



# AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

curso • Geriatria

## • INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é tema comentado em vários setores, principalmente nos últimos anos. A estimativa para 2050 é de que a população idosa represente cerca de 20% da população mundial! Claro que o aumento da expectativa de vida deve ser encarado como uma grande conquista do desenvolvimento dos estudos em saúde, porém ainda assim uma boa parcela dos idosos envelhece com multimorbidade e incapacidade relevantes.

A avaliação de um paciente idoso, especialmente os frágeis e com muitas comorbidades, deve ser feita considerando aspectos multifatoriais, levando em conta sua complexidade e abordando fatores fisiológicos, cognitivos, sociais, funcionais e psicológicos. A resposta para a necessidade de uma maneira particular de avaliar um idoso se encontra na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou Avaliação Geriátrica Global (AGG). Esse conceito por volta de 1936, no Reino Unido, com a médica Marjory Warren que trabalhava com reabilitação de pacientes frágeis, introduzindo o conceito de cuidado interdisciplinar com a meta de um planejamento terapêutico individualizado.

Hoje, a AGA é utilizada não somente no contexto de internação hospitalar, mas em unidades de emergência, instituições de longa permanência, ambulatórios e nos atendimentos em domicílio.

## • A AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

A AGA é um método interdisciplinar de diagnóstico multidimensional que avalia as deficiências e incapacidades do idoso e planeja seu cuidado a médio e longo prazos. Nessa anamnese diferenciada identificamos as doenças crônicas do idoso, sua relação de medicamentos de uso contínuo, o grau de autonomia e independência funcional, seu suporte social e financeiro, além da identificação de riscos nutricionais e de mobilidade.

O que diferencia a AGA de uma anamnese comum é a ênfase dada na avaliação funcional e de qualidade de vida, utilizando-se de instrumentos (testes, índices, escalas), e sempre com foco em uma intervenção – seja para um



aconselhamento sobre saúde, reabilitação ou até mesmo indicação de institucionalização ou internação hospitalar.

A AGA é preferencialmente realizada nos idosos frágeis e portadores de multimorbidades; é o padrão-ouro da avaliação clínica do idoso. Para que seja adequada a sua aplicação deve SEMPRE gerar um plano terapêutico.

Dentre os inúmeros benefícios da sua aplicação, a AGA identifica os riscos de iatrogenia, complementa a avaliação clínica tradicional, define as limitações das atividades dos idosos e o risco de declínio funcional, prediz desfechos desfavoráveis como mortalidade, direciona possíveis adaptações ambientais, etc.

## • ESTRUTURA E COMPONENTES DA AGA

A AGA é um processo multidimensional que se utiliza de instrumentos padronizados para avaliar a complexidade dos idosos em no mínimo quatro dimensões: capacidade funcional, condições médicas, saúde mental e funcionamento social.

### 1) Avaliação funcional

A funcionalidade do idoso é a capacidade que ele tem de cuidar de si mesmo e de viver de forma independente dentro da sociedade; é analisada por dois conceitos distintos: Independência – quando o idoso realiza atividades específicas sem precisar da ajuda de uma outra pessoa (avaliada através das Atividades Básicas de Vida Diária - ABVDs), e a Autonomia – que é a capacidade do idoso tomar decisões (avaliada pelos instrumentos de Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVDs). A Escala de Katz é um instrument que pode ser utilizado para avaliar a capacidade do paciente em realizar suas ABVDs; nessa escala são pontuadas as tarefas sobre o autocuidado e foi elaborada seguindo o raciocínio de que a funcionalidade segue um padrão de declínio: primeiro o paciente perde a capacidade de banhar-se, e assim sucessivamente, até perder a capacidade de alimentar-se.



ABVDs	DEPENDENTE	INDEPENDENTE
Banhar-se	Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo (cabeça e costas, por exemplo) ou não é capaz de tomar banho sozinho	Não recebe ajuda ou recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou uma perna, por exemplo)
Vestir-se (inclui pegar as roupas em armários e gavetas e manusear fechos)	Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se	Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda ou recebe ajuda apenas para amarrar os sapatos
Uso do Vaso Sanitário (inclui a ida ao banheiro, higiene íntima e arrumar as roupas)	Não é capaz de utilizar o banheiro ou recebe ajuda para ir, ou para higiene ou para arrumar as roupas após evacuação ou micção	Vai ao banheiro, realiza a própria higiene e arruma as roupas após (inclui a capacidade de usar urinol ou comadre a noite e esvaziar pela manhã)
Transferência	Incapaz de sair da cama ou cadeira ou somente o faz com auxílio de outra pessoa	Deita-se e levanta-se da cama e/ou senta-se e levanta-se de uma cadeira sem ajuda (pode utilizar apoio como bengala ou andador)
Continência	Necessita de ajuda para controle ou usa cateter, é incontinente ou tem perdas/ escapes ocasionais	Controla totalmente micção e evacuação



