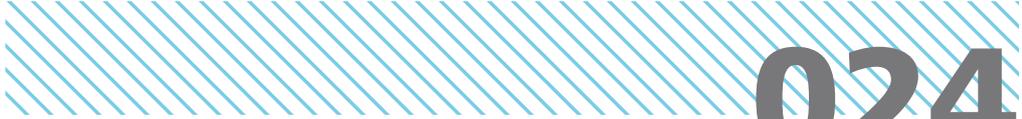


# Protocolo de Cuidados ao Idoso e Reabilitação



# 024

ESTABELECIDO EM  
01/02/2010  
ÚLTIMA REVISÃO EM  
10/08/2010

## **NOME DO TEMA \\\**

Protocolo de Cuidados ao Idoso e Reabilitação

## **AUTORES \\\**

Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Dra. Tataiana Roberta Sarubi Bogutchi

Dra. Milena Barroso

Dr. Tiago Sávio Moreira Possas

Dra. Magda Fajardo

Dra. Ivania Cáthia Moutinho Ramos

## **COLABORADORES \\\**

Comissões de Protocolos Clínicos das Casas de Saúde Santa Iza-  
bel, Casa de Saúde Padre Damião, Casa de Saúde São Francisco  
de Assis e Casa de Saúde Santa Fé

## 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. (ANDREWS, 2000, p. 247).

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, (IBGE).

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 (IBGE). 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.” (CORTE, 2006).

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe à presença ou ausência de doença ou agravamento e é 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.

## OBJETIVO

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.

## MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

### MATERIAL

#### ESCALAS E INSTRUMENTAIS VALIDADOS PARA AVALIAÇÃO DE:

1. Equilíbrio e mobilidade;
2. Função cognitiva;
3. Deficiências sensoriais;



São 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 à incapacidade mental);
2. Avaliação Social (não será aplicada quando o paciente não puder responder às perguntas devido a incapacidade mental);
3. Escala de Equilíbrio de Berg (não será aplicada quando o paciente não puder responder devido a incapacidade mental);
4. Escala Get Up and Go e Timed Get up and Go test( não será aplicada quando o paciente não puder responder devido a incapacidade mental ou quando não puder andar);
5. Escala de mobilidade de amputados ( não será aplicada quando o paciente não utilizar próteses).

## SIGLAS

ADM : Amplitude de Movimento

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

MI-D: Membro Inferior Direito MI-E: Membro Inferior Esquerdo MS-D: Membro Superior Direito MS-E: 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

SALSA: Screening of Atctivity Limitation & Safety Awerness (Triagem de Limitação de Atividades e Consciência de Risco)

## REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

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.	D
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.	D
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).	D
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.	B
5. COLOMBINI NETTO, M. Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos. Botucatu: UNESP, 2008. 90 p. [monografia].	B

6. CHAMLIAN, Therezinha R., MELO, Alessandra Cristina O. Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. Acta Fisiatr 2008; 15(1): 49 - 58	D
7. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.	D
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	D
9. Berg KO, Norman KE. Funcional assessment of balance and gait, Clinics in Geriatrics medicine, v.12 (4),p 705-723,1996	D
10. Guigoz Y. Vellas B and Garry PJ 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement # 2:15 – 59.	D
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	D

## ANEXOS / LINKS

- Anexo I – Escala de Avaliação do Estado Mental
- Anexo II – Escala de Depressão Geriátrica
- Anexo III – Avaliação Social
- Anexo IV – Avaliação do Ambiente Doméstico
- Anexo V – Avaliação de Atividades de Vida Diária Básicas
- Anexo VI – Avaliação de Atividades de Vida Diária Instrumental
- Anexo VII – Escala de Salsa
- Anexo VIII – Escala Mobilidade de Amputados
- Anexo IX – Escala de Equilíbrio de Berg
- Anexo X – Escala Get Up and Go e Timed Get up and Go test
- Anexo XI – Avaliação Fonoaudiológica
- Anexo XII – Avaliação Odontológica - Autopercepção em Saúde Bucal
- Anexo XIII – Avaliação Nutricional do Idoso
- Anexo XIV – Formulário de Acompanhamento de Escores Funcionais
- Anexo XV – Texto Subsidiário- Aplicação das escalas e instrumentais (anexos acima )

# ANEXO I

## MINIMENTAL

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

FOLSTEIN, 1975

Paciente: \_\_\_\_\_

nº de prontuário: \_\_\_\_\_

data de avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Anos de escolaridade: \_\_\_\_\_

Espaço 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.

Parâmetro	Pontuação	Escore data	Escore data	Escore data	Escore data
Orientação Temporal (Dê um ponto para cada item)	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Hora aproximada				
Orientação Espacial (Dê um ponto para cada item)	<input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Cidade <input type="checkbox"/> Bairro ou rua próxima <input type="checkbox"/> Instituição (local geral) <input type="checkbox"/> Local específico				
Registro	Repetir: <input type="checkbox"/> Gelo <input type="checkbox"/> Leão <input type="checkbox"/> Planta				
Atenção e cálculo (Dê um ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor acerto)	Subtrair: $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$ ou Soletrar inversamente a palavra MUNDO MUNDO = O-D-N-U-M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Memória recente (evocação)	Quais os três objetos perguntados anteriormente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Linguagem					
1. Nomear dois objetos (à mão)	<input type="checkbox"/> Caneta <input type="checkbox"/> Relógio				

2. Repetir	<input type="checkbox"/> "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"  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
4. Ler e executar	<input type="checkbox"/> FECHÉ OS OLHOS				
5. Escreva uma frase completa (utilize o verso da folha)	<input type="checkbox"/> "Escreva alguma frase com começo meio e fim"				
6. Copiar o diagrama					
Total	30				

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).

