

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

Caderno de Geriatria

*Secretaria da
Saúde*



**Prefeitura de
SOROCABA**

CIDADE HUMANIZADA E INOVADORA

EQUIPE TÉCNICA

Fabiana Campos de Almeida

Fabiana dos Santos Baptista

Paulo Roberto de Abreu Sampaio

Hellora Grillo Junqueira

REVISÃO

Núcleo de Políticas de Saúde

COLABORADORES

Ana Flávia Guimarães Moura

Felipe de Francisco Linardi

Guaraci Barroso

Jéssica Daniela Pacheco Flumignan Diniz

Michele Peres

Tatiana de Carvalho Gomila Linardi

Vanderson Farley Brito dos Santos

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. FLUXO DE ATENDIMENTO.....	5
3. PRIORIZAÇÃO.....	7
4. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO.....	8
5. INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA O ENCAMINHAMENTO.....	9
6. PRINCIPAIS PATOLOGIAS.....	10
6.1 SÍNDROME DEMENCIAL.....	10
6.1.1 Definição.....	10
6.1.2 Diagnóstico de demência.....	10
6.1.3 Dados importantes da anamnese do paciente (ou acompanhante) com queixa de alteração cognitiva.....	11
6.2 <i>DELIRIUM</i>	11
6.2.1 Definição.....	11
6.2.2 Principais causas.....	12
6.3 DEPRESSÃO.....	12
6.3.1 Definição.....	12
6.3.2 Diagnóstico de depressão.....	13
6.3.4 Risco de Suicídio.....	14
6.3.5 Tratamento.....	15
6.3.6 Orientações de conduta na avaliação de alteração cognitiva.....	16
7. EXAMES.....	17
7.1 Exame Físico e Psíquico.....	17
7.2 Exames Complementares.....	20
8. SÍNDROME DE FRAGILIDADE.....	21
8.1 Definição.....	21
8.2 Diagnóstico.....	21
9. INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS.....	24
9.1 Definição.....	24

9.2 Fatores de risco intrínsecos para quedas.....	24
9.3 Fatores de risco extrínsecos para quedas.....	25
9.4 Estratégias para prevenção de quedas.....	25
9.5 Encaminhamentos.....	26
10. POLIFARMÁCIA.....	26
10.1. Definição.....	26
10.2. Cuidados.....	26
10.3. Fármacos que devem ser evitados em idosos.....	27
10.4. Encaminhamentos.....	29
11. REFERÊNCIAS.....	30
12. APÊNDICES.....	31

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES (Geriatría)

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, isso representará um quinto da população mundial.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil, em 2016, possuía a quinta maior população idosa do mundo. Estima-se que, até 2030, o número de idosos no país ultrapasse a quantidade de crianças com idades entre zero e 14 anos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários. A APS desempenha um papel estratégico nas redes de atenção, sendo a base para o seu planejamento e para a efetivação da integralidade do cuidado.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende diretamente da capacidade clínica e do cuidado de suas equipes de saúde para oferecer um atendimento eficaz e de qualidade..

O Serviço Especializado (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial, no dimensionamento e organização das ofertas, que dependem dos encaminhamentos realizados pela APS.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A construção, pactuação e atualização periódica dos Protocolos Clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão de demandas em espera.

2. FLUXO DE ATENDIMENTO

A necessidade de consulta com especialista, será determinada pelo profissional médico clínico e/ou generalista da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), a depender da patologia e das condições clínicas do paciente.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. A sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada Protocolo.

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na Atenção Primária à Saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados de acordo com o protocolo. O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.

É imprescindível: letra legível, CID, carimbo e assinatura do médico e carimbo e assinatura do coordenador da Unidade de Saúde.

O paciente, ao ser avaliado pelo serviço de especialidade, pode: retornar em consulta no serviço ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na própria UBS.

Para ser encaminhado ao ambulatório de geriatria é necessário que tenha no mínimo 60 anos de idade e tenha alguma das alterações citadas ao longo do protocolo.

Após a avaliação e acompanhamento do geriatra, os casos com compensação do quadro clínico e/ou de baixa complexidade poderão ser contrarreferenciados para sua unidade de saúde.

Os pacientes que permanecerem na Atenção Especializada deverão manter o vínculo com a equipe da Atenção Primária à Saúde.

Com o objetivo de qualificar o atendimento à população idosa do município e gerar dados quantitativos que possam subsidiar os processos de cuidado, todos os idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde devem ser avaliados pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20), conforme descrito no **Quadro 6 Ficha de Triagem do Idoso - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20)**.

