

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

2018



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

AUTORES

Edgar Nunes de Moraes

Adriane Miró Vianna Benke Pereira

Raquel Souza Azevedo

Flávia Lanna de Moraes

CURITIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

2018

©2018. Reimpressão. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Rua Piquiri, 170 – Rebouças
CEP: 80.230-140
Tel. (41)3330-4300
www.saude.pr.gov.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.
Bibliotecário responsável: Tiago Pereira Nocera CRB 9/1878

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde.

P223a Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA, 2018

113p. : il. color.

ISBN 978-85-66800-14-2

1 Saúde do idoso 2. Idoso 3. Geriatria 4. Avaliação geriátrica. I. Moraes, Edgar Nunes. II. Azevedo, Raquel Souza. III. Moraes, Flávia Lanna. IV. Pereira, Adriane Miró Vianna Benke. V. Título.

CDD 618.97

GOVERNADORA DO PARANÁ
Maria Aparecida Borghetti

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
Antônio Carlos F. Nardi

DIRETOR-GERAL
Sezifredo Paz

SUPERINTENDENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Juliano Schmidt Gevaerd

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Monique Costa Budk

DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO
Adriane Miró Vianna Benke Pereira
Rosana Olegário de Jesus



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Saúde e Envelhecimento	6
2. Fragilidade	10
3. Conceito de Funcionalidade no Idoso – Classificação Clínico-Funcional.....	18
4. Avaliação Multidimensional do Idoso	24
4.1 Identificação do Idoso de Risco: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como Instrumento de Gestão da Saúde.....	27
4.2 Instrumentos Multidimensionais	30
4.2.1 Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20)	33
4.2.2 Avaliação Multidimensional do Idoso para Atenção Básica (AMIAB).....	40
4.2.3 Avaliação Multidimensional do Idoso para a Atenção Secundária	68
5. Diagnóstico Geriátrico-Gerontológico	79
6. Plano de Cuidados	85
7. Caso Clínico.....	91
Referências.....	107

APRESENTAÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida dos paranaenses, aumentam os desafios da saúde pública em adotar estratégias para atender a demandas específicas dos idosos.

Com o lançamento da Rede de Atenção Integral de Saúde do Idoso, a Secretaria de Estado da Saúde estabelece protocolos e orientações importantes para que as equipes profissionais entendam as transformações que a idade traz e saibam como atender as particularidades dessa população.

O objetivo é oferecer condições para que as pessoas atinjam idades avançadas mantendo a independência, a autonomia e a qualidade de vida.

Este material apresenta os princípios e instrumentos da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, processo de trabalho que fundamenta a Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Paraná. Este caderno orientador deve estar disponível às equipes de saúde em todos os pontos de atenção, subsidiando a tomada de decisões no atendimento aos idosos.

Antônio Carlos F. Nardi
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

1

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

SAÚDE E ENVELHECIMENTO

1

O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Consequentemente, constata-se o surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde. Todavia, ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional. Assim, o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade.

O conceito de saúde deve estar claro no idoso. Não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde. Define-se saúde como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças (Moraes e Lanna, 2014).

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra (Veras, 2012). A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição de sua participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando seus papéis sociais. Deste modo, esta é uma informação que não agrupa possibilidades de mudanças e é por este motivo que introduzimos um novo indicador de saúde, a CAPACIDADE FUNCIONAL. O foco da saúde está estreitamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (Moraes, 2012).

A capacidade funcional ainda não é um conceito claramente definido. Indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional absolutamente distinta um do outro, o que faz com que essa população seja extremamente heterogênea. Com efeito, a heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. Assim, a fronteira entre os conceitos de saúde, doenças, dependência e incapacidades deve estar bem definida.

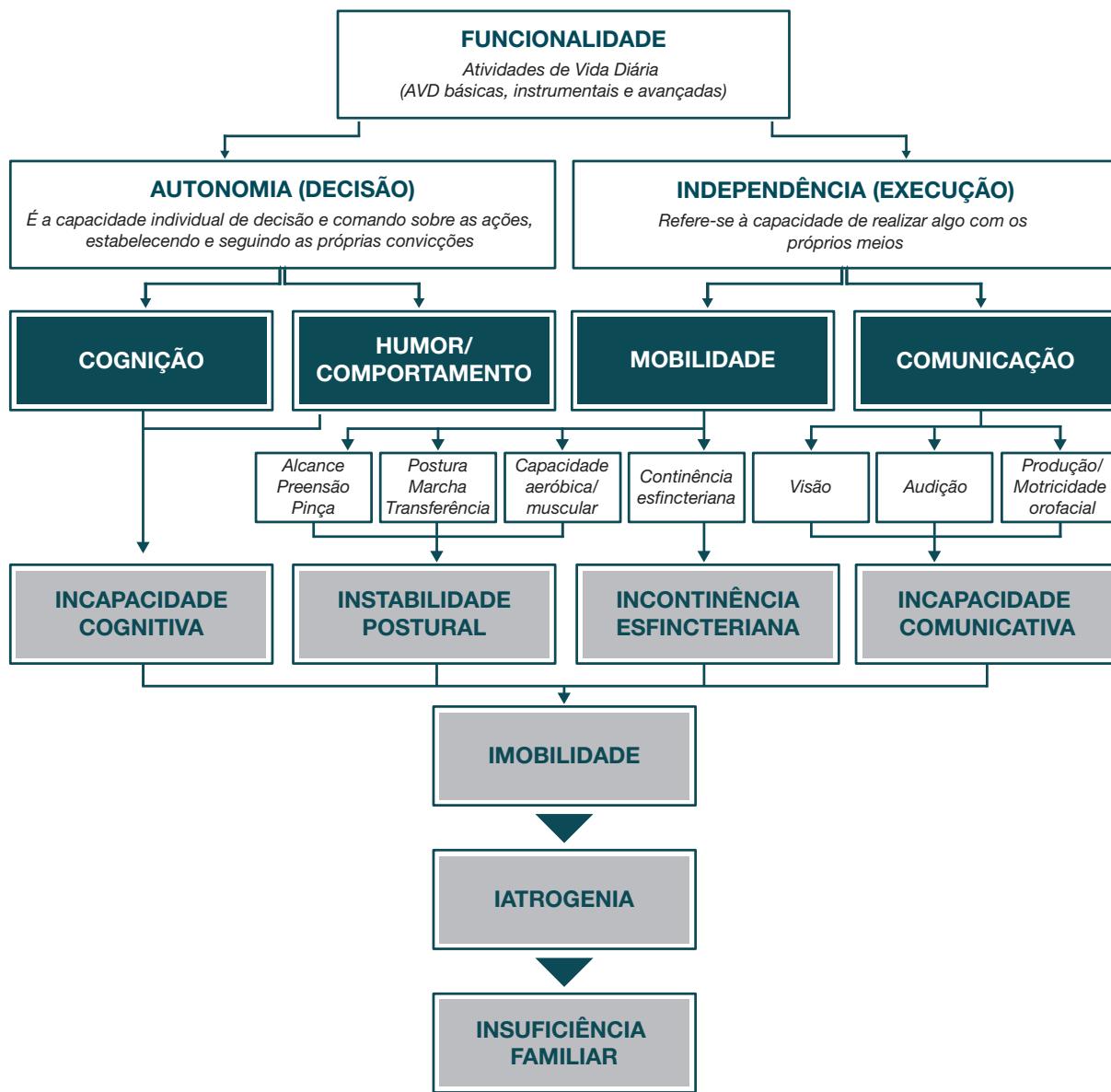
Bem-estar e funcionalidade são complementares. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nestas atividades. A perda da independência nem sempre vem associada com a perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular, pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade - CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003), declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes domínios funcionais:

- **Cognição:** é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano;
- **Humor/Comportamento:** é a motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento do indivíduo, que é afetado pelas outras funções mentais, como senso-percepção, pensamento e consciência.
- **Mobilidade:** é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Por sua vez, a mobilidade depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbica e muscular (massa e função), o alcance/prensão/pinça (membros superiores) e a marcha/postura/transferência. A continência esfíncteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfíncteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo.
- **Comunicação:** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esta última é representada pela voz, fala e mastigação/deglutição.

A perda da independência e/ou autonomia é causada pelas principais síndromes associadas ao envelhecimento, conhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes da Geriatria”: a INCAPACIDADE COGNITIVA, INSTABILIDADE POSTURAL, INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA, IMOBILIDADE e a INCAPACIDADE COMUNICATIVA. A presença destas condições crônicas de saúde aumenta a complexidade do manejo clínico e o risco de IATROGENIA. Além disso, estão associadas a maior demanda de cuidados de longa duração, usualmente realizados pela família, que, na maioria das vezes, não se encontra preparada para esta nova função, quando se apresenta a INSUFICIÊNCIA FAMILIAR (Figura 1).

FIGURA 1 MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE DO IDOSO



A presença de declínio funcional capaz de restringir a autonomia e a independência do indivíduo não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, mas sim à presença de incapacidade funcional, resultante das Grandes Síndromes Geriátricas, de forma isolada ou associada (poli-incapacidades). Este declínio funcional não deve ser considerado “normal da idade”, pois representa o principal determinante de desfechos negativos, como o desenvolvimento de outras incapacidades e piora funcional, institucionalização, hospitalização e morte. Usualmente as causas são múltiplas e multifatoriais, frequentemente associadas à presença de doenças crônico-degenerativas, polifarmácia, sarcopenia e alto risco de iatrogenia.



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

FRAGILIDADE

2

O conceito de fragilidade no idoso é extremamente amplo e controverso na literatura. O termo fragilidade é comumente utilizado para representar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos tais como a própria dependência funcional, além de outros níveis de vulnerabilidade, como o risco de institucionalização ou morte. Todavia, o termo fragilidade apresenta várias definições operacionais, o que dificulta sua aplicação na prática.

Entre os autores que mais se detiveram sobre este conceito, podemos destacar Fried (2001) e Rockwood (2005). Fried, em 2001, propôs o termo “frailty” para representar uma síndrome geriátrica de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Este conceito foi operacionalizado em um instrumento conhecido como “Fenótipo da Fragilidade”, caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso involuntária (5kg no último ano); auto relato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. A presença de três ou mais parâmetros definiu o “idoso frágil”, e a presença de dois parâmetros definiu o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentaram nenhum destes parâmetros são considerados robustos. Neste grupo de idosos não estão incluídos aqueles portadores de comorbidades e dependência funcional, todavia há uma elevada superposição entre estas três entidades.

Em 2005 Rockwood propôs um modelo mais abrangente de fragilidade, baseado na presença de déficits cumulativos, expressados através do Índice de Fragilidade (IF), resultado da aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla. O IF é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, que incluem doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer, entre outras), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope, entre outras), perdas funcionais (tais como dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária) e alterações laboratoriais.

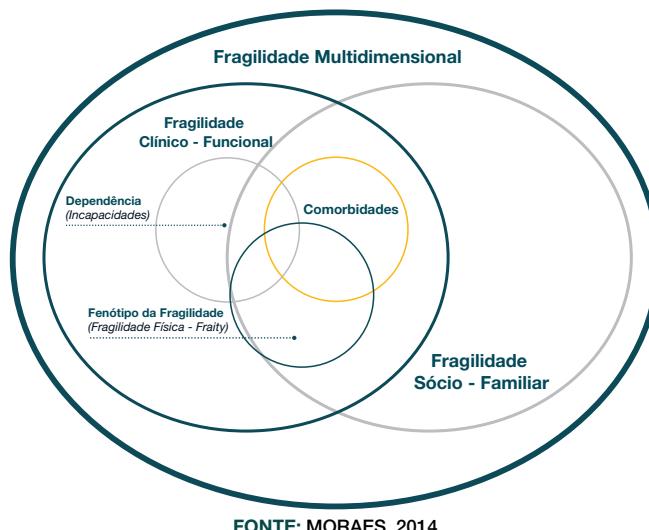
Ambos os modelos de fragilidade apresentam limitações importantes, pois são incapazes de abranger todas as condições crônicas de saúde associadas a maior risco de declínio funcional, hospitalização e óbito. O modelo proposto por Fried é considerado encapsulado,

pois valoriza somente a mobilidade, especificamente a capacidade aeróbica/muscular, subestimando a importância dos outros domínios funcionais. Além disso, sua aplicação exige o uso de tecnologias e/ou instrumentos diagnósticos pouco disponíveis na atenção básica. O Índice de Fragilidade, proposto por Rockwood, utiliza um modelo matemático baseado no acúmulo de déficits, que não são claramente definidos ou padronizados e exige a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla. Esta última, por sua vez, também não está estruturada de forma consensual e varia muito entre os diversos autores.

Por sua vez, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006) considerou “idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional (acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros); encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica”.

O desafio atual é a operacionalização do conceito de fragilidade, de modo a facilitar seu reconhecimento e a implementação de intervenções capazes de maximizar a independência e autonomia do indivíduo e impedir desfechos adversos, tornando este termo útil àqueles que se detém sobre a prevenção da incapacidade funcional do idoso (Morley *et al.*, 2013). Assim, em termos de Saúde Pública, propõe-se o conceito de FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL (Moraes, 2012), definida como a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional (Figura 2). Neste modelo multidimensional, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes: clínico-funcional e sócio-familiar. O conceito de saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sócio-familiares, resgatando o conceito de saúde, definido como o máximo bem-estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças.

FIGURA 2 FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL

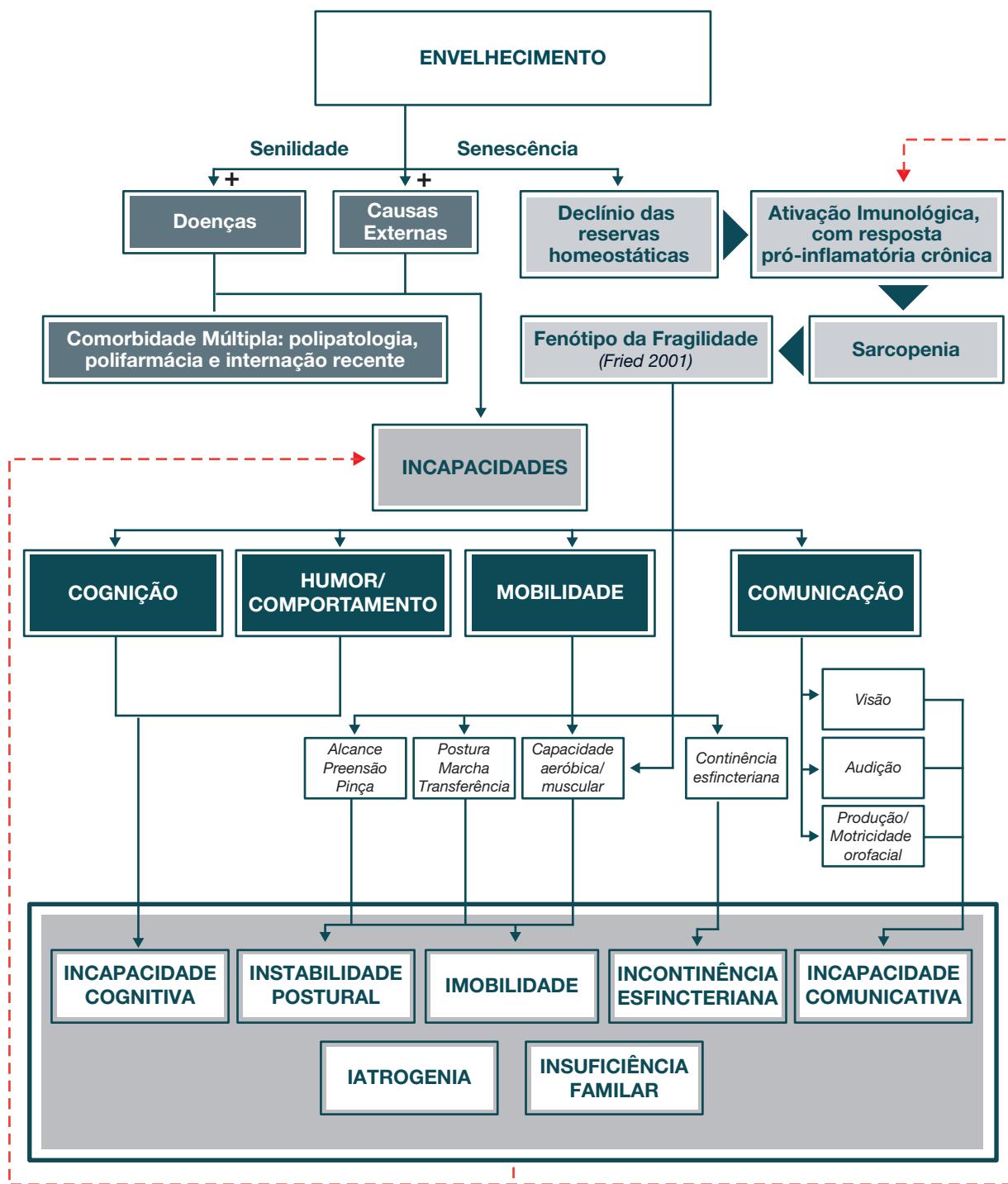


As condições sociais, incluindo o nível socioeconômico, a presença de suporte social, o engajamento social e a sensação de autossuficiência exercem influência decisiva na saúde dos indivíduos e interferem na sua sobrevida, particularmente entre os idosos. O componente sócio-familiar resgata a importância de outros determinantes da saúde, como sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral. Todavia, estes marcadores são qualitativos e difíceis de serem mensurados, limitando sua utilização em escalas estruturadas.

O componente clínico-funcional da fragilidade está melhor estruturado, mesmo que ainda não seja consensual. Integra os determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos (saúde mental) responsáveis pelo declínio funcional em idosos. O envelhecimento aumenta o risco de problemas de saúde (senilidade) relacionados às doenças e causas externas (tais como traumas e acidentes) que, usualmente, apresentam-se na forma de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente) e representam a principal causa de incapacidades nos idosos. Por outro lado, o envelhecimento normal (senescênci), também pode estar associado ao declínio das reservas homeostáticas e maior vulnerabilidade às agressões, principalmente através da ativação imunológica, gerando um estado pró-inflamatório crônico, que favorece o desenvolvimento da síndrome sarcopenia, traduzida como redução da capacidade aeróbica e muscular, considerada o principal elemento do fenótipo da fragilidade. Assim, tanto a senilidade quanto a senescênci poderiam desencadear a dependência funcional. As incapacidades, por sua vez, comprometem mais ainda as reservas homeostáticas, gerando um ciclo vicioso auto-perpetuante, associado à progressão das incapacidades, hospitalização e óbito.

Neste modelo multidimensional, ambas as hipóteses são valorizadas e não são mutuamente excludentes. Pelo contrário, são complementares ou sinérgicas, e podem estar presentes no mesmo indivíduo (Figura 3). Assim, o modelo preserva as diferenças entre comorbidades, incapacidades e o “fenótipo da fragilidade”. Todavia, valoriza todos os componentes da fragilidade em idosos, entendida como a presença de incapacidades e/ou de condições crônicas preditoras de declínio funcional, institucionalização e/ou óbito.

FIGURA 3 ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE



O declínio funcional é, portanto, o principal alvo das intervenções geriátrico gerontológicas. Neste modelo, temos o declínio funcional iminente e o estabelecido (Figura 4). Entende-se como declínio funcional iminente a presença de condições crônicas preditoras de dependência funcional, como a sarcopenia (Fielding *et al.*, 2011; Clark e Manini, 2013; Cruz-Jentoft *et al.*, 2013) e a presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente).

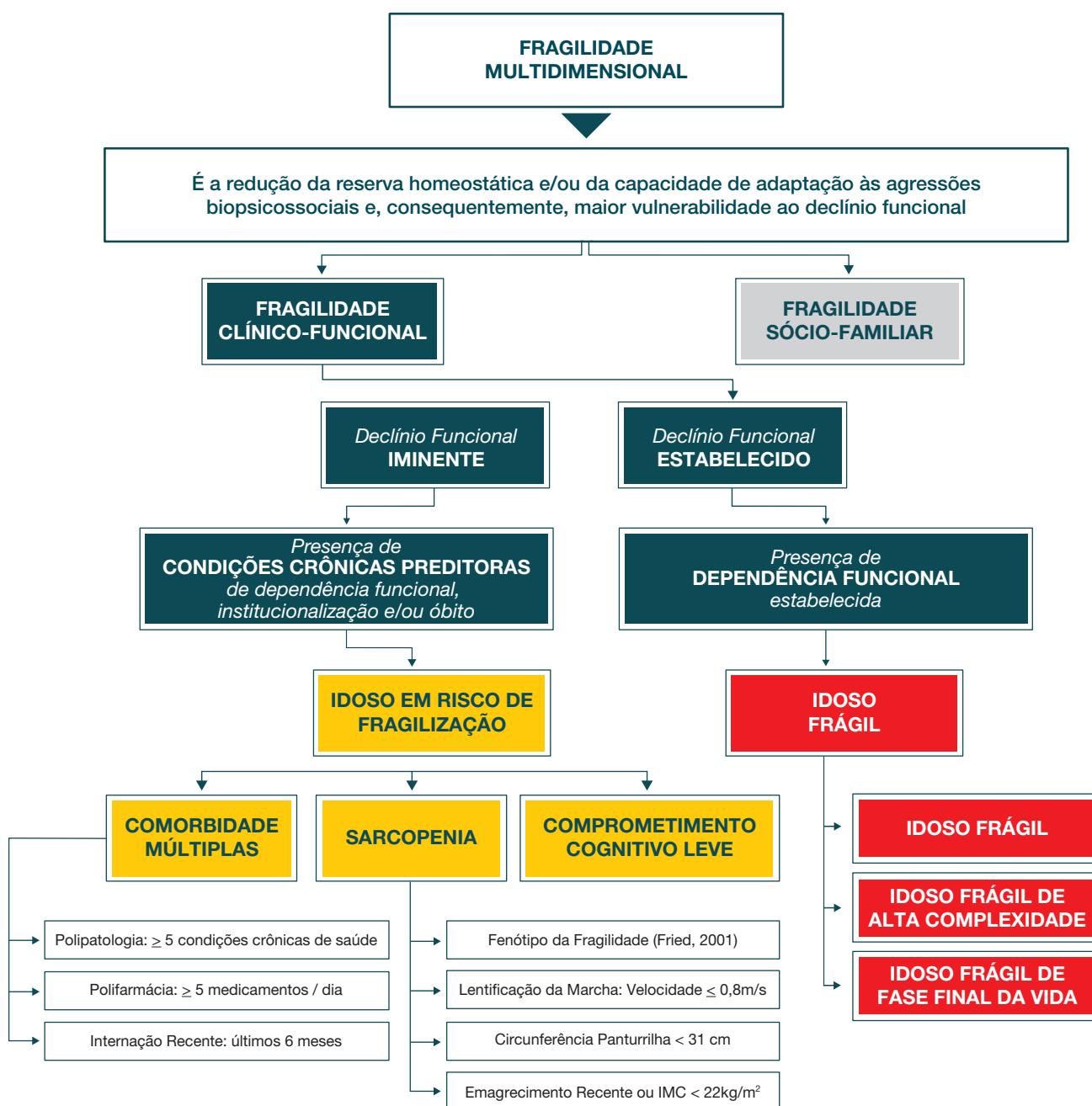
Cabe ressaltar a diferença entre sarcopenia-processo e sarcopenia-síndrome. O processo de sarcopenia, compreendida como redução da massa muscular, é resultante das alterações neurendócrinas do envelhecimento, responsável por modificações da composição corporal, com diminuição da massa muscular, massa óssea, água corporal total e aumento da gordura. Por sua vez, a síndrome sarcopenia é caracterizada pela presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular), que está estritamente relacionada com o “fenótipo da fragilidade”. No modelo proposto, os critérios de operacionalização do diagnóstico de sarcopenia incluem a presença de três ou mais dos critérios do fenótipo da fragilidade (emagrecimento significativo não intencional, fatigabilidade, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha) e os critérios baseados na medida quantitativa da massa muscular, associada a medidas de função muscular, como a força de preensão palmar e a velocidade da marcha. A lentificação da marcha é um dos principais determinantes da sarcopenia/dinapenia, definida como velocidade de marcha menor ou igual a 0,8 m/s. Outro bom indicador de sarcopenia é o perímetro da panturrilha menor ou igual a 31 cm. Outros preditores de sarcopenia são a perda significativa de peso não intencional ou baixo índice de massa corporal ($IMC < 22 \text{ kg/m}^2$).

Mais recentemente, alguns autores têm valorizado a redução da reserva neuropsicológica como outro preditor de desfechos adversos no domínio cognitivo e descreveram a “fragilidade cognitiva”, definida como uma síndrome clínica heterogênea caracterizada pela presença simultânea de fragilidade física (“fenótipo da fragilidade”) associada a declínio cognitivo do tipo comprometimento cognitivo leve.

A presença de múltiplas condições de saúde simultâneas está associada a maior utilização do sistema de saúde e maior risco de iatrogenia, incapacidades, institucionalização e óbito. Portanto, está incluído como um dos componentes do declínio funcional iminente. Todavia, a definição de multimorbidade e a sua operacionalização não estão estabelecidas. Pode ser definida como uma combinação de condições de saúde, agudas e/ou crônicas, associadas a diversos fatores de risco biopsicossociais, polifarmácia, hábitos de vida, uso excessivo do sistema de saúde, dentre outros. No modelo proposto, comorbidade múltipla foi definida como sendo a presença de uma ou mais de três condições clínicas: polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes), polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) ou história de internação nos últimos seis meses.