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

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.

## ANEXO II

### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

(GDS-15 E GDS-5)

Pergunta	SIM	NÃO
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
2. Você se aborrece com freqüência?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Você sente que sua situação não tem saída?	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Você acha maravilhoso estar vivo?		<input checked="" type="checkbox"/>
9. Você sente que sua vida está vazia?	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	<input checked="" type="checkbox"/>	

11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Você se sente cheio de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PONTUAÇÃO:</b>		
<b>GDS 5 = 2 PONTOS</b> <b>GDS 15 = 6 PONTOS</b>		

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

### ANEXO III

#### AVALIAÇÃO SOCIAL

SHERBOURNE ,1991

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Questionário de apoio social		Pontuação				
Tipo de apoio	Se você precisar, com que freqüência conta com alguém... (perguntas):	1	2	3	4	5
Material	que o ajude, se ficar de cama?					
	para levá-lo ao médico?					
	para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
	para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
	TOTAL					
Afetivo	Se você precisar, com que freqüência conta com alguém... (perguntas):	1	2	3	4	5
	que demonstre amor e afeto por você?					
	que lhe dê um abraço?					
	que você ame e que faça você se sentir querido?					
	TOTAL					

Emocional	Se você precisar, com que frequência conta com alguém... (perguntas):	1	2	3	4	5
	para ouvi-lo, quando você precisar falar?					
	em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?					
	para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
	que compreenda seus problemas?					
	TOTAL					
Informação	Se você precisar, com que frequência conta com alguém... (perguntas):	1	2	3	4	5
	para dar bons conselhos em situações de crise?					
	para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
	de quem você realmente quer conselhos?					
	para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
	TOTAL					
Interação social	Se você precisar, com que frequência conta com alguém... (perguntas):	1	2	3	4	5
	com quem fazer coisas agradáveis?					
	com quem distrair a cabeça?					
	com quem relaxar?					
	para se divertir junto?					
	TOTAL					
Total material: _____ Total Afetivo: _____		Total Emocional: _____ Total Informação: _____		Total Interação Social Positiva: _____		
<p>Fonte: Versão original aplicada no Medical Outcomes Study</p> <p>Legenda:</p> <p>1 ("nunca");</p> <p>2 ("raramente");</p> <p>3 ("às vezes");</p> <p>4 ("quase sempre");</p> <p>5 ("sempre")</p> <p>Conduta: _____</p>						

## ANEXO IV

### AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO

SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL – CSSI-2009

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>A</b> Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas para andar sem auxílio ou com uso de cadeira de rodas, muletas, bengalas ou andador, caso necessário.		
	Ausência de degraus/escadas entre cômodos.		
<b>B</b> Iluminação	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus.		
	Boa luminosidade solar.		
<b>C</b> Quarto de dormir	Cama permite transferência adequada.		
	Permite boa ventilação/presença de janelas.		
<b>D</b> Banheiro	Pia: Facilmente acessível e bem fixa.		
	Área do chuveiro: Antiderrapante.		
	Barra de apoio.		
	Permite uso de cadeira de banho.		
<b>E</b> Escada / Degraus	Ausência de escadas na entrada da casa.		
	Ausência de escadas no acesso ao quintal.		
	Presença de corrimão.		
	Conformidade dos degraus: Altura e profundidade constantes.		
Pontuação	1 Quando resposta for SIM		
	2 Quando resposta for Não		
	Total > 18 = necessita de adaptações		
Adequar:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
Obs:			

## ANEXO V

### AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS

KATZ, 1970

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

#### ATIVIDADES

- INDEPENDÊNCIA (1 PONTO) SEM supervisão, direção ou assistência pessoal
- DEPENDÊNCIA (0 PONTO) COM supervisão, assistência pessoal ou cuidado total

#### BANHO

- (1 PONTO) Banha-se completamente ou necessita ajuda para banhar uma única parte do corpo (costas, genitais ou extremidade afetada)
- (0 PONTO) Necessita ajuda para banhar mais que uma parte do corpo, para entrar ou sair da banheira/ chuveiro, ou requer banho total

#### VESTIR-SE

- (1 PONTO) Pega roupa do armário e coloca-as sem qualquer ajuda. Pode precisar de ajuda para amarrar sapatos
- (0 PONTO) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser totalmente vestido

#### HIGIENE PESSOAL

- (1 PONTO) Vai, usa e sai do toalete, veste-se completamente e limpa área genital sem qualquer ajuda (pode usar andador/bengala)
- (0 PONTO) Necessita de ajuda para ir ao toalete, limpar-se ou usa fraldas.

#### TRANSFERÊNCIA

- (1 PONTO) Levanta e deita, senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar andador/bengala)
- (0 PONTO) Necessita ajuda ao mover-se da cama para cadeira ou necessita ser carregado.