Alimentação	Recebe ajuda ou é alimentado parcial ou completamente por cateter ou via intravenosa	Alimenta-se sem ajuda de outra pessoa ou recebe auxílio para cortar carne ou passar manteiga no pão
-------------	--	---

A Escala de Lawton, apesar de não ter sido validada ainda para a população brasileira, é utilizada como instrument para avaliar as AIVDs.

AIVDs	DEPENDENTE	INDEPENDENTE
Capacidade de usar o telefone	Completamente incapaz	Utiliza o telefone por conta própria ou consegue atender as ligações mas necessita de ajuda para discar
Compras	Completamente incapaz, mesmo com supervisão	Realiza todas as compras com ou sem supervisão
Preparar refeições	Completamente incapaz de preparar uma refeição	Capaz de preparar uma refeição completa com supervisão ou totalmente sem ajuda
Tarefas domésticas	Incapaz de realizar qualquer tarefa	Realiza todo o trabalho sem ajuda ou é capaz de fazer tarefas leves ou as realiza com supervisão
Reparos em casa e Trabalhos manuais	Completamente incapaz de realizar	Realiza os trabalhos sem ajuda ou é capaz de realizar com supervisão



Lavar roupas	Incapaz de lavar qualquer peça de roupa	Capaz de lavar toda a sua roupa com ou sem auxílio
Meio de transporte	Incapaz de utilizar qualquer meio de transporte	Capaz de dirigir carros ou viajar de ônibus, trem, metrô ou táxi sozinho ou com auxílio
Manuseio de medicação	Incapaz de tomar a medicação	Toma toda a medicação na dose e hora corretas sem auxílio ou com ajuda de lembretes ou supervisão
Manuseio de dinheiro	Incapaz de lidar com dinheiro	Administra seus assuntos econômicos, paga contas, manuseia dinheiro ou preenche cheques (pode receber ajuda para preencher cheques e pagar contas)

## 2) Avaliação da função cognitiva e alterações de humor

O declínio cognitivo pode levar a dependência progressiva e culminar na perda de autonomia do idoso; os testes de rastreio cognitivo costumam ser simples, práticos de aplicar e fáceis. A depressão nos idosos pode cursar com incapacidade funcional e déficit cognitivo, sendo um importante diagnóstico diferencial, e deve ser também rastreado.



INSTRUMENTOS/ TESTES	COMO FAZER?
MiniExame do Estado Mental (MEEM)	<p>Teste de rastreio de fácil aplicação (lembrar que não serve como teste diagnóstico), que avalia os principais domínios cognitivos. Com pontuação máxima de 30 pontos, os escores variam conforme a escolaridade do paciente avaliado – analfabetos devem fazer pelo menos 20 pontos, de 1 a 4 anos de estudo, pelo menos 25 pontos, de 5 a 8 anos, 26 pontos, de 9 a 11 anos de estudo, pelo menos 28 pontos, e acima de 11 anos de escolaridade devem fazer 29 ou 30 pontos. Esse teste avalia orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem.</p>
Fluência Verbal	<p>Tem a função de avaliar a linguagem, função executiva e memória semântica, dentre os domínios cognitivos. O paciente deve falar, em 1 minuto, a maior quantidade de palavras dentro de uma mesma categoria semântica (por exemplo, animais, frutas) ou dentro da mesma categoria fonêmica (por exemplo, palavras que se iniciam com a letra F), excluindo-se as repetições. O escore também é variável de acordo com a escolaridade – para pessoas com menos de 8 anos de estudo devem ser listadas pelo menos 9 itens e, para os com 8 anos ou mais de escolaridade, pelo menos 13 itens.</p>
Teste do Desenho do Relógio	<p>Avalia a função executiva, compreensão verbal, memória, habilidade visuoespacial e abstração. Deve ser solicitado que o paciente desenha em uma folha em branco, um mostrador de um relógio, com números e ponteiros, marcando 11:10 ou 2:45 (ponteiros em quadrantes opostos). Esse teste é recomendado para pessoas com pelo menos 4 anos de escolaridade e existem diferentes maneiras de pontuar – a mais conhecida é a avaliação de 10 pontos.</p>