Além da presença de comorbidade múltipla, evidências de sarcopenia-síndrome e comprometimento cognitivo leve, foi incluída também a presença de declínio funcional estabelecido como determinante da fragilidade. Desta forma, a dependência funcional pode ser considerada determinante e, ao mesmo tempo, desfecho da fragilidade.

FIGURA 4 CONCEITO DE FRAGILIDADE MULTIDIMENSIONAL



3

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

CONCEITO DE FUNCIONALIDADE NO IDOSO CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL

3

A funcionalidade global do indivíduo sempre foi fundamental para qualquer classificação de idosos. Em 1943, Marjory Warren, considerada a “mãe da geriatria” (“mother of geriatrics”), propôs uma classificação baseada na presença de vários tipos de incapacidades, como a instabilidade postural, imobilidade, incontinência urinária e incapacidade cognitiva. Esta classificação pioneira de idosos internados em enfermaria permitiu o planejamento de recursos humanos e materiais necessários para a implementação de ações específicas para cada grupo de idosos. Em 1963, Katz (Katz *et al.*, 1963) desenvolveu um índice capaz de estratificar os indivíduos conforme o graude dependência nas atividades de vida diária relacionadas ao autocuidado. Com o índice, houve uma clara distinção entre idosos independentes e dependentes para as atividades de vida diária básicas (AVD básicas), associada a uma clara hierarquia entre os idosos dependentes. Assim, o idoso pode ser classificado em:

- **Independente:** realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente;
- **Semi-dependente:** apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou usar o banheiro);
- **Dependente incompleto:** apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, por decorrência lógica, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- **Dependente completo:** apresenta comprometimento de todas as funções influenciadas pela cultura e aprendizado e, também, das funções vegetativas simples, incluindo a capacidade de alimentar-se sozinho. Representa o grau máximo de dependência funcional.

Posteriormente, em 1969, Lawton e Brody, confirmaram a importância da avaliação da funcionalidade do indivíduo nas atividades básicas de vida diária, mas sugeriram a avaliação de competências mais complexas do funcionamento humano, denominadas AVD instrumentais, relacionadas à auto-manutenção. Assim, os idosos podem ser independentes ou dependentes parciais ou totais para as AVD instrumentais.

Usualmente o declínio funcional segue uma hierarquia, iniciando-se pelas AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) até comprometer o auto-cuidado (AVD básicas). Além

disso, pode ser consequência do envolvimento isolado ou associado de domínios funcionais. A estratificação clínico-funcional do idoso depende diretamente desta classificação funcional. Estas escalas são indispensáveis para uma avaliação objetiva do idoso e para formulação, implementação e avaliação do plano de cuidados.

A síntese de todos estes conceitos e definições foram integrados para uma nova metodologia de Classificação Clínico-Funcional do Idoso (Quadro 1), baseado em uma visão de saúde pública, fortemente ancorado na multidimensionalidade dos determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou das alterações físicas, como a sarcopenia. Neste Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso proposto por Moraes e Lanna (2014), utiliza-se uma Escala Visual de Fragilidade (EVF), onde se apresenta a relação inversamente proporcional entre vitalidade e fragilidade e, consequentemente, a presença de declínio funcional iminente e estabelecido, o grau de dependência funcional nas atividades de vida diária, além dos determinantes do declínio funcional. A EVF sintetiza todas as informações úteis para o diagnóstico e elaboração do plano de cuidados do idoso (Figura 5).

QUADRO 1 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS

IDOSO ROBUSTO

São idosos que apresentam boa reserva homeostática e, portanto, são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresentam nenhuma incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. O foco das intervenções é a manutenção da autonomia e independência do indivíduo, através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças, conforme estabelecido em “guidelines” de doenças específicas. Este grupo é subdividido em três estratos:

Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.
Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônicas-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e, geralmente, apresentam-se de forma isolada. Neste grupo estão também incluídos também os idosos que apresentam um ou dois critérios do “fenótipo de fragilidade”

IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO

São idosos capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontram-se em um estado dinâmico entre senescênci a e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de comorbidades múltiplas. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional, através da abordagem adequada da polipatologia e polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inappropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária. Este grupo é dividido em dois estratos:

Estrato 4	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente), mas continuam independentes para todas as atividades de vida diária, incluindo as avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.
Estrato 5	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas e que já começam a apresentar declínio funcional em AVD avançadas. Estes idosos ainda são independentes para as AVD instrumentais e básicas.

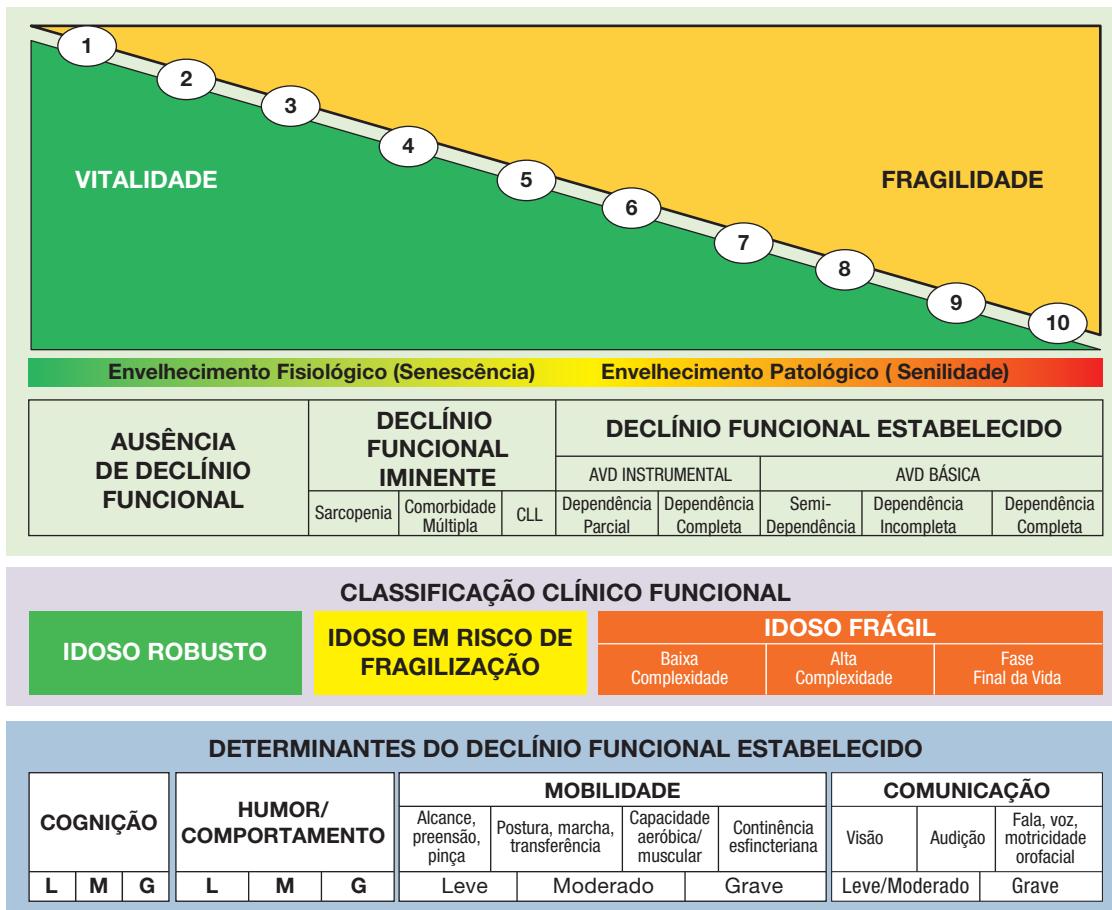
IDOSO FRÁGIL

É o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e independência do indivíduo. Este grupo é dividido em cinco estratos:

Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semi-dependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade.
Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho. No índice de Katz são classificados no estágio G.

Na Figura 5 apresentamos a Escala Visual de Fragilidade (EVF)

FIGURA 5 ESCALA VISUAL-ANALÓGICA DE FRAGILIDADE



A definição do estrato clínico-funcional deve considerar o melhor desempenho atual nas atividades de vida diária. Assim, se o idoso é capaz de realizar algumas AVD instrumentais, ele deve ser classificado no estrato 7, mesmo que tenha perdido alguma AVD básica. Além da heterogeneidade funcional, os idosos frágeis também apresentam diferenças quanto à complexidade clínica e necessidade de acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado. Desta forma, estes grupos podem ser agrupados em:

- **Idoso Frágil de Baixa Complexidade:** apresenta declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva e o foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.
- **Idoso Frágil de Alta Complexidade:** apresenta dependência funcional nas atividades de vida diária associada a condições de saúde de difícil manejo, devido a dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo “alta complexidade” sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. Estes idosos são aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.

- **Idoso Frágil em Fase Final de Vida:** apresenta alto grau de dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses. Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e seus familiares.

A escala visual de fragilidade apresenta as seguintes vantagens:

- **Abrangência:** a escala está ancorada na multidimensionalidade dos determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou das alterações físicas, incluindo os marcadores de fragilidade descritos por Fried (2001), além das doenças, a polipatologia e a polifarmácia;
- **Facilidade na aplicação:** não exige nenhum instrumental sofisticado ou de difícil acesso, podendo ser aplicada em qualquer cenário de atendimento a idosos, como ambulatório, domicílio, instituição de longa permanência, centro dia e em ambiente hospitalar. Concilia aspectos objetivos e subjetivos da avaliação do idoso.
- **Clareza e facilidade de visualização:** a escala é visual e incorpora conceitos fundamentais para a compreensão do processo de envelhecimento, como senescênci, senilidade, vitalidade, fragilidade, declínio funcional e AVD. Os estratos de 1 a 10 valorizam a heterogeneidade entre idosos da mesma faixa etária.
- **Monitoramento longitudinal:** permite o acompanhamento longitudinal da saúde do idoso, facilitando a visualização dos resultados das intervenções geriátrico-gerontológicas implementadas;
- **Planejamento dos serviços de saúde:** a escala estabelece critérios mais objetivos de acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado;
- **Definição de metas terapêuticas e priorização dos cuidados:** a estratificação clínico-funcional facilita a definição dos objetivos a serem atingidos em cada paciente, individualizando as metas terapêuticas. Assim, nos idosos robustos, as metas terapêuticas podem se assemelhar àquelas estabelecidas pelas diretrizes clínicas baseadas em doenças. Por outro lado, nos idosos com maior grau de dependência ou em fase final de vida, as metas terapêuticas devem priorizar o conforto, pois a perda funcional já é significativa e as estratégias preventivas clássicas devem ser revistas.

A definição do estrato clínico-funcional e do plano de cuidados exige a realização de uma avaliação multidimensional do idoso, também conhecida como Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que apresentaremos a seguir.



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

4

A avaliação multidimensional do idoso, também chamada avaliação geriátrica ampla (AGA) é considerada o padrão-ouro para o manejo da fragilidade do idoso. Diversas evidências tem demonstrado sua efetividade tanto em relação a custos para o sistema como em resultados de saúde para o paciente. Idealmente deve ser realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada e sua duração média varia de 60 a 90 minutos. Classicamente, é necessária a aplicação de diversos instrumentos ou escalas de avaliação funcional (Quadro 2) e de avaliações específicas realizadas pela equipe interdisciplinar (neuropsicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, serviço social e enfermagem). Muitas vezes propedêutica complementar mais sofisticada (tais como densitometria óssea, tomografia computadorizada, ressonância magnética) também é necessária.

QUADRO 2 ESCALAS OU INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Dimensão			Duração Média	
Funcionalidade Global	AVD Avançada	Lazer, trabalho e interação social	5 min	
	AVD Instrumental	Escala de Lawton-Brody		
	AVD Básica	Índice de Katz		
Sistemas Funcionais Principais	COGNIÇÃO	Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	5 min	
		Reconhecimento de Figuras	12 min	
		Lista de Palavras do CERAD	15 min	
		Fluência Verbal	3 min	
		Teste do Relógio	2 min	
	HUMOR	Escala Geriátrica de Depressão	4 min	
	MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	2 min	
		Postura, marcha e transferência	Timed up and go test /Get up and go test; Velocidade da marcha; <i>Teste de Romberg, Nudge Test</i> , Equilíbrio Unipodalíco	10 min
		Capacidade aeróbica	Teste de Caminhada de 6 minutos	7 min
		Continência esfíncteriana	Presença de incontinência urinária ou fecal; Diário miccional	2 min
	COMUNICAÇÃO	Snellen simplificado	1 min	
		Teste do sussurro	1 min	
		Avaliação da voz, fala e deglutição	1 min	
Duração total			70 min	

A Avaliação Multidimensional do Idoso permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico de suas condições de saúde agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação.

As síndromes geriátricas, representadas pela incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa devem ser reconhecidas. Além disso, deve conter o diagnóstico das deficiências ou disfunções dos sistemas fisiológicos principais, como as alterações da nutrição, sono, saúde bucal e dos órgãos/sistemas (doenças). Outros aspectos relevantes do diagnóstico são o lazer, o suporte familiar, suporte social e a segurança ambiental. Esta identificação dos problemas de saúde e do estrato clínico-funcional a que pertence são fundamentais para a definição das intervenções a serem propostas, bem como as prioridades e metas terapêuticas. As mudanças porventura sugeridas devem ser justificadas, assim como os profissionais e equipamento de saúde e da assistência social que serão necessários. Este conjunto de diagnósticos biopsicosociais e funcionais do indivíduo, associados às intervenções promocionais, preventivas, curativas, paliativas e/ou reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a saúde do idoso recebe o nome de Plano de Cuidados Individualizado.

Apesar de suas inúmeras vantagens, a incorporação da AGA na rotina da atenção básica é inviável e apresenta relação custo-benefício insatisfatória em termos de saúde pública. Além disso, a insuficiência de recursos humanos especializados na área de Geriatria e Gerontologia limita mais ainda sua ampla utilização (Pialoux, 2012). O custo da AGA é difícil de ser definido, pois as metodologias de avaliação são extremamente heterogêneas, mas análises realizadas em Minas Gerais, sobre a avaliação multidimensional do idoso realizada pelo Serviço de Geriatria do HC-UFGM, permitem inferir que se trata de procedimento diagnóstico de alto custo.

Assim, nem todos os idosos devem ser avaliados indiscriminadamente pela AGA. Ao contrário, sua indicação deve ser precisa, devendo incluir idosos em risco ou com algum grau de fragilidade. Torna-se, portanto, fundamental a utilização de instrumentos de triagem rápida, aplicados por profissionais de nível médio, como os agentes comunitários de saúde e/ou técnicos de enfermagem, capazes de reconhecer o idoso em risco de declínio funcional.

Diante destes fatos e da necessidade de atender às demandas do rápido envelhecimento populacional, o Estado do Paraná adotou uma estratégia que inclui a identificação dos idoso frágeis ou em risco de fragilização na Atenção Primária em Saúde e priorização destes indivíduos para a realização de Avaliação Multidimensional Hierarquizada, a ser iniciada na própria APS.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO DE RISCO

4.1.1 Identificação do Idoso Vulnerável no Paraná - *Vulnerable Elders Survey* (VES-13)

Para fins operacionais e de programação local, o Paraná adotou e vem utilizando desde o segundo semestre de 2014, o *Vulnerable Elders Survey* VES-13 (Quadro 3) como instrumento inicial de rastreio do idoso vulnerável na APS.

O *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com ênfase nos componentes biofisiológicos, como idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (Saliba, 2001). Sua aplicação não exige o uso de sistemas operacionais complexos ou informações médicas específicas, como doenças, medicamentos ou exames laboratoriais. Baseia-se na avaliação das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano. A duração média da aplicação do questionário é de 5 minutos e pode ser aplicado por qualquer profissional da área da saúde. O idoso vulnerável é definido como aquele indivíduo com 65 anos ou mais que tem risco de declínio funcional ou morte em 2 anos.

O VES-13 foi traduzido e adaptado à língua portuguesa, e mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e consistência interna de suas medidas (Maia, 2012; Luz, 2013). Cada item recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de 0 a 10 pontos (Quadro 2). Pontuação igual ou superior a três pontos significa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação ≤ 2 pontos, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes.

Os cinco itens referentes às incapacidades são independentes do sexo e idade do paciente e são altamente preditores ($>90\%$) de incapacidades nas outras atividades de vida diária básicas e instrumentais (Min *et al.*, 2009). A idade e a autopercepção da saúde são excelentes preditores de morbimortalidade, pois são considerados indicadores indiretos da presença de doenças crônico degenerativas (Lima-Costa e Camarano, 2009), capazes de prever de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional, mesmo na realidade brasileira. A presença de três ou mais pontos no VES-13 ocorre em 32% da população idosa, considerada vulnerável. O aumento na pontuação tem uma relação linear com o risco de declínio funcional e óbito, de forma que o acréscimo de cada ponto no VES-13 aumenta o risco de morte e de declínio funcional em 1,37 vezes (IC 1,25 a 1,50) (Min, 2009). Assim, podemos definir dois subgrupos de idosos vulneráveis: 3 a 6 pontos (risco moderado) e ≥ 7 pontos (risco elevado). Em São Paulo, a presença de VES-13 maior ou igual a três pontos foi observada em 38,1% dos idosos entrevistados no estudo SABE (Maia, 2011). O estudo confirmou que a presença de critérios de vulnerabilidade física foi estreitamente relacionada ao maior risco de óbito (2,79 vezes), de desenvolver a síndrome da fragilidade (2,61 vezes) e de declínio funcional em AVD básica (2,48 vezes) e em AVD instrumental (1,46 vezes).

Com base nestas informações e com finalidade operacional, que considera a

importância em Saúde Pública da identificação de indivíduos em risco, o Paraná assumiu 3 estratos de risco de vulnerabilidade, a saber: 0 a 3 pontos baixo risco; 3 a 6 pontos médio risco e ≥ 7 pontos alto risco. Para idosos de baixo risco foi proposta uma consulta anual médica e de enfermagem, para idosos de médio risco 2 consultas e para aqueles de alto risco 3 consultas, além de uma consulta odontológica anual e atividades educativas para todos. Para idosos acamados ou impossibilitados de comparecer às UBS foram previstas consultas domiciliares. Todos os idosos frágeis e pré-frágeis deverão ter acompanhamento compartilhado com o NASF. A programação local feita com base na estratificação obtida com a aplicação do VES-13 (Quadro 3) deverá ser adequada à realidade observada na aplicação dos instrumentos de avaliação multidimensional do idoso.

A proposta paranaense prevê a aplicação do VES-13 pelo Agente Comunitário de Saúde devendo sua análise ser feita em conjunto com a enfermeira. É importante salientar que o VES-13 não tem caráter multidimensional, pois tem foco no domínio físico, além de não fornecer informações relevantes para a tomada de decisões e sobre possíveis intervenções específicas capazes de modificar o risco. Logo, a confirmação da estratificação deverá ser feita na UBS, utilizando-se a Avaliação Multidimensional Hierarquizada que será detalhada posteriormente.

O Caderno 9 do APSUS - Saúde do Idoso na APS apresenta em detalhes a estratégia de identificação dos idosos vulneráveis e pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico: www.saude.pr.gov.br

4.1.2 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - CASAPI (2014)

O Ministério da Saúde lançou em 2014 a nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CASAPI), cuja distribuição deverá ser iniciada no segundo semestre de 2015, com a principal finalidade de ser um instrumento de acompanhamento periódico das condições de saúde do idoso.

É um instrumento gerencial, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), já que se propõe a identificar, a partir de instrumentos simples e de rápida aplicação, os principais marcadores de risco de declínio funcional. É também um documento de empoderamento da pessoa idosa, pois permite que ela se aproprie de uma série de dados gerados periodicamente sobre diversas dimensões de sua saúde e, interpretando-os, transforme em informações relevantes para tomada de decisões sobre a própria vida.

Contém informações relacionadas aos diagnósticos e internações prévios, cirurgias realizadas, medicamentos em uso, polifarmácia, dados antropométricos (peso, estatura, IMC e circunferência da panturrilha), VES-13, informações complementares (cognição e humor), avaliação ambiental, quedas, identificação da dor crônica, hábitos de vida, controle da pressão arterial, controle da glicemia, calendário vacinal e avaliação da saúde bucal, além de uma série de orientações sobre direitos da pessoa idosa, cuidados com medicamentos, acesso a medicamentos no SUS, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção de quedas, atividade física e sexualidade.

O instrumento de triagem clínico-funcional da CASAPI é o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), instrumento que já vem sendo utilizado no Paraná para identificação do idoso vulnerável na APS. Nos municípios aonde a Caderneta já estiver disponível, ela poderá ser utilizada para a estratificação de risco inicial da população idosa. Aqueles municípios que ainda não dispõe da CASAPI deverão manter o rastreio da vulnerabilidade apenas através da aplicação do VES-13 pelos ACS.

QUADRO 3 VULNERABLE ELDERLY SURVEY (VES-13)

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL VES-13								
1. IDADE								
							75 a 84 anos	1
							≥ 85 anos	3
2. AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE <i>Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</i>							Excelente	0
							Muito boa	0
							Boa	0
							Regular	1
							Ruim	1
				Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (Alguma) dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
				()	()	()	()*	()*
3. LIMITAÇÃO FÍSICA <i>Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:</i>		a. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*	
		c. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*	
		d. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*	
		e. Andar 400 metros (aprox. quatro quarteirões)	()	()	()	()*	()*	
		f. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*	
4. INCAPACIDADES <i>Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:</i> <i>PONTUAÇÃO: UM PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE" OU "INCAPAZ DE FAZER"** NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS</i>		a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)						
		() SIM►Você recebe ajuda para fazer compras?					() SIM*	() NÃO
		() NÃO						
		() NÃO FAÇO COMPRAS►por causa de sua saúde?					() SIM*	() NÃO
		b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)?						
		() SIM►Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?					() SIM*	() NÃO
		() NÃO						
		() NÃO LIDO COM DINHEIRO►por causa de sua saúde?					() SIM*	() NÃO
		c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?						
		() SIM►Você recebe ajuda para andar?					() SIM*	() NÃO
() NÃO								
() NÃO ANDO►Isto acontece por causa de sua saúde?					() SIM*	() NÃO		
d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?								
() SIM►Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?					() SIM*	() NÃO		
() NÃO								
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES►por causa de sua saúde?					() SIM*	() NÃO		
e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?								
() SIM►Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?					() SIM*	() NÃO		
() NÃO								
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA►por causa de sua saúde?					() SIM*	() NÃO		

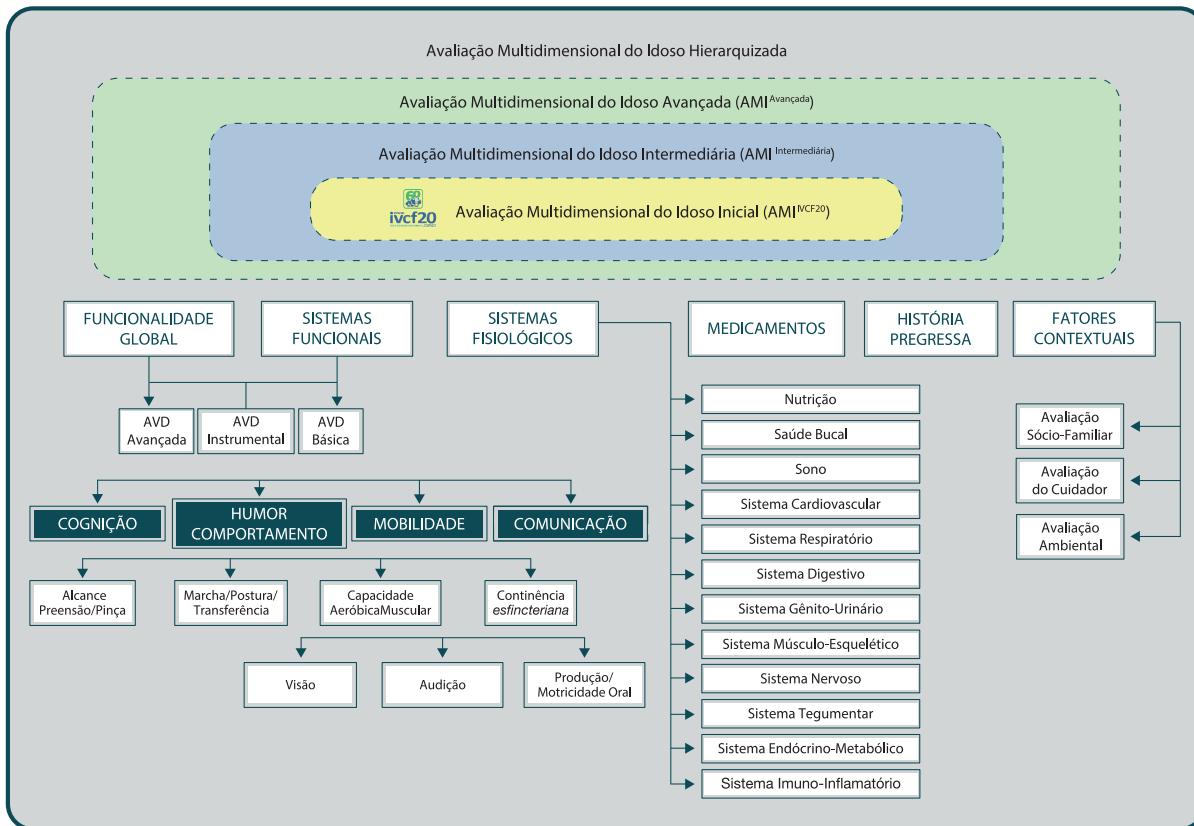
4.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO HIERARQUIZADA

A multidimensionalidade da saúde no idoso deve estar presente em toda avaliação, independente de quem a faça. Todavia, o grau de aprofundamento na investigação das diversas dimensões da saúde pode variar, conforme as especificidades da formação do avaliador e da condição de saúde da pessoa idosa. Casos mais complexos exigem que o avaliador detenha um conhecimento maior em determinados instrumentos. Por sua vez, casos mais simples podem ser avaliados sem a utilização de todos os instrumentos indicados para aquele domínio funcional.

