**APRESENTAÇÃO DA AGG**

**1ºSLIDE**

APRESENTAÇÃO DA PESSOA - A Sra. A.M., do sexo feminino, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa, nasceu na freguesia da Vacariça do município da Mealhada, a 25 de fevereiro de 1930, tendo atualmente 92 anos. Estudou até à 3ª classe. Trabalhou toda a vida na agricultura e na criação de animais para consumo próprio. É viúva, e o seu marido, que também estava na mesma instituição, faleceu há cerca de 6 meses. Do casamento resultou um filho, que é o seu maior apoio.

ANTECEDENTES - A utente tem como antecedentes de saúde pessoais fibrilhação auricular permanente, insuficiência cardíaca e insuficiência venosa nos membros inferiores (MI). Em 2007 fez laqueação e stripping de veias varicosas nos MI e colocou uma prótese total da anca (PTA) esquerda, assim como uma prótese total do joelho (PTJ) direito. Em 2013 teve um acidente isquémico transitório (AIT) e em 2019 teve edema agudo do pulmão.

MOTIVO INSTITUCIONALIZAÇÃO - MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO A Sra. A.M. conta que inicialmente foi com o marido para casa do filho para ter apoio uma vez que já não conseguiam fazer todas as atividades de vida diárias (AVD’s) sozinhos e ambos tinham passado por várias cirurgias recentemente. Sendo que o filho e a nora têm uma vida ativa, passado um ano decidiram que a melhor opção seria institucionalizar os idosos e por este motivo, a utente encontra-se na Casa do Juiz, desde junho de 2020.

**2ºSLIDE**

DEFINIÇÃO AGG - Podemos definir a Avaliação Geriátrica Global como a “avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário - físico, mental, funcional, social - com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades.”

**3ºSLIDE**

AVALIAÇÃO CLÍNICA – Relativamente aos sinais vitais: pressão arterial de 86/55 mmHg, hipotensa, uma frequência cardíaca de 63 (bpm) (normocárdica), frequência respiratória de 14 ciclos por minuto (eupneica), temperatura corporal de 36,2ºC (apirética) e saturação periférica de oxigénio a 95%. queixas de cefaleia que a utente caraterizou com dor 4.

Relativamente à hipotensão, poderá ser um efeito secundário da medicação, mais especificamente do rivaroxabano e por este motivo é necessária uma maior vigilância devido ao risco de queda.

A Sra. A.M. tem uma ferida traumática no terço inferior do membro inferior direito, desde agosto de 2022, com cerca de 0,5 cm, bordos definidos, maioritariamente tecido de epitelização (80%) e um pouco de tecido de granulação (20%). O tratamento à ferida é realizado dia sim dia não, é utilizado para limpeza soro fisiológico 0,9% e o penso é realizado com flaminal hydro, compressas e adesivo. A ferida tem tido uma boa evolução, com diminuição da área lesada, aumento do tecido de epitelização e sem quaisquer sinais inflamatórios

Tabela terapêutica : Ao analisar a mesma detetei possíveis interações medicamentosas, nomeadamente com a administração concomitante de digoxina e atorvastatina, que pode fazer com que os níveis séricos de digoxina fiquem mais elevados, aumentando o risco de toxicidade. Além disso, poderá existir interação entre a administração concomitante de digoxina e furosemida, uma vez que o aumento da excreção urinária de potássio e magnésio causado pelos diuréticos afeta a ação muscular cardíaca. O mesmo acontece com a administração de digoxina e metolazona. No entanto, para minimizar esta interação pode ser utilizado um diurético poupador de potássio, que é o caso da espironalactona que faz parte da tabela terapêutica. Ainda, a administração concomitante de furosemida e metolazona pode resultar em diurese profunda e consequentemente graves desequilíbrio eletrolítico. Analisando a tabela segundo o critério de Beers da Sociedade Americana de Geriatria (2019), a digoxina não deve ser administrada em idosos como primeira linha do tratamento da fibrilhação arterial, uma vez que existem alternativas mais seguras e eficazes. Da mesma forma, a administração de rivaroxabano deve ser ponderada, uma vez que aumenta o risco de hemorragias, principalmente gastrointestinal, comparativamente com a varfarina que parece ser uma alternativa mais segura. Posto isto, considero que seria importante encaminhar a utente para fazer uma revisão do regime terapêutico.

**4ºSLIDE**

**AVALIAÇÃO FÍSICA**

O risco e a prevalência de queda aumentam com a idade: no grupo etário dos 65 anos, um terço cai, pelo menos uma vez por ano; acima dos 85 anos esta percentagem aumenta para 50%. A identificação dos idosos que têm alto risco de queda é o primeiro passo para ajudar os profissionais a definir intervenções para prevenir as quedas e as lesões associadas a estas.

**5ºSLIDE**

No que diz respeito às caraterísticas da marcha, a Sra. A.M. dá passos curtos, sem levantar totalmente os pés do chão o que faz com que seja uma marcha instável. Embora a utente dependa do andarilho para se movimentar, pois sem ele perde o equilíbrio, consegue caminhar autonomamente e sem necessidade de supervisão, o que faz com que seja pertinente a avaliação do risco de queda. Além disso, a Sra. A.M. é polimedicada, o que constitui um fator de risco.