A ficha editável deve ser preenchida e salva como anexo no PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão). O procedimento deve ser registrado com o código SIGTAP: 03.01.09.003-3. Para mais informações sobre a aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, consulte o *Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde*, disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/>.

Após a avaliação, o idoso deverá ser incluído no respectivo Grupo de Atendimento no SISWEB, conforme sua classificação:

- **Código 254** – IDOSO ROBUSTO
- **Código 255** – IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO (PRÉ-FRÁGIL)
- **Código 256** – IDOSO FRÁGIL

Sempre que houver alterações no quadro clínico do idoso e a classificação for modificada, o grupo de atendimento deve ser atualizado no sistema.

Após a avaliação e classificação, o idoso poderá ser direcionado aos equipamentos de saúde e sociais apropriados, conforme descrito no **Apêndice 1 - REDE DE APOIO À PESSOA IDOSA- FLUXO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA REDE MUNICIPAL**

3. PRIORIZAÇÃO

P0 / Urgência: não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro (Ex: Declínio cognitivo súbito (*delirium*)).

P1: casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias) (Ex: declínio cognitivo rapidamente progressivo -evolução menor que 2 anos, que foram excluídos causas reversíveis (exames complementares normais) e transtornos psiquiátricos descompensados (depressão tratada, sem melhora do quadro cognitivo) , Declínio cognitivo com alterações importantes de comportamento e Fragilidade clínica moderada e 2 ou 3 critérios *Study of osteoporotic fractures* (SOF), conforme **Quadro 1**.

P2: Casos cuja demora implique dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses (Ex: declínio cognitivo em relação a um nível prévio de desempenho e que interfere nas atividades de vida diária e independência. Aqueles que foram excluídos causas reversíveis (exames complementares normais) e transtornos psiquiátricos descompensados (depressão tratada, sem melhora do quadro cognitivo), Fragilidade clínica moderada mas sem fragilidade no critério SOF, Instabilidade postural com queda: pacientes com 2 ou mais quedas no último ano associadas a fatores de risco como uso de psicotrópicos e/ou declínio cognitivo e/ou fragilidade).

P3: Todos demais casos que necessitam atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da APS e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente, não se aplicando este critério aos encaminhamentos para a geriatria.

Quadro 1. SOF (Study of osteoporotic Fractures)

Critérios	Como Avaliar
Perda Ponderal	Perda não intencional maior igual a 5% do peso em 1 ano
Exaustão	Resposta <i>não</i> à pergunta: "O senhor se sente cheio de energia?"
Teste de sentar e levantar	Incapacidade de levantar e sentar 5 vezes da cadeira (sem apoio)

Fonte: - SOF (Study of osteoporotic Fractures)

Classificação: 0 - não frágil 1 – Pré-frágil 2 ou 3 – Frágil

4. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

Ter 80 anos ou mais;

Ter 60 anos ou mais com pelo menos UM dos critérios abaixo:

- Suspeita clínica ou diagnóstico de demência, com impacto nas atividades de vida diária (AVDs);
- Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de Doença de Parkinson;
- Quadro depressivo e/ou ansioso de difícil controle;
- Polifarmácia: uso de 05 diferentes classes de medicações (exemplo: anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antidepressivos) e não 05 diferentes medicações;
- Polipatologia (05 ou mais diagnósticos);
- Internações frequentes (03 ou mais nos últimos 12 meses);
- Imobilidade parcial ou total, instabilidade postural (02 ou mais quedas nos últimos 12 meses e/ou fratura baixo impacto);
- Subnutrição com Índice de Massa Corporal (IMC) <22 ou perda involuntária de peso acima de 10% em 6 meses. (consultar Quadro 2):

Quadro2. Avaliação do IMC na terceira idade

Classificação	IMC (kg/m²)
Baixo peso	≤ 22
Peso adequado	> 22 e < 27
Sobrepeso	≥ 27

- Sarcopenia (informar resultado do teste levantar-se e sentar-se realizado em 30 segundos, resultado <10 = encaminhar para a especialidade);
- Síndrome de Fragilidade: conforme avaliação pelo índice **IVCF-20 (pontuação ≥ 15)**, acompanhada de condições de saúde que elevam o risco de desfechos adversos, como maior probabilidade de hospitalização, institucionalização e óbito;
- Alterações Cognitivas: identificadas por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).
(Quadro 5)

5. INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA O ENCAMINHAMENTO

- História clínica atual e pregressa sucinta (importante informar comorbidades, uso de medicações, seguimentos com especialistas e outras áreas da saúde);
- Exame físico;
- Exames complementares, se pertinentes ao caso;
- Hipótese diagnóstica;
- Tratamentos realizados.