Nesta perspectiva, a avaliação multidimensional do idoso pode ser feita de forma sequencial ou passo a passo, conforme a necessidade. Para isto, sugerimos a utilização de instrumentos e avaliações de complexidade progressiva, que, seguindo um padrão hierarquizado, compõe a “Avaliação Multidimensional do Idoso Hierarquizada” (Figura 6, Quadro 4). Esta proposta foi elaborada pelo prof. Edgar Nunes de Moraes e sua equipe e é composta por:

- Avaliação Multidimensional do Idoso Inicial ($AMI^{IVCF-20}$) → Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20)
- Avaliação Multidimensional do Idoso Intermediária ($AMI^{Intermediária}$) → AMI^{AB}
- Avaliação Multidimensional do Idoso Avançada ($AMI^{Avançada}$) → AMI^{AS} e Avaliação Especializada.

Estas três metodologias de avaliação multidimensional são complementares, de tal forma que uma está contida na outra (Figura 6). A avaliação hierarquizada resgata a importância de sempre se realizar uma avaliação multidimensional do idoso, mesmo quando a duração da consulta é limitada, fortalecendo a importância do trabalho interdisciplinar na atenção primária e valorizando a avaliação feita por todos os profissionais de saúde. No Paraná, se constitui no fundamento para a construção de Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

FIGURA 6 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO HIERARQUIZADA

QUADRO 4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO HIERARQUIZADA

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO HIERARQUIZADA					
		IVCF-20	AMI ^{AB}	AMI ^{AS}	Avaliação Especializada
		Profissional de saúde de nível superior	Médico Generalista e equipe	Médico Geriatra e equipe	Equipe Interdisciplinar (Gerontologia)
IDADE		60 a 74 a / 75 a 84 a / ≥85 a	A idade por si só não é um bom marcador de fragilidade		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		Excelente ou muito boa/Regular ou ruim	Idem	Idem	Idem
ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA		Fazer compras / Controle financeiro / Realização de pequenos trabalhos domésticos / Tomar banho sozinho	Índice de Katz Escala de Lawton-Brody	Lazer, trabalho e interação social Índice de Pfeffer	Medida de Independência Funcional (MIF), feita pelo terapeuta ocupacional
COGNIÇÃO		Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? Este esquecimento está piorando nos últimos meses? Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	Caracterização do esquecimento Auto-percepção: F=P; F>P; F<P Mini Exame do Estado Mental (MEEM) quantitativo e qualitativo	Reconhecimento de Figuras Lista de Palavras (CERAD) Fluência Verbal Teste do Relógio	Avaliação Neuropsicológica Formal, feita por neuropsicólogo
HUMOR/COMPORTAMENTO		No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	Versão simplificada-5 da EGD Avaliação qualitativa (entrevista) do humor (DSM-IV), pensamento, senso-percepção e consciência	Versão simplificada-15 da EGD	Escala de Hamilton Avaliação feita pela psiquiatria
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	Exame do ombro e membros superiores		Avaliação feita por especialista em ombro
	Postura, marcha e transferência	Você teve duas ou mais quedas no último ano? Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	Timed up and go test Get up and go test	Teste de Romberg, Nudge Test, Equilíbrio Unipodalíco	Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinnetti Escala Perfomance Oriented Mobility Assessment (POMA) Avaliação Computadorizada da Marcha
MOBILIDADE	Capacidade aeróbica/muscular	Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? 1) Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês. 2) IMC < 22kg/m ² . 3) Circunferência da panturrilha < 31 cm. 4) Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg;	Anamnese nutricional Avaliação da velocidade da marcha com cronômetro, de forma padronizada	Força de Prensão Palmar Teste de Caminhada de 6 min Mini-Avaliação Nutricional (MAN)	DEXA/ TC/ RM para medida da composição corporal Bioimpedânciometria Short Physical Performance Battery (SPPB) Força de flexão/ Extensão do joelho
	Continência esfíncteriana	Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	Anamnese detalhada da função miccional	Diário miccional	Estudo urodinâmico. Defecografia. Manometria anorrectal
COMUNICAÇÃO		Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	Avaliação qualitativa: desempenho durante a conversação. Snellen simplificado, reconhecimento de faces e leitura de jornal e revista Teste do Sussurro		Avaliação oftalmológica Avaliação otorrinolaringológica. Audiometria
SISTEMAS FISIOLÓGICOS		Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; • Internação recente, nos últimos 6 meses.	Anamnese, exame físico e revisão dos exames complementares referentes aos sistemas fisiológicos e reguladores. Apresentação atípica das doenças. Avaliação detalhada da polipatologia. Avaliação pelo cirurgião-dentista.	Avaliação pelas especialidades médicas: cardiologia, neurologia, reumatologia, etc;	
MEDICAMENTOS			Medicamentos em uso. Aplicação dos Critérios de Beer's. Avaliação detalhada da polifarmácia e da presença de interação medicamentosa	Farmacêutico	
HISTÓRIA PREGRESSA			Anamnese detalhada do passado mórbido do paciente. Diagnósticos e internações prévias, cirurgias realizadas, hábitos de vida, vacinação		
FATORES CONTEXTUAIS	Avaliação Sócio-Familiar		Avaliação da composição e dinâmica familiar. Pesquisa de maus tratos. Avaliação da rede comunitária e suporte social		Assistente social e/ou psicólogo Escala Zarit
	Avaliação do Cuidador		Entrevista do cuidador		
	Avaliação Ambiental		Escala Ambiental do Risco de Quedas		Avaliação ambiental feita pelo terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta

4.2.1 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde do idoso. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade. Pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla, realizada por profissionais não especialistas. Sua aplicação é simples e rápida, podendo ser utilizado por qualquer profissional de saúde ou até mesmo pelo próprio idoso e seus familiares. Os principais objetivos do instrumento são:

- Identificação do idoso frágil (estratificação de risco), que deverá ser submetido à Avaliação Multidimensional do Idoso (Avaliação Geriátrica Ampla) e elaboração do Plano de Cuidados;
- Indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito, mesmo na ausência da Avaliação Multidimensional do Idoso tradicional;
- Planejamento de demanda programada no SUS e na Saúde Suplementar: definição de grupo de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado na Unidade Básica de Saúde.
- Estruturação e direcionamento da consulta geriátrica: planejamento da consulta **especializada** do idoso, destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem uma investigação mais detalhada.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil (Carmo, 2014), a partir do VES-13 e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7 (Râiche, 2008), SHERBROOKE *Postal Questionnaire* (Hébert, 1998), TILBURG *Frailty Indicator* (Santiago *et al.*, 2012; Luz *et al.*, 2013), o GRONINGEN *Frailty Indicator* (Steverink, 2001) e outros marcadores específicos.

É um instrumento simples e de rápida aplicação (5 a 10 minutos) e tem a vantagem de ter caráter multidimensional (Quadro 5), pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: a idade, a auto-percepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico).

QUADRO 5 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 WWW.IVCF-20.COM.BR			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
COGNIÇÃO		7. Alguém familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	<i>Marcha</i>	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	
	<i>Continência esfíncteriana</i>	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	<i>Visão</i>	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	<i>Audição</i>	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
	Polipatologia	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato () Sim ² () Não	
CONORBIDADES MÚLTIPHAS	Polifarmácia	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
	Internação recente (<6 meses)	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

A seguir serão apresentados os marcadores de vulnerabilidade clínico funcional utilizados no IVCF-20 e orientações para sua aplicação (Quadros 6,7, 8 e 9).

QUADRO 6 MARCADORES GERAIS DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL UTILIZADOS NO IVCF-20

		MARCADORES GERAIS
IDADE		Perguntar a idade do idoso, pontuando 0 se a idade for entre 60 e 74 anos; 1 ponto se a idade for 75 e 84 anos; 3 pontos se a idade for igual ou maior que 85 anos. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior o risco de dependência funcional. Assim, os idosos muito idosos são mais vulneráveis e devem ser acompanhados com maior atenção.
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		Perguntar ao idoso como ele diria que sua saúde é, quando comparada com outras pessoas da mesma idade. Se boa, muito boa ou excelente, não pontuar. Se regular ou ruim, marcar 1 ponto. A auto-percepção da saúde é um bom preditor de morbi-mortalidade nos idosos.
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.	O envelhecimento, por si só, não compromete a capacidade de fazer as tarefas do cotidiano, como controlar o dinheiro e as despesas da casa, fazer compras e pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve. Estas tarefas recebem o nome de atividades de vida diária (AVD) instrumentais, por serem mais complexas que as AVD básicas, que se referem ao auto-cuidado, como tomar banho sozinho, por exemplo. A perda destas atividades recebe o nome de declínio funcional, que traduz a perda da autonomia e independência do indivíduo. A detecção de declínio funcional é o dado mais relevante na avaliação da saúde do idoso, pois, quando presente, é sempre patológico e merece uma investigação minuciosa. No questionário, esta seção é constituída de quatro perguntas, com respostas “sim” ou “não”, sendo três perguntas referentes às AVD instrumentais (fazer compras, controlar o dinheiro e realizar pequenos trabalhos domésticos) e uma pergunta referente à AVD básica (tomar banho sozinho). No item AVD instrumentais, respostas positivas recebem quatro pontos cada. Contudo a pontuação máxima neste critério é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido “sim” para todas as três perguntas. No item AVD básica, a resposta positiva, ou seja, o idoso não consegue mais tomar banho sozinho, sem ajuda de terceiros, vale 6 pontos. Observe que a valorização é maior, pois quando o idoso perde a capacidade de cuidar de si mesmo, é sinal de um comprometimento funcional mais avançado. Normalmente, há uma certa hierarquia no declínio funcional, de tal forma que, quando o idoso não consegue mais cuidar de si mesmo (AVD básica), é sinal de que ele já não consegue também cuidar de sua casa ou morar sozinho (AVD instrumental). Deve-se ter o cuidado de afastar outras causas de não realização destas tarefas, que não a saúde ou condição física do paciente. Por exemplo, pode ser que o idoso nunca controlou o dinheiro, gastos ou pagou contas, pois o cônjuge sempre o fez. Assim, não houve perda ou declínio funcional, pois a pessoa nunca teve a oportunidade de executar aquela tarefa anteriormente. Nesses casos, a resposta é negativa, pois a pessoa não faz aquela tarefa por outros motivos que não sua saúde ou condição física.
	AVD Básica	
	Internação recente (<6 meses)	

QUADRO 7 MARCADORES ESPECÍFICOS DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL UTILIZADOS NO IVCF-20

		MARCADORES ESPECÍFICOS
COGNIÇÃO		Esta seção avalia o funcionamento da memória, utilizando três perguntas relacionadas ao esquecimento. A presença de esquecimento, por si só, não é tão importante, pois, a maioria das pessoas tem esquecimento, sem que isso represente qualquer problema de saúde. Todavia, quando o esquecimento é percebido pelas outras pessoas ou quando somente as outras pessoas o percebem, deve-se ficar atento com a possibilidade de esquecimento patológico (1 ponto). Outros dados relevantes são a piora progressiva do esquecimento (1 ponto) e, principalmente, quando o esquecimento impede que a pessoa continue fazendo tarefas do cotidiano, que sempre fez (2 pontos). O declínio funcional é o principal marcador de esquecimento sugestivo de incapacidade cognitiva.
HUMOR		Esta seção avalia o humor e é composto por duas perguntas. Cada resposta positiva vale 2 pontos e sugere a presença de transtorno depressivo.
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	Constituído de duas perguntas, tem por objetivo verificar a capacidade do idoso de executar tarefas diárias, que dependem dos membros superiores. Cada resposta positiva vale 1 ponto.
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	Esta seção avalia a presença de sarcopenia, que pode ocorrer na presença de qualquer uma das quatro condições: perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² ; velocidade da marcha menor que 0,8m/s ou circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm. A presença de qualquer uma destas quatro possibilidades recebe 2 pontos. Os pontos não são cumulativos, de forma que o valor máximo da pontuação neste item é 2 pontos.
MOBILIDADE	Marcha	Esta seção avalia a capacidade de deambulação e a presença de instabilidade postural e de quedas de repetição. Cada resposta positiva vale 2 pontos. O diagnóstico de instabilidade postural deve ser feito na presença de dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano. Da mesma forma, a presença de duas ou mais quedas no último ano é um sinal de alerta de que algo não vai bem. Ambas as situações não são normais “da idade” e devem ser melhor investigadas.
	Continência esfincteriana	A perda do controle da urina ou fezes nunca pode ser atribuída ao envelhecimento normal. Este item recebe 2 pontos, se a resposta for positiva. A presença de incontinência urinária é frequente nos idosos, mas não é normal “da idade” e deve sempre ser investigada.
COMUNICAÇÃO COMORBIDADES MÚLTIPHAS	Visão	A visão e a audição são essenciais na manutenção da independência dos indivíduos, pois são essenciais na execução das atividades do cotidiano. Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e/ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano. Cada resposta positiva vale 2 pontos. A pontuação deverá ser zero, se o problema auditivo ou visual estiver sendo corrigido pelo uso de óculos ou prótese auditiva. Assim, não basta ter problemas auditivos ou visuais. Tais problemas devem trazer prejuízos significativos nas tarefas do cotidiano.
	Audição	O termo comorbidades múltiplas engloba as condições de saúde relacionadas ao funcionamento adequado dos sistemas fisiológicos principais. Inclui a presença de polipatologia (cinco ou mais doenças crônicas), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, diariamente) e a história de internação recente (há menos de seis meses), sugestivas de maior vulnerabilidade. Na presença de qualquer resposta positiva, o item recebe quatro pontos. A pontuação não é cumulativa. Desta forma, a pontuação máxima do item é 4 pontos.
	Polipatologia	
	Polifarmácia	
	Internação recente (<6 meses)	

QUADRO 8 VELOCIDADE DA MARCHA

VELOCIDADE DA MARCHA

A presença de velocidade da marcha < 0,8 m/s é considerado um dos principais marcadores de sarcopenia. A diminuição da velocidade da marcha (VM) tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos idosos (Castell, 2013; Taekema, 2012). A VM é um bom teste da integração e do funcionalmente de diversos sistemas fisiológicos. Desta forma, a VM é reconhecida hoje como um instrumento essencial na avaliação dos idosos. Para fins de triagem, sua aferição pode ser feita em qualquer ambiente, até mesmo no domicílio. Orienta-se a marcação de uma distância de 4 metros no chão, em linha reta, com o auxílio de uma fita métrica, sinalizando o ponto de partida e o de chegada. O idoso é orientado a caminhar esta distância com passadas um pouco mais aceleradas do que o usual (“andando como se estivesse atravessando uma rua”), mas sem correr. Assim que o idoso começar a caminhar, o tempo é medido com relógio comum ou cronômetro, e o seu término se dá quando o idoso atinge a marca dos 4 metros. A VM é calculada dividindo-se 4 metros pelo tempo cronometrado no relógio (4/tempo em segundos). Normalmente, o tempo gasto para o idoso percorrer esta distância é de, no máximo, 5 segundos (equivalente a uma VM de 0,8 metros por segundo).

QUADRO 9 CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA

A presença de circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm traduz a presença de redução da massa muscular (Moraes, 2014). A medida da CP pode ser feita nas posições sentada ou de pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. No idoso acamado, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão. A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresenta o maior perímetro, sem fazer compressão. Fazer medições adicionais acima e abaixo deste ponto, para assegurar-se de que a primeira medida é a maior. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras (Figura 7). É necessário também estar atento ao caso de indivíduos obesos, que podem ter circunferência da panturrilha normal ou até aumentada mesmo na presença de sarcopenia (obesidade sarcopênica).

FIGURA 7 MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA (CP)



Idosos com pontuação no IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos apresentam alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional e devem ser submetidos à Avaliação Multidimensional do Idoso, realizada preferencialmente por equipe geriátrico-gerontológica especializada ou pela atenção secundária (AMI^{AS}), quando disponíveis. Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são considerados de moderado risco para vulnerabilidade clínico-funcional e

devem ser submetidos à AMI^{AB}, que pode ser realizada por médicos e enfermeiros não especializados. A AMI^{AB} determinará a necessidade ou não de encaminhamento para atenção secundária. Por sua vez, os idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de baixo risco e podem ser acompanhados de forma rotineira na atenção básica, seguindo as recomendações de programas e/ou diretrizes baseados em condições crônicas específicas. Além de reconhecer o idoso de risco, o IVCF-20, por si só, é capaz de sinalizar algumas intervenções que podem ser implementadas, independentemente da realização da AMI^{AS} ou AMI^{AB}. (Quadro 10, Figuras 8a e 8b).

QUADRO 10 ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)

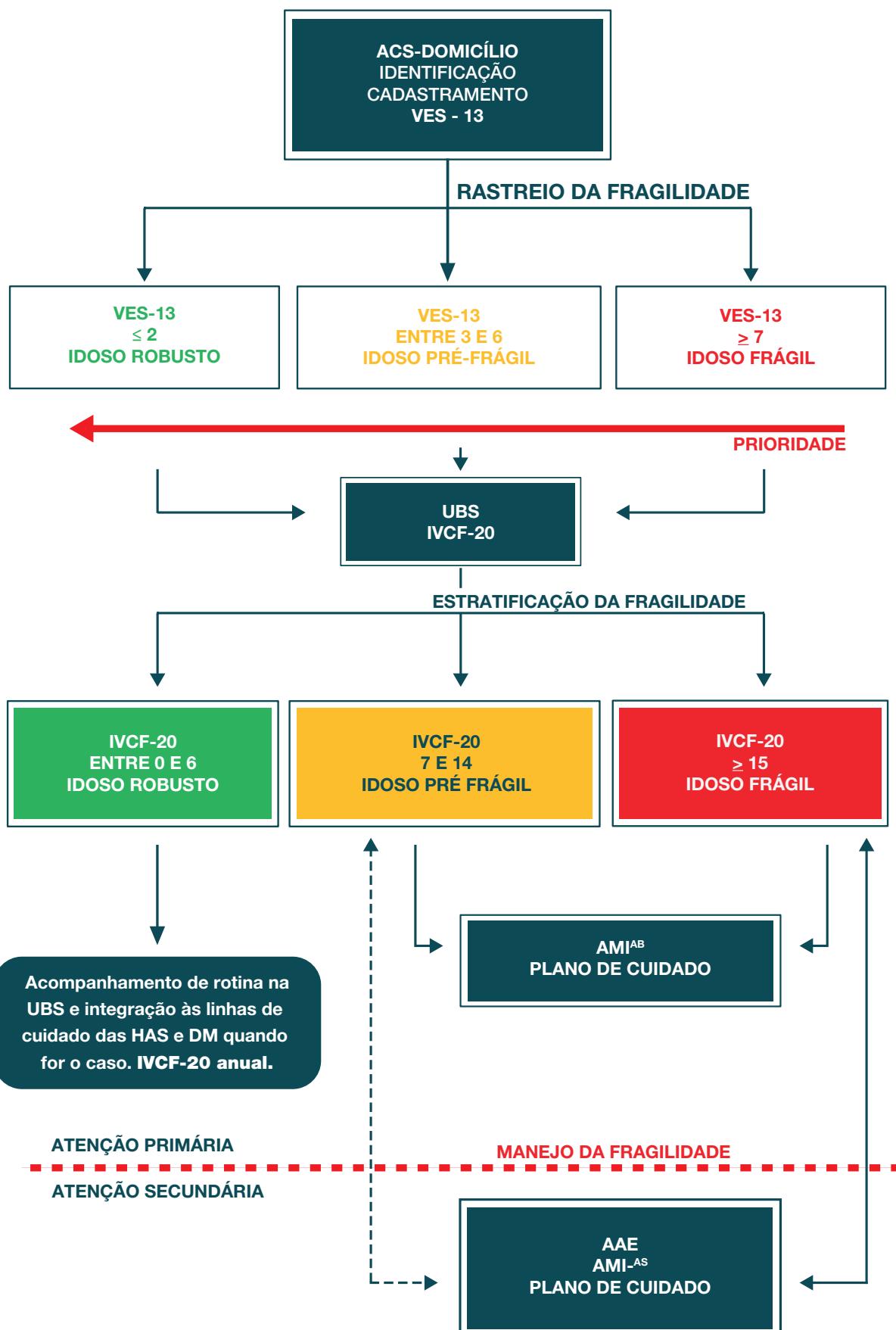
Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da AMI
0 a 6 pontos	----	Idoso com BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	MÉDIA
	Especificidade: 71%		
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	ALTA
	Especificidade: 98%		

FIGURA 8A SÍNTSESE DO RESULTADO DO (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20																			
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40																			
BAIXA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (0 a 6 pontos)		MODERADA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (7 a 14 pontos)				ALTA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (≥ 15 pontos)													
Idade	Alto Percepção da Saúde	AVD Instrumental	AVD Básica	Cognição	Humor	Mobilidade				Comunicação		Comorbidade Múltipla							
						MMS	Sarcopenia (Nutrição)	Marcha (Quadril)	Continência Esfíncteriana	Visão	Audição	Polifarmácia (≥ 5 doenças)	Polipatologia (≥ 5 doenças)	Internação Recente (6 meses)					

A Figura 8b resume a estratégia adotada pelo Paraná para a atenção à saúde do idoso, que tem como porta de entrada a APS, com a identificação do idoso vulnerável feita pelo ACS nos domicílios, com a aplicação do VES-13. Idosos de médio e alto risco devem ser priorizados para o atendimento na UBS, aonde terão a primeira estratificação (VES-13) confirmada com a aplicação do IVCF-20 pelos profissionais de nível superior, com o que já se inicia a primeira fase da avaliação multidimensional da saúde do idoso.

Na sequência, indivíduos classificados pelo IVCF-20 como de médio e alto risco deverão ser submetidos à AMI^{AB}, que será apresentada na continuidade.

FIGURA 8B FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO - PARANÁ

4.2.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO PARA ATENÇÃO BÁSICA

A Avaliação Multidimensional do Idoso para Atenção Básica (AMI^{AB}) deve incluir, além da consideração dos elementos idade e autopercepção de saúde já discutidos anteriormente, os seguintes itens:

A. FUNCIONALIDADE GLOBAL

Toda a avaliação do idoso tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, através das atividades de vida diária (AVD) básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. As AVD básicas são investigadas pelo índice de Katz (1963) que é apresentado no Quadro 11, enquanto as AVD instrumentais pelas escalas de Lawton-Brody (1969), apresentadas no Quadro 12. A perda de AVD ou o declínio qualitativo na realização das tarefas do cotidiano deve ser bem caracterizada. Para tanto, caso o idoso não seja capaz de responder, o informante deve conviver diariamente com o paciente. Muitas vezes, é necessária a confirmação da AVD com outros familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho, etc. O comprometimento das AVD pode ser o reflexo de uma doença grave ou conjunto de doenças que comprometam direta ou indiretamente essas quatro grandes funções de forma isolada ou associada. Dessa forma, a presença de declínio funcional nunca deve ser atribuída à velhice e, sim, representar sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais ou sintomas típicos. A presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que, em sua maioria, são total ou parcialmente reversíveis.

QUADRO 11 ÍNDICE DE KATZ

QUADRO 11: ÍNDICE DE KATZ (KATZ, 1963; LINO, 2008)

	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
TOMAR BANHO	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
VESTIR-SE	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
USO DO VASO SANITÁRIO	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
TRANSFERÊNCIA	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
CONTINÊNCIA	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes “ocasionais”.
ALIMENTAR-SE	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

QUADRO 12 ESCALA DE LAWTON-BRODY

QUADRO 12: ESCALA DE LAWTON-BRODY (LAWTON, 1969)				
	<u>Repostas:</u>	Sem ajuda	Com ajuda parcial	Incapaz
Você é capaz de preparar as suas refeições?				
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?				
Você é capaz de fazer compras?				
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?				
Você é capaz de usar o telefone?				
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?				
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?				
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?				

Em seguida, recomenda-se a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação. Deve-se ter claro que as AVD instrumentais e básicas são diretamente influenciadas pelos quatro domínios funcionais principais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação), como pode ser exemplificado pelo quadro abaixo (Quadro 13). Esta influência apresenta uma relação de dependência distinta, conforme o grau de complexidade da tarefa (0. Nenhum; +/- Mais ou menos; 1+ Muito pouco; 2+ Pouco; 3+ Moderado; 4+ Intenso e 5+ Muito intenso). Desta forma, percebe-se claramente uma hierarquia de complexidade entre as diversas tarefas que compõe as AVD instrumentais e básicas entre si e entre os grupos de AVD. Pode-se, assim, ter uma certa suspeição das causas gerais do declínio funcional, dependendo do perfil funcional apresentado pelo paciente (Quadro 13) (Moraes e Lanna, 2014).