**6ºSLIDE**

a Sra. A.M. pesava 68 quilogramas (Kg) e tinha 1,45 m, o que corresponde a um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32,3 kg/m2 (ANEXO III) o que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica obesidade grau I. A Sra. A.M. faz 5 refeições diárias e ingere a totalidade das mesmas, não referindo nenhuma preferência alimentar específica nem nenhuma alergia. A utente consome cerca de 1 litro de água por dia e tem conhecimento que devia aumentar este consumo, no entanto, não o faz para não se deslocar com tanta frequência à casa de banho porque se cansa com facilidade. Não possui dificuldade na mastigação nem deglutição dos alimentos e utiliza prótese dentária que se encontra funcional. De forma a obter uma análise mais completa, foi aplicado o instrumento Mini Nutritional Assessment, onde a Sra A.M. teve um total de 22 pontos.

**7ºSLIDE**

Função cognitiva

A Sra. A.M. é consciente e orientada no espaço, mas desorientada no tempo, pois não sabe em que ano, mês ou dia estamos.

De forma a obter uma avaliação simultaneamente mais completa e exigente das funções cognitivas, foi aplicado também o teste (MoCA). Uma vez que o declínio cognitivo ligeiro tem um elevado risco de evoluir para demência, este teste contribui para a identificação precoce da mesma. A pontuação obtida neste teste foi de 7 pontos, o que confirma défice cognitivo ligeiro, tendo em conta o ponto de corte de 22 pontos, como referido por. Neste sentido seria importante referenciar a utente para um diagnóstico diferencial, de forma a realizar uma avaliação neuropsicológica.

**7ºSLIDE**

Função afetiva

GDS inicial sem sintomatologia depressiva. Contudo, nos dias seguintes apercebi-me de que a senhora apresentava um fácies triste, recusa na participação de atividades de grupo, queixas de insónia inicial e terminal, cefaleias intensas e verbalização de sentimentos de vontade de morrer, “devia ir para o céu” [sic]. O significado que atribuo a esta alteração de humor é o facto da primeira avaliação ter sido imediatamente após uma saída da instituição para estar com a família e à medida que este dia foi ficando para trás o estado de humor da Sra. A.M. piorou. Outro significado que poderá ter será relacionado com a alteração sazonal, por termos entrado no outono. Segundo Fonte & Coutinho (2021), o Transtorno Afetivo Sazonal (TAS) é um transtorno depressivo recorrente que geralmente começa no outono/inverno e entra em remissão na primavera/verão, caraterizado por humor depressivo, falta de energia e perda da capacidade de sentir prazer ou interesse. Devido a estas alterações, optei por aplicar novamente a GDS-10, o que resultou num score de 3 pontos.

**7ºSLIDE**

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Índice de barthel – 65 pontos moderada dependência, Foi possível identificar que a utente é independente no que diz respeito à alimentação, atividades rotineiras como pentear o cabelo, eliminação intestinal e mobilidade embora se desloque com andarilho. Necessita de ajuda no banho, a vestir-se e a utilizar a casa de banho, sendo dependente na satisfação da NHF estar limpo e proteger os tegumentos. Relativamente à eliminação urinária tem acidentes ocasionais e por este motivo utiliza cueca fralda, tendo assim a NHF de eliminar alterada. Por fim, é incapaz de subir escadas.

No envelhecimento fisiológico, observa-se perda funcional gradual e progressiva, que não provoca incapacidade, mas resulta em limitações ao idoso, caraterizando a síndrome da fragilidade, que contribui para o aumento do risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, dependência e morte.

**8ºSLIDE**

AVALIAÇÃO SOCIAL

A Sra. A.M. tem um discurso adequado e organizado e consegue exprimir necessidades, em alguns momentos tem dificuldade em encontrar as palavras corretas, mas consegue chegar à palavra com alguma ajuda. Recusa frequentemente participar em atividades de grupo e tem uma fraca interação social com os outros utentes. No que diz respeito à família, a utente refere ter bastante apoio por parte do filho e da nora, embora não tenha visitas muito frequentes, recebe chamadas da família diariamente e aguarda ansiosa que lhe liguem.

No que concerne às condições ambientais, a Casa do Juiz

- é um espaço muito amplo, o que faz com que seja preciso percorrer longas distâncias

- O pavimento é maioritariamente plano e nos corredores a iluminação é automática. Nas zonas de declives possui piso antiderrapante em apenas alguns locais.

- A maioria das camas são elétricas e têm grades de proteção. Existem campainhas em várias zonas além dos quartos, para que o utente possa chamar caso necessário, como nas casas de banho de acesso geral e nas salas de estar.

- Existem barras de apoio nos acessos de forma a permitir uma maior estabilidade e apoio, assim como ao lado da sanita e chuveiros.

- Neste momento, o lado exterior da entrada encontra-se em obras, não se adequando à passagem de idosos. A instituição é dotada de um grande jardim, bem cuidado e adaptado, que infelizmente não é utilizado pelos idosos. Concluo assim que a instituição possui condições para garantir a qualidade de vida dos idosos.

**9ºSLIDE**

O raciocínio clínico que me levou a optar por este diagnóstico deve-se ao facto do humor depressivo ser a base de vários problemas secundários que a Sra. A.M. demonstrou ter, tais como a insónia, cefaleias e desinteresse nas atividades. Assim, trabalhando esse diagnóstico é provável que, como consequência, os problemas secundários melhorem ou deixem de existir. Além disso, as intervenções autónomas de enfermagem que realizei com a utente ao longo de todo o EC foram no sentido de melhorar o seu humor depressivo.