6. PRINCIPAIS PATOLOGIAS

6.1 SÍNDROME DEMENCIAL

6.1.1 Definição

A demência é caracterizada por declínio envolvendo um ou mais domínios cognitivos ou alteração comportamental. Os déficits devem representar declínio em relação a um nível prévio de desempenho e interferir nas atividades de vida diária e independência.

6.1.2 Diagnóstico de demência

O diagnóstico de demência é clínico e requer história detalhada, corroborada por informante (familiar ou não) que conviva com o paciente. Deve-se sempre excluir quadro de *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica.

Evidência de declínio cognitivo em um ou mais domínios cognitivos, a seguir:

- **Aprendizado e Memória:** adquirir ou evocar informações recentes (sintomas que incluem repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos, compromissos ou do lugar onde guardou objetos, exige lembretes frequentes).
- **Linguagem:** expressão, compreensão, leitura ou escrita. Exemplos: paciente se expressa usando frases gerais como: "aquela coisa em seu pé" ao invés de nomear o objeto "sapato", problemas com nomes de membros da família e erros gramaticais.
- **Funções executivas:** comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas ou sequenciais e do julgamento. Ex: redução da capacidade de tomar decisões, de cuidar de finanças, compreender situações de risco.
- **Atenção complexa:** atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento. Exemplos: dificuldade com múltiplos estímulos, facilmente distraído, incapaz de realizar cálculos mentais.

- **Perceptivo-motora:** percepção visual, visuoespacial, práxis, gnose. Prejuízo na percepção visual de objetos e relação espacial entre os mesmos. Ex: dificuldade no reconhecimento de formas geométricas, capacidade de traçar um percurso, estimar distância e profundidade, contraste entre claro e escuro, reconhecimento da forma de um rosto.
- **Cognição social (comportamento):** com sintomas que incluem alterações do humor, agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

6.1.3 Dados importantes da anamnese do paciente (ou acompanhante) com queixa de alteração cognitiva

- Início e evolução dos sintomas;
- Áreas de prejuízo funcional;
- Perguntar sobre abuso de álcool ou drogas;
- História de queda com traumatismo cranioencefálico;
- Comorbidades (fatores de risco cardiovasculares);
- Medicamentos que faz ou fez uso (atentar para os que podem causar prejuízo cognitivo);
- Avaliar se tem história psiquiátrica (esquizofrenia, depressão, ansiedade);
- Atentar-se doenças agudas são a causa de *delirium*.

Considerando que queixas de memória são frequentes em indivíduos idosos, e podem ter múltiplas etiologias, faz-se necessário atentar para o diagnóstico diferencial das demências com outras patologias, pois possuem prognósticos e tratamentos distintos. A depressão e o *delirium* são as condições que costumam simular mais frequentemente um quadro demencial.

6.2 DELIRIUM

6.2.1 Definição

O *delirium* é uma síndrome cerebral orgânica caracterizada por disfunção global da cognição, atenção, consciência, ciclo sono-vigília e comportamento, causadas por uma condição física. Geralmente tem início recente/agudo e flutuante (períodos de melhora e piora).

6.2.2 Principais causas

- Processos infecciosos: pneumonias e infecções urinárias são as mais comuns, podendo ter como únicos sintomas o delirium. Descartar também sífilis terciária e vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outros focos infecciosos.
- Afecções estruturais do sistema nervoso central: quadros de acidente vascular agudo, tumores cerebrais, hidrocefalia, hematomas subdurais, etc. Geralmente cursam com alterações neurológicas focais associadas.
- Distúrbios metabólicos: alterações de glicemia (hiper e hipoglicemia), alterações eletrolíticas (distúrbios do sódio), alterações hepáticas e renais, deficiência de vitamina B12 e ácido fólico, alterações da tireoide, etc.
- Distúrbios cardiovasculares e pulmonares que cursam com hipóxia (ex: infarto, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- Efeitos colaterais de medicamentos (uso de medicamentos com efeitos neurolépticos, anticolinérgicos, etc.)

É de extrema importância realizar o diagnóstico diferencial de demência e delirium em virtude do potencial risco de algumas causas de delirium, e da possibilidade de tratamento de suas diversas etiologias.

6.3 DEPRESSÃO

A depressão em idosos é uma condição de alta prevalência, acometendo até 70% dessa população em determinados contextos. Apesar de frequentemente confundida com o quadro de demência, merece ser abordada de forma independente devido à sua relevância clínica e impacto significativo na qualidade de vida e funcionalidade do idoso.