QUADRO 13 CONFRONTAÇÃO ENTRE AS AVD ESPECÍFICAS COM A PARTICIPAÇÃO DOS DOMÍNIOS FUNCIONAIS

	Atividades de Vida Diária	COGNIÇÃO	HUMOR /COMPORTAMENTO	MOBILIDADE	COMUNICAÇÃO
ÍNDICE DE KATZ	ESCALA DE LAWTON-BRODY				
	Preparo de refeição	3+	4+	3+	1+
	Controle dos próprios remédios	4+	3+	1+	2+
	Fazer compras	4+	3+	2+	2+
	Controle do dinheiro/finanças	5+	3+	1+	1+
	Uso do telefone	2+	2+	1+	4+
	Pequenos trabalhos domésticos	2+	3+	3+	1+
	Lavar e passar roupa	2+	3+	4+	1+
	Sair de casa para lugares distantes	4+	3+	5+	3+
	Tomar banho	2+	2+	2+	1+
	Vestir-se/Despir-se	1+	1+	2+	1+
	Uso do banheiro	1+	1+	2+	1+
	Transferência	+/-	1+	1+	+/-
	Continência	0	0	1+	0
	Alimentar-se	+/-	1+	+/-	+/-

O declínio funcional nos idosos geralmente segue uma hierarquia, iniciando-se pela AVD mais complexas (avançadas e instrumentais) até comprometer o auto-cuidado (AVD básicas). Além disso, pode ser consequência do envolvimento de vários domínios funcionais simultaneamente, o que denominamos de poli-incapacidades. Por exemplo, o idoso com doença de Alzheimer apresenta, inicialmente, perda da capacidade de controlar o dinheiro ou fazer compras. Com a evolução da doença, ocorre progressivamente perda nos outros domínios funcionais, até a fase final da doença, onde há dependência completa para o auto-cuidado, quando é incapaz de se alimentar sozinho. Assim, a dependência em AVD instrumentais pode ser parcial, quando o idoso ainda é capaz de realizar algumas tarefas, ou completa, quando o idoso é dependente para todas elas.

O comprometimento das AVD básicas pode ser classificado em:

- **Independência:** realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente;
- **Semi-dependência:** apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro);
- **Dependência incompleta:** apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- **Dependência completa:** apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive alimentar-se. Representa o grau máximo de dependência funcional.

A estratificação clínico-funcional do idoso depende fundamentalmente desta classificação funcional, que é também fundamental para a avaliação da gravidade da condição crônica de saúde, para o planejamento das intervenções terapêuticas e para a estimativa do prognóstico do paciente.

B. SISTEMAS FUNCIONAIS

A avaliação dos sistemas funcionais deve incluir testes ou escalas apropriadas para a análise da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Foram desenvolvidas várias escalas específicas para avaliação do idoso e a escolha do instrumento baseia-se na simplicidade, rapidez, portabilidade e fidedignidade dos resultados. Todos apresentam vantagens e desvantagens e não devem ser utilizados como critérios diagnósticos, tampouco para definição etiológica, mas sim como indicadores da presença de incapacidades. O tempo gasto na avaliação dos sistemas funcionais é variável (Rosen e Reuben, 2011), conforme a fragilidade do paciente e a experiência do avaliador. Nem todos os testes são aplicados no mesmo paciente. Por vezes não são necessários ou são redundantes, pois não se tem dúvida da presença da incapacidade. As escalas recomendadas são consideradas de triagem e podem ser aplicadas por qualquer profissional da área de saúde.

B1. COGNIÇÃO

A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. A avaliação da cognição inicia-se com a investigação sobre a presença de esquecimento. Inicialmente devem ser valorizados a auto-percepção, o tipo e a evolução do esquecimento. A presença de esquecimento percebido pelo paciente (P) de forma desproporcional à percepção dos familiares (F) sugere duas possibilidades: demência ou depressão. Se o esquecimento for percebido mais pelos familiares do que pelo paciente ($F > P$), o diagnóstico de demência deve ser considerado. Nestes casos, é frequente a falta de insight do problema ou anosognosia. Por outro lado, se o esquecimento for percebido mais pelo paciente do que pelos familiares, o diagnóstico mais provável é a depressão ou ansiedade ($F < P$). O paciente deprimido usualmente amplifica o déficit cognitivo e dificulta o diagnóstico. E, finalmente, quando o esquecimento é percebido pelos familiares na mesma proporção que o paciente, o diagnóstico mais provável é de comprometimento cognitivo leve ($F = P$).

Outro aspecto fundamental a ser investigado é o tipo de esquecimento: tipo memória de trabalho e tipo memória episódica. O esquecimento tipo memória de trabalho é frequente entre os idosos, pois tende a aumentar com o envelhecimento. Caracteriza-se por dificuldade de fazer várias tarefas ao mesmo tempo e está muito associado à presença de déficits atentivos ou sensoriais, além dos distúrbios do humor e/ou sono.

O paciente refere desatenção e dificuldades para lembrar-se onde guardou determinados objetos ou compromissos pouco relevantes. Alguns pequenos acidentes domésticos podem ocorrer, como deixar a comida queimar. Normalmente traz poucas repercussões nas atividades de vida diária. Por outro lado, o esquecimento do tipo memória episódica é mais preocupante, pois traz repercussões mais evidentes nas tarefas do cotidiano mais complexas e sugere o diagnóstico de demência. Neste caso, o paciente apresenta dificuldades na relação temporal entre fatos recentes ou para descrever detalhes de episódios ou acontecimentos de sua vida, desorientação temporal, repetição de fatos ou perguntas, dificuldade de definir datas importantes ou de nomear parentes por ordem cronológica (por exemplo, idade dos netos e bisnetos). Frequentemente associado ao “sinal do pescoço” (Head Turning Sign) ou “sinal do olhar para o lado”: quando o paciente é questionado, ele automaticamente vira-se para o lado do acompanhante na tentativa de confirmar sua resposta ou pedir ajuda. É um sinal bastante frequente na doença de Alzheimer. O caráter progressivo do esquecimento deve ser valorizado como uma forte evidência de doença neurodegenerativa.

A avaliação das AVD é a primeira fase da avaliação cognitiva. As funções cognitivas necessárias para o desempenho apropriado das tarefas do cotidiano são as mesmas que são avaliadas nos testes neuropsicológicos. Existem diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem seja feita utilizando-se testes mais simples, rápidos e de fácil aplicação, como o Mini-Exame do Estado Mental (Folstein M.F. et al, 1975; Brucki S.M.D., 2003).

• Mini-Exame do Estado Mental – MEEM

O MEEM (Quadros 14 e 15) é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, com duração de 5 a 10 minutos. É composto por 11 itens e a pontuação máxima é de 30 pontos. Os primeiros cinco itens do teste avaliam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda metade avalia também outras funções corticais (linguagem, gnosia, praxia, função executiva e função visuoespacial). Portanto, é um teste capaz de rastrear todas as funções cognitivas, mas que, no entanto, não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demenciais. O MEEM permite, simplesmente, a quantificação do declínio cognitivo e sugere quais funções cognitivas estão comprometidas (Quadro 15).

Solicitamos ao paciente prestar atenção nas perguntas que serão realizadas, cujo objetivo é avaliar a sua “memória”. Mesmo que o paciente considere as perguntas fáceis, ele ficará mais tranquilo ao perceber os acertos. Nunca fale que as perguntas serão fáceis, pois caso o paciente encontre dificuldades em respondê-las, ficará ansioso, comprometendo o exame. Não o deixe perceber os erros cometidos. Não devemos dar pistas para o paciente. O aplicador deve ser rigoroso na aplicação e flexível na interpretação do teste.

Inicialmente perguntamos ao paciente a data de hoje (ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximada) e onde estamos (estado, cidade, bairro, local geral e específico), conforme o Quadro 14. Em seguida, solicitamos ao paciente repetir três palavras aleatórias (registro). Deve-se ter o cuidado de falar as três palavras com clareza e pausadamente (um segundo para cada palavra), para focalizar a atenção auditiva. Oriente o paciente a ouvir atentamente as três palavras e, logo em seguida, repetí-las. A primeira repetição determina o escore do paciente (0 a 3). Após a pontuação, certifique-se que o paciente memorizou as palavras, explicando que terá que repetí-las posteriormente. Repita quantas vezes forem necessárias (até cinco tentativas).

O próximo item avalia a atenção e concentração (função executiva), além de servir como elemento distrator para avaliação da memória de evocação. Solicite que faça o cálculo (“sete seriado”) ou que solebre a palavra mundo “da última letra para a primeira”. Este item avalia a capacidade de atenção e cálculo. A tendência é o uso do “sete seriado”, por depender menos do nível de escolaridade. Um ponto é dado para cada acerto na subtração, mesmo que a subtração anterior tenha sido incorreta (por exemplo, “93, 87, 80, 73, 66” receberá quatro pontos). Em caso de erro, você pode prosseguir a subtração, sem corrigir o paciente.

Após transcorridos cerca de um a dois minutos do registro, o paciente deverá repetir as três palavras memorizadas anteriormente. Cada palavra evocada vale 1 ponto, independente da sequência. Continue o teste, apontando para uma caneta (1 ponto) e um relógio (1 ponto) e pedindo ao paciente para nomeá-los.

Em seguida o paciente deverá repetir a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”, na sequênciacorreta (1 ponto). Certifique-se de que o paciente ouviu a ordem com clareza e permita somente uma tentativa. Neste momento apanhe uma folha de papel. Estenda para o paciente e dê a ordem: “Apanhe esta folha de papel com a mão direita, sobre-a ao meio e coloque-a no chão”. O escore é dado pela sequencia correta das 3 ações (três pontos). O paciente pode utilizar as duas mãos para dobrar a folha e esta pode ser dobrada até por duas vezes.

O item “escrever uma frase ou sentença completa” implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. O comando é *“escreva uma frase que tenha começo, meio e fim, e faça sentido”*. O termo frase pode não ser entendido. Peça ao paciente escrever *“alguma frase bonita”* ou ditado conhecido. Não exemplifique para o paciente. O próximo item consiste em mostrar a frase FECHE SEUS OLHOS pedindo ao paciente *“fazer o que está escrito”*. As letras devem ser adequadas ao grau de acuidade visual do idoso.

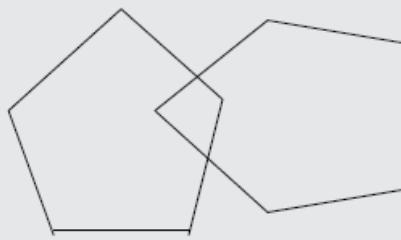
A cópia dos dois pentágonos avalia a presença dos 5 lados ou 10 ângulos e da interseção. Tremor e rotação do desenho devem ser ignorados.

A interpretação do teste deve seguir as orientações do quadro 15. Importante ressaltar que a análise depende da escolaridade do paciente.

O Quadro 14 apresenta o MEEM.

É importante frisar que a maior utilidade do teste não está na pontuação obtida (avaliação quantitativa), e sim, no grau de dificuldade observado nas respostas dadas pelo paciente (avaliação qualitativa). O ponto de corte é, na verdade, um ponto de partida e não o objetivo final do teste. O desempenho no MEEM deve ser sempre confrontado com as atividades de vida diária e com as características do esquecimento. A maioria dos quadros demenciais moderados a avançados podem ser diagnosticados somente com a utilização destas ferramentas. Todavia, os casos mais leves são mais complexos e devem ser encaminhados para avaliação mais minuciosa, na atenção secundária (Moraes e Lanna, 2010).

QUADRO 14 MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (05 pontos)	Ano
	Mês
	Dia do mês
	Dia da semana
	Semestre/Hora aproximada
<i>Dê um ponto para cada acerto (total de 5 pontos). Considera-se hora aproximada a variação de uma hora, da mesma forma que o dia do mês.</i>	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Estado
	Cidade
	Bairro ou nome de rua próxima
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
<i>Dê 1 ponto para cada uma das três palavras repetida corretamente. Certifique-se que o paciente memorizou as palavras</i>	
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM
<i>Solicite que faça o cálculo ("sete seriado") ou que solebre a palavra mundo "da última letra para a primeira". Considere a tarefa com melhor desempenho (1 ponto para cada acerto e total de 5 pontos). A tendência é o uso do "sete seriado", pela menor dependência da escolaridade. Um ponto é dado para cada acerto na subtração, mesmo que a subtração anterior tenha sido incorreta.</i>	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
<i>Este item deve ocorrer após uma tarefa distratora, que, habitualmente, é o item anterior (atenção e cálculo). O paciente gasta, no máximo, 30 segundos para a evocação. Cada palavra evocada vale 1 ponto, independente da sequência.</i>	
NOMEAR DOIS OBJETOS (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"
COMANDO DE ESTÁGIOS	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"
<i>Apanhe uma folha de papel, estenda-a para o paciente e dê a ordem: "Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão". O escore é dado pela sequência correta das 3 ações (3 pontos). O paciente pode utilizar as duas mãos para dobrar a folha e dobrá-la por até duas vezes.</i>	
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"
<i>Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. O comando é "escreva uma frase que tenha começo, meio e fim, e faça sentido". Gramática e pontuação corretas não são pontuados</i>	
LER E EXECUTAR (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS
<i>O paciente deverá ler e executar a tarefa. O aplicador não pode ler para o paciente.</i>	
COPIAR DIAGRAMA (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção
	

QUADRO 15 INTERPRETAÇÃO DO MEEM

Escolaridade	Ponto de Corte	Comentários
Analfabetos/ baixa escolaridade	18 pontos	O ponto de corte no MEEM depende da sensibilidade e especificidade que se deseja do teste (Avaliação quantitativa). Assim, o que importa é o desempenho qualitativo do paciente, particularmente nos itens que mais avaliam a memória episódica e, portanto, mais precocemente comprometidos nos quadros amnésticos, como a doença de Alzheimer. A presença de erros nas perguntas referentes à memória de evocação e orientação temporal devem ser mais valorizados, mesmo que a pontuação final esteja dentro da faixa considerada “normal” (Avaliação qualitativa).
8 anos ou mais de escolaridade	26 pontos	

B.2 HUMOR/COMPORTAMENTO

O humor é uma função indispensável para a preservação da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas depressivos é frequente entre os idosos, variando de 8 a 16% e muitas vezes é negligenciada. O espectro dos problemas associados ao rebaixamento do humor ou baixa motivação varia desde a tristeza isolada até a depressão maior. A depressão refere-se a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com uma duração de meses a anos. Não é uma consequência natural do envelhecimento, tampouco sua prevalência aumenta com o envelhecimento.

É fundamental que os profissionais de saúde tenham familiaridade com o reconhecimento dos transtornos depressivos no idoso, utilizando instrumentos estruturados ou escalas de depressão. A escala de depressão mais utilizada em idosos é a “Escala de Depressão Geriátrica” (*Geriatric Depression Scale – GDS*).

A GDS oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação dos transtornos depressivos e pode ser utilizada nas versões simplificadas (GDS 5 e 15 questões), reduzindo o tempo gasto na sua aplicação (Hoyl, 2000). Almeida e Almeida (1999) demonstraram que a versão brasileira da GDS-15 oferece uma medida válida para o diagnóstico de episódio depressivo.

O ponto de corte de 6 ou mais pontos para anormalidade produziu índices de sensibilidade de 90,9% e especificidade de 64,5% para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios DSM-IV. Os valores preditivos positivo e negativo foram, respectivamente, 73,9% e 86,9%. Além disso, a GDS-15 oferece uma medida confiável de gravidade do quadro depressivo e apresenta boa consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach de 0,81). Todavia, os itens individuais da escala apresentam baixa estabilidade, ou seja, baixa confiabilidade de teste-reteste. Desta forma, a resposta fornecida a cada pergunta da GDS-15 pode variar ao longo do tempo, no entanto, percebe-se uma relativa estabilidade dos escores totais. Portanto, o escore total da GDS-15 é um indicador relativamente estável do humor do paciente e

pode ser utilizado para a detecção de casos de depressão no idoso e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo.

Sugerimos a utilização da GDS-15 e sua versão simplificada de 5 itens, como triagem inicial dos transtornos no humor no idoso. Deve-se suspeitar de depressão se ocorrer, respectivamente, 6 e 2 respostas positivas para depressão na GDS-15 e GDS-5 (Quadro 16).

QUADRO 16 ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15 E GDS-5)

QUADRO 16: ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS-15 E GDS-5)		RESPOSTA		
	PERGUNTA	Sim	Não	
GDS-5	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1	GDS-15
	Você se aborrece com frequência?	1	0	
	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0	
	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0	
	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0	
	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0	
	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0	
	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1	
	Você sente que sua vida está vazia?	1	0	
	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0	

O rastreio da depressão sem a subsequente confirmação pode levar a diagnósticos falso positivos e tratamentos desnecessários. Assim o diagnóstico de depressão deve ser confirmado pelos critérios para depressão maior definidos no DSM-5, que apresentamos a seguir (Quadro 17). Observe-se que o luto, ao contrário de edições anteriores, não é condição excludente no DSM-5.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESSÃO MAIOR - DSM-5.	
A) Cinco ou mais dos sintomas seguintes devem estar presentes na maioria dos dias por um período de pelo menos duas semanas, representando mudança em relação ao funcionamento anterior.	
<p>Sintomas centrais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor deprimido - Anedonia - perda do interesse ou prazer. <p>Pelo menos um destes sintomas deve estar presente.</p>	<p>Sintomas adicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda ou ganho significativos de peso ($> 5\%$ do peso corporal em um mês); ou redução ou aumento do apetite; - Insônia ou hipersonia; - Agitação ou retardo psicomotor observáveis por outras pessoas; - Fadiga ou perda de energia; - Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; - Dificuldade de concentração ou indecisão; - Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa ou plano de suicídio.
<p>B) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízos no funcionamento social, profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;</p> <p>C) O episódio não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica;</p> <p>D) A ocorrência do episódio depressivo não é bem explicado pela presença de outros transtornos mentais;</p> <p>E) Nunca houve um episódio maníaco ou hipomaníaco.</p>	
<p>Nota: Respostas a uma perda significativa (ex. luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, doença médica ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite, e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser compreendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior deve ser cuidadosamente considerada. Esta decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda. No luto o afeto predominante inclui sentimento de vazio e perda, ao passo que no episódio depressivo maior há humor deprimido persistente incapacidade de antecipar felicidade ou prazer. A disforia o luto pode diminuir de intensidade ao longo de dias a semanas, ocorrendo em ondas, conhecidas como as dores do luto, associadas a lembranças do falecido; a autoestima costuma estar preservada e se presente a ideação autodepreciativa costuma envolver a percepção de falhas em relação ao falecido (ex. não ter visitado com mais frequência. Pensamentos de morte também costumam ter foco no falecido, como possibilidade de unir-se a ele.</p>	

B3. MOBILIDADE

A mobilidade é dividida em subsistemas que devem ser avaliados rotineiramente:

ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA

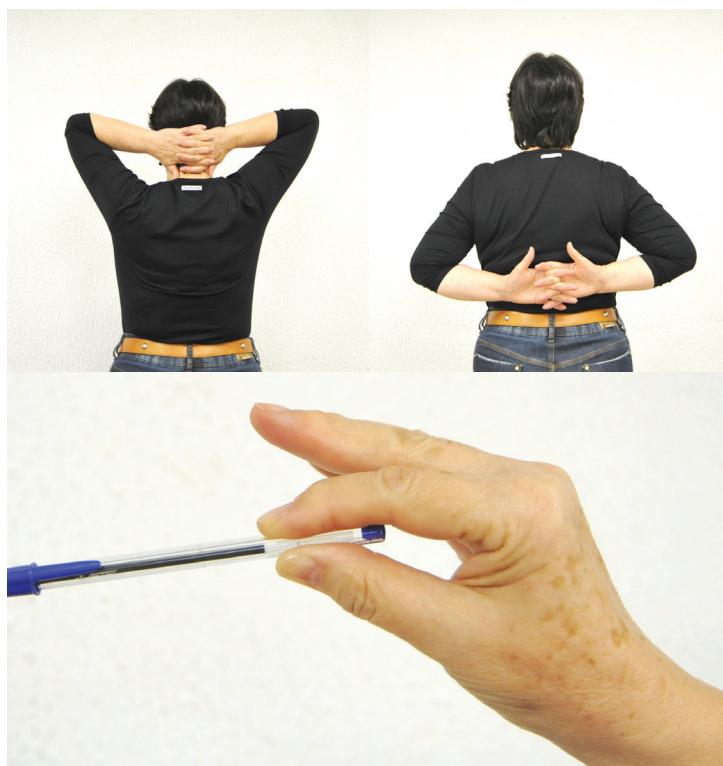
A manipulação do meio é uma habilidade fundamental na mobilidade e depende diretamente dos membros superiores (ombros e mão).

O ombro é a articulação mais flexível do corpo, graças a sua constituição complexa. A síndrome do “ombro doloroso” é uma importante causa de dor, limitação funcional e dependência física no idoso. Tem como causas principais as artrites, tendinites e bursites. A lesão do manguito rotador ou síndrome do impacto é a principal causa de dor e incapacidade no ombro, especialmente quando ocorre sua ruptura, parcial ou total. Sua lesão caracteriza-se pela presença de dor e dificuldade de elevação e sustentação do

braço afetado em tarefas como pentear o cabelo, pendurar roupas no varal, tocar as costas, arremessar objetos, vestir-se ou despir-se, segurar objetos acima da cabeça, etc.

As mãos, por sua vez, são estruturas extremamente complexas e funcionalmente decisivas para a independência do indivíduo. A presença do dedo oponente, o polegar, permite o “movimento de pinça”, fundamental para a evolução da espécie humana. As mãos são frequentemente acometidas nas doenças reumatológicas e podem trazer limitações importantes para o paciente, como a osteoartrite, artrite reumatóide, o dedo em “gatilho” e a síndrome do túnel do carpo (Moraes e Lanna, 2014). A movimentação dos ombros, a preensão e a pinça devem ser avaliados conforme Figura 9.

FIGURA 9 AVALIAÇÃO DO ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA



POSTURA, MARCHA E TRANSFERÊNCIA

A avaliação da marcha deve ser feita de rotina em todo idoso, com o objetivo de prevenção de quedas e manutenção e/ou recuperação da sua independência. Recomenda-se a aplicação de testes simples, como o teste de Levantar e Andar 3 Metros (Timed Up and Go Test), juntamente com o Get Up and Go Test. (Mathias, 1986; Podsiadlo, 1991; Steffen, 2002).

• **Levantar e andar 3 metros (Timed up and go test)**

O paciente deve levantar-se de uma cadeira sem o apoio de braços, caminhar três metros com passos seguros e confortáveis, girar 180º e retornar, sentando-se na cadeira. O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado. Algumas recomendações são necessárias na aplicação do teste:

- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm.
- O paciente inicia o teste recostado e com os braços repousados na cadeira. Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste previamente.
- O tempo é cronometrado a partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira.
- O paciente deve usar seu calçado usual. O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa colorida.

A proposta do teste é observar o equilíbrio do paciente assentado em uma cadeira, transferências da posição assentada para de pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias. A vantagem deste teste é sua rapidez e facilidade para realizá-lo em qualquer lugar, além das importantes informações sobre a força das pernas, a capacidade de equilíbrio e as estratégias de que se vale o idoso para executar os movimentos, que são aspectos determinantes para a realização adequada das atividades da vida diária.

Pacientes que conseguem realizar o teste sem se desequilibrar e com um tempo inferior a 10 segundos, ainda que apresentem um distúrbio da marcha, tem risco mínimo de queda. Assim, não se justifica qualquer avaliação adicional. Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são, em geral, independentes e na ausência de história de quedas ou padrão de marcha típico não necessitam ter sua propedêutica estendida. Teste com duração igual ou superior a 20 segundos é indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas. Este idoso deverá ser submetido a avaliação específica da instabilidade postural.

• **Get Up and Go Test**

Além desta análise quantitativa, recomenda-se a avaliação qualitativa desta tarefa (*Get up and go test*). Didaticamente, dividimos a marcha em dois componentes: equilíbrio e locomoção. O equilíbrio é avaliado nas seguintes fases do teste: equilíbrio assentado; levantamento da cadeira; equilíbrio ao levantar-se, nos primeiros três a cinco segundos e rotação (giro de 180º). O início e a manutenção da locomoção (cadência, base, comprimento e altura da passada, desvio de trajeto, balanço dos braços) fornecem dados importantes para a definição do tipo e causa do distúrbio da marcha, conforme o quadro 17.

QUADRO 17 APLICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO TESTE GET UP AND GO TEST

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DA MARCHA (GET UP AND GO TEST)		
EQUILÍBIRIO	Equilíbrio assentado	Firme, constante e estável
	Levantamento da cadeira	Capaz de se levantar em um único movimento e sem a ajuda dos braços
	Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 segundos)	Estável e sem necessidade de auxílio para a marcha ou utilização de outro objeto de suporte
LOCOMOÇÃO	Sentando-se	Movimento suave e seguro
	Início da marcha	Inicia a caminhada imediatamente, sem hesitação: o início da marcha é único e suave
	Altura do passo	Oscila o pé completamente, mas não mais que 2,5 a 5cm
	Comprimento do passo	O pé na fase de oscilação ultrapassa o pé na fase de apoio
	Desvio do curso ou trajeto	Os pés seguem em linha reta, enquanto o paciente avança, sem desvios laterais
	Estabilidade do tronco	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não ficam abduzidos num esforço para manter a estabilidade
	Distância dos tornozelos	Tornozelos quase se tocam enquanto anda

Se a instabilidade postural não for abordada de forma adequada, tem grande chance de evoluir para a imobilidade, que é a perda total ou parcial da capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Usualmente ela está associada às outras síndromes geriátricas, como incapacidade cognitiva, incontinência urinária, incapacidade comunicativa e iatrogenia.

A instabilidade postural se relaciona também às quedas, que ocorrem em 30% dos idosos, apresentam alta taxa de recorrência e constituem a sexta causa de morte nesta população. Além da identificação do risco através do *Timed up and go test* e *Get Up and Go Test*, é importante que seja verificada a ocorrência de quedas, caracterizando sintomas eventualmente associados e circunstâncias em que aconteceram. As causas podem ser múltiplas e frequentemente associadas e as complicações mais temidas são a fratura de fêmur e o hematoma sub-dural. O medo de cair é frequente e pode desencadear o ciclo vicioso da imobilidade.

A Imobilidade pode ser parcial ou completa. A avaliação da gravidade da imobilidade dependerá da preservação ou não da capacidade de deambular, transferir, sentar, mudar de decúbito e movimentar os membros, conforme pode ser visto no Quadro 18.

