favorecendo na sensação oral de cada alimento.

Pode-se verificar que as mudanças ocorridas foram reflexos de adaptações já vividas. Estando com o número de fibras musculares diminuídas, o trabalho mastigatório do idoso será mais lento e seus movimentos mastigatórios tornar-se-ão mais restritos. Para tal, o idoso necessita da ingestão de líquido, com o intuito de amolecer o alimento, facilitando a mastigação, diminuindo a força empregada e aumentando o uso da musculatura orbicular, alcançado a deglutição.

Estando com as suas cúspides desgastadas, em virtude do tempo de uso, seja de próteses ou de dentes naturais, o tempo de mastigação será maior, visto que são elas responsáveis pela maceração dos alimentos. Portanto tem-se uma excursão em protusão em lateralidade de todo o sistema mastigatório. Juntamente com este dado tem-se que a mastigação em idosos é feita com os pré-molares, necessitando da participação maior do músculo orbicular.

O trabalho do fonoaudiólogo tem a função de promover melhorias no processo mastigatório do idoso, estando ele com prótese total ou parcial, e até mesmo quando for um indivíduo com edentulismo.

b) Metodologia de aplicação

A avaliação deverá ser realizada por fonoaudiólogo e deverá ser feita conforme os critérios gerais da anamnese fonoaudiológica em consultório ou ao leito dependendo do caso.

c) Interpretação de Resultados e Conduta

Ao identificar as alterações fonoaudiológicas caberá ao fonoaudiólogo a prescrição e a execução do tratamento adequado e quando for necessário deverá encaminhar o idoso à especialista de outras áreas da fonoaudiologia, à outros membros da equipe multidisciplinar, à fonoaudiólogo especialista ou à especialidades médicas como a otorrinolaringologia.

8- ODONTOLOGIA

a) Justificativa do Uso da Escala

No contexto de atenção interdisciplinar ao idoso, a participação do odontologista e do técnico em higiene dental ainda não é muito efetiva. A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar na terceira idade é quase inexistente. Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Relatam-se os seguintes problemas de saúde bucal mais prevalentes no idoso: cárie coronária e radicular, periodontopatias, edentulismo, desgastes dentais (atrições, abrasões e erosões), lesões de tecidos moles (ulcerações, hiperplasias inflamatórias traumáticas e medicamentosas, infecções etc.), xerostomia, dores orofaciais, distúrbios temporomandibulares, problemas de oclusão e câncer bucal. Embora a odontologia preventiva seja prioritária nos idosos, a reabilitação bucal através de restaurações diretas e de todos os tipos de próteses, representa um papel muito importante nesse segmento da população. A odontologia restauradora vem auxiliar no restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar do indivíduo direta e indiretamente. Assim, a intervenção odontológica em nível curativo tem implicações na alimentação, na auto-imagem, na auto-estima e no convívio social.

Fatores que presdispõem os idosos a doenças bucais

- 1)** Dificuldade de higiene bucal e das próteses devido a declínio na saúde geral, distúrbios cognitivos, dificuldades motoras e diminuição da acuidade visual;
- 2)** Efeitos colaterais de medicamentos levando à diminuição de saliva, hiperplasia gengival, reações liquenóides, discinesia tardia e problemas na fala, deglutição e paladar;
- 3)** Efeitos colaterais da terapia de doenças sistêmicas como: radioterapia, terapia com oxigênio e aspiradores bucais que promovem o ressecamento, a redução ou a falta de produção de saliva;
- 4)** Alterações sistêmicas que reduzem o fluxo salivar como: Síndrome de Sjogren's, artrite reumatóide, sarcoidose, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), menopausa, bulimia, anorexia nervosa, desidratação, diabetes, doença de Alzheimer's, depressão;
- 5)** Comportamento e atitude: indivíduos que tiveram experiências anteriores de doenças bucais e não conseguem realizar a higiene bucal adequadamente, hábitos dietéticos cariogênicos e a não realização de visitas regulares aos dentistas por longos períodos de tempo.

b) Metodologia de aplicação

A avaliação deverá ser realizada por odontólogo clínico-geral ou especialista em reabilitação oral e deverá ser feita conforme os critérios gerais da anamnese odontológica no consultório odontológico com os equipamentos e instalações adequadas.

c) Interpretação de resultados e conduta

Ao identificar as alterações odontológicas cabe ao odontólogo a prescrição e a execução do tratamento adequado, quando for necessário deverá encaminhar o idoso à especialista de outras áreas odontológicas como por exemplo para a reabilitação oral e a ortodontia.

9- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO

a) Justificativa do uso da escala

A interação de fatores genéticos e ambientais é determinante na qualidade do envelhecimento, sendo muito provável que a nutrição exerça um papel preponderante no processo degenerativo do envelhecimento.

As mudanças na composição corporal mais evidentes no idoso são: a redução do teor de água corporal, redução da massa corporal livre de gordura (massa muscular e óssea) e modificações na distribuição da gordura corporal: a gordura subcutânea dos membros tende a diminuir ao passo que a gordura intra-abdominal aumenta. Durante um período de 50 anos (dos 20 aos 70 anos), ocorre uma diminuição significativa da massa muscular seguida de um aumento gradativo no percentual de gordura corporal.

O declínio observado na massa muscular dos idosos pode ser parcialmente atribuído à diminuição da atividade física, à alimentação inadequada, à diminuição no conteúdo de água corporal e à perda generalizada de massa celular. Ao longo do processo de envelhecimento, o tamanho dos músculos pode reduzir em até 40%; os rins 9%, o fígado 18% e os pulmões 11%. Essas alterações têm efeitos sobre o metabolismo de nutrientes e aumentam o risco de morbidade e mortalidade. Durante a desnutrição, as mudanças na composição corporal dos idosos são mais intensas, podendo provocar uma diminuição acentuada na capacidade metabólica do organismo.

O estado nutricional do idoso é o reflexo de hábitos alimentares consolidados no passado e pode ser influenciado por diversos efeitos de longo prazo. As doenças crônicas, o consumo de

medicamentos que podem gerar interações indesejáveis, alterações no apetite, olfato e paladar, dificuldades na habilidade mastigatória, dentição, processo de deglutição (hipossalivação, disfagias orofaríngeas, dentre outros), autonomia para realizar as refeições diárias e mesmo a percepção sensorial podem interferir no estado nutricional.

A desnutrição calórica e protéica é mais prevalente em pacientes idosos com doenças crônicas, com baixa renda e que moram sós.

A forma de se alimentar, os tipos de alimentos, a reunião em torno das refeições refletem aspectos sociais e culturais importantes para a interação e convivência comunitária. Para o idoso, essa atividade assume um papel relevante, uma vez que as doenças podem influenciar e alterar sua habilidade e independência para a alimentação. À medida que o indivíduo envelhece, ocorre uma redução das necessidades de energia e ao mesmo tempo um aumento da demanda de alguns nutrientes.

A triagem nutricional é o primeiro passo do processo de intervenção nutricional e pretende, mediante técnicas simples, obter uma aproximação da composição corporal de um indivíduo, permitindo a identificação de problemas e estratégias para sua solução.

Dessa forma, uma avaliação do estado nutricional completo deve incluir antropometria, avaliação de padrões alimentares e a ingestão de energia e nutrientes, complementados com alguns parâmetros bioquímicos e indicadores de independência funcional e atividade física.

a) Metodologia de aplicação Avaliação Nutricional do Idoso:

Equipe de Terapia Nutricional

- Aplicar avaliação de triagem nutricional;
- Classificar o paciente: com risco ou sem risco nutricional.

b) Interpretação de resultados

Risco de denutrição: Escore 17 pontos a 23,5 pontos

Desnutrição: Escore menor que 17 pontos.

c) Conduta

Acompanhar o paciente classificado como desnutrido ou em risco nutricional junto à Equipe de TN.

Conduta Nutricional a cargo da equipe de terapia nutricional e médico assistente:

Prescrição e acompanhamento da Dieta VO, Suplementação á dieta VO e Início de Terapia Nutricional (NE ou NPT).

Indicadores Antropométricos

IMC < 22 Kg/m²

CP < 31cm

Perda de Peso

Perda Ponderal Importante

≥ 1 - 2% em 1 semana

≥ 5% em 1 mês

≥ 7,5% em 3 meses

≥ 10% em 6 meses ou mais

Indicadores Bioquímicos

Albumina < 3,5 g/dL

< 3,5 g/dl - Desnutrição Leve

< 2,7 g/dl - Desn. Moderada

< 2,1 g/dl - Desnutrição Grave

CTL < 1800m3

< 1800 mm3 - Desnutrição Leve

< 1200 mm3 - Desn. Moderada

< 800 mm3 - Desnutrição Grave

Colesterol Total 160mg/dL

< 160 g/dl - Risco Nutricional

< 130 g/dl – Desnutrição

Indicadores Dietéticos Ingestão Oral < 60% NE Hiporexia/ Anorexia. Redução Significativa do Consumo Usual

Indicadores Dietéticos Importantes

- Redução do número de refeições
- Redução do volume das refeições
- Aumento do tempo gasto para realizar a refeição
- Alteração na consistência da dieta