6.3.1 Definição

A depressão em idosos pode apresentar características distintas em comparação com outras faixas etárias. Nessa população, os sintomas frequentemente se manifestam de forma atípica, muitas vezes através de queixas físicas, como intensificação de dores corporais, queixas cognitivas ou sensação de falta de energia para realizar as atividades cotidianas. Outros sinais incluem humor rebaixado,

falta de motivação, sensação de ser "um fardo" para a família, alterações no padrão de sono e falta de energia. Importante notar que a tristeza nem sempre é um sintoma predominante nos casos de depressão em idosos.

É pertinente avaliar se o paciente apresenta alguma condição clínica subjacente que possa estar associada à depressão, além de investigar se o uso de medicamentos, como anti-inflamatórios, anti-hipertensivos ou medicamentos para insônia, pode estar contribuindo para o surgimento de sintomas depressivos. Também é relevante explorar aspectos psicológicos e psicossociais, como luto, isolamento social, abandono ou outros fatores que podem desencadear ou agravar o quadro depressivo.

6.3.2 Diagnóstico de depressão

Para o diagnóstico da depressão no idoso, além da avaliação clínica com uma boa anamnese biopsicossocial, a Escala de Depressão Geriátrica – GDS é um instrumento que nos auxilia a verificar a presença de quadro depressivo.

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa some 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Quadro 3: Escala de Depressão Geriátrica – GDS

Escala de Depressão Geriátrica - GDS	Pontuação	
	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	1	0
3. Acha sua vida vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	1	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se desamparado com frequência ?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Acha que vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0
Total > 5 pontos = suspeita de depressão		

Avaliações dos resultados:

- Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal;
- 6 a 10 indica depressão leve;
- 11 a 15 depressão severa.

6.3.4 Risco de Suicídio

Um dos maiores perigos da depressão é o risco de suicídio. As taxas de suicídio na terceira idade são maiores que o habitual das outras faixas etárias. Importante também atentar que o idoso por vezes tenta o suicídio de forma atípica, abandonando tratamentos e se expondo a situações de risco desnecessárias.

6.3.5 Tratamento

O tratamento da depressão no idoso tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. As estratégias de tratamento envolvem psicoterapia, intervenção psicofarmacológica e, quando necessário, eletroconvulsoterapia.

O tratamento psicofarmacológico da depressão no idoso depende essencialmente do perfil de tolerabilidade do paciente em relação aos antidepressivos. Deve-se iniciar com doses baixas e ir titular após 7 dias. O efeito antidepressivo costuma surgir após 2 a 3 semanas de tratamento, com melhora até 8 semanas. Após 8 semanas, deve se reavaliar ajuste da dose, troca de medicamento ou necessidade de encaminhamento para especialista.

Dentre os medicamentos disponíveis em nossa rede, os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) possuem melhor perfil de tolerabilidade, devendo-se dar preferência para a Sertralina – 50 mg (iniciar com meio comprimido e aumentar para 1 comprimido após 7 dias) podendo titular a dose até o máximo de 200 mg/dia.

A depressão no idoso deve ser reconhecida como um problema de saúde prioritário, exigindo uma abordagem multidisciplinar que considere as particularidades do envelhecimento.

Segue abaixo quadro de sinais e sintomas que podem auxiliar no diagnóstico diferencial:

Quadro 4. Características diferenciais de *delirium*, demência e depressão

Características diferenciais de <i>delirium</i>, demência e depressão			
Características	<u>Delirium</u>	<u>Demências</u>	<u>Depressão</u>
Início	Súbito	Insidioso	Frequentemente recente
Curso nas 24h	Flutuante	Estável	Tipicamente pior pela manhã
Consciência	Reduzida	Clara	Clara
Atenção	Desordenada	Normal (exceto quando avançada)	Prejuízo mínimo, distrativo
Cognição	Geralmente prejudicada	Geralmente prejudicada	Memória prejudicada, ilhas de memória intactas
Orientação	Frequentemente prejudicada	Frequentemente prejudicada	Seletivamente prejudicada
Alucinações	Frequente visual ou visuais e auditivas	Frequentemente ausentes	Ausentes (apenas em casos graves)
Idéias delirantes	Fugazes, pobreza na sistematização	Frequentemente ausentes	Ausentes, exceto casos graves
linguagem	Frequentemente incoerente, rápida ou lenta	Dificuldade de encontrar palavras, perseveração	Normal

6.3.6 Orientações de conduta na avaliação de alteração cognitiva

- Se for um esquecimento de início **agudo**, confusão mental, associado ou não a alucinação, deve-se encaminhar a emergência para excluir *delirium* causado por infecção ou injúria cerebral aguda.