A capacidade aeróbica está estritamente relacionada ao sistema cardiovascular, respiratório e hematológico. A presença de dispnéia de esforço ou a intolerância à atividade física é o sintoma mais característico da presença de redução da capacidade aeróbica. Por sua vez, a capacidade muscular reflete a presença de sarcopenia e/ou dinapenia. A velocidade da marcha é considerada um ótimo parâmetro da função muscular, devendo ser realizada em todo idoso, como já foi visto anteriormente (Quadro 18).

QUADRO 18 CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA IMOBILIDADE

		Deambular		Transferir	Sentar	Mudar de decúbito	Movimentar membros
		Sem ajuda	Com ajuda				
AUSÊNCIA DE IMOBILIDADE		+	+	+	+	+	+
IMOBILIDADE PARCIAL	Grau I: Paciente é capaz de permanecer sentado sem apoio e de se levantar da cadeira sem auxílio. Necessita de suporte para locomoção, mas consegue fazer sem ajuda.	-	-	+	+	+	+
	Grau II: paciente é capaz de permanecer sentado sem suporte e de movimentar os braços, mas não é capaz de movimentar com eficácia as pernas, de levantar da cadeira e de permanecer em pé, sem auxílio.	-	-	-	+	+	+
	Grau III: paciente é capaz de movimentar membros, mas não é capaz de permanecer sentado sem suporte. Paciente é capaz de rolar na cama sem ajuda.	-	-	-	-	+	+
	Grau IV: paciente não é capaz de sustentar tronco na posição sentada, é capaz de movimentar membros com dificuldade, mas não é capaz de rolar na cama sem auxílio.	-	-	-	-	-	+
IMOBILIDADE COMPLETA	Paciente não é capaz de sustentar tronco na posição sentada, nem de movimentar braços e pernas.	-	-	-	-	-	-

CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA

A perda do controle esfíncteriano caracteriza a incontinência, uma síndrome geriátrica, que pode ser urinária, fecal ou dupla. A continência depende da integridade anatômica do trato, mecanismos fisiológicos de enchimento e esvaziamento vesical e retal, capacidade cognitiva, mobilidade, destreza manual e motivação para ir ao banheiro. A incontinência urinária é mais frequente do que a fecal, mas ambas podem trazer profundas repercussões na mobilidade, restringindo a participação social do indivíduo idoso.

• Incontinência Urinária

A Incontinência Urinária (IU) é definida como uma perda involuntária de urina pela uretra, capaz de provocar desconforto social e higiênico. Afeta pessoas de qualquer idade, mas é mais frequente com o envelhecimento e no gênero feminino. A IU tem etiologia multifatorial e, com o envelhecimento, a interação de uma série de fatores como lesões do sistema nervoso e urinário, uso de medicamentos, e declínio funcional e/ou cognitivo predispõe seu aparecimento. Além disso, a IU associa-se a infecções do trato urinário e genital, provoca maceração da pele, facilita formação de úlceras por pressão, contribui para disfunção sexual, altera a qualidade do sono, aumenta o risco de quedas e fraturas e pode causar isolamento social e depressão.

O envelhecimento por si só não é causa de incontinência urinária, mas leva a alterações no sistema urinário que podem predispor à incontinência. No homem, o aumento da próstata é o principal responsável pelas alterações do fluxo urinário. Na mulher, a principal mudança é a redução da pressão máxima de fechamento uretral, consequência da atrofia dos tecidos do trato gênito-urinário. Em ambos os sexos, a redução da contratilidade e da capacidade vesical, aumento do volume residual, declínio da habilidade em retardar a micção e aparecimento de contrações vesicais não inibidas pelo músculo detrusor contribuem para surgimento de IU.

Apesar da alta prevalência e morbidade, o problema é pouco detectado. Muitos pacientes têm dificuldade em relatar os sintomas por constrangimento, por acreditar que seja secundário ao envelhecimento normal ou por desconhecer as possibilidades de tratamento. Portanto, é de primordial importância que esse problema seja abordado na avaliação de toda pessoa idosa.

Classificações da IU

A IU é classificada em transitória ou estabelecida. A IU transitória apresenta pouco tempo de evolução, início súbito, sendo associada a uma condição clínica aguda ou ao uso de medicamentos e tende a ser resolvida após tratada a causa. As principais causas de IU podem ser resumidas abaixo, no epônimo **DIURAMID**.

- **Delirium:** estado confusional agudo de origem multifatorial, mas sempre reversível e associado a uma causa clínica como pneumonia, infecção urinária, impactação fecal, etc.
- **Infecção urinária:** associada à irritação do trato urinário pela infecção, frequente nos idosos e nem sempre relacionada à sintomatologia miccional.
- **Uretrite e vaginite atrófica:** a deficiência estrogênica na menopausa prejudica a fisiologia dos tecidos do trato gênito-urinário, levando a IU, urgência e disúria.
- **Restrição da mobilidade:** limita o acesso ao banheiro.
- **Aumento de débito urinário:** ingestão excessiva de líquidos, hiperglicemia, distúrbios metabólicos (hipercalciúria) e insuficiência cardíaca (nictúria patológica).
- **Medicamentos:** são as causas mais comuns de IU e a precipitam por diversos mecanismos. Entre os fármacos que podem levar à IU, os de uso mais comum na Atenção Básica são os diuréticos (principalmente furosemida), o haloperidol, diazepam, amitriptilina e os betabloqueadores. Além disso, o álcool e a cafeína também predispõem à IU.
- **Impactação fecal:** a “impactação fecal” tem um efeito irritativo sobre a bexiga e também obstrutivo, dificultando a passagem da urina através da uretra, causando IU.
- **Distúrbios psíquicos:** a depressão pode levar à perda do interesse em tudo, inclusive na micção.

Por sua vez, a **IU estabelecida** tem longo tempo de evolução, usualmente superior a três meses, sendo classificada de acordo com a sintomatologia clínica em:

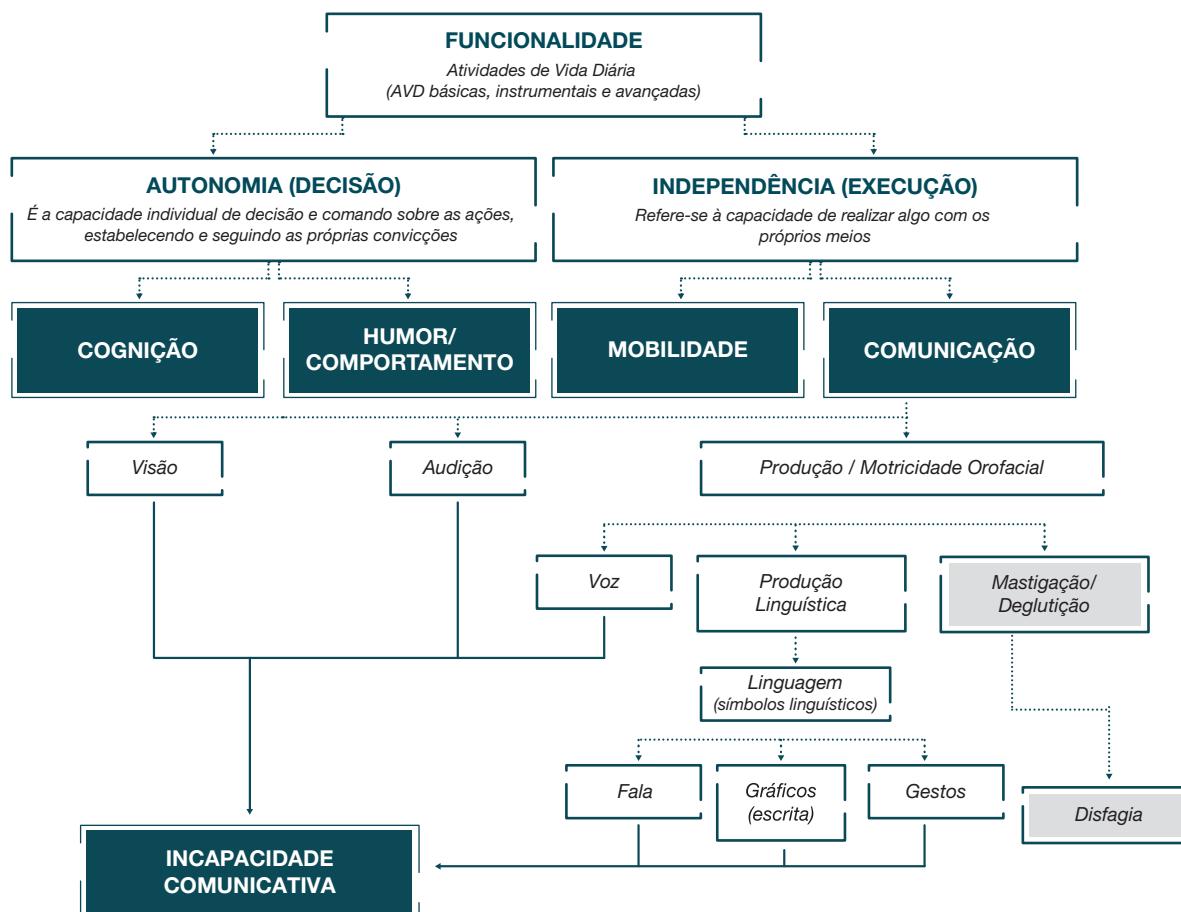
- **IU de urgência (bexiga hiperativa):** é a causa mais comum em idosos. Caracteriza-se por um intenso desejo de urinar (urgência), seguido pela perda involuntária de volume de urina que pode ser de moderado a grande. Ocorre por contrações não inibidas da bexiga pela hiperatividade do detrusor, músculo interno na bexiga. Esse mecanismo pode ser causado por condições locais como uretrite, tumores e litíase, ou por alterações no SNC, como AVC, demência e parkinsonismo.
- **IU de esforço:** perda involuntária de urina durante o aumento da pressão abdominal (tosse, espirro, riso), na ausência de contração ou hiperdistensão vesical. Não há urgência urinária. É a segunda causa de IU na mulher idosa. Ocorre por deslocamento da uretra de sua posição anatômica durante esforço (hipermotilidade uretral), por enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico (envelhecimento, multiparidade e trauma cirúrgico) e/ou deficiência esfincteriana intrínseca decorrente de trauma cirúrgico (prostatectomia transuretral).
- **IU por transbordamento:** responsável por menos de 20% das causas de IU em pessoas idosas. Está associada à hipocontratilidade do detrusor (por distúrbio neurológico) ou por obstrução da saída vesical (aumento da próstata ou cistocele grande). Caracterizada pela perda frequente de urina, jato fraco, intermitência, hesitação, frequência, noctúria e sensação de esvaziamento incompleto. A bexiga, normalmente, está palpável e o volume residual é grande (“bexigoma”).
- **IU funcional:** não há comprometimento dos mecanismos controladores da micção. A perda involuntária da urina ocorre por incapacidade de chegar ao banheiro devido a limitações físicas, déficit cognitivo, alterações psicológicas ou barreiras ambientais. Suas causas mais comuns são: demência grave, imobilidade, ataduras e depressão.

- **IU mista:** etiologia multifatorial. Muitas idosas apresentam hiperatividade do músculo detrusor e ao mesmo tempo evidências clínicas de IU de esforço, por exemplo.

B.4 COMUNICAÇÃO

A comunicação é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. As habilidades comunicativas estão estreitamente relacionadas com a linguagem, responsável pela compreensão e expressão dos símbolos linguísticos verbais (orais e gráficos) e gestuais (linguagem de sinais). O comprometimento da linguagem está associado primariamente a alterações das áreas de Broca e Wernicke, localizadas na região temporo-parietal esquerda. No modelo que utilizamos, tais alterações estão relacionadas às funções cognitivas. Desta forma, no sistema funcional que denominamos comunicação foram incluídas as habilidades comunicativas dependentes do funcionamento adequado dos órgãos dos sentidos (visão e audição) e dos órgãos eferentes da comunicação (produção e motricidade orofacial). A visão pode ser incluída como uma das habilidades comunicativas, atuando de forma compensatória na ausência das outras habilidades da comunicação oral-verbal ou de forma complementar, como no caso da linguagem gestual. As estruturas envolvidas na produção oral (fala e voz) participam também da deglutição, daí a sua inclusão no modelo. O comprometimento deste sistema está associado a disfagia orofaríngea, causa importante de pneumonia de aspiração em idosos frágeis (Figura 10).

FIGURA 10 FUNCIONALIDADE E COMUNICAÇÃO



Cerca de um quinto da população com mais de 65 anos apresenta problemas de comunicação. As habilidades comunicativas compreendem três áreas distintas: linguagem, audição e produção/motricidade oral. A visão pode ser incluída como a quarta função comunicativa, atuando como função compensatória, na ausência das outras habilidades da comunicação oral-verbal. O rastreamento da função auditiva deve ser feito anualmente entre os idosos, utilizando-se o teste do sussurro e a otoscopia para a detecção de rolha de cerúmen (Lin 2011; Pacala, 2012).

O teste do sussurro avalia a compreensão de sons de baixa intensidade (30 dB) e alta frequência. É um teste simples, rápido e não exige nenhum instrumental específico. O examinador deve permanecer de pé, fora do alcance do campo visual dos pacientes, para evitar a leitura labial, a uma distância equivalente ao comprimento do braço do paciente estendido (60 cm). O examinador sussura, enquanto gentilmente comprime e massageia o trágus da orelha contralateral. A obstrução do conduto auditivo, isoladamente, é incapaz de mascarar a audição do ouvido não testado. Após uma expiração completa, o examinador sussura um conjunto de três letras/ números (“5, B, 6”), selecionados aleatoriamente. Antes do teste, o paciente deverá ter compreendido o comando, utilizando-se a voz alta e um número simples como “99”. Cada ouvido é testado individualmente e com combinações diferentes. O teste é considerado positivo caso o paciente não consiga repetir corretamente o conjunto de três letras/números. Caso positivo, o paciente deverá ser submetido à audiometria, exceto se não concordar com o uso de prótese auditiva.

A fala e a voz devem ser avaliadas rotineiramente, observando-se a respiração (capacidade, controle e coordenação da produção sonora), a fonação (intensidade e qualidade vocal), a ressonância (grau de nasalidade), a articulação (precisão articulatória e fonatória e coordenação motora) e a prosódia (ritmo e velocidade da fala espontânea).

A triagem da acuidade visual deve ser feita em todo idoso, utilizando-se os seguintes instrumentos (Eekhof, 2000):

- Avaliação da capacidade de reconhecimento de faces a uma distância de 4 metros, em uso de lentes corretivas, caso necessário: a incapacidade de reconhecimento confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica;
- Teste de Snellen a 5 metros, em uso de lentes corretivas, caso necessário: pergunte se as hastes do “E” estão viradas para cima ou para baixo, para a direita ou para a esquerda. A presença de visão < 0,3 (<20/60) confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica;
- Leitura de jornal ou revista a 25 cm, em uso de lentes corretivas, caso necessário: a dificuldade para leitura confirma a presença de déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica específica.

C. SISTEMAS FISIOLÓGICOS

As queixas apresentadas pelo paciente são habitualmente subestimadas pelos familiares e por ele próprio, retardando o diagnóstico precoce. O hábito de atribuir-se toda sintomatologia aos problemas “da idade” é amplamente aceito, inclusive pelos profissionais da área da saúde. Diferenciar as alterações fisiológicas do envelhecimento (senescênci) das doenças, disfunções e incapacidades (senilidade) que podem se acumular com a passagem do tempo é tarefa difícil. A polipatologia é, muitas vezes, confundida com problemas psíquicos (“paciente poliqueixoso”), dificultando mais ainda o diagnóstico precoce dos problemas de saúde no idoso. Como regra geral, nenhuma sintomatologia causadora de limitação ou restrição em atividades de vida diária deve ser atribuída ao envelhecimento fisiológico per si. A expressão “da idade” não deve ser utilizada até que ampla avaliação diagnóstica exclua as doenças mais prevalentes nessa faixa etária. Normalmente, o idoso ou os familiares procuram assistência médica após o aparecimento da doença ou da incapacidade. Com frequência, a queixa principal no momento da consulta não reflete, de forma clara e direta, a verdadeira origem do problema. Na verdade, o motivo da consulta corresponde, com mais frequência, ao sintoma mais familiar ou mais facilmente reconhecido, ao que requer mais cuidado ou ao problema que, na opinião do paciente ou do cuidador, permite legitimar o acesso ao sistema de saúde. Nem sempre as condições frequentemente associadas à velhice, como as quedas, incontinência urinária ou incapacidade cognitiva, constituem a queixa principal, apesar de estarem frequentemente presentes.

O raciocínio clínico tradicional de explicar todos os sinais e sintomas por uma única doença (unidade diagnóstica) não se aplica ao idoso. A presença de comorbidades ou polipatologia altera a apresentação das doenças, tornando-as atípicas, ou melhor, típicas do idoso. Na literatura médica, é comum falar-se em “apresentação atípica das doenças no idoso”. Na verdade, a apresentação é atípica somente quando o referencial é o jovem e típica quando se trata do paciente idoso. Comumente, a desordem em um órgão pode se manifestar por sintomas em outros, especialmente na presença de comorbidades, de tal forma que o órgão usualmente associado a determinado sintoma é menos provável de ser a fonte do problema principal. Por exemplo, confusão mental pode ser manifestação de infecção urinária e não necessariamente do comprometimento direto do sistema nervoso central. Da mesma forma, a história de queda pode significar comprometimento do sistema nervoso central (delirium, demência, etc.) ou ser a apresentação inicial de uma infecção respiratória (Moraes, 2009).

Várias doenças podem apresentar-se com a mesma sintomatologia, como, por exemplo, fadiga, anorexia, insônia, emagrecimento, quedas, confusão mental, incontinência, imobilidade, sícope, depressão, etc. e, portanto, merecem ampla investigação clínica e laboratorial. Recomenda-se sempre afastar, inicialmente, doenças mais graves, com maior morbimortalidade. A simplificação diagnóstica é extremamente perigosa no idoso. Para um dado sintoma, as alternativas de diagnóstico diferencial variam substancialmente entre o adulto jovem e o idoso. Aquilo que no jovem corresponde à sintomatologia

típica de refluxo gastroesofágico pode corresponder a carcinoma gástrico ou esofágico no idoso. Por outro lado, o mesmo processo alterado pode se comportar de formas diferentes nos extremos da vida. O hipertireoidismo, que no jovem se apresenta com taquicardia, sudorese e emagrecimento, no idoso pode apresentar-se somente com fibrilação atrial e/ou fratura de fêmur por osteoporose secundária. Alterações próprias do envelhecimento podem dificultar o diagnóstico. Por exemplo, a presença de quarta bulha na ausculta cardíaca, sopro sistólico, edema de membros inferiores, crepitações pulmonares não significam, necessariamente, insuficiência cardíaca. Por outro lado, na presença de febre e/ou desidratação, o idoso pode evoluir rapidamente para um quadro de insuficiência cardíaca aguda, pela presença de disfunção diastólica, comum nessa faixa etária. Da mesma forma, a polifarmácia pode precipitar ou mascarar determinados sintomas e sempre deverá ser considerada como fator causal na origem de qualquer sintomatologia recente, na ausência de outra causa aparente.

O isolamento familiar e social, comumente observado, pode dificultar substancialmente a percepção de um problema de saúde subjacente. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto pela escassez de atendimento específico ao idoso quanto pelas dificuldades de transporte, o medo da hospitalização ou da descoberta de doença grave, o receio com os custos do tratamento ou a coexistência de distúrbios cognitivos agravam ainda mais o problema.

Sempre deve ser feita a confrontação entre a incapacidade percebidas e a avaliação dos sistemas fisiológicos e reguladores, como demonstrou a Figura 1. Por exemplo, a presença declínio funcional relacionado à mobilidade, no subsistema capacidade aeróbica/muscular (dispneia de esforço), sugere comprometimento do sistema cardiovascular (por exemplo, ICC), respiratório (por exemplo, DPOC), hematológico (por exemplo, anemia) ou músculo-esquelético (sarcopenia), de forma isolada ou associada (polipatologia). Percebe-se, assim, que uma boa caracterização do tipo de perda funcional aponta para qual ou quais doenças poderiam explicar o declínio funcional. O raciocínio geriátrico-gerontológico deve explicar não só os sintomas relatados, mas, sobretudo, o declínio funcional. Além disso, a meta terapêutica é a recuperação do declínio funcional, com maximização da autonomia e independência. Daí a importância do trabalho interdisciplinar, fundamental para plena reabilitação do paciente.

Além da avaliação dos sistemas fisiológicos clássicos, deve-se dar atenção especial para a saúde bucal, nutrição e o sono.

NUTRIÇÃO

A nutrição é a capacidade de transformação, utilização e assimilação de nutrientes para a realização das funções celulares vitais. O estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre a oferta e a demanda de nutrientes. Não existe um método único e eficiente para estabelecer o estado nutricional, principalmente em idosos. Na triagem nutricional, recomenda-se a utilização da avaliação antropométrica e aplicação da Miniavaliação Nutricional (MAN).

O Índice de Massa Corporal (IMC) pode ser obtido dividindo-se o peso corporal (kg) pela altura² (m). É um método simples e rápido, que se correlaciona muito bem com outros métodos da avaliação nutricional. Tanto o baixo peso quanto o sobrepeso têm efeitos deletérios conhecidos para a saúde geral. Na população idosa, conservar o peso adequado caracteriza uma das medidas básicas na prevenção de fraturas e na manutenção da independência e da qualidade de vida. Os valores do IMC aumentam com o passar da idade, uma vez que a adiposidade aumenta, mesmo com o peso estável. Consequentemente, para os idosos, sugerem-se diretrizes de idade-específica para o IMC, que compreende o intervalo entre 22 e 27kg/m². (Moraes, 2010). É importante estar atento aos valores de IMC abaixo de 22 e acima de 27, devido ao risco para a saúde em geral.

A Mini Avaliação Nutricional (MAN), que apresentaremos a seguir, é uma ferramenta útil para que médicos e outros profissionais façam uma avaliação rápida do risco de subnutrição.

Mini-Avaliação Nutricional (MAN)

O objetivo da Mini-avaliação Nutricional (MAN) é estabelecer o risco individual de desnutrição de modo a se poder intervir precocemente quando necessário. O desenvolvimento e a validação desse teste foram resultados do esforço conjunto de pesquisa dos departamentos de Medicina Interna e Gerontologia Clínica do Hospital Universitário de Toulouse/França, do Programa de Nutrição Clínica da Universidade do Novo-México/EUA e do Centro de Pesquisa Nestlé, em Lausanne/Suíça. A população estudada abrangeu todo o espectro de indivíduos idosos, desde os saudáveis e muito ativos até os muito frágeis.

O questionário da MAN é composto de perguntas simples sobre medidas antropométricas (peso, altura e perda de peso), informações dietéticas (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e capacidade de auto-alimentação), avaliação global (estilo de vida, medicação, estado funcional) e auto-avaliação (autopercepção da saúde e nutrição) para serem respondidas em menos de 10 minutos. De acordo com a pontuação obtida, pode-se identificar idosos com bom estado nutricional (MAN >24), em risco nutricional (MAN entre 17 e 23,5) e desnutridos (MAN <17). Na atenção básica, pode-se utilizar somente a primeira parte do MAN (Quadro 19), composta por 6 itens. Caso a pontuação seja inferior a 11 pontos, recomenda-se a aplicação do instrumento completo.

Mediante a MAN, também se pode avaliar o risco de desnutrição em pessoas idosas antes que as alterações clínicas se manifestem. É uma ferramenta útil para que médicos e outros profissionais façam uma avaliação rápida e confiável de pacientes idosos como parte de uma avaliação geriátrica abrangente e para reconhecer precocemente as situações de risco.

QUADRO 19 MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

QUADRO 19: MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)			
Peso (kg):	Altura (cm): C	Circunferência da panturrilha:	IMC:
TRIAGEM			
<p>Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutar?</p> <p>0 = Diminuição severa da ingestão 1 = Diminuição moderada da ingestão 2 = Sem diminuição da ingestão</p>		<p>Quantas refeições faz por dia?</p> <p>0 = Uma refeição 1 = Duas refeições 2 = Três refeições</p>	
<p>Perda de peso nos últimos meses</p> <p>0 = Superior a três quilos 1 = Não sabe informar 2 = Entre um e três quilos 3 = Sem diminuição de peso</p>		<p>O paciente consome: Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? Carne, peixe ou aves todos os dias?</p> <p>0,0 = Nenhuma ou uma resposta "SIM" 0,5 = Duas respostas "SIM" 1,0 = Três respostas "SIM"</p>	
<p>Mobilidade</p> <p>0 = Restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = Deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = Normal</p>		<p>O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?</p> <p>0 = Não 1 = Sim</p>	
<p>Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</p> <p>0 = Sim 2 = Não</p>		<p>Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?</p> <p>0,0 = Menos de três copos 0,5 = Três a cinco copos 1,0 = Mais de cinco copos</p>	
<p>Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = Demência ou depressão graves 1 = Demência leve 2 = Sem problemas psicológicos</p>		<p>Modo de se alimentar</p> <p>0 = Não é capaz de se alimentar sozinho 1 = Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = Alimenta-se sozinho sem dificuldade</p>	
<p>Índice de massa corpórea (IMC = peso (kg)/estatura (m^2))</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>		<p>O paciente acredita ter algum problema nutricional?</p> <p>0 = Acredita estar desnutrido 1 = Não sabe dizer 2 = Acredita não ter problema nutricional</p>	
<p>Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</p> <p>12 pontos ou mais - Normal (Desnecessário continuar a avaliação)</p> <p>11 pontos ou menos - Possibilidade de desnutrição (Continuar a avaliação)</p>		<p>Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera sua própria saúde?</p> <p>0 = Não muito boa 0,5 = Não sabe informar 1 = Tão boa quanto 2 = Melhor</p>	
<p>Avaliação Global</p> <p>O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)</p> <p>0 = Não 1 = Sim</p>		<p>Circunferência do braço (CB) em cm</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>	
<p>Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?</p> <p>0 = Sim 1 = Não</p>		<p>Circunferência da panturrilha (CP) em cm</p> <p>0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31</p>	
<p>Lesões de pele ou escaras?</p> <p>0 = Sim 1 = Não</p>		<p>Avaliação Global (máximo 16 pontos) Escore da triagem Escore total (máximo 30 pontos)</p> <p>Avaliação do Estado Nutricional</p> <p>de 17 a 23,5 pontos (risco de desnutrição)</p> <p>Menos de 17 pontos (desnutrido)</p>	

SAÚDE BUCAL

Os profissionais da área de saúde devem estar preparados para a realização de uma boa avaliação da saúde bucal, particularmente em idosos frágeis. O edentulismo está presente em mais da metade dos idosos, prejudicando a capacidade mastigatória. A qualidade do rebordo ósseo residual, entre outros fatores locais, muitas vezes dificulta a reabilitação protética desses indivíduos. Outro problema relacionado às próteses dentárias refere-se à sua condição de higiene. A qualidade de limpeza das próteses odontológicas dos idosos, por motivos diversos, geralmente é considerada ruim. A limpeza de dentaduras e próteses parciais removíveis deve ser considerada no momento da avaliação bucal. A colonização de próteses dentárias por patógenos da cavidade bucal está relacionada a lesões de mucosa, como a candidíase.