#### CONTINÊNCIA

- (1 PONTO) Exercita total autocontrole sobre urina e fezes
- (0 PONTO) Incontinência total ou parcial fecal e/ou urinária

#### ALIMENTAÇÃO

- (1 PONTO) Leva comida do prato a boca sem ajuda. (exceto cortar carne ou passar manteiga no pão) Preparo da comida pode ser feito por outra pessoa.
- (0 PONTO) Necessita ajuda total ou parcial para alimentar-se ou usa alimentação parenteral.

Escore total

- 5-6 Independência
- 3-4 Dependência Parcial
- 0-2 Dependência

Total: \_\_\_\_\_

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.

## ANEXO VI

### AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAL

LAWTON-1969

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Avaliador: \_\_\_\_\_

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional da Sr(a), por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades no seu dia-a-dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se o(a) Sr(a). faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

- Em relação ao uso do telefone...
  - a) Telefone**
  - <sup>3</sup> recebe e faz ligações sem assistência
  - <sup>2</sup> necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
  - <sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone
- Em relação às viagens...
  - b) Viagens**
  - <sup>3</sup> realiza viagens sozinho(a)
  - <sup>2</sup> somente viaja quando tem companhia
  - <sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de viajar
- Em relação à realização de compras...
  - c) Compras**
  - <sup>3</sup> realiza compras, quando é fornecido transporte
  - <sup>2</sup> somente faz compras quando tem companhia
  - <sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras
- Em relação ao preparo de refeições...
  - d) Preparo de refeições**
  - <sup>3</sup> planeja e cozinha as refeições completas
  - <sup>2</sup> prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
  - <sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
- Em relação ao trabalho doméstico...
  - e) Trabalho doméstico**
  - <sup>3</sup> realiza tarefas pesadas
  - <sup>2</sup> realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
  - <sup>1</sup> não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos
- Em relação à realização de compras...
  - f) Medicamentos**
  - <sup>3</sup> faz uso de medicamentos sem assistência
  - <sup>2</sup> necessita de lembretes ou de assistência
  - <sup>1</sup> é incapaz de controlar sozinho(a) o uso dos medicamentos
- Em relação ao manuseio do dinheiro...
  - g) Dinheiro**
  - <sup>3</sup> preenche cheque e paga contas sem auxílio
  - <sup>2</sup> necessita de assistência para uso de cheques e contas

<sup>1</sup> não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de realizar manusear dinheiro, contas...

• **Classificação**

- dependência total =  $\leq 5$  ( $P_{25}$ )
- dependência parcial =  $> 5 < 21$  ( $> P_{25} < P_{100}$ )
- independência = 21 ( $P_{100}$ )

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

## ANEXO VII

### ESCALA DE SALSA

#### ESCALA TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES E CONSCIÊNCIA DE RISCO (SALSA) - AUTORES DIVERSOS - 2002

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Escala SALSA								
	Domínios	Screening of Atctivity Limitation & Safety Awerness (Triagem de Limitação de Atividades e Consciência de Risco)  Marque uma resposta em cada linha	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
			Fácil	Um pouco difícil	Muito Difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
1		Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2	Mobilidade (pés)	Você se senta ou agacha no chão?	1	2	3	0	4	4
3		Você anda descalço? i.e. a maior parte do tempo	1	2	3	0	4?	4?
4		Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	4?	4?
5		Você anda distâncias muito longas? i.e. mais que 30 minutos	1	2	3	0	4?	4?
6		Auto cuidado	Você lava seu corpo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4
7	Você corta as unhas das mãos ou dos pés? e.g. usando tesoura ou cortador		1	2	3	0	4?	4?
8	Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? e.g. bebida, comida		1	2	3	0	4	4

9	Trabalho (mãos)	Você trabalha com ferramentas? i.e. ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar	1	2	3	0	4?	4?
10		Você carrega objetos ou sacolas pesadas? e.g. compras, comida, água, lenha	1	2	3	0	4?	4?
11		Você levanta objetos acima de sua cabeça? e.g. para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar	1	2	3	0	4?	4?
12		Você cozinha? i.e. preparar comida quente ou fria	1	2	3	0	4?	4?
13		Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	4?	4?
14		Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? e.g. óleo, água	1	2	3	0	4	4
15		Você abre vidros com tampa de rosca? e.g. maionese	1	2	3	0	4?	4?
16		Destreza (mãos)	Você mexe/manipula objetos pequenos? e.g. moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes	1	2	3	0	4
17	Você usa botões? e.g. botões em roupas, bolsas		1	2	3	0	4	4
18	Você coloca linha na agulha? i.e. passa linha pelo olho da agulha		1	2	3	0	4?	4?
19	Você apanha pedaços de papel, mexe com papel/coloca em ordem?		1	2	3	0	4	4
20	Você apanha coisas do chão?		1	2	3	0	4	4
<b>Escores Parciais</b>			(s1)	(s2)	(s3)	(s4)	(s5)	(s6)
Escore SALSA (some todos os escores parciais: s1+s2+s3+s4+s5+s6)								
Escore de consciência de risco (conte o número de 4?s marcados em cada coluna)								

Escore SALSA: soma de todas as colunas (1-80)\*

- Sem limitação: até 24\*
- Limitação leve: 25 a 39\*
- Limitação moderada: 40 a 49\*
- Limitação severa: 50 a 59\*
- Limitação muito severa: 60-80\*
- Escore de consciência de risco: soma das colunas com 4\*.