- Se a alteração cognitiva e/ou comportamental se iniciou dias ou meses após traumatismo crânio encefálico (TCE) encaminhar a emergência para exame de imagem com intuito de descartar hematoma subdural.
- Se a alteração cognitiva surgiu há meses ou anos, possuir evolução insidiosa, e apresentar comprometimento funcional que está interferindo no dia a dia, suspeitar de quadro demencial degenerativo.
- Solicitar laboratório (já descrito em exames complementares) para excluir causas reversíveis de alteração de memória como hipotireoidismo, deficiência de B12, insuficiência hepática/renal, entre outros. Se algum exame laboratorial estiver alterado, deve-se tratar. Porém, se após o tratamento mantiver alteração da memória, deve-se suspeitar de quadro demencial.
- Se houver sinais de depressão ou ansiedade, deve-se proceder o tratamento (dar preferência a Sertralina 50 mg, iniciar meio comprimido nos primeiros sete dias e depois aumentar para 01 comprimido. Evitar antidepressivos tricíclicos). Após dois meses com o antidepressivo reavaliar, se houver melhora do humor e mantiver esquecimento, suspeitar de quadro demencial associado.
- Se não há sinais de depressão ou *delirium* e há alteração cognitiva que interfere no dia a dia, encaminhar para avaliação da geriatria.

7. EXAMES

7.1 Exame Físico e Psíquico

O exame físico geral é importante para suporte na investigação de diagnósticos diferenciais e causas potencialmente reversíveis de demência. Nas fases iniciais há pouco comprometimento, mas evidências de sinais focais ou déficits motores podem indicar comprometimento vascular. A presença de reflexos axiais primitivos são comuns na demência fronto-temporal, alterações de marcha e incontinência urinária associadas a alteração cognitiva fazem a tríade da hidrocefalia de pressão normal. Sintomas cognitivos associados desde o início a sintomas de parkinsonismo podem sugerir Demência dos corpos de Lewy.

Importante sempre questionar ativamente sobre sintomas depressivos, pois a depressão pode cursar com esquecimento e alterações cognitivas associadas.

A aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é rápida e prática, podendo auxiliar na suspeita de um quadro cognitivo patológico, com sensibilidade em torno de 70% a 80%. O teste possui uma pontuação total de 30 pontos. Abaixo, seguem as notas de corte para a suspeita de perda cognitiva, de acordo com o grau de escolaridade da pessoa avaliada:

- **Analfabetos:** < 19 pontos
- **1 a 3 anos de escolaridade:** < 23 pontos
- **4 a 7 anos de escolaridade:** < 24 pontos
- **7 anos de escolaridade ou mais:** < 28 pontos

Quadro 5.: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

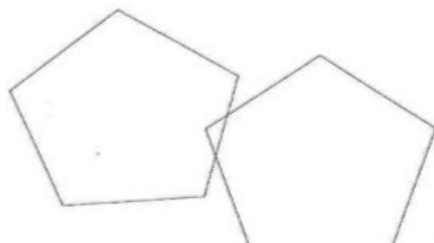
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (___/30)



7.2 Exames Complementares

Com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, os seguintes exames complementares são necessários:

- Hemograma;
- Função tireoideana (T4L e TSH);
- Ureia;
- Creatinina;
- Glicemia;
- Eletrólitos (sódio, potássio, cálcio);
- TGO e TGP;
- Albumina;
- Gama GT;
- Vitamina B12 (normal >300pg/ml, limítrofe 200-300pg/ml e deficiência <200pg/ml)
- Ácido fólico;
- VDRL (sífilis);
- Sorologia para HIV (apenas se há suspeita);
- Urina 1/ urocultura;

É de extrema importância realizar o diagnóstico diferencial de demência e *delirium* em virtude do potencial risco de algumas causas de delirium, e da possibilidade de tratamento de suas diversas etiologias.

8. SÍNDROME DE FRAGILIDADE

8.1 Definição

É uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores que resulta em declínios em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos

A fragilidade em idosos é uma condição que se caracteriza manifestações como perda de peso e massa muscular, diminuição da força de preensão, fadiga, instabilidade postural e redução da ingestão de alimentos. A presença de fragilidade aumenta o risco para uma evolução desfavorável (incapacidades, mortalidade e morbidade, dependência e institucionalização) diante das agressões externas e das doenças agudas.