Na avaliação da cavidade bucal deve-se estar atendo à presença de câncer de boca. O uso de próteses por muitos anos pode ocasionar desgastes nos dentes, fraturas e outros problemas relacionados ao uso constante, que podem levar ao desenvolvimento de hiperplasias e leucoplasias, predispondo o aparecimento de lesões malignas, particularmente quando associadas ao fumo.

Em relação ao fluxo salivar, a avaliação de indivíduos idosos saudáveis mostra que o fluxo de saliva integral estimulada não diminui com a idade. A hipossalivação é a redução no fluxo salivar. A sensação de boca seca ou xerostomia refere-se a uma sensação subjetiva. Diversos fármacos podem reduzir o fluxo salivar, como os anticolinérgicas, antidepressivos e anti-hipertensivos, dentre outros. A redução do fluxo salivar afeta funções bucais como mastigação, fonação e deglutição. Além disso, altera o equilíbrio do processo de desmineralização e remineralização que ocorre entre a superfície dos dentes e o fluido da placa bacteriana, favorecendo o desenvolvimento da cárie dentária.

A doença periodontal é um processo inflamatório causado por bactérias que acometem os tecidos gengival e ósseo. Essa doença causa destruição dos tecidos de suporte dos dentes (gengiva e osso alveolar) em surtos aleatórios e em sítios específicos, podendo levar à mobilidade e à perda do elemento dental.

SONO

O sono é um componente distinto e essencial do comportamento humano. Praticamente um terço de nossa vida é gasto dormindo. É um estado reversível de desligamento da percepção do ambiente, com modificação do nível de consciência e de resposta aos estímulos internos e externos. É um processo ativo que envolve múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central.

O sono não é um estado único. Ele se divide em sono REM (do inglês rapid eyes movement: movimento rápido dos olhos) e sono não REM. Estes dois estados se alternam durante

a noite. O sono REM é caracterizado por um padrão de baixa amplitude no eletroencefalograma, atonia muscular e pela presença de movimento rápido dos olhos. O sono não REM é caracterizado por padrões de ondas bem definidos (fusos e complexos K) e atividade de ondas lentas no eletroencefalograma. O sono é distribuído de forma distinta na porção escura do ciclo luz escuridão. Esta regulação do sono reflete mecanismos cerebrais básicos que possibilitam a organização circadiana dos processos tanto fisiológicos quanto comportamentais.

Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações típicas no padrão de sono. A quantidade de tempo gasto nos estágios mais profundos do sono diminui. Há um aumento associado de despertares durante o sono e na quantidade de tempo total acordado durante a noite. Em parte, estas mudanças parecem representar uma perda da efetividade da regulação circadiana, por diminuição da população neuronal.

Os três principais tipos de queixas de sono são sonolência excessiva (hiperssonia), dificuldade em iniciar ou manter o sono (insônia) e comportamentos estranhos ou não usuais durante o sono (parassonias). Uma história médica cuidadosa é necessária para determinar a presença e a severidade de uma doença concomitante. A história de roncos, pausas ou esforços respiratórios, movimentos periódicos durante o sono e comportamentos automáticos são melhor descritos pelo parceiro de cama ou outros observadores. Medicamentos prescritos como sedativos, uso de álcool e automedicação podem ter um efeito importante na arquitetura do sono e podem incapacitar os mecanismos cardiopulmonares durante o sono. A história e avaliação psiquiátrica podem identificar ansiedade, depressão e acontecimentos importantes da vida que, comumente, afetam os hábitos ou a higiene do sono.

D. MEDICAMENTOS

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas, agudas e/ou crônicas, em idosos frágeis. As alterações farmacocinéticas do envelhecimento como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal, aumentam significativamente o risco de reações adversas a drogas e, consequentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito.

Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Muitas vezes os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento por si, dificultando mais ainda o seu diagnóstico. Além disso, sabe-se pouco sobre as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos amplamente utilizados, pois os idosos frágeis são comumente excluídos dos estudos farmacêuticos necessários para a aprovação de novas drogas (Shrank *et al.*, 2007).

Outro aspecto relevante é a alta frequência de interações medicamentosas do tipo droga-droga e do tipo droga-doença. A prevalência de prescrições inapropriadas para idosos varia de 20 a 40% e são mais frequentes na presença de polifarmácia e nos idosos com 80 anos ou mais (Willcox *et al.*, 1994). A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia recente, sem causa aparente, deve ser atribuído à reação adversa a drogas (Rouchon e Gurwitz, 1997).

O quadro 20 destaca alguns fármacos que devem ser contra-indicados em idosos frágeis ou utilizados somente se for possível o monitoramento clínico ou laboratorial rigoroso (American Geriatrics Society, 2012).

QUADRO 20 FÁRMACOS COM ALTO RISCO DE TOXICIDADE EM IDOSOS

Fármacos usualmente contraindicados em idosos frágeis	Analgésicos e Anti-Inflamatórios	AINE não seletivos (diclofenaco, ibuprofeno, meloxicam, piroxicam), fenilbutazona, indometacina, propoxifeno, meperidina.
	Antidepressivos	Amitriptilina, clomipramina, imipramina e fluoxetina
	Antihipertensivos	Metildopa, clonidina, nifedipina de curta ação, prazosin e reserpina
	Antiarrítmicos	Amiodarona, disopiramida, propafenona, quinidina, solatol
	Antiespasmódicos	Diciclomina, hyoscyamina, propantelina, alcalóide beladona, escopolamina, hyoscina, homatropina, e atropina
	Antihistamínicos	Difenidramina, hidroxizina, ciproheptadina, prometazina, dexclorfeniramina, clorfeniramina
	Psicotrópicos	Antipsicóticos (clorpromazina, tioridazina)
		Antidepressivos (amitriptilina e fluoxetina)
		Benzodiazepínicos de curta e longa duração (diazepam, clordiazepóxido, flurazepam)
	Relaxantes musculares	Carisoprodol, ciclobenzaprina, orfenadrina
Fármacos utilizados com monitoramento clínico ou laboratorial cuidadoso	Barbitúricos (fenobarbital), biperideno, cimetidina, clorpropamida, codergocrina, dipiridamol de curta duração, laxativos estimulantes e óleo mineral, nitrofurantoína, pentoxifiina, ticlopidina.	
	Antipsicóticos (típicos e atípicos), antivertiginosos (metoclopramida, cinarizina, flunarizina), clozapina, digoxina, espironolactona ($\geq 25\text{mg/dia}$) ferro e warfarin.	

E. HISTÓRIA PREGRESSA

A história pregressa deve incluir todas as informações referentes aos diagnósticos prévios, internações, cirurgias e os procedimentos diagnósticos. Devem ser investigados tabagismo, etilismo, sexualidade, atividade física, direção veicular, imunização e uso de órteses ou próteses.

F. FATORES CONTEXTUAIS

Os fatores contextuais incluem a avaliação sócio-familiar, avaliação do cuidador e a segurança ambiental.

• Avaliação sociofamiliar

A dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora de idosos dependentes, assumindo todo o cuidado de longa duração. Entretanto, a transição demográfica atinge diretamente essa “entidade”, reduzindo drasticamente a sua capacidade de prestar apoio a seus membros idosos. A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor e as demandas familiares são crescentes, limitando a disponibilidade tanto dos pais de cuidar de seus filhos quanto dos filhos de cuidar de seus pais. Por sua vez, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares. Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões importantes na sua capacidade de acolhimento das pessoas com incapacidades, que historicamente dependiam de apoio e cuidado familiar. A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possibilidades de cuidado adequado às pessoas com grandes síndromes geriátricas, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana. Essa fragilização do suporte familiar deu origem a outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa.

Desta forma, a composição familiar e o risco psicossocial na esfera familiar devem ser investigados detalhadamente. Deve-se estar atento aos indicadores de violência domiciliar, abuso e maus tratos contra a pessoa idosa. Lesões corporais inexplicadas, descuido com a higiene pessoal, demora na busca de atenção médica, discordâncias entre a história do paciente e a do cuidador, internações frequentes por não adesão ao tratamento de doenças crônicas, ausência do familiar na consulta ou recusa à visita domiciliar são extremamente sugestivos de violência familiar.

A rede de apoio ou suporte social é decisiva para o envelhecimento saudável. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde e bem-estar. Participação em clubes de terceira idade, centros comunitários, associação de aposentados, centros-dia, e organizações de voluntários devem ser estimuladas em todo idoso.

• Avaliação do cuidador

A avaliação da saúde física e mental do cuidador é considerada fundamental na avaliação multidimensional do idoso. O cuidado de longa duração é uma demanda crescente para as famílias brasileiras e, na sua imensa maioria, é realizado no domicílio. Segundo Camarano (2007), no Brasil “a certeza da continuação nos ganhos de vida vividos é acompanhada pela incerteza a respeito das condições de saúde, renda e apoio que experimentarão os longe vos”. Cerca de 100.000 idosos residem em instituições de longa permanência no Brasil, representando menos de 1% da população idosa, ao contrário do que ocorre em países desenvolvidos, onde essa proporção chega a 10 a 15% dos idosos.

O cuidador de idosos usualmente é um familiar do sexo feminino e, muitas vezes, também idoso. Na sua maioria são pessoas não qualificadas, que assumiram o papel de cuidador pela disponibilidade, instinto ou vontade. É frequente encontrarmos cuidadores idosos, por vezes tão ou mais frágeis que os idosos que estão sendo cuidados. Apresentam fragilidades orgânicas e emocionais, vivenciando um alto nível de estresse e demandando mais atenção que o próprio paciente. Nos EUA estudos mostraram que aproximadamente 35% dos cuidadores tinham 65 anos ou mais e quase 10% deles tinham mais de 75 anos. No Brasil, a realidade não se faz muito diferente, com o agravante dos altos índices de analfabetismo. Além disso, muitos idosos vivem em condições precárias, tendo a aposentadoria como única fonte de renda para todo o grupo familiar. (Duarte *et al*, 2009).

• Avaliação ambiental

A avaliação ambiental também é considerada essencial. As áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, banheiro, cozinha e escada devem ser priorizadas. Cerca de 25% dos idosos caem dentro de suas próprias casas pelo menos uma vez por ano. A interação de fatores intrínsecos e extrínsecos ou ambientais está presente na maioria das quedas.

Entre os diversos fatores causadores de quedas em idosos, destacamos a especificação inadequada de materiais de acabamento do piso, que por muitas vezes é feita sem considerar a necessidade específica de quem vai utilizar este espaço. Partindo deste fato, as pessoas idosas devem se beneficiar de intervenções no planejamento de ambientes que compensem as suas perdas funcionais. Assim, considera-se de fundamental importância que os espaços físicos sejam aprimorados, aumentando suas qualidades funcionais em conformidade com as necessidades dos usuários que viverão ali, tendo em vista que segurança e acessibilidade devem ser fatores relevantes. (Vidigal e Cassiano, 2009).

A Figura 21 apresenta riscos ambientais comuns para ocorrência de quedas, que devem ser identificados na visita domiciliar.

QUADRO 21 ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas Barras de apoio		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
ILUMINAÇÃO	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
QUARTO DE DORMIR	Cama com luz indireta		
	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo se assentar para se vestir		
BANHEIRO	Cama de boa altura (45 cm)		
	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
COZINHA	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
ESCADA	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de rodas se necessário		
	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e último degraus		
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes		

4.2.3 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA AMI^{AS}.

A atenção secundária à saúde no Estado do Paraná se concentra nos Ambulatórios de Atenção Especializada (AAE), geridos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Para a assistência à população idosa, devem estar disponíveis médico geriatra ou com especialização/capacitação em geriatria e equipe multiprofissional capacitada para o atendimento ao idoso. Atuando de forma interdisciplinar e seguindo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) adaptado para a população idosa, a equipe multiprofissional deverá elaborar o plano de cuidado que será compartilhado com a APS.

O modelo de avaliação multidimensional hierarquizada que adotamos (Quadro 4), prevê para este nível de atenção a utilização de outros instrumentos além dos já descritos anteriormente e que serão apresentados a seguir. Importante ressaltar que os especialistas que atuam no nível secundário, se sentirem necessidade, podem ampliar a avaliação utilizando outros instrumentos desde que sejam devidamente validados para uso no Brasil.

A. FUNCIONALIDADE GLOBAL

Além das escalas de Katz e Lawton e Brody já descritas anteriormente, sugerimos a utilização do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer – FAQ (PFEFFER,1982). No Brasil são propostas diversas versões deste instrumento. Para padronizar as avaliações no SUS, optamos por indicar a versão adotada pelo Ministério da Saúde em suas publicações: Questionário de Pfeffer – QPAF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Trata-se de uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador sobre a capacidade da pessoa idosa para desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação máxima é de 33 pontos. Pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. Quanto mais elevado o escore, maior é a dependência de assistência.

O objetivo deste instrumento é verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e consequentemente da assistência requerida. A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM, parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados. Escores ≥ 6 associados a outros testes de função cognitiva alterados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

No Quadro 22 apresentamos o QPAF e os escores que devem ser utilizados. Deve ser ler para os informantes as perguntas e apresentar as opções para pontuação.

QUADRO 22 QUESTIONÁRIO DE PFEFFER DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER	
PONTUAÇÃO	
0 - Sim, é capaz;	0 - Nunca o fez, mas poderia fazê-lo.
1 - Com alguma dificuldade mas faz;	1 - Nunca fez e teria dificuldade agora.
3 - Necessita de ajuda; não é capaz.	
A PESSOA IDOSA É CAPAZ DE:	
1. Cuidar do seu próprio dinheiro?	
2. Fazer compra sozinho? (Ex. comidas e roupas)	
3. Esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
4. Preparar comida?	
5. Manter-se a par dos acontecimentos e do que passa na vizinhança?	
6. Prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo de jornal?	
7. lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
8. Cuidar de seus próprios medicamentos?	
9. Andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	
10. Cumprimentar seus amigos adequadamente?	
11. Ficar sozinho em casa sem problema?	
Pontuação final	

B. SISTEMAS FUNCIONAIS

B1. COGNIÇÃO

Além do MEEM descrito e apresentado anteriormente, sugerimos a utilização da Lista de 10 Palavras, Teste do Reconhecimento de Figuras, Teste do Relógio e Fluência Verbal.

- Lista de 10 palavras**

É o teste mais fidedigno para a avaliação da memória episódica. Depende também, diretamente da capacidade atentiva e da audição. O examinador explica ao paciente que serão lidas 10 palavras não relacionadas, lentamente (uma palavra a cada 2 segundos), solicitando ao paciente que as repita, uma a uma (quadro 2). Caso o paciente tenha boa escolaridade, as palavras podem ser lidas em voz alta. Ao final, o examinador solicita ao paciente a repetição das palavras lidas ou ditas, por um tempo máximo de 90 segundos (evocação), em qualquer ordem. O procedimento é repetido com as palavras em outra ordem, mais duas vezes. Portanto, a lista de palavras é apresentada três vezes consecutivas, e, em cada etapa é solicitado que o paciente evoque as palavras que se lembrar, por um período máximo de 90 segundos. Ao final das três etapas, o examinador insere uma tarefa

distratora, que pode ser outro teste cognitivo. Após 5 minutos é realizada a evocação da lista de palavras, por um período máximo de 90 segundos (evocação da lista de palavras). Normalmente observa-se uma curva ascendente de aprendizagem, nas sucessivas tentativas. O escore obtido em três tentativas, em um estudo realizado no nosso meio, foi de 4, 6 e 7/8, sucessivamente, ou um total de 14 palavras nas três tentativas. Na evocação de 5 minutos, o paciente deverá lembrar-se 3 a 4 palavras. Por fim, deve ser apresentada lista com maior número de palavras, entre as quais o idoso deve reconhecer as contidas na lista de 10 palavras. (Quadro 23)

QUADRO 23 TESTE DA LISTA DE PALAVRAS

LISTA DE PALAVRAS PARA FIXAÇÃO E RECORDAÇÃO					
1ª tentativa	Acertos	2ª tentativa	Acertos	3ª tentativa	Acertos
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Praia		Cabana		Poste	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
Score					

PONTUAÇÃO		LISTA DE PALAVRAS PARA RECONHECIMENTO
Tentativa 1	4	Igreja - Rainha - Café - Cabana
Tentativa 2	6	Manteiga - Chinelo - Dólar - Poste
Tentativa 3	7/8	Braço - Aldeia - Corda - Cinco
Evocação de 5 minutos	3/4	Bilhete - Carta - Tropa - Hotel - Erva
Reconhecimento de palavras	8	Montanha - Motor

• Teste de reconhecimento de 10 figuras

O teste de figura é também de simples aplicação e depende pouco do nível de escolaridade. Para sua aplicação devem ser seguidos os seguintes passos:

- Percepção visual e nomeação: apresente as 10 figuras (Figura 11) e pergunte: “Que figuras são estas? ”. O escore é dado pelo número de figuras corretamente identificadas e nomeadas. Caso o idoso identifique uma figura, mas não consiga nomeá-la, deve ser subtraído um ponto na nomeação e mantido o ponto na percepção. Se não tiver identificado alguma figura, explique o que representa.
- Memória incidental: em seguida, esconda a folha e pergunte: “Que figuras eu lhe mostrei?”. O tempo máximo de evocação é de 60 segundos. O escore é dado pelo número de respostas certas.
- Memória Imediata: mostre novamente as figuras (Figura 11) durante 30 segundos dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras”. Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar? ”. Anote os acertos.
- Memória imediata 2 ou aprendizado: Mostre novamente a folha que contém as figuras (Figura 11) e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar? ”. Mostre novamente a folha que contém as figuras (Figura 11) durante 30 segundos dizendo: “Olhe bem e procure guardar na memória”
- Recordação de 5 minutos: em seguida, inclua qualquer distrator (provas de interferência) de tal forma que demore, no mínimo, 5 minutos, e pergunte: “Quais as figuras desenhadas que eu lhe mostrei há 5 minutos? O escore é dado pelo número de respostas corretas
- Reconhecimento de figuras: finalmente, avalia-se o reconhecimento das figuras, mostrando ao paciente 20 figuras (Figura 12), incluindo as 10 figuras iniciais. Pergunte ao paciente quais figuras já haviam sido mostradas.

Cada acerto corresponde a um ponto. A pontuação esperada está descrita no quadro 24.

QUADRO 24 PONTUAÇÃO DO TESTE DE RECONHECIMENTO DE 10 FIGURAS

PONTUAÇÃO DO TESTE DE RECONHECIMENTO DE FIGURAS	
Percepção Visual Correta	9
Nomeação Correta	9
Memória Incidental	5
Memória Imediata 1	6
Memória Imediata 2	6
Evocação de 5 Minutos	5
Reconhecimento de figuras	8

FIGURA 11 10 FIGURAS

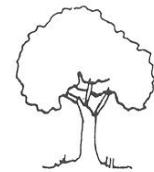
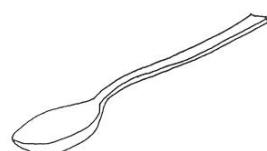
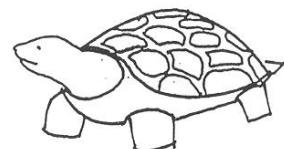
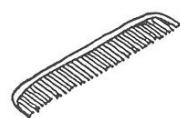
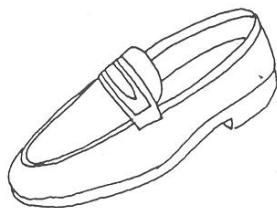


FIGURA 12 20 FIGURAS

• Teste do Relógio

É um teste simples e de fácil aplicação, com duração de um a dois minutos. Avalia diversas funções cognitivas, como função visuoespacial e executiva e, menos intensamente, a memória semântica e praxia. Outra vantagem é a sua facilidade de interpretação, inclusive pelos familiares, que, normalmente, ficam surpresos quando o teste está alterado, facilitando a aceitação do diagnóstico de demência. Consiste em solicitar ao paciente desenhar os números do relógio, marcando determinada hora com o comando: “Este círculo é um relógio. Desenhe os números que tem no relógio marcando 11 horas e 10 minutos.” O círculo pode ou não ser oferecido previamente (10 a 12cm). O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias. A pontuação está disposta no Quadro 25.

QUADRO 25 TESTE DO RELÓGIO

0	Inabilidade absoluta para representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuoespacial grave
2	Desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
3	Distribuição visuoespacial correta com marcação errada da hora
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos.
5	Relógio perfeito

• Fluênci a verbal semântica

O teste de fluênci a verbal semântica avalia a memória semântica, a função executiva e a linguagem expressiva. Consiste na avaliação de categorias semânticas pré-definidas, como, por exemplo, animais e frutas.

Solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais (“bichos”) ou frutas, em 1 minuto cronometrado.

O comando que se dá ao paciente é: “Você deve falar todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Qualquer animal vale: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar”. (Considere “boi e vaca” como dois animais, mas “gato e gata” como um só. Se disser “passarinho, cobra, lagarto” conte como três animais; se disser “passarinho, canário e peixe”, conte como dois. Ou seja: a classe vale como nome somente se não houver outras espécies que pertencem a esta classe). A pontuação esperada depende da escolaridade e varia de 9 pontos para idosos analfabetos e com baixa escolaridade a 13 pontos para os que tem 8 anos ou mais de escolaridade.

B2. MOBILIDADE

- POSTURA, MARCHA E TRANSFERÊNCIA - Testes adicionais de equilíbrio:
- *Nudge test*: paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme três vezes sobre o esterno (impulsão).
- *Teste de Romberg*: é um teste amplamente aplicado na prática clínica e em estudos relacionados com o equilíbrio. É usado para avaliar a habilidade do paciente em manter a postura ortostática com os olhos abertos e fechados. O paciente fica na posição ortostática com os pés bem juntos e a oscilação do corpo é avaliada. O teste é positivo quando observamos acentuada oscilação anteroposterior ou lateral e uma possível tendência a cair. A análise do teste é qualitativa e o teste é realizado com os olhos abertos e depois fechados.
- Equilíbrio Unipodal: é fácil de ser aplicado, apresentando alta confiabilidade e sensibilidade. O teste tem sido aplicado em idosos da comunidade, institucionalizados e em hospitais. Pede-se que permaneça na posição de pé somente em uma das pernas por 5 segundos sem apoio. É realizado com olhos abertos e fechados. É um dos testes clínicos mais utilizados na avaliação do equilíbrio em idosos.

• CAPACIDADE AERÓBICA E MUSCULAR

• Medida da Força de Prensão Manual

A medida da força de preensão manual utilizando a dinamometria é o método mais simples de avaliação da função muscular na prática clínica. Junto da avaliação da Velocidade da Marcha, a FPM tem sido considerada como um importante marcador da capacidade física de idosos. Baixos valores têm sido associados a quedas, incapacidade, baixa qualidade de vida, aumento da permanência em internações hospitalares e de mortalidade.

Nos AAE ou NASF que dispuserem do dinamômetro manual, a avaliação deverá ser realizada de acordo com as seguintes orientações (LENARDT, 2016).

- O idoso deve ser posicionado sentado, com os pés apoiados no chão, quadris e joelhos a 90° de flexão, com braço disposto junto à lateral do corpo, sem apoio. O cotovelo deve ser posicionado a 90° de flexão, com o antebraço e punho em posição neutra. Solicitar a realização de três movimentos máximos da mão dominante com 1 minuto de descanso entre eles. O resultado deve ser dado pela média de 3 tentativas, em quilograma força (Kgf).

- Devem ser considerados como normais os parâmetros (CRUZ-JENTOF, 2010) apresentados no Quadro 26:

QUADRO 26 PARÂMETROS NORMAIS PARA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL.

FORÇA DE PREENSÃO MANUAL	
Mulheres	Homens
20 Kgf	30 Kgf



Anotações:

Anotações:

5

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO- GERONTOLÓGICO

5

O diagnóstico multidimensional contempla a definição de todas as demandas biopsicossociais do indivíduo, o que nada mais é do que o diagnóstico das condições de saúde, agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação. As síndromes geriátricas representadas pela incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa devem ser reconhecidas. Além disso, deve conter o diagnóstico das deficiências ou disfunções dos sistemas fisiológicos principais, como as alterações da nutrição, sono, saúde bucal e dos órgãos/sistemas (doenças). Outros aspectos relevantes do diagnóstico são o lazer, o suporte familiar, suporte social e a segurança ambiental, como pode ser visto no quadro 27.