Escala de Depressão Geriátrica - GDS (Escala de Yesavage)	Nesse teste de rastreio o paciente responde às perguntas com SIM ou Não. A versão original do teste contém 30 perguntas, mas hoje já existem versões de 15, 10 e até menos questões. Um teste com mais de 5 respostas SIM é considerado um rastreio positivo e deve ser investigado.
---	--

### 3) Avaliação de Equilíbrio, Mobilidade e Risco de Quedas

Dentro do exame clínico tradicional, o exame neurológico é essencial para identificar alterações no aparelho locomotor, assim como a verificação de hipotensão postural. Alguns instrumentos/ testes podem ser usados para essa avaliação:

INSTRUMENTOS/ TESTES	COMO FAZER?
Timed Get Up and Go	É realizado da mesma forma que o Get Up and Go com cronômetro estimando tempo para realizar a tarefa; se menor que 10 segundos consideramos o idoso como independente, se maior que 20 segundos indica alto risco de quedas e de dependência.
Velocidade de Marcha	Medida do tempo (em milésimos de segundos) que o idoso leva para percorrer uma distância de 4 metros, dado em m/s; o ideal é a medida acima de 0,8m/s. Esse teste tem grande valor prognóstico e quando alterado está associado a mortalidade mais elevada e maior grau de dependência.
Força de Preensão Palmar	Medida com o auxílio de um dinamômetro manual – da marca Jamar®; o paciente, sentado em uma cadeira, com





(Hand grip)	o ombro em adução e neutro, cotovelo flexionado a 90° e antebraço em posição neutra, do membro dominante. O paciente deve apertar o dinamômetro com toda a força e a medida é obtida com a média de três tentativas. Os escores ainda não são consensuais; o mais utilizado é > 20kg para mulheres e > 30kg para homens mas a maioria das escalas tem valores que variam de acordo com gênero e IMC do paciente.
Circunferência de panturrilha	Medida da maior circunferência, realizada na perna não dominante; é a medida mais sensível para avaliar massa muscular em idosos. Idealmente deve ser maior ou igual a 31cm.
Avaliação de Sarcopenia	Avaliação de redução de massa e de função muscular – segundo os critérios do EWGSOP 2019

#### 4) Avaliação Nutricional

São vários os motivos que podem levar um idoso ao risco de nutrição, como viver sozinho, restrições funcionais e condições sociais desfavoráveis. A Mini Avaliação Nutricional (MAN) é o único instrumento validado para avaliação nutricional do idoso, com pontuação máxima da avaliação total de 30 pontos – uma pontuação abaixo de 23,5 indica risco de desnutrição e com menos de 17 pontos o paciente é considerado desnutrido. Esse instrumento é feito inicialmente com uma triagem – se o paciente pontuar menos de 12 pontos então será necessária continuar a avaliação nutricional. Importante lembrar que as medidas antropométricas devem sempre ser avaliadas nas consultas, com aferição de peso e altura e cálculo de IMC (Atenção! O IMC considerado eutrófico do idoso é entre 22 e 27 kg/m<sup>2</sup>). Durante essa avaliação também são importantes as medidas de circunferência do braço – avalia gordura subcutânea e musculature, e a circunferência da panturrilha – medida mais sensível da massa muscular em idosos.



## 5) Avaliação de Multimorbidades e Comorbidades

Com o envelhecer é comum encontrarmos listas gigantescas de morbidades; é importante saber a diferença entre os conceitos de multimorbidade e comorbidade – em muitos locais são ditos como sinônimos, mas não são. Multimorbidade é a ocorrência em um mesmo indivíduo de duas ou mais doenças crônicas enquanto o termo comorbidade é usado para caracterizar os efeitos combinados de doenças adicionais sobre uma doença principal; nos idosos é mais comum encontrarmos multimorbidade. A lista de doenças do paciente deve ser obtida durante a anamnese; alguns índices de comorbidades são utilizados para relacionar as doenças com prognóstico de sobrevida dos pacientes. O Índice de Comorbidade de Charlson inclui 19 condições clínicas que recebem pontuações específicas e se relacionam com a mortalidade em 1 ano; apesar de bastante utilizado na prática clínica, esse instrumento ainda não possui validação para a população brasileira.