8.2 Diagnóstico

Avaliar clinicamente fragilidade de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20), conforme **Quadro 6** a seguir:

Quadro 6 Ficha de Triagem do Idoso - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20)

FICHA DE TRIAGEM DO IDOSO

Secretaria da Saúde

Município:		SIS:	
Acompanhante (nome e parentesco):			
PONTUAÇÃO IVCF-20:		<input type="checkbox"/> ROBUSTO (0 a 6)	<input type="checkbox"/> RISCO DE FRAGILIZAÇÃO (7 a 14)
		<input type="checkbox"/> FRÁGIL (≥ 15)	
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?		<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pontos
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		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? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ⁶ <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • 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; <input type="checkbox"/> • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m²; <input type="checkbox"/> • Circunferência da panturrilha a < 31 cm; <input type="checkbox"/> • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pontos
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	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. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	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. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas; <input type="checkbox"/> • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; <input type="checkbox"/> • Internação recente, nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pontos
	Polifarmácia		
	Internação recente (< 6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 PONTOS)			

CONTEXTO SOCIAL	
O idoso possui suporte familiar, mantém vínculos familiares positivos e saudáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
E acompanhado / está inserido em algum Programa Social? Possui participação / apoio social da comunidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há alguma situação de familiares interferindo no processo saúde-doença do paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem independência econômica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DOMÉSTICO	
Existe algum local da casa que o paciente não frequenta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, Por qual motivo?	
Existe iluminação suficiente no ambiente doméstico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
As áreas de locomoção estão desimpedidas (sem móveis, tapetes, degraus no caminho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
No banheiro tem piso antiderrapante e barras de apoio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS	
QUALIFICAÇÃO DO(A) AVALIADOR(A) E DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome completo do(a) profissional Conselho de classe Nº de Conselho de Classe (ou carimbo + assinatura)	Nome da Unidade CNES Endereço Completo Telefone de Contato (ou carimbo da unidade)
DATA DE PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO:	

9. INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS

9.1 Definição

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais e comprometendo a estabilidade. Excluem-se dessa definição: episódios de síncope, acidentes vasculares encefálicos, atropelamentos, acidentes em exercício de alta performance e causas violentas

É importante perguntar sobre o número de quedas ocorridas nos últimos 12 meses. Sempre aferir a pressão arterial nas posições: sentada e em pé para excluir a possibilidade de hipotensão postural.

9.2 Fatores de risco intrínsecos para quedas

- Sexo feminino;
- Idade maior ou igual a 75 anos;
- Isolamento social;
- História prévia de quedas e/ou fraturas;
- Acidente Vascular Cerebral;
- Parkinson;
- Déficit cognitivo;
- Depressão;
- Medo de cair;
- Tontura;
- Hipotensão postural;
- Incontinência urinária;
- Osteoartrose;
- Deformidade nos pés;

- Déficit visual;
- Polifarmácia;
- Uso de psicotrópicos;
- Diminuição da capacidade físico-funcional.

9.3 Fatores de risco extrínsecos para quedas

- Iluminação inadequada;
- Superfícies escorregadias;
- Tapetes soltos ou com dobras;
- Degraus altos ou estreitos;
- Obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios);
- Ausência de corrimãos em corredores e banheiros;
- Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas;
- Via pública malconservada com buracos e irregularidades;
- Calçados inadequados (meias, chinelos, salto alto, sapato desamarrado ou largos);
- Dispositivos auxiliares de marcha e órteses mal ajustados ou utilizados de forma inadequada.

9.4 Estratégias para prevenção de quedas

- Prática de exercício físico orientada por um profissional de educação física ou fisioterapeuta, com foco no treinamento de força, marcha e equilíbrio;
- Modificações ambientais: diminuindo os fatores de risco extrínsecos;

- Ajuste de medicação: ajuste dose de psicotrópicos;
- Reposição de vitamina D quando deficiente (<30ng/ml);
- Correção dos déficits visuais;
- Correção da hipotensão postural (reavaliar uso de anti-hipertensivos);
- Educação em prevenção de quedas: orientar pacientes e cuidadores.

9.5 Encaminhamentos

Encaminhar à **geriatria**: pacientes com 02 (duas) ou mais quedas no último ano associadas a fatores de risco como uso de psicotrópicos, declínio cognitivo, sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Encaminhar à **neurologia**: suspeita de Parkinson

10. POLIFARMÁCIA

10.1. Definição

Uso concomitante de 05 (cinco) ou mais medicações.

10.2. Cuidados

O uso simultâneo de vários medicamentos em idosos deve ser sempre avaliado com cautela, pois ao mesmo tempo, que podem contribuir para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida, se utilizados de forma incorreta, podem comprometê-las. Assim, ao prescrever medicamentos, deve-se estar atento a essa relação risco/benefício.

Idoso tem maior susceptibilidade a uma cascata iatrogênica que ocorre quando um efeito adverso de um fármaco é interpretado incorretamente como nova condição médica que exige nova prescrição, sendo o paciente exposto ao risco de desenvolver efeitos prejudiciais adicionais relacionados ao tratamento potencialmente desnecessário.