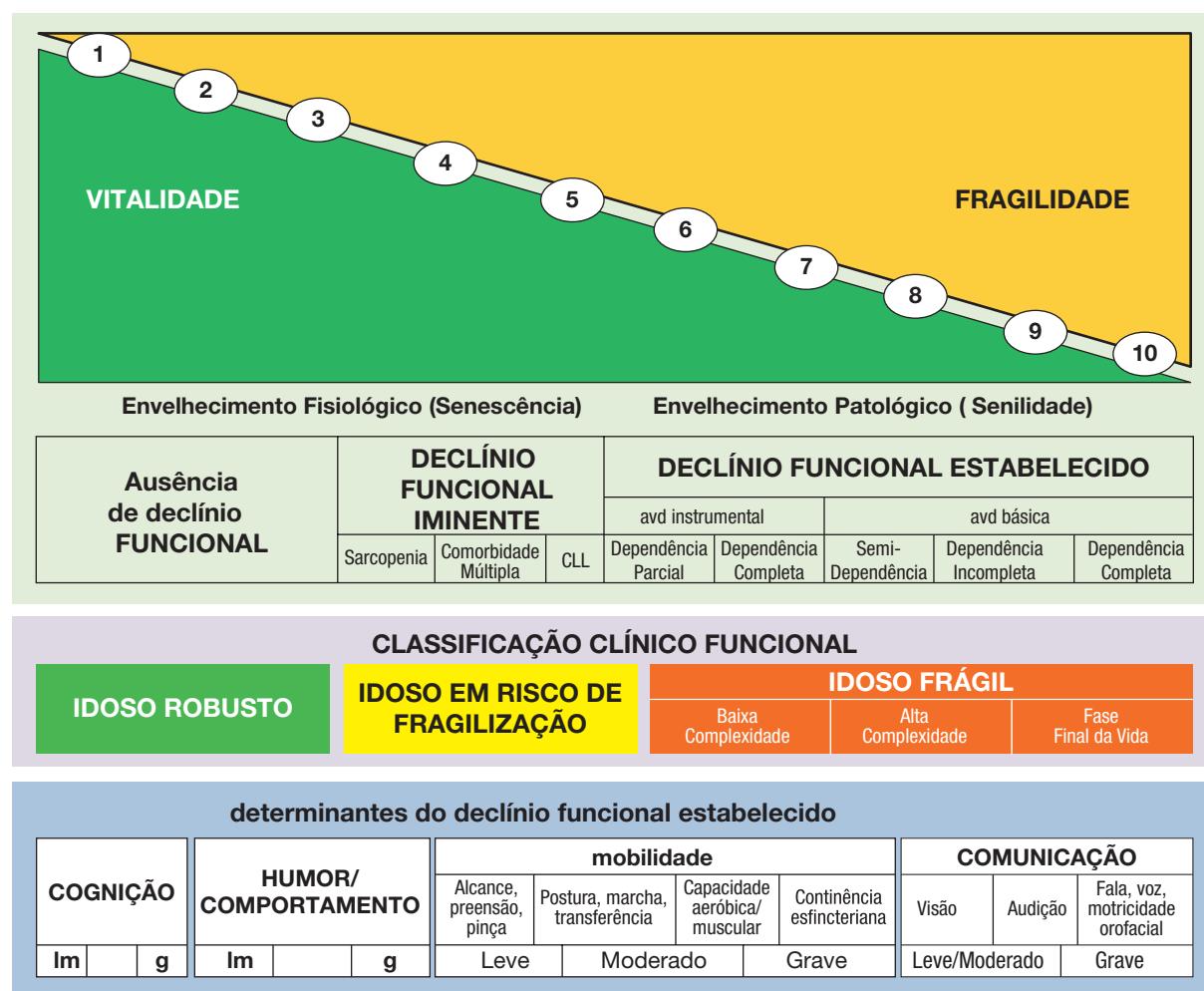
QUADRO 27 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL									
FUNÇÕES		COMPROMETIMENTO FUNCIONAL							
		NÃO	SIM						
FUNCIONALIDADE GLOBAL	AVD Avançada / Instrumental		Dependência parcial	Dependência completa					
	AVD Básica		Semi-Dependência	Dependência Incompleta	Dependência Completa				
SISTEMAS FUNCIONAIS	COGNIÇÃO		Comprometimento Cognitivo Leve	Incapacidade Cognitiva					
	HUMOR/COMPORTAMENTO			Demência	Depressão	<i>Delirium</i>	Doença Mental		
MOBILIDADE	Alcance / Preensaõ / Pinça								
	Postura/ Marcha/ Transferência		Instabilidade Postural	<u>Imobilidade</u>	Parcial	I	II	III	IV
COMUNICAÇÃO	Capacidade Aeróbica/ Muscular		Vel.Marcha(4m):						
	Continênciia Urinária				Transitória Permanente Urgênciia Esforço Transbordamento Mista Funcional				
Sistemas Fisiológicos	Continênciia Fecal								
	Visão								
Interação Familiar e Social		Audição							
Produção/Motricidade orofacial		Voz	Produção Linguística		Mastigação/Deglutição				
Saúde Bucal	Nutrição								
	Sono								
Lazer	Supoorte Familiar								
	Supoorte Social								
Segurança Ambiental									

A definição da classificação clínico funcional do idoso é fundamental para a definição das metas terapêuticas e as prioridades. Recomenda-se a utilização da Escala Analógica de Fragilidade, que facilita a estratificação de risco e o prognóstico do paciente. A mesma doença terá abordagens terapêuticas diferentes, conforme esta escala. Assim, um idoso diabético classificado no estrato 3 (robusto) terá suas metas terapêuticas completamente diferenciadas daquele idoso, da mesma idade, classificado no estrato 10 (dependência completa em AVD básicas). Esta escala reforça a importância da avaliação global do idoso e não só da doença (Figura 11).

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

FIGURA 11 IVCF-20 E ESCALA VISUAL DE FRAGILIDADE



O diagnóstico multidimensional deve ser complementado com as principais estimativas de risco utilizadas no idoso (Quadro 28), como o cálculo da função renal estimada (Cockcroft-Gault, MDRD ou CKD-EPI), o índice de massa corporal (IMC), a circunferência da panturrilha, o intervalo QT-c, o risco de Framingham em 10 anos para doença arterial coronariana e para o acidente vascular encefálico (AVE) e o *Fracture Risk Assessment* (FRAX-Brasil), que pode ser calculado acessando-se o site www.shef.ac.uk/FRAX. (Moraes, 2011).

QUADRO 28 PRINCIPAIS ESTIMATIVAS DE RISCO EM IDOSOS

ESTIMATIVAS DE RISCO		
Função renal estimada <input type="checkbox"/> MDRD simplificada <input type="checkbox"/> CKD-EPI <input type="checkbox"/> Cockcroft-Gault		
IMC		
Circunferência da panturrilha		
Risco de Framingham em 10 anos	Risco de Doença Arterial Coronariana	Risco de AVC
Intervalo QT-c		
FRAX (Fracture Risk Assessment) FRAX Brasil: www.shef.ac.uk/FRAX	Fratura maior* por osteoporose (%) / 10 anos	Fratura de quadril (%) / 10 anos

*ACC: American College of Cardiology AHA: American Heart Association, *Fratura Maior: vértebra, antebraço, fêmur e ombro

Anotações:

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

PLANO DE CUIDADOS

6

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (O QUÊ?), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (COMO?), as justificativas para as mudanças (POR QUÊ?) e quais profissionais (QUEM?) e equipamentos de saúde (ONDE?) são necessários para a implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar. Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado (Methodology Committee of the Patient-Centered Outcomes Research Institute, 2012; Bardes, 2012). Assim, o Plano de Cuidados contém todas as informações necessárias para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso.

Infelizmente a literatura científica é pobre em evidências de eficácia de intervenções aplicadas a idosos muito idosos (≥ 80 anos) ou portadores de comorbidades e/ou poli-incapacidades. Os consensos disponíveis são, geralmente, direcionados a uma doença ou condição de saúde isolada. Todavia, devem ser utilizados como “ponto de partida” para as decisões clínicas, e não como meta. Daí a importância da priorização do cuidado, que consiste da decisão de quais intervenções devem ser aplicadas a curto, médio e longo prazo, tendo como parâmetro a melhoria da independência e autonomia do paciente e de sua família. O foco da intervenção geriátrica é a melhoria da funcionalidade do indivíduo e não só da sobrevida. Outro aspecto relevante é a elaboração compartilhada das metas terapêuticas, com forte engajamento do paciente e de sua família nas decisões clínicas.

O Plano de Cuidados deve incluir todas as intervenções capazes de melhorar a saúde do indivíduo. Desta forma, deverá atuar nas diversas fases da história natural do processo de fragilização, desde os fatores predisponentes ou fatores de risco até nas complicações e incapacidades resultantes do tratamento inadequado da doença (Figura 2). As intervenções clínicas podem prevenir, curar, controlar, reabilitar ou confortar, dependendo do paciente.

As intervenções propostas podem ser classificadas em ações preventivas/promocionais, curativas/paliativa ou reabilitadoras (Moraes, 2011):

- **AÇÕES PREVENTIVAS E/OU PROMOCIONAIS:** consiste na implementação de cuidados antecipatórios, capazes de modificar a história natural das doenças e evitar futuros declínios da saúde. A promoção da saúde ou produção de saúde é o conjunto de medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima, promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Heflin *et al.*, 2014). As intervenções preventivas utilizam quatro tipos de abordagem: ACONSELHAMENTO ou mudança de estilo de vida, o RASTREAMENTO, a QUIMIOPREVENÇÃO (uso de drogas que, comprovadamente, reduzem o risco de doenças e/ou suas complicações) e a IMUNIZAÇÃO. O clínico, ao final de toda consulta, deverá prescrever as intervenções preventivas indicadas ou contraindicá-las, quando os malefícios superarem os benefícios ou quando a relação custo-benefício das intervenções não for apropriada, independente da motivação da consulta (Russel *et al.*, 2011).
- **AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS:** consistem nas ações direcionadas a problemas específicos identificados na consulta médica. A ênfase deve estar no diagnóstico correto dos problemas crônicos de saúde e na prescrição correta das intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Deve-se estar atento ao risco de iatrogenia medicamentosa, considerada a maior síndrome geriátrica, principalmente nos idosos frágeis usuários de polifarmácia. Por sua vez, as ações paliativas reservam-se àquelas situações em que não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença. Nestes casos, o cuidado paliativo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida. O foco da intervenção não deve ser somente o alívio impecável da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social.
- **AÇÕES REABILITADORAS:** é o conjunto de procedimentos aplicados aos portadores de incapacidades (deficiências, limitação de atividades ou restrição da participação), com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação), maximizando sua independência e autonomia. As ações reabilitadoras são direcionadas ao indivíduo e aos fatores contextuais envolvidos no comprometimento funcional, representados pelos fatores ambientais (ambiente físico, social e de atitudes nas quais o indivíduo vive e conduz a sua vida) e pelos fatores pessoais (estilo de vida de um indivíduo). Desta forma, a reabilitação abrangente atua nas seguintes dimensões da funcionalidade: mobilidade, comunicação, nutrição e saúde bucal (reabilitação física); cognição, humor, estado mental, sono e lazer (reabilitação cognitiva-comportamental); suporte social e familiar (reabilitação sócio-familiar) e no ambiente físico onde o indivíduo está inserido (reabilitação ambiental). Esta multiplicidade de ações exige a participação integrada da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição, farmácia e odontologia, dentre outras, dependendo

de cada caso e pressupõe a identificação de objetivos e a organização de ações praticadas dentro de um cronograma viável para as necessidades do paciente e a realidade do serviço. A qualidade do trabalho, a obtenção de resultados e o tempo dispendido para sua efetivação são reflexo do nível de comunicação entre seus membros. Essa comunicação diz respeito não só aos aspectos ligados ao paciente e sua evolução, mas também aos avanços tecnológicos de cada área, novas técnicas e estratégias de abordagem e tratamento.

O principal objetivo das intervenções propostas é a manutenção da independência e autonomia dos idosos, caso os idosos sejam classificados como robustos (estrato 1 a 3). Nestes idosos, as intervenções promocionais, preventivas e curativas são as mais importantes. O objetivo maior para com esse grupo é manter sua independência e autonomia.

Para os idosos em risco de fragilização, todo cuidado deve ser tomado para identificar as condições preditoras de desfechos adversos e intervir rapidamente, para que o idoso não apresente declínio funcional e torne-se dependente. Devem passar por uma avaliação minuciosa e, sempre que necessário, devem ser encaminhados para avaliação em serviços específicos, de acordo com os diagnósticos funcionais e orgânicos. O principal objetivo do acompanhamento desse grupo é tentar recuperar e manter a funcionalidade.

Para os idosos frágeis, todas as medidas necessárias para a recuperação de sua autonomia e independência devem ser acionadas. As medidas apontadas pelo plano de cuidados devem ser priorizadas, principalmente quando se tratar de medidas que apontem para a reversão do quadro. Deve-se tomar o cuidado, entretanto, para não desencadear um processo propedêutico sem uma hipótese diagnóstica razoável e uma proposta terapêutica bem estabelecida, evitando assim desgaste para a equipe de saúde, perda de tempo e sofrimento para o paciente e seus familiares e, principalmente, perda de oportunidade de se tomar medidas simples e em tempo adequado. As intervenções mais eficazes para o ganho funcional são por ordem de prioridade:

1. Redução da iatrogenia e suspensão de “drogas fúteis”;
2. Definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados;
3. Intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas;
4. Reabilitação;
5. Prevenção secundária;
6. Prevenção primária.

Nos idosos frágeis em fase final de vida, onde não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença, o foco das intervenções são as medidas paliativas, capazes de dirimir o sofrimento do paciente, diminuir a angústia dos familiares e evitar intervenções e internações desnecessárias, além de prestar apoio e assistência aos familiares e cuidadores. O objetivo principal não é somente o alívio da dor, mas do conjunto de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social, porventura presentes.

Anotações:

Anotações:

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

CASO CLÍNICO

7

Trata-se de M.R.S., 82 anos, viúva, branca, baixa escolaridade (2 anos), natural de Colombo, residente em Curitiba. A família procurou o centro de saúde afirmando que a “saúde da mãe estava muito ruim” e referindo história de esquecimento há cerca de quatro anos. No início, os familiares perceberam dificuldade para lembrar nomes, recados e que estava repetitiva, contando os mesmos casos e fazendo as mesmas perguntas várias vezes. Curiosamente, a paciente não percebia o esquecimento.

Os familiares perceberam que o “esquecimento” fez com ela deixasse de fazer várias atividades do cotidiano, como sair sozinha, cuidar da casa e fazer compras no mercado. O quadro foi considerado “normal da idade” e foi prescrito Ginko Biloba 80 mg bid e vitaminas do Complexo B. O quadro piorou progressivamente, até que surgiram alucinações visuais e ideias delirantes (“estava sendo roubada”, traição do marido, etc). Procurou o psiquiatra do posto, que iniciou com Haldol ® + Akineton ®, com melhora do quadro de alucinações. Nega desânimo, falta de interesse ou tristeza. A filha relata também dificuldade para caminhar e história de cinco quedas no último ano. Nega comprometimento da visão ou da audição. Nega engasgos ou alterações da deglutição.

Tem passado de hipertensão arterial (há 14 anos) e Diabetes mellitus (há 20 anos). Dispneia aos esforços habituais. Tontura frequente, sem caráter rotatório, de longa data, atribuída à “labirintite”. Constipação antiga, 4/4 dias, fezes ressecadas. Não consegue controlar a urina, usando fraldas há três meses. Faz uso de prótese dentária há mais de 20 anos, sem nenhum acompanhamento odontológico. Faz uso regular de Nifedipina (Adalat R ®) 20 mg bid; Hidroclorotiazida (Clorana ®): 50 mg/manhã; Cinarizina (Strugeron ®): 75 mg/dia; Amitriptilina (Tryptanol®): 50 mg/noite; Haldol ® (5mg/noite); Akineton ® (2mg bid); glibenclamida (Daonil®): 5 mg bid; Diclofenaco 50 mg, esporadicamente, para dor no joelho e Diazepam 10 mg/noite para insônia. Atualmente, não realiza mais nenhuma atividade doméstica e precisa de ajuda para todos os cuidados, exceto para alimentar-se e transferência.

Nega história pessoal ou familiar de fratura osteoporótica ou por fragilidade. Nega alcoolismo ou tabagismo.

A idosa tem duas filhas casadas, que trabalham o dia todo. O filho mora em outra cidade e mantém pouco contato. É cuidada por uma doméstica, responsável pelos afazeres da casa (limpar, cozinhar, lavar e passar), sem nenhuma experiência com idosos. A renda familiar não é suficiente para a contratação de um cuidador qualificado. As filhas estão pensando em institucionalização pela dificuldade com o cuidado diário, mas o filho é contra e argumenta que as suas irmãs deveriam se revezar nos cuidados.

AO EXAME:

Hidratada, normocorada, sem edemas. Edentulismo completo. Prótese em mau estado de conservação. Tireóide normal. Peso: 60kg Estatura: 1,64m. Circunferência da panturrilha: 29 cm. Ictus não palpável. Ausência de sopro carotídeo. Ritmo cardíaco regular, com B4 positiva. Sopro sistólico de ejeção aórtico (++/4+). Pulso pedioso e tibial normais, bilateralmente. PA (Deitada) 180/100mmHg. FC 76 bpm. Pressão arterial (ortostatismo) 140/80 mmHg. Frequência cardíaca: 88 bpm. Aparelho respiratório: ausência de queixas. Crepitações bibasais, teleinspiratórias, simétricas. Aparelho digestivo: Fezes ressecadas. Toque retal: fezes endurecidas. Aparelho músculo-esquelético: consegue elevar os braços acima dos ombros e manipular pequenos objetos. Dor no joelho direito, com limitação da amplitude de movimento (ADM) e crepitações grosseiras. Unha encravada. Joanete bilateral. Usando sandálias havaianas. Velocidade da marcha 4 metros: 10 segundos (0,4m/s).

Aparelho gênito-urinário: em uso contínuo de fraldas. Sistema nervoso: “formigamento”, dormência e dor em membros inferiores, simétrica, pior à noite. Tremor de repouso bilateral, bradicinesia, rigidez tipo “roda denteada”. Marcha do tipo rígido-hipocinética. Ausência de déficit focal. Reflexos tendinosos normais.

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

		Pontuação	
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0
		75 a 84 anos	1
		≥ 85 anos	3
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0
		Regular ou ruim	1
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		
	()Sim	4	
	()Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	0	
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?		
	()Sim	4	
	()Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	0	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?		
	()Sim	4	
	()Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	0	
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		
AVD Básica Resposta positiva vale 6 pontos	()Sim	6	
	()Não	0	
		SIM NÃO	
COGNIÇÃO			
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		1 0	
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		1 0	
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		2 0	
HUMOR			
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		2 0	
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		2 0	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	1 0 0	
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	2 0 0	
	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?		
	• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> ;	2 0 2	
	• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² <input type="checkbox"/> ;		
Marcha	• Circunferência da panturrilha a < 31 cm (<input checked="" type="checkbox"/>);		
	• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (<input checked="" type="checkbox"/>).		
Continência estincteriana	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	2 0 2	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	2 0 2	
COMUNICAÇÃO	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	2 0 2	
	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato	2 0 0	
Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	2 0 0	
COMORBIDADES MÚLTIPHAS	Polipatologia		
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
		PONTUAÇÃO FINAL	40 pontos 28

AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

COGNIÇÃO:

- **MEEM=13/30 (OT: 1; OE:3; Reg:3; Atenção/Cálculo: 0; Evocação 0; Nomear:2; Repetir: 1, Estágios 3; Ler: 0; Escrever: 0; Cópia: 0).**
- **Teste de Reconhecimento de Figuras:** Percepção (8), Nomeação (8), Memória incidental (3), Memória imediata 1 (4) e Memória imediata 2 (4), Evocação de 5 minutos (2), Reconhecimento (5).
- **Teste do Relógio com desorganização visuoespacial grave (1).**
- **Lista de palavras do CERAD:** 1^a tentativa (2), 2^a tentativa (3) e 3^a tentativa (3). Não evocou nenhuma palavra após 5 minutos.
- **Fluência verbal em 1 minuto (6 animais e 4 frutas).**

HUMOR/COMPORTAMENTO:

Apresentou dois critérios menores para depressão, segundo o DSM IV. Escala Geriátrica de Depressão: 2/15. Ausência de ideias delirantes e alucinações.

MOBILIDADE:

- Alcance, preensão e pinça: sem limitação.
- *Timed up and go test= 32 segundos.*
- Necessita apoiar-se na mesa para levantar-se (tontura), início lento da marcha, rotação em bloco, diminuição do balanço dos braços. Postura antalgica do membro inferior direito.
- *Nudge test positivo.*
- Velocidade da marcha 4 metros: 10 segundos (0,4m/s).
- Dispnéia aos esforços habituais. Incontinência urinária de urgência e funcional.

COMUNICAÇÃO:

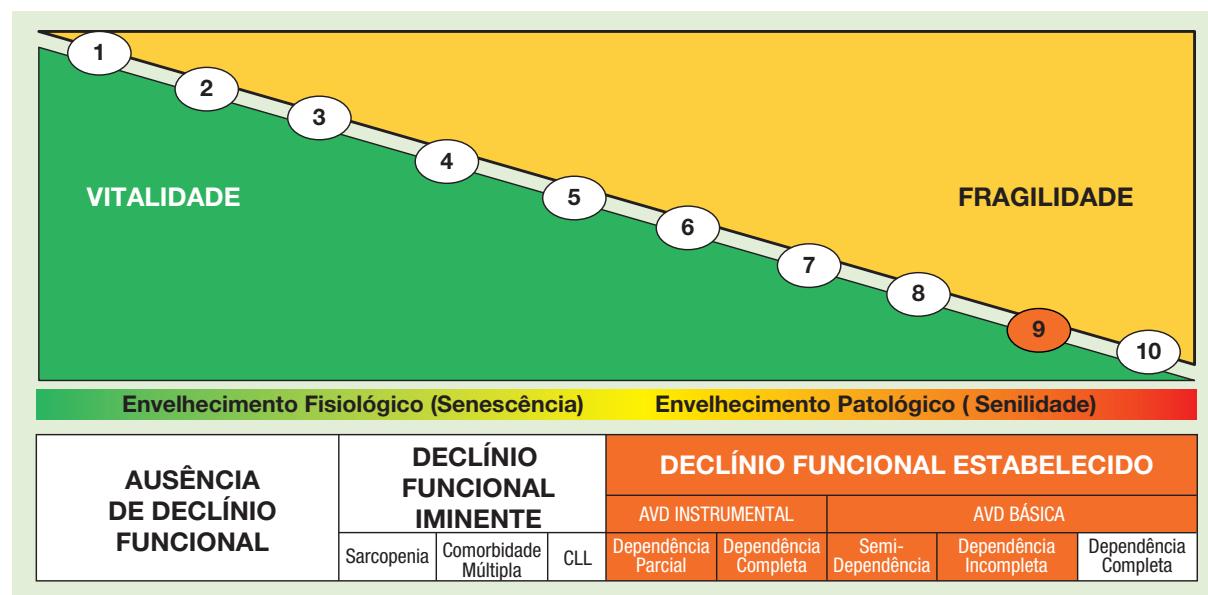
Não há alterações visuais. Hipoacusia que não impede a interação com a paciente. Não há alteração da fala ou da deglutição.

PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DO IDOSO

Nome: MRS	Sexo: Fem
Nome da mãe: JAS	
Idade: 82 anos	Data de Nascimento: 24/03/1930
Escolaridade: 2anos	Cuidador/Informante: Filha (PRS)
Data da consulta:	

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20									
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40									
BAIXA Vulnerabilidade Clínico-Funcional		MODERADA Vulnerabilidade Clínico-Funcional		ALTA Vulnerabilidade Clínico-Funcional					
Idade	Alto Percepção da Saúde	AVD Instrumental	AVD Básica	Cognição	Humor	Mobilidade	Comunicação	Comorbidade Múltipla	



IDOSO ROBUSTO	IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	IDOSO FRÁGIL
		Baixa Complexidade Alta Complexidade Fase Final da Vida

DETERMINANTES DO DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO												
CONIÇÃO			HUMOR/COMPORTAMENTO		MOBILIDADE				COMUNICAÇÃO			
L	M	G	L	M	G	Alcance, preensão, pinça	Postura, marcha, transferência	Capacidade aeróbica/muscular	Continência esfíncteriana	Visão	Audição	Fala, voz, motricidade orofacial
						Leve	Moderado	Grave		Leve/Moderado	Grave	

ESTIMATIVAS DE RISCO			
Função renal estimada	CKD-EPI: 42,1 ml/min		
	MDRD: 45,7 ml/min		
	Cockroft-Gault: 34ml/min		
IMC	22 kg/m ²		
Circunferência da panturrilha	29 cm		
Risco de Framingham em 10 anos	ACC/AHA (2013)	Risco de Doença Arterial Coronariana (Framingham)	Risco de AVC
Intervalo QT-c			
FRAX (Fracture Risk Assessment) FRAX Brasil: www.shef.ac.uk/FRAX	Fratura maior* por osteoporose (%) / 10 anos		Fratura de quadril (%) / 10 anos
	8,5%		3,8%

*FRATURA MAIOR: VERTEBRA, ANTEBRAÇO, FÉMUR E OMBRO

ACC: AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

AHA: AMERICAN HEART ASSOCIATION

DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

2.1 COGNIÇÃO

- **Incapacidade cognitiva secundária à síndrome demencial:** Doença de Alzheimer Provável, CDR 2, agravada pelo uso de drogas anticolinérgicas como amitriptilina, biperideno e diazepam (sedação).