## 6) Avaliação do Sono

Durante a anamnese é importante dar atenção aos horários da rotina do sono do paciente; que horas ele se deita, que horas se levanta, se ao acordar se sente descansado, se há insônia – e caracterizar essa insônia como inicial, de manutenção ou terminal – e se há presença de roncos como sonolência diurna na tentativa de identificar a Apneia do Sono. Com essa avaliação podemos orientar medidas de higiene do sono, iniciar medicações específicas ou solicitar exames e encaminhar o paciente para especialistas.

## 7) Avaliação dos medicamentos e Polifarmácia

A polifarmácia é definida como o uso regular de 5 ou mais medicamentos e é bastante comum com o envelhecimento pela necessidade de controle de várias doenças crônicas – apesar de muitas vezes necessária, não deixa de ser uma condição de risco para o idoso associada não só à interação medicamentosa como também risco aumentado de quedas e de hospitalização. Além do número dos medicamentos, devemos estar atentos aos medicamentos considerados inapropriados para idosos – esses medicamentos podem ser avaliados



pelos Critérios de Beers, da Sociedade Americana de Geriatria, ou pelos critérios STOPP/START. É importante fazer um inventário medicamentoso criterioso, convocando o paciente a mostrar todas as medicações que utiliza – incluindo fitoterápicos, pomadas, chás – e certificando a adesão do paciente ao tratamento, questionando sobre as doses utilizadas e os horários das tomadas. O processo de desprescrição tem ganhado destaque na prática clínica, identificando e descontinuando medicamentos quando são vistos danos potenciais ou já existentes relacionados à medicação.

## **8) Avaliação Sensorial**

As deficiências sensoriais são muito comuns com o envelhecimento e podem ser causas de declínio funcional nas atividades de vida diária e de quadros confusionais; os idosos devem ser questionados – e testados – para declínio visual e auditivo. Para avaliar a audição, pode ser feito o teste do sussurro e, para avaliação da visão, pode ser feito o teste com a tabela de Snellen. Se for encontrada alguma alteração, o paciente deve ser encaminhado ao especialista pois o prejuízo sensorial pode causar isolamento social e maior risco de quedas e de quadros confusionais.

## **9) Avaliação SocioAmbiental**

Uma das mais complexas avaliações do idoso; abrange as relações e atividades sociais que o idoso está envolvido, os recursos financeiros e familiares disponíveis e com quem o idoso pode contar se for preciso. Essas relações podem ser informais - com membros da família, vizinhos amigos – ou formais. As atividades sociais do idoso estão muito correlacionadas com qualidade de vida; o isolamento social é considerado um fator de risco importante para o déficit cognitivo. O Apgar da família (e dos amigos) é uma escala que pode ser utilizada para avaliar a qualidade da interação social dos idosos; essa escala varia de 0 a 10 e um escore menor que 3 indica disfunção nas relações familiares e/ou de amizade.



## 10) Avaliação de Atividade Física e Lazer

Esse aspecto deve ser questionado sobre inatividade física e sedentarismo ou prática regular de exercícios, sua intensidade e frequência. Atividades desportivas e de lazer estão intimamente relacionadas com o processo de envelhecimento ativo e bem sucedido.

## 11) Outros parâmetros

Além de todas essas avaliações descritas anteriormente, na AGA também é importante saber sobre a espiritualidade do paciente – apesar de pouco questionado, esse aspecto tem relação com suas condições sociais, humor e qualidade de vida. Além disso, a autoavaliação de saúde tem sido muito utilizada em grandes estudos populacionais com idosos – o paciente informa uma nota de 0 a 10 para sua saúde e esse parâmetro traz valiosas informações sobre a saúde desse idoso e sua qualidade de vida. Também podem ser abordados na AGA hábitos de micção e evacuação – em busca de sintomas de obstrução urinária, constipação ou sangue nas fezes; histórico de quedas no ultimo ano – mais de 2 quedas no ultimo ano indica alto risco de lesões, fraturas e mortalidade; e a abordagem de exames preventivos e carteira vacinal do idoso.

## • CONCLUSÃO

A AGA é uma ferramenta prática, de fácil aplicação e tem fundamental importância no planejamento terapêutico e identificação de riscos na população idosa. É essencial na abordagem multidimensional e interdisciplinar que norteia a prática da Geriatria e Gerontologia.