## ANEXO VIII

### MOBILIDADE DE AMPUTADOS

(HAROLD WOOD-STANMORE MOBILITY GRADE-1991)

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Classificação de Mobilidade de Amputados

Harold Wood-Stanmore Mobility Grade - Pontuação: \_\_\_\_\_

Grau	Característica
1	Abandono da prótese ou apenas uso cosmético
2	Uso da 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 e 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
Obs	

## ANEXO IX

### ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

BERG-1992

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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

### **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 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 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 c/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

**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 por 30 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 90º. 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 90º. 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 o equilíbrio ou cair

**10. Virar-se e 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 atrás 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 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

**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 mãos
- ( 3 ) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- ( 2 ) capaz de girar 360 graus com segurança, 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 para o 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 à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos
- ( 3 ) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado. Independentemente e permanecer por 30 segundos
- ( 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

( ) Escore Total (Máximo = 56)

**ANEXO X****ESCALA GET UP AND GO E TIMED GET UP AND GO TEST**

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

"Get Up and Go " (Teste Qualitativo) e "Timed Up &amp; Go" (Teste Quantitativo):

O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira.

Duração: ( ) &lt;10 seg ( ) 10 a 20 seg ( ) 20 a 30 seg ( ) ≥ 30 Seg

Avaliação Quantitativa e Qualitativa da Marcha e Equilíbrio GET UP AND GO + TIMED UP AND GO			
Equilíbrio	Equilíbrio assentado	Firme, constante e estável	
	Levantamento da cadeira	Capaz de levantar em um único movimento sem usar os braços	
	Equilíbrio imediato ao sentar-se (3 a 5) segundos	Estável sem segurar em algum auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte	
	Rotação	Não segura ou cambaleia: não necessita segurarem qualquer objeto; os passos são contínuos	
	Sentando-se	Movimento suave, seguro	
Locomoção	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem nenhuma hesitação; o início da marcha é único e suave	
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, mas não mais do que de 2,5 ou 5 cm	
	Comprimento do passo	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio	
	Desvio de curso ou trajeto	Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente avança	
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para se manter a estabilidade	
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	
DURAÇÃO (SEGUNDOS)			

Avaliação Complementar do Equilíbrio	Equilíbrio de pé: estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de suporte	
	Equilíbrio com os olhos fechados (com os pés o mais próximo possível) estável, sem segurar algum objeto, com os pés unidos	
	Nudge test: paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão)	
	Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem apoiar-se	

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do avaliador

## ANEXO XI

### AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

(SERVIÇO DE FONOAUDIOLOGIA DA CSSI)

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Avaliador: \_\_\_\_\_

- Alimentação:
  1. Mastigação:
    - unilateral
    - bilateral
  2. Deglutição:
    - com tosse
    - engasga com frequência
    - normal
  3. Consistência dos alimentos:
    - pastoso
    - líquido
    - livre
- Linguagem:
  - Orientada
  - Difícil /nomeação
  - não fala /somente gestos
- Queixas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Conclusão

---



---



---

Escore :

Não necessita tratamento = 0 ( zero )

Necessita tratamento = 01 ( um )

- Encaminhamento

---



---



---

Adaptado de "Projeto Terapêutico Do Atendimento Aos Pacientes Crônicos Do Complexo Assistencial Santa Izabel". Betim, SSI/FHEMIG: 2002

## ANEXO XII

### AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA - AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Como você classifica:

	Sua saúde bucal	Sua aparência de dentes e gengivas	Sua mastigação	Sua fala devido a dentes e gengivas
Não sabe/não informou				
Péssima				
Ruim				
Regular				
Boa				
Ótima				

	Não sabe/não informou	Não afeta	Afeta pouco	Afeta mais ou menos	Afeta muito
De que forma sua saúde bucal afeta o relacionamento					

	Nenhuma Dor	Pouca Dor	Média Dor	Muita Dor
Quanto de dor sentiu nos últimos 6 meses				

Fonte: Indicadores sociais retirados do Projeto SB Brasil – 2003

Data							
Código							
0							
1							
2							
3							
4							
5							

**Critérios:**

- Código 0: Não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade. Não necessita restauração e/ou extração.
- Código 1: Apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 2: Apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 3: Apresenta mais de 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração.
- Código 4: Apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada.
- Código 5: Apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como maior problema.

Fonte: Critérios utilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte

Uso de prótese / necessidade de confecção:

Tipo	Usa	Não usa/necessita
PF		
+PF		
PPR		
PTR		
PPR/ PTR		

Obs.: PF,PPR,PTR(próteses fixa, parcial e total, respectivamente)

- Está adaptado a prótese dentária?

- Sim
- Não
- Não necessita

- Queixas /observações:

---



---



---

Adaptado de "Projeto Terapêutico Do Atendimento Aos Pacientes Crônicos Do Complexo Assistencial Santa Izabel". Betim, SSI/FHEMIG: 2002

## ANEXO XIII

### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO

#### TRIAGEM

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

Altura (cm): \_\_\_\_\_ Altura do joelho (cm): \_\_\_\_\_

- Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?
  - 0 = diminuição severa da ingesta
  - 1 = diminuição moderada da ingesta
  - 2 = sem diminuição da ingesta
- Perda de peso nos últimos meses
  - 0 = superior a três quilos
  - 1 = não sabe informar
  - 2 = entre um e três quilos
  - 3 = sem perda de peso
- Mobilidade
  - 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
  - 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
  - 2 = normal
- Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?
  - 0 = sim
  - 2 = não
- Problemas neuropsicológicos
  - 0 = demência ou depressão graves
  - 1 = demência leve
  - 2 = sem problemas psicológicos
- Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)
  - 0 = IMC < 19
  - 1 = 19 < IMC < 21
  - 2 = 21 < IMC < 23
  - 3 = IMC > 23

- Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pts.)  
12 pontos ou mais normal: desnecessário continuar a avaliação  
11 pontos ou menos : possibilidade de desnutrição, continuar a avaliação

#### AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO

- O paciente vive em sua própria casa (não em asilo ou hospital)?  
0 = não  
1 = sim
- Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?  
0 = sim  
1 = não
- Lesões de pele ou escaras?  
0 = sim  
1 = não
- Quantas refeições faz por dia?  
0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições
- O paciente consome:  
pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?  
 sim  
 não  
duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?  
 sim  
 não  
carne, peixe ou aves todos os dias?  
 sim  
 não  
0,0 = nenhuma ou uma resposta "sim"  
0,5 = duas respostas "sim"  
1,0 = três respostas "sim"
- O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?  
0 = sim  
1 = não
- Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?  
0,0 = menos de três copos  
0,5 = três a cinco copos  
1,0 = mais de cinco copos
- Modo de se alimentar:  
0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade
- O paciente acredita ter algum problema nutricional?  
0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter problema nutricional

- Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?  
0,0 = não muito boa  
0,5 = não sabe informar  
2,0 = melhor
- Circunferência do braço (CB) em cm  
0,0 = CB < 21  
0,5 = 21 < CB < 22  
1,0 = CB > 22
- Circunferência da panturrilha (CP) em cm  
0 = CP < 31  
1 = CP > 31

Escore Total (máximo 30 pontos):

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Escore da triagem (máximo 14 pontos)

#### **Avaliação do Estado Nutricional**

De 17 a 23,5 pontos - Risco de desnutrição

Menos de 17 pontos - Desnutrição

## **ANEXO XV**

### **FORMULÁRIO DE ESCORE FUNCIONAL GERAL**

Paciente: \_\_\_\_\_

nº prontuário: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Avaliador: \_\_\_\_\_

Formulário de Escore Funcional Geral		Escore 1º SEMESTRE/____	Escore 2º SEMESTRE/____
ESCALAS			
Nº	ESCALA DE POSIÇÃO COGNITIVA		
1	Escala de Avaliação do Estado Mental		
ESCALA DE DEPRESSÃO			
2	Escala Geriátrica de Depressão		
ESCALA DE INTERAÇÃO SOCIAL			
3	Avaliação Social		
ESCALA DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA			
4	Avaliação do Ambiente Doméstico		
5	Avaliação de Atividades de Vida Diária		
6	Avaliação de Atividades de Vida Diária Instrumental		
7	Escala de Salsa		

ESCALAS DE FUNÇÕES ORAIS			
8	Avaliação Fonoaudiológica		
9	Avaliação Odontológica		
ESCALA DO ESTADO NUTRICIONAL			
10	Avaliação Nutricional do Idoso		
ESCALAS DE EQUILÍBRIO FUNCIONAL			
11	Escala de Equilíbrio de Berg		
12	Escala Get Up and Go e Timed Get up and Go test		
ESCALA DE USO DE PRÓTESE			
13	Escala Mobilidade de Amputados		

## ANEXO XIV

### TEXTO SUBSIDIÁRIO

#### APLICAÇÃO DAS ESCALAS E INSTRUMENTAIS (ANEXOS):

##### 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 à população asilar das Casas de Saúde do Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso e aos pacientes de idosos de longa permanência que possam estar internados em outras unidades.

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.

A aplicação de todas as escalas permite uma visão geral das disfunções encontradas e do nível de incapacidade do grupo estudado.

Após a aplicação das escalas seus escores devem ser transferidos para o formulário de escore funcional geral.

As escalas aplicadas deverão ser arquivadas no prontuário do paciente e seus escores deverão ser transferidos para o Formulário geral ( anexo XIV).

Os profissionais que compõe a equipe de reabilitação, de posse dos formulários de escore funcional geral (anexo XIV) de cada paciente em questão, deverão definir os objetivos e planos de tratamento dentro de sua área de atuação para o semestre de tratamento para cada paciente avaliado.

A cada semestre será marcada uma reunião da equipe multiprofissional na presença do Gerente Assistencial da Unidade, para que os objetivos e planos terapêuticos de todos os profissionais e pacientes asilares sejam discutidos e transferidos para a planilha de plano terapêutico geral que contém todos os dados da assistência prestada ao idoso asilar.

Após 6 meses as escalas deverão ser reaplicadas e os escores de cada fator de saúde deverão ser comparados para a verificação dos resultados das intervenções profissionais .

A equipe novamente se reunirá, analisará os dados e definirá em conjunto, quais serão os novos objetivos e planos terapêuticos individuais para um novo período de seis meses.

Desta forma a assistência ao paciente será sempre monitorada e atualizada em ciclos evolutivos semestrais.

Sendo assim todo o planejamento da assistência aos pacientes asilares gerará dados essenciais para o acompanhamento da evolução dos mesmos e para o correto gerenciamento de recursos assistenciais a disposição na unidade hospitalar, determinando constante empenho da equipe a cada reavaliação para identificar as necessidades reais dos idosos sobre sua responsabilidade.

#### DESCRIÇÃO DAS ESCALAS FUNCIONAIS:

### 1 Minimental:

#### a) Justificativa do uso da escala:

O processo do envelhecimento apresenta fatores que influenciam a habilidade (sentidos, pensamento, raciocínio) e a capacidade de respostas a estímulos externos tais como a idade, nível de escolaridade, interesses pessoais, comportamento, saúde, atividades que desenvolve habitualmente, quantidade de estímulos a que é exposto, aspectos psico emocionais e socioculturais.

A avaliação cognitiva verifica a habilidade de um indivíduo para desempenhar respostas de natureza intelectual, considerando sua história pessoal e expectativas. O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é provavelmente da escala mais utilizada mundialmente para a avaliação da cognição.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos.

#### 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 26 pontos.
- **Conduta:** Em caso de déficit cognitivo encaminhar para avaliação e tratamento clínica/geriátrica, terapêutico ocupacional e psicológico do idoso.

## 2. Escala de depressão geriátrica:

### a) Justificativa do uso da escala:

Os idosos têm maior risco para apresentarem doenças mentais como a depressão e a demência. A depressão na velhice, com frequência, manifesta-se de maneira atípica, o que dificulta seu reconhecimento.

Principais sinais:

- Dor moral e lentificação ideomotora
- Distúrbios cognitivos (pseudo-demência)
- Ansiedade (agitação, insônia)
- Queixas somáticas
- Delírios de prejuízo
- Atitude regressiva

A depressão no idoso pode ser secundária a:

- AVC
- Demência
- Doença de Parkinson
- Distúrbio tireoideano
- Vasculites
- Coronariopatias e ICC
- Câncer
- Dor crônica

Prognóstico:

- Recidivas frequentes
- Necessidade de acompanhamento clínico regular.

Para avaliar a depressão no idoso será utilizada a Escala de Depressão Geriátrica/ GDS (Yesavage) de QUINZE itens, com ponto de corte de seis itens sendo dois na GDS 5.

### b) Metodologia de aplicação:

O teste será aplicado pelo psicólogo da equipe multiprofissional, consiste em 30 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 de resultados e conduta.

Interpretação: Contar 1 ponto para cada resposta destacada (em negrito)

- De 0 a 5 pontos: exame normal
- De 5 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve
- Acima de 11 pontos: provável depressão severa.

Conduta:

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 e outros, como a eletroconvulsoterapia.

## 3. Avaliação Social:

### a) Justificativa do uso da escala:

A falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social contribuem negativamente para as suas condições clínicas e seu estado funcional. Cabe à

equipe de saúde avaliar esses parâmetros com perguntas simples direcionadas ao paciente e aos seus familiares, para correta avaliação domiciliar visando arranjos e adaptações necessários. A escala de apoio social escolhida foi elaborada, originalmente, para o Medical Outcomes Study (MOS) através de um estudo com pessoas portadoras de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão) e validadas para o Português (GRIEP & Cols. 2005).

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 desde que seja preservada a intimidade do paciente.

Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, emocional e informação.

Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são possíveis:

- 1 (“nunca”);
- 2 (“raramente”);
- 3 (“às vezes”);
- 4 (“quase sempre”);
- 5 (“sempre”).

Ao final soma-se o escore de cada uma das dimensões:

1. material – provisão de recursos práticos e ajuda material- (quatro perguntas- mínimo de 4 pontos máximo de 20 pontos)
2. afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto (três perguntas- mínimo de 3 pontos máximo de 15 pontos);
3. interação social positiva – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se-(quatro perguntas- mínimo de 4 pontos máximo de 20 pontos) ;
4. emocional – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo: situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida (quatro perguntas - mínimo de 4 pontos máximo de 20 pontos);
5. informação – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (quatro perguntas- mínimo de 4 pontos máximo de 20 pontos); .

c) Interpretação de resultados e conduta.

Cada dimensão deve ser analisada de forma a revelar as referências pessoais que o idoso tem para suas necessidades sociais e de que forma elas interagem, quais estão sendo supridas e quais estão carentes de investimento pessoal, familiar ou institucional.

Conduta : Uma vez identificados as dimensões onde haja déficit na participação social ,a pessoa , a família, a sociedade e a instituição devem ser mobilizadas para atender as necessidades do individuo, sendo imprescindível o planejamento terapêutico do usuário a ser realizado pela equipe psico-social, por envolver os múltiplos aspectos emocionais , familiares, de história de vida e cidadania .

#### 4. Ambiente doméstico:

a) Justificativa do uso da escala:

A avaliação do ambiente domestico tem como objetivo avaliar o risco de queda do idoso no seu ambiente domiciliar.

b) Metodologia de aplicação:

Observar o espaço caminhando pelo ambiente acompanhado pelo idoso e pelo cuidador esclarecendo possíveis dúvidas quando surgirem.

Considerar que o ambiente físico não é estático e a colocação dos objetos e a organização física pode variar ao longo do dia. Avaliar a natureza das estratégias ambientais (dispositivos de ajuda), as características do paciente

(desempenho, necessidades, e desejos), dos membros da família e da rede de suporte (objetivos dos cuidadores, necessidades e capacidades), e os atributos físicos do ambiente. Avaliar as áreas de locomoção (A), a iluminação (B), o quarto de dormir (C), o banheiro (D), a escada/ degraus (E). A pontuação será 1 quando a resposta for SIM e 2 quando a resposta for Não.

