

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA  
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA



# SAÚDE DA PESSOA IDOSA

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA AS SECRETARIAS  
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE



**PROADI-SUS**  
Programa de Apoio ao Desenvolvimento  
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



**ALBERT EINSTEIN**

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

# SAÚDE DA PESSOA IDOSA

## AUTORES E COLABORADORES

Edgar Nunes de Moraes

Flávia Lanna de Moraes

Marco Antônio Bragança de Matos

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Leane de Carvalho Machado

Rúbia Pereira Barra

2019



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

#### ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

##### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
Ed. Sede MS – 7º andar  
CEP: 70.058-900 – Brasília, DF, Brasil  
Fone: (61) 3315-9031  
Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

##### SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social  
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar  
CEP: 01451-001 – São Paulo, SP, Brasil  
Fone: (11) 2151-4573  
Site: [www.einstein.br](http://www.einstein.br)

#### EQUIPE DE TRABALHO

##### Coordenação e Revisão Final:

Marco Antônio Bragança de Matos  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

##### Elaboração Técnica - Especialidade:

Edgar Nunes de Moraes  
Flávia Lanna de Moraes

##### Elaboração Técnica - Organização da assistência:

Marco Antônio Bragança de Matos  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Leane de Carvalho Machado  
Rúbia Pereira Barra

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

##### **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein**

NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA IDOSA. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.  
56 p.: il.

1. Idoso 2. Saúde do Idoso 3. Rede de Atenção à Pessoa Idosa 4. Idoso Frágil I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde (MS) se unem em um novo projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), o PlanificaSUS, para implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, proposta pelo CONASS, em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas.

Por meio da planificação, visa-se organizar os ambulatorios de referência para a Atenção Especializada em uma Região de Saúde, qualificando e integrando seus macroprocessos àqueles da Atenção Primária à Saúde dos municípios e possibilitando a melhoria do acesso à Rede de Atenção, a continuidade da atenção aos usuários com condição crônica, a maior resolutividade regional, o melhor estado de saúde para a população e a redução dos custos para o sistema de saúde.

A metodologia propõe atividades tutoriais como modalidade para uma maior aproximação e apoio aos profissionais e gestores que se ocupam diretamente do cuidado da população de um território sanitário, disponibilizando a atualização do conhecimento, bem como ferramentas para a gestão da qualidade e tecnologias da gestão clínica.

Como é possível superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, como estabelece o Ministério da Saúde nas diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde? Como oferecer uma atenção contínua e integral, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, com equidade e responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita, gerando valor para essa população, como ensina Mendes?<sup>[3]</sup>

A resposta é: organizando as Redes de Atenção à Saúde. O pré-requisito indispensável para isso são as diretrizes clínicas baseadas em evidências, com foco no manejo clínico seguro e qualificado das condições crônicas, que possibilite a estabilização dos usuários, e evite danos e desfechos negativos, e na qualificação dos processos de atenção à saúde, apoio logístico e gerencial, tornando possíveis tempos oportunos de acesso e resolutividade dos serviços.

O PlanificaSUS disponibiliza um conjunto de Notas Técnicas para a organização das Redes de Atenção às condições crônicas mais prevalentes: ciclo de vida da pessoa idosa; ciclo de vida da criança; gestação e puerpério; hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*; saúde mental; e câncer de mama e colo de útero.

As Notas Técnicas foram estruturadas em consonância com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, buscando facilitar sua operacionalização pelas equipes de saúde. Assim, oferece elementos para o conhecimento da população com condição crônica, estratificação de risco, dimensionamento da necessidade de saúde, mapeamento dos fluxos e processos de cuidado, algoritmos de manejos específicos, parâmetros para a gestão da condição de saúde na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, critérios para o compartilhamento do cuidado, marcadores de estabilização clínica funcional, e indicadores para monitoramento e avaliação. Para sua elaboração, foram consultadas as diretrizes mais atualizadas publicadas pelo Ministério da Saúde, algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e Sociedades Científicas.

Ao final, as Notas Técnicas querem contribuir para o aperfeiçoamento da política de saúde voltada para o cuidado da população das várias regiões de saúde.

**Marcio Anderson Cardozo Paresque**  
Coordenador do PlanificaSUS



O principal problema dos sistemas de atenção à saúde, em escala universal, consiste na incoerência entre uma situação de saúde com forte hegemonia das condições crônicas e uma resposta social de um sistema fragmentado, que atua de forma episódica e reativa, voltado predominantemente para os eventos agudos. Esses sistemas fragmentados têm falhado no manejo das condições crônicas e, como consequência, os resultados medidos em desfechos clínicos são pífios. Isso não é diferente no Sistema Único de Saúde (SUS).

A solução para esse problema está em superar a fragmentação, instituindo as Redes de Atenção à Saúde, que atuam de modo contínuo e proativo, e são capazes de responder adequadamente às condições agudas e às condições crônicas.

As Redes de Atenção à Saúde compõem-se de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A população de uma Redes de Atenção à Saúde corresponde àquela que vive em um território singular, que, por sua vez, é um importante produtor social de saúde. É uma população cadastrada e vinculada a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, e estratificada por vulnerabilidades sociais e por riscos sanitários.

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção.

Os modelos de atenção à saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o modelo de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Para o SUS, propõe-se um modelo de atenção às condições crônicas, que engloba cinco níveis: o nível 1 é o de promoção da saúde; o nível 2, de prevenção das condições de saúde; e os níveis 3, 4 e 5 convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado às condições crônicas estabelecidas – os níveis 3 e 4 abrangem a gestão das condições de saúde e o nível 5, a gestão de caso.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é um processo complexo, que pressupõe um pensamento sistêmico por parte de seus operadores. Pensar sistemicamente implica transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas; significa também entender que não há solução para os problemas tentando-se mudanças em pontos de atenção isolados; é compreender que os problemas só serão solucionados se houver colaboração e interdependência entre todos os atores envolvidos; e, por fim, consiste em construir uma linguagem comum, que possibilite a comunicação em rede.

Um ponto fundamental para tornar reais as Redes de Atenção à Saúde é construir essa linguagem comum compartilhada em todos os nós dessas redes. Isso se faz por meio de diretrizes clínicas baseadas em evidência, construídas e validadas pelos atores relevantes, que tecem essas redes continuamente na prática social. As notas técnicas propostas neste documento cumprem essa função seminal nas Redes de Atenção à Saúde.

Cabe ressaltar que se trata aqui de redes temáticas, conforme imposição da natureza singular de cada qual, imposta pela divisão técnica do trabalho, que exige especialização nos pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares. Porém esse é o único elemento temático das Redes de Atenção à Saúde que as diferencia das propostas passadas de sistemas verticais de saúde. Por consequência, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas logísticos e os sistemas de apoio são estruturas transversais comuns a todas as redes temáticas.

Além disso, essas notas técnicas cumprem outro papel, que é o de estruturar todo o processo de gestão da clínica, entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva e estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e nem aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

As diretrizes clínicas baseadas em evidência, representadas de forma prática e sintética pelas notas técnicas, a par de criar uma linguagem comum, são a tecnologia fundamental, da qual derivam a gestão das condições de saúde, a gestão de caso, a auditoria clínica e as listas de espera.

Nesse sentido, essas notas técnicas vão além do estabelecimento das melhores práticas clínicas, porque adentram o campo da microgestão da clínica, estabelecendo parâmetros assistenciais baseados não em séries históricas, mas definidos por necessidades reais da saúde da população.

Em conclusão, pode-se afirmar que a elaboração e o compartilhamento dessas notas técnicas, entre todos os atores envolvidos, são o ato inaugural e imprescindível da construção das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

Boa leitura a todos!

**Eugênio Vilaça Mendes**



# LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AAE     | Atenção Ambulatorial Especializada             |
| AAVD    | Atividades avançadas de vida diária            |
| ABVD    | Atividades básicas de vida diária              |
| AGA     | Avaliação geriátrica ampla                     |
| AIVD    | Atividades instrumentais de vida diária        |
| AMI     | Avaliação multidimensional do idoso            |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                       |
| AVD     | Atividades de vida diária                      |
| BPC     | Benefício de Prestação Continuada              |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                    |
| GFI     | <i>Groningen Frailty Indicator</i>             |
| ILPI    | Instituição de Longa Permanência para Idosos   |
| IVCF-20 | Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 |
| MACC    | Modelo de Atenção às Condições Crônicas        |
| MAO     | Medicamento apropriado omitido                 |
| MPI     | Medicamento potencialmente inapropriado        |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família             |
| RAS     | Redes de Atenção à Saúde                       |
| SBQ     | <i>Sherbrooke Postal Questionnaire</i>         |
| SUAS    | Sistema Único de Assistência Social            |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                         |
| TFI     | <i>Tilburg Frailty Indicator</i>               |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                        |
| VES-13  | <i>Vulnerable Elders Survey-13</i>             |



|   |    |
|---|----|
| ■ INTRODUÇÃO .....  | 11 |
| ■ O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO. ....  | 12 |
| ■ OBJETIVO .....  | 16 |
| ■ CONHECENDO A PESSOA E A POPULAÇÃO IDOSA. ....   | 17 |
| ■ A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL .....   | 21 |
| ■ ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA. ....  | 24 |
| PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....  | 24 |
| O FLUXO DA ATENÇÃO AO IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO SAÚDE .....  | 25 |
| A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE. ....   | 28 |
| AÇÕES PREVENTIVAS .....   | 29 |
| AÇÕES DE CUIDADO. ....  | 31 |
| A GESTÃO DA SAÚDE DO IDOSO DEPENDE DE SEU ESTRATO CLÍNICO-FUNCIONAL. ....   | 31 |
| A GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....                                      | 34 |
| ■ MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....   | 40 |
| ■ REFERÊNCIAS .....   | 42 |
| ■ ANEXO 1. MANUAL DE APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL 20<br>PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. .... | 44 |
| ■ ANEXO 2. AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. ....                    | 47 |
| ■ ANEXO 3. ROTEIRO PARA ORGANIZAÇÃO DO MUTIRÃO DE SAÚDE DO IDOSO .....  | 50 |
| ■ ANEXO 4. PLANO DE CUIDADOS .....  | 52 |
| ■ ANEXO 5. A DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO AOS IDOSOS .....  | 54 |
| ■ ANEXO 6. SEGURANÇA AMBIENTAL PARA O IDOSO   |    |
| ■ ANEXO 7. AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE IDOSOS .....   | 56 |



No Brasil, estima-se que a população com 60 anos ou mais seja de 30 milhões de pessoas, representando cerca de 14% da população geral (210 milhões habitantes). É o segmento populacional com maior taxa de crescimento – acima de 4% ao ano –, passando de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, e devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Essa é uma consequência da rápida e contínua queda da fecundidade no país, e da queda da mortalidade em todas as idades. Espera-se, para os próximos 10 anos, o incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente.

Esse acelerado envelhecimento da população brasileira não deve ser considerado necessariamente um problema, mas exige atenção e traz importantes desafios para a sociedade.<sup>[1]</sup> No idoso, as condições crônicas de saúde são mais prevalentes, exigindo respostas capazes não somente de resolver esses agravos, mas de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia.

Segundo Mendes,<sup>[2]</sup> o termo "condição de saúde" remete a circunstâncias na vida das pessoas. Com um curso mais ou menos longo ou permanente, as condições de saúde são consideradas crônicas e devem ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelas pessoas usuárias, para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Inclui-se, nesse conceito, a manutenção da saúde por ciclos de vida. Assim, a senescência, ciclo de vida da população idosa, deve ser abordada de acordo com a lógica das condições crônicas.<sup>[3]</sup>

A organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa a melhor estratégia de resposta a essa situação de rápido envelhecimento da população, aliada ao aumento da longevidade e à maior carga de doenças crônicas e, particularmente, de incapacidades funcionais.

A RAS da pessoa idosa nada mais é do que o conjunto de respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia.

Este documento apresenta as recomendações para organização da RAS da pessoa idosa, com foco nos processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