Portanto, é importante rever se as medicações que o paciente está em uso são realmente necessárias e se o sintoma dele pode estar relacionado com alguma delas (Exemplo: dor muscular com Estatina

e/ou Fibrato, tosse com Enalapril ou Captopril, edema de membros inferiores com Anlodipino, sonolência com antidepressivo tricíclico, entre outros).

Ao iniciar nova medicação, fazer sempre em doses baixas e ir aumentando gradativamente conforme necessidade. Sempre rever se os horários de tomada da medicação estão corretos, deixar os que causam sonolência para noite e os que podem causar insônia para manhã.

Existem alguns medicamentos que são considerados inadequados para idosos, seja por sua ineficácia ou pelo elevado risco de reação adversa. Alguns deles estão citados abaixo.

10.3 Fármacos que devem ser evitados em idosos

- Anti-histamínicos de primeira geração (Clorfeniramina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Hidroxizina, Meclizina, Prometazina, Triprolidina) pelo risco de sedação e efeitos anticolinérgicos. Optar pelo uso dos anti-histamínicos de segunda geração: Loratadina, Desloratadina, Fexofenadina, Ebastina;
- Antidepressivos tricíclicos por serem altamente anticolinérgicos, sedativos e causar hipotensão ortostática. Exceção: podem ser apropriados para tratamento de dor e/ou depressão grave;
- Benzodiazepínicos por aumentarem o risco de comprometimento cognitivo, *delirium*, quedas e fraturas. Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, transtorno de ansiedade grave, distúrbios do sono REM;
- Bloqueadores alfa 1 para tratamento hipertensão arterial (Doxazosina, Prazosina) pelo alto risco de hipotensão postural;
- Alfa agonistas de ação central para tratamento de rotina da hipertensão (Clonidina, Metildopa, Reserpina) pelo alto risco de efeitos adversos ao Sistema Nervoso Central (SNC), podem causar bradicardia e hipotensão ortostática;
- Aspirina em doses superiores a 150mg/dia risco de sangramento sem aumento benéfico;

- Digoxina >0,125 mg/dia risco intoxicação digitálica;
- Diuréticos de alça (Furosemida) para edema de tornozelos sem insuficiência cardíaca, ou como monoterapia para hipertensão arterial ;
- Espironolactona > 25mg/dia em pacientes com insuficiência cardíaca ou Clearance de Creatinina <30ml/min;
- Glibenclamida pelo alto risco de hipoglicemia;
- Hioscina, escopolamina por serem altamente anticolinérgicos e com efetividade incerta. Usar apenas em cuidados paliativos;
- Metoclopramida por efeitos extrapiramidais;
- Óleo mineral pelo alto risco de broncoaspiração;
- Inibidores Bomba Próton (Omeprazol, Pantoprazol) em dose plena por mais de 8 semanas, risco de osteoporose, fratura, demência, insuficiência renal;
- Relaxantes Musculares (Carisoprodol, Ciclobenzaprina, Orfenadrina) pela sedação e risco de fraturas;
- Uso prolongado de AINE não seletivos da COX 2 (Ibuprofeno, Diclofenaco, Cetoprofeno) pelo alto risco de hemorragia digestiva;
- Uso prolongado (> 3 meses) de corticosteroides sistêmicos ;
- Macrolídeos (exceto a Azitromicina) ou o Ciprofloxacino não devem ser prescritos junto com a varfarina pelo risco de sangramento;
- O Ciprofloxacino e a Teofilina não devem ser associados devido ao aumento da toxicidade da teofilina;
- Para pacientes com diminuição da função renal, o uso do Ciprofloxacino está associado a aumento do risco de ruptura de tendão e aumento dos seus efeitos no sistema nervoso

central. O uso de Sulfametoxazol-Trimetoprima está associado a piora da insuficiência renal e hiperpotassemia;

- A associação de Sulfametoxazol-Trimetoprima pode aumentar o risco de hiperpotassemia nos pacientes com diminuição da função renal, que estejam tomando inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina;
- Evitar fármacos antiarrítmicos (Amiodarona, Propafenona), dar preferência ao controle de frequência cardíaca.

10.4 Encaminhamentos

Idosos com polifarmácia associado à fragilidade e/ou déficit cognitivo e/ou instabilidade postural com quedas. Encaminhar à **geriatria**:

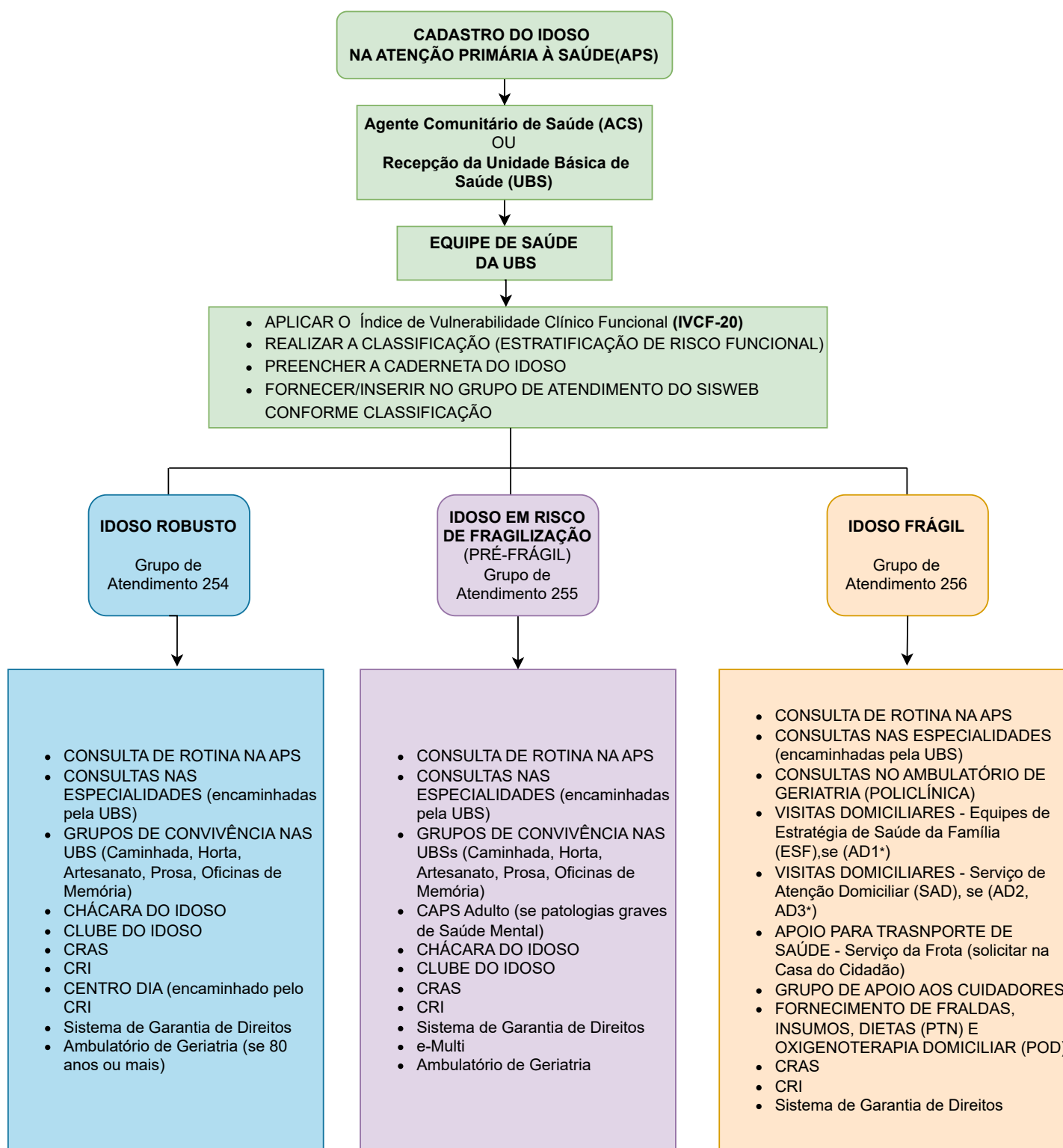
11. REFERÊNCIAS

1. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
2. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia de cuidados para a pessoa idosa. Brasília, 2023.
3. **CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS).** Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE. Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa. 1. ed. Brasília, 2023.
4. **GOIÂNIA.** Protocolo de critérios de encaminhamento para geriatria. Prefeitura de Goiânia, dezembro de 2016.
5. **JUNDIAÍ.** Protocolo de manejo e acesso à geriatria, protocolo singularizado para o município de Jundiaí – 2021, versão I.
6. **KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.** Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
7. **RIBEIRÃO PRETO.** Protocolo de encaminhamento para a geriatria. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, abril de 2023.
8. **VOTORANTIM.** Protocolo de encaminhamento de especialidades da Secretaria de Saúde de Votorantim, Central Integrada de Regulação de Vagas (CIRV) e Diretoria de Serviços Médicos. Versão – 28/09/2022.
9. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Mental health of older adults. Genebra: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int>. Acesso em: 2 jan. 2025.

12. APÊNDICES

1. REDE DE APOIO À PESSOA IDOSA- FLUXO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA REDE MUNICIPAL

REDE DE APOIO À PESSOA IDOSA- FLUXO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DA REDE MUNICIPAL



***AD1** – pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

***AD2 e AD3** - usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.