A soma total sendo maior que 18 pontos indica a necessidade de adaptações. Marcar as áreas que devem ser adequadas. Na área de observações devem constar anotações que dizem respeito a entrevista com o idoso e a sua avaliação de desempenho no ambiente doméstico e dos atributos físicos do ambiente conforme abaixo:

- Entrevista com o idoso:  
Conhecer as demandas, a necessidade e os desejos em relação ao espaço, tais como a rotina prévia e atual, a necessidade atual de suporte, como lida com os problemas cotidianos, levantar os fatores de estresses psicológicos atuais.
- Avaliação do desempenho do idoso no ambiente:
  - Avaliar as habilidades preservadas, as que podem ser restauradas e as habilidades perdidas.
  - Determinar as atividades que o cliente exerce e exercerá no ambiente e anotar soluções adotadas no momento.
  - Analisar recursos disponíveis.
  - Conhecer a motivação do idoso.
- Avaliação dos atributos físicos do ambiente:  
Identificar as pistas no ambiente requer uma observação cuidadosa considerando as relações do ambiente com as habilidades do usuário:
  1. Segurança para entrar e sair do ambiente;
  2. A mobília facilita a movimentação?
  3. Disponibilidade e acesso aos objetos;
  4. Centros de controle de comandos estão em locais estratégicos?
  5. Quais as atividades são realizadas nos diferentes espaços?
  6. Para a realização de cada atividade estão presentes os itens necessários?
  7. O local contém muitos itens, poucos ou o suficiente?
  8. Indagar sobre algum local da residência que não é freqüentado e qual o motivo e o local onde passa a maior parte do tempo, a atividade desenvolvida e os problemas com o local.
  9. Avaliar a altura da cama; se esta é adequada para transferência independente de cadeira de rodas (quando necessário), ou se está adequada para a força dos membros inferiores e proporciona sentar-se e levantar-se independente. Caso seja necessário, ela oferece segurança para o idoso dormir? O colchão está adequado às características corporais?
  10. A família e o idoso aceitam mudanças no ambiente?

c) Interpretação de resultados e conduta:

Interpretação: A soma total sendo maior que 18 pontos indica a necessidade de adaptações. As áreas devem ser identificadas.

- Conduta: Caso necessário para cada área a ser adequada o profissional deve:
  - Orientar, treinar e adaptar as atividades cotidianas e a modificação do ambiente;
  - O ambiente deve ser adaptado de forma a direcionar a prevenção de acidentes e quedas.

## 5. AVDB e AVDI:

a) Justificativa do uso da escada:

Avaliar a capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio faz parte de um conceito fundamental da avaliação gerontológica, vários autores apontam

que a incapacidade funcional é o mais importante preditor para a mortalidade (CASSIANO, 2008). É medida por meio de instrumentos que avaliam a capacidade do paciente para executar as Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da vida Diária (AIVD).

- 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.

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade para executar as Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Para avaliar as Atividades da Vida Diária, citamos o Índice de Katz e a escala de Lawton/ Brody modificada por serem de fácil aplicação e validadas para o Português. .

b) Metodologia de aplicação:

A escala de Lawton, deverá ser aplicado por terapeuta ocupacional em ambientes calmos e confortáveis ou à beira do leitos, desde que preservada a privacidade do idoso . As perguntas devem ser lidas de forma clara, alta e pausada a fim de que possam ser respondidas com as seguintes respostas: Sem ajuda, com ajuda e incapaz. Observação: a não ser a título de pesquisas científicas, as atividades de vida diária instrumentais devem ser avaliadas pela capacidade para realizar cada uma das atividades, não tendo significado clínico o Escore Total.

O índice de Katz avalia a capacidade de auto-cuidado do idoso ao realizar as tarefas básicas da sua vida diária, como: banhar-se , vestir-se etc.

c) Interpretação de resultados e conduta.

Escore SALSAS: soma de todas as colunas

Resultado: (1-80):

- Ate 24: sem limitação
- De 25 a 39: limitação leve
- De 40 a 49: limitação moderada
- De 50 a 59: limitação severa
- De 60 a 80: limitação muito severa
- Escore de consciência de risco: soma das colunas com 4\*.

• Conduta:

Identificar as causas das limitações e estabelecer objetivos e ações terapêuticas para alcançar os ganhos funcionais nas atividades identificadas como limitadas.

**6. SALSAS:**

a) Justificativa do uso da escala:

Construída dentro do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, seu enfoque é além da doença, e busca conhecer o que acontece com aquela pessoa após o diagnóstico, com decorrer do tempo. O objetivo desta escala é avaliar a extensão da limitação de atividade e o risco de aumentar as deficiências durante a realização das atividades. (manual de prevenção de incapacidades, 2008)

A filosofia da escala SALSAS é que se quer obter uma medida da limitação de atividades, isto é, do grau em que uma pessoa consegue realizar as atividades de vida diária. Se o cliente incorporou o uso de adaptações/órteses em seu modo de vida, é de interesse saber seu desempenho com o auxílio desses equipamento (manual de prevenção de incapacidades, 2008)

- Fácil e simples de usar em condições clínicas
- Não requer equipamentos ou habilidades especiais
- É validado para população brasileira, para ser largamente aplicável

- É relevante para qualquer pessoa com neuropatia periférica de longa duração
- É sensível a alterações nas capacidades dos clientes
- O questionário SALSA permite avaliar o quanto os clientes estão conscientes dos assuntos de segurança e
- O quanto eles limitam, voluntariamente, suas atividades, por causa de preocupações com sua segurança.

b) Metodologia de aplicação:

O questionário deve ser aplicado sem qualquer julgamento ou pressuposição quanto à adequação da resposta baseado nas deformidades apresentadas pelo entrevistado. Da mesma forma, não se deve pedir ao entrevistado que demonstre ou realize qualquer uma das atividades no momento da entrevista.

Durante a entrevista, o entrevistador deve marcar uma opção de resposta para cada uma das perguntas feitas. Para calcular o escore SALSA some os escores (os valores numéricos) que estão nas opções marcadas, o resultado de cada coluna deve ser somado e, dessa forma, obtém-se o escore final. Para o escore de consciência de risco, some o número de 4 com um círculo em volta e não os “valores quatro”. Dessa forma o escore SALSA varia de 0 a 80 e a consciência de risco entre 0 e 11.

Escore mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades, mas também indicam que há uma limitação de atividade em razão disso. (manual de prevenção de incapacidades, 2008)

c) Interpretação de resultados e conduta:

Escore final: 1 a 80

Escore baixo (QUANTO?): pouca dificuldade com atividades da vida diária

Escore mais altos: níveis crescentes de limitação de atividade

## 7. 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 à 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 Grade<sup>78</sup> 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.

## 8. Escala de Equilíbrio de Berg (Berg Balance Scale):

### a) Justificativa do uso da escala:

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 avaliação deverá ser realizada por fisioterapeuta. A BBS avalia o desempenho do equilíbrio funcional em 14 itens comuns à vida diária. Cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos. Portanto, a pontuação máxima pode chegar a 56. Os pontos são baseados no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância em que o membro superior é capaz de alcançar à frente do corpo e no tempo para completar a tarefa.

Para a realização da BBS são necessários: um relógio, uma régua, um banquinho e uma cadeira, e 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 demonstrar cada tarefa e/ou dar as instruções como estão descritas. Ao pontuar, registrar a categoria de resposta mais baixa, 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 necessita 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 score do paciente. Os equipamentos necessários para realizar os testes são um cronômetro ou um relógio com ponteiro de segundos e uma régua ou outro indicador de: 5, 12,5 e 25 cm. As cadeiras utilizadas para o teste devem ter uma altura adequada. Um banquinho ou uma escada (com degraus de altura padrão) podem ser usados para o item 12.

### c) Interpretação de resultados e conduta:

De acordo com Shumway-Cook & Woollacott (2003), na amplitude de 56 a 54, cada ponto a menos é associado a um aumento de 3 a 4% abaixo no risco de quedas, de 54 a 46 a alteração de um ponto é associada a um aumento de 6 a 8% de chances, sendo que abaixo de 36 pontos o risco de quedas é quase de 100%.

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.

9. GET UP AND GO E TIMED GET UP AND GO TEST:

a) Justificativa do uso da escala: o paciente é solicitado a levantar-se de uma cadeira, deambular 3 metros, retornar e assentar-se novamente. A proposta do teste é avaliar o equilíbrio assentado, transferências de assentado para a posição de pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias (Mathias, Nayak e Isaacs 1986). Posteriormente esse teste passou a ser mensurado pelo tempo necessário para o indivíduo realizar todas as tarefas propostas, passando a se chamar timed get up and go test. (REF?)

b) Metodologia de aplicação: Analisamos o desempenho do paciente em cada uma das tarefas comparativamente com indivíduos sem alterações. O teste é pontuado da seguinte maneira: 1 (normal); 2 (anormalidade leve); 3 (anormalidade média); 4 (anormalidade moderada); 5 (anormalidade grave). Pacientes que apresentem 3 ou mais, possuem risco aumentado de queda.

c) Interpretação de resultados e conduta. Interpretação de resultados:

- Pacientes adultos independentes sem alterações no equilíbrio realizam o teste em 10 segundos ou menos; pacientes com independência em transferências básicas realizam em 20 segundos ou menos.
- Pacientes que realizam o teste em 30 segundos ou mais são dependentes em muitas AVD's e na habilidade da mobilidade.

Conduta: Em caso de déficit causado por disfunções do movimento encaminhar para avaliação e tratamento fisioterapêutico e encaminhar à especialidades médicas quando necessária intervenção clínica-cirúrgica.

10. 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 a 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 fonoaudiológica 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.

## 11. 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 predispoem 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.

## 12. 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.

### b) Metodologia de aplicação Avaliação Nutricional do Idoso:

Equipe de Terapia Nutricional

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

Médico Assistente/Enfermeiro

- Preencher o Pedido de Interconsulta (ANEXO I)
- Acompanhar o paciente classificado como desnutrido ou em risco nutricional junto à Equipe de TN.

c) Interpretação de resultados e conduta.

Indicadores Antropométricos

- IMC < 22 Kg/m<sup>2</sup>
- 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 < 1800mm<sup>3</sup>

- < 1800 mm<sup>3</sup> - Desnutrição Leve
- < 1200 mm<sup>3</sup> - Desn. Moderada
- < 800 mm<sup>3</sup> - 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

Conduta Nutricional (à cargo da equipe de terapia nutricional e médico assistente): Prescrição e acompanhamento da Dieta VO, Suplementação à dieta VO e Início de Terapia Nutricional (NE ou NPT).