2.2 HUMOR/COMPORTAMENTO

- Sem alterações.

2.3 MOBILIDADE

- **Parkinsonismo a esclarecer:**

- Medicamentoso: Haloperidol + Cinarizina
- Doença de Parkinson
- Demência por Corpos de Lewy

- **Instabilidade postural multifatorial:**

- Parkinsonismo
- Sedação pelo uso de diazepam

- Hipotensão ortostática sintomática: tontura e queda da PA > 20mmHg
- Osteoartrose de joelhos
- Uso de calçados inadequados (chinela Havaiana) + unha encravada + joanete bilateral
- Alto risco de fratura de fêmur por fragilidade: FRAX 3,8%/10 anos

- **Tontura sem caráter vertiginoso:**

- Hipotensão ortostática
- Desequilíbrio secundário ao parkinsonismo

- **Incontinência urinária:**

- Urgência (diuréticos) + funcional (instabilidade postural)

2.4 COMUNICAÇÃO

- **Ausência de incapacidade comunicativa**

2.5 OUTRAS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE:

- **Hipertensão arterial, com doença renal crônica, estágio 3 (Clearance estimado de 49mL/min)**

- Hipotensão ortostática: Medicamentosa (nifedipina + amitriptilina) + Disautonomia (neuropatia diabética)

- **Diabetes mellitus tipo 2, sem polis, neuropatia periférica sensitiva (parestesia e dor em mmii) e disautonomia (hipotensão ortostática).**

- **Constipação intestinal:**

- Medicamentos potencialmente envolvidos: biperideno + amitriptilina + nifedipina
- Redução da ingesta hídrica, dieta pobre em fibras e sedentarismo

- **Osteoartrose de joelho: uso de AINE (diclofenaco) e risco de gastrotoxicidade e nefrotoxicidade**

- **Obesidade sarcopênica**

- **Insuficiência familiar:**

- Fragilidade sócio-familiar

SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES

1. AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS

3.1 Metas terapêuticas

Prioridade 1 Intervenções capazes de reduzir o declínio funcional + Intervenções capazes de confortar o paciente e/ou família

- Suspensão de drogas potencialmente iatrogênicas;
- Melhora da mobilidade através das intervenções farmacológicas e não farmacológicas direcionadas ao tratamento do parkinsonismo, da osteoartrose e da hipotensão ortostática;
- Controle da sintomatologia cognitiva e comportamental: uso de anticolinesterásico (Galantamina);
- Redução do risco de quedas e de fratura de fragilidade: suspensão de medicamentos sedativos (diazepam);
- Apoio e suporte familiar, incluindo todas as pessoas envolvidas no cuidado;
- Encaminhar para avaliação da Equipe de Saúde Bucal.

Prioridade 2 Intervenções curativas ou capazes de modificar a história natural das doenças, reduzindo o risco de declínio funcional

- Densitometria óssea para avaliar tratamento da osteoporose;
- Adaptação ambiental;
- Reabilitação física: treino de marcha e equilíbrio, após suspensão da medicação inadequada;
- Tratamento farmacológico e não farmacológico da constipação intestinal e da incontinência urinária;

Prioridade 3 Intervenções preventivas e direcionadas a fatores de risco

- PA \leq 150/80;
- Glicemia de jejum \leq 160 e Glicohemoglobina \leq 8-9%;

3.2 Justificativa para as mudanças:

- Suspensão do haloperidol e cinarizina: podem ser causas de parkinsonismo medicamentoso;
- Suspensão da nifedipina e amitriptilina: podem ser causa de hipotensão ortostática e constipação intestinal;
- Suspensão da hidroclorotiazida: pode ser causa ou agravante da incontinência urinária;
- Iniciar Losartam, considerado uma boa escolha nos pacientes diabéticos e por apresentar menor risco de hipotensão ortostática;
- Suspensão da Ginko biloba: não há evidências para seu uso nos distúrbios de memória
- Suspensão da Glibenclamida: alto risco de hipoglicemia grave. Substituir pela Gliclazida, sulfaniluréia de escolha em idosos diabéticos.

3.3 Tratamento farmacológico proposto:

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações
Losartan	Manhã	VO	50mg	
Gliclazida	Manhã	VO	30mg	Titular dose conforme meta glicêmica
Galantamina 8mg	Manhã	VO	Iniciar com 8mg e aumentar para 16 mg e 24 meses, com intervalos de 4 semanas	Risco de intolerância gastrointestinal: náuseas, vômitos e diarreia. Ficar atento ao risco de inapetência e perda de peso.
Quetiapina	Noite	VO	25 mg	Indicado se não houver controle da sintomatologia psicótica. Baixo risco de parkinsonismo.
Vitamina D	Manhã	1.000UI/dia	1x/dia	O cálcio será reposto pela dieta;
Dipirona	4x/dia	VO	40 gotas ou 1gr	O medicamento deve ser utilizado em doses fixas, mesmo na ausência de dor

3.4 Tratamento não-farmacológico proposto / Auto-cuidado apoiado:

- **Prevenção de quedas:**

- Uso de calçados adequados: sapatos fechados, confortáveis e adequados às deformidades do pé, evitar meias e sapatos com costura interna, evitar uso de chinelos “de dedo” e dar preferência para sandálias fechadas.
- Adequação do ambiente, visando diminuição de risco ambiental: colocar barras de apoio, iluminação de corredor, retirar tapetes e manter as áreas de locomoção desimpedidas.
- Medidas não farmacológicas para hipotensão ortostática: elevar a cabeceira da cama a 30°, assentar antes de se levantar, evitar banhos quentes e demorados e aumentar a ingestão de líquidos.

- **Cuidados com a pele:**

- Banho de sol no mínimo três vezes por semana, durante 15 minutos, no horário de 10 às 15h, sem protetor solar;
- Hidratação de pele com loção hidratante comum ou à base de ureia (5 a 10%) após o banho ou sempre que necessário;

- **Cuidados com incontinência urinária:**

- Definir horários para micção, começando com intervalos menores até garantir um controle esfíncteriano de 3 a 4 horas;
- Reduzir a ingestão de líquidos três horas antes de dormir, à noite;
- Cuidados com a pele da região perineal: troca de fraldas sempre que necessário e uso de creme barreira.

- **Cuidados com a constipação intestinal:**

- Aumentar a ingesta de líquidos, dieta laxativa a base de frutas (laranja, ameixa, mamão) e de verduras e hortaliças.
- O uso de fibras é indicado somente quando a ingesta hídrica for satisfatória.
- Estimular a evacuação após o desjejum;
- Estimular a deambulação.

- **Cuidados com a cavidade bucal:**

- Realizar higiene oral após cada refeição, sempre que estiver tranquila. Limpar a gengiva, língua e palato, utilizando uma espátula envolvida com gaze embebida com solução de bicarbonato de sódio (duas colheres de chá diluída em 200 ml de água filtrada).

- Higienizar a prótese com dentífrico ou sabão neutro e água fria, utilizando escova de dente exclusiva.
- Dormir sem a prótese, deixando-a sempre em um copo com água e bicarbonato ou produto efervescente para limpeza durante a noite.
- Passar nos lábios um hidratante/protetor labial para evitar rachaduras;

- **Cuidados com a incapacidade cognitiva:**

- Estimular a orientação temporal com o uso de calendários, datas comemorativas (natal, páscoa, aniversários, etc);
- Permitir que a paciente desenvolva o máximo de atividades do cotidiano, de forma independente, oferecendo auxílio, se for necessário;
- Medidas de segurança: manter fósforos, isqueiros, objetos cortantes e produtos de limpeza fora do alcance da paciente; deixar o gás desligado; manter portas e janelas trancadas e as chaves guardadas em locais seguros. Manter o paciente sempre identificado;
- Medidas ambientais: evitar ambientes ruidosos e/ou com excesso de estímulos;
- Higiene do sono: estabelecer horários para o paciente deitar e acordar; ir para a cama somente quando estiver com sono; evitar iluminação excessiva; manter o ambiente calmo e confortável e utilizar técnicas de relaxamento (massagem, música calma, oração/reza/prece);
- Estimular a realização de atividades prazerosas;
- Dê as orientações passo a passo, evitando o excesso de informações;
- Concordar sempre que possível, evitando situações de conflito e explicações excessivas;

- **Cuidados com o pé diabético:**

- Cortar as unhas de forma reta e lixá-las;
- Enxugar entre os dedos e não utilizar cremes;
- Evitar andar descalço e utilizar calçados adequados, como orientado anteriormente;
- Verificar sempre os sapatos antes de calcá-lo;
- Examinar regularmente os pés: verificar a sola dos pés, examinar entre os dedos e observar o aparecimento de feridas que não cicatrizam ou calosidades (procurar a unidade de saúde).

- **Cuidados com a comunicação:**

- Falar devagar e articular claramente;
- Deixar que a paciente veja o seu rosto e usar gestos indicativos e representativos para complementar a mensagem;
- Repetir a mensagem para compensar déficit de memória e facilitar a compreensão e aprendizado;
- Não falar em voz alta, pois o grito não favorece a comunicação, além de aumentar a tensão entre os falantes;
- Ter calma e tolerância com a paciente.

A equipe de saúde estará disponível para acompanhar e monitorar periodicamente todo o processo, principalmente nesta fase inicial, adequando o plano de cuidados e pactuando novas metas, conforme os resultados atingidos. A família foi também orientada a procurar grupos de apoio e psicoterapia para o enfrentamento das angústias e incertezas inerentes ao cuidado. A ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares) e outras similares são associações que dão apoio e orientação aos familiares dos portadores da Doença de Alzheimer e outras demências. Além disso, é importante a capacitação do cuidador, tanto no que se refere aos cuidados com o paciente, quanto ao seu próprio cuidado. Para se cuidar de alguém é imprescindível estar bem cuidado.

AÇÕES REABILITADORAS

O paciente apresenta potencial de reabilitação nas seguintes áreas:

- | | |
|---|-------------------------|
| (x) Reabilitação Cognitivo-Comportamental | (x) Reabilitação Física |
| (x) Reabilitação Sócio-Familiar | (x) Adaptação Ambiental |

A reabilitação deverá ser feita por:

- | | | | | |
|--------------------|-------------------------|--------------------|----------------|----------------|
| (x) Fisioterapia | (x) Terapia ocupacional | () Fonoaudiologia | (x) Psicologia | (x) Enfermagem |
| (x) Serviço social | (x) Odontologia | () Farmácia | (x) Nutrição | Outros: |

AÇÕES PREVENTIVAS/PROMOCIONAIS

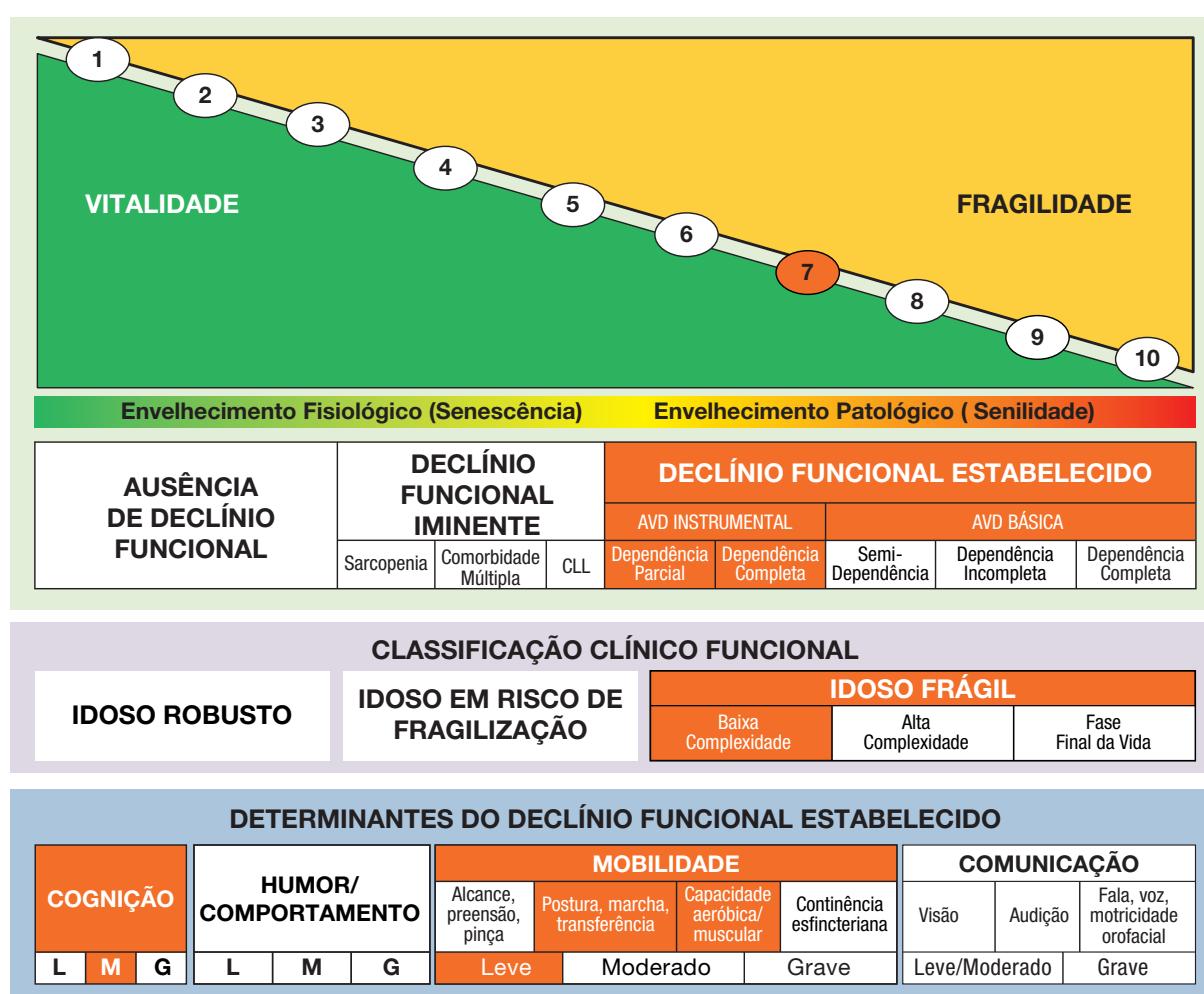
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SÁUDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	Observações
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Há indicação de anti-agregante plaquetário?		X	<i>Optamos pela não intervenção pela presença de alto grau de fragilidade, polipatologia e polifarmácia. Reavaliar caso haja melhora funcional</i>
	Há indicação de estatina?		X	
	Ultrasom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?		X	
IMUNIZAÇÃO	Anti-Influenza	X		
	Anti-Pneumocócica	Vacina Pneumocócica Conjugada (VPC13)	X	
		Vacina Pneumocócica Polissacáridica (VPP23)		
	Anti-Zoster		X	
	Anti-Hepatite B		X	
	Difteria, Tétano e Coqueluche	Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)	X	
		Dupla bacteriana do tipo adulto (dT)		
RASTREAMENTO DE CÂNCER	Anti-Amarílica	X		
	Côlon-retal	PSOF (3 amostras independentes)	X	<i>Faixa etária acima de 76 anos + alto grau de fragilidade</i>
		Colonoscopia	X	
		Outros:	X	
	Mama (mamografia)		X	<i>Idade > 75 anos</i>
	Colo de útero (Papanicolau)		X	<i>Idade > 65 anos</i>
OSTEOPOROSE / FRACTURA DE FRAGILIDADE	Próstata (PSA)			<i>Não se aplica</i>
	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?	X		<i>Toda mulher com idade ≥ 65 anos FRAX: 3,8% de fratura de fêmur em 10 anos A reposição de vitamina D reduz o risco de quedas e pode contribuir para redução do risco de fratura por fragilidade. Avaliar após o resultado da densitometria óssea</i>
	Há indicação de suplementação de vitamina D3?	X		
	Há indicação de suplementação de cálcio?	X		
ACONSELHAMENTO <i>(Mudança de estilo de vida)</i>	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?		X	
	Aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA	X		
	Aconselhamento para prevenção de QUEDAS	X		
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do TABAGISMO		X	
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do ALCOOLISMO		X	
O paciente deverá ser encaminhado para outras ESPECIALIDADES MÉDICAS?				NÃO
Especificar:				

EVOLUÇÃO DO CASO

Após três meses de acompanhamento e com a implementação do Plano de Cuidados, a idosa recuperou a independência para AVD básicas, caracterizando um importante ganho funcional, como pode ser visto na figura abaixo. Houve melhora funcional com o uso de anticolinesterásico (Galantamina 24 mg/dia) e quetiapina (25mg/noite). Confirmou-se o diagnóstico de parkinsonismo medicamentoso, com melhora significativa da instabilidade postural e da bradicinesia. Desta forma, foi praticamente excluído o diagnóstico de doença de Parkinson ou de demência por Corpos de Lewy. A hipotensão ortostática foi controlada com a suspensão dos medicamentos responsáveis e a paciente não queixa mais de tontura. A pressão arterial permanece em 150/80 mmHg, sem hipotensão ortostática. A última glicohemoglobina foi de 8% e não houve episódios de hipoglicemia com a Gliclazida.

Houve melhora da dor nos joelhos com dipirona fixa e redução das dores neuropáticas em mmii, apesar de não terem desaparecido. Com a suspensão do diurético e melhora da mobilidade houve melhora da incontinência urinária.

A filha cuidadora está muito satisfeita com o tratamento, pois facilitou muito o cuidado de longa duração, permitindo que a mãe continuasse morando com ela.



Este caso demonstra que as intervenções mais eficazes para o ganho funcional são, por ordem de prioridade:

1. Redução da iatrogenia e suspensão de “drogas fúteis”;
 2. Definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados;
 3. Intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou substratadas;
 4. Reabilitação;
 5. Prevenção secundária;
 6. Prevenção primária.

Anotações:

Referências

- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS)-versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*, v.57, p.421-426, 1999;
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON THE CARE OF OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. *JAGS*, 2012.
- BARDES, C..L. Defining “Patient-Centered Medicine. N Engl J Med, v.366, p.782-783, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 146 - 147.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/ GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_2528.pdf>. Acesso em 05 maio 2011.
- BRUCKI, S.M.D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 61, p.777-781, 2003.
- CAMARANO, A.A. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, Ipea, 2010.
- CARMO, J. A. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso. Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da UFMG. Orientador: Prof. Edgar Nunes de Moraes. Belo Horizonte, 2014.
- CASTELL, M.V. *et al.* Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Family Practice* 2013;14:86.
- CLARK, B.C.; MANINI, T.M. Sarcopenia & Dynapenia. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, v. 63A, p.829–834, 2008.
- CLEGG, A. *et al.* Frailty in elderly people. *Lancet*, v.8, p. 1-11, 2013.
- CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, London, v. 39, n. 4, p. 412-423, 2010.
- DUARTE, J.E. *et al/* Cuidando do Cuidador. In: Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia, MORAES E.N., 1^a ed, 2009, capítulo 26, p. 371-379;
- EEKHOF, J.A.H. *et al.* Rastreamento for hearing and visual loss among elderly with questionnaires and tests: which method is the most convincing for action? *Scand J Prim Health Care*, v.18, p.203-207, 2000;
- FIELDING, R.A. *et al.* Sarcopenia: An Undiagnosed Condition in Older Adults. Current Consensus Definition: Prevalence, Etiology, and Consequences. International Working Group on Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, v.12, p.249-256, 2011.

FOLSTEIN M.F. *et al.* "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Rev*, v.12, p.189-198, 1975;

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, Washington, v. 56, p. M146-156, 2001.

FRIED, L.P. *et al.* Untangling the Concept of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*,v.59, p.255-263, 2004;

GOBBENS, R. J. *et al.* Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook*, v.58, p.76-86, 2010.

HÉBERT, R. *et al.* Predictive Validity of a Postal Questionnaire for Screening Community-dwelling Elderly Individuals at Risk of Functional Decline. *Age and Ageing*, v. 25, p.159-167, 1998.

HEFLIN, M. T. *et al.* Geriatric health maintenance. 2009. Disponível em: <<http://www.up-todate.com>>. Acesso em: 04 maio 2012.

HOYL, T. *et al.* Depression in the aged: preliminary evaluation of the effectiveness, as an screening instrument, of the 5-item versoin of the Geriatric Depression Scale. *Rev Med Chil*, v.128, p.1199-204, 2000.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p.914-919, 1963.

LAWTON, M.P.; BRODY E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p.179-186, 1969.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.*, Londres, v. 10, n. 4, 11 Jan. 2012.

LENARDT, M.H. *et al.* Força de preensão manual e atividade física em idosos fragilizados. *Rev Esc Enferm USP*, v. 50, n.1, p. 88-94, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. A demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil.In: MORAES, E. N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. cap. 1, p. 3-9.

LIN, F.R. *et al.* Hearing Loss and Cognition in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neuropsychology*, v.25 (6), p.763-770, 2011;

LINO, V.T.S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*, v. 24, p.103-112, 2008.

LUZ, L.L. *et al.* Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) para o Português. *Cad. Saúde Pública*, n.29, p.621-628, 2013.

MAIA, F.O.M. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE. São Paulo, 2011.Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5 ed. rev. Tradução: Maria Inês Correa Nascimento *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2014.

- MARTIN, F.C.; BRIGHTON, P. Frailty: different tools for different purposes? Age and Ageing, v.37, p.129-131, 2008.
- MATHIAS, S. *et al.* Balance in elderly patients: the “Get-up and Go” Test. Arch Phys Med Rehabil, v.67, p.387-389, 1986;
- METHODOLOGY COMMITTEE OF THE PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE. Methodological Standards and Patient-Centeredness in Comparative Effectiveness Research. JAMA, Chicago, v. 307, p. 1636-1640, 2012.
- MIN, L. *et al.* The Vulnerable Elders-13 Survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. J.Am. Geriatr. Soc., New York, v.57, p.2070-2076, 2009.
- MORAES, E.N.; LANNA, F.M. Avaliação Multidimensional do Idoso. Ed. Folium, 2014 (versão impressa e versão e.Book).
- MORAES, E.N. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Coopmed, 2009;
- MORAES, E.N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORAES, E.N.; LANNA, F.M. Incapacidade cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. Belo Horizonte, Folium, 2010;
- MORAES, E. N. Estratégias de prevenção e gestão da clínica. Belo Horizonte: Folium, 2011.
- MORLEY, J.E. *et al.* Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA, V.14, p.393-397, 2013.
- NITRINI, R. *et al.* Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. Arq Neuropsiquiatr, v. 52, p. 456-65, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Universidade de São Paulo; 2003.
- PARANÁ. Secretaria da Saúde. Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS). Oficina 9. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_caderno9_1208_14_alta.pdf>.
- PACALA, J.T.; YUEH, B. Hearing Deficits in the Older Patient. JAMA, v. 307(11), p.1185-1194, 2012;
- PAULA, J.P. *et al.* Development, validity, and reliability of the General Activities of Daily Living Scale: a multidimensional measure of activities of daily living for older people. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2014 (no prelo)
- PETERSEN, R. C. *et al.* Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. Arch Neurol 2009;66:1447-1455;
- PFEFFER, R.I. *et al.* Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol, v. 37, n.3, p.323-329, 1982.
- PIALOUX, T. *et al.*. Screening tools for frailty in primary health care. A systematic review. Japan Geriatrics Society, v.12, p.189-197, 2012.

PODSIADLO, D.; RICHARDSON S. The Timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, v.39, p.142-148, 1991;

RAÎCHE, M. et al. PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, V. 47, P. 9-18, 2008.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residents em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v19, p.793-798, 2003.

ROSEN S.L.; REUBEN D.B. Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine*, v.78, p.489-497, 2011.

ROCKWOOD, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, v.173 (5), p.489-495, 2005.

ROUCHON, P. A.; GURWITZ, J. H. Optimising drug treatment for elderly people. *BMJ*, London, v. 315, p.1096-1099, 2011.

RUSSEL, H. et al. Overview of preventive medicine in adults. 2011. Disponível em: <<http://www.uptodate.com>>. Acesso em: 04 maio 2012.

SALIBA, D. et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 49, p.1691-1699, 2001.

SANTIAGO, L.M et al. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, v. 28(9), p.1795-1801, 2012.

SAYER, A.A. et al. New horizons in the pathogenesis, diagnosis and management of sarcopenia. *Age and Ageing*, v.42, p.145-150, 2013.

SHRANK, W. H. et al. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v.55, p. S373-S382, 2007.

STEFFEN, T.M. et al. Age and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: six minutes walk test, berg balance scale, Timed “Up & Go” Test, and gait speeds. *Phys Ther*, v.82, p.128-137, 2002.

STEVERINK, N. et al. Measuring Frailty. Development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist*, v.41, p.236-237, 2001.

SUDARSKY, L. Gait disorders: prevalence, morbidity, and etiology. *Adv Neurol* 2001; 87:111.

TAEKEMA, D.G. et al. Predicting Survival in Oldest Old People. *The American Journal of Medicine*, v.125:1188-1194, 2012.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2012 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, v.60, p.616-631, 2012;

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública*, v.46, p.929-34, 2012.

VIDIGAL, M.J.M.; CASSIANO J.G. Adaptação Ambiental In: Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia, MORAES E.N., 1^a ed, 2009, capítulo 8, p. 125-137;

WILCOX, S.M. et al. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA*, v.272, p.292-296, 1994.

Anotações:

Anotações:

Anotações:

Anotações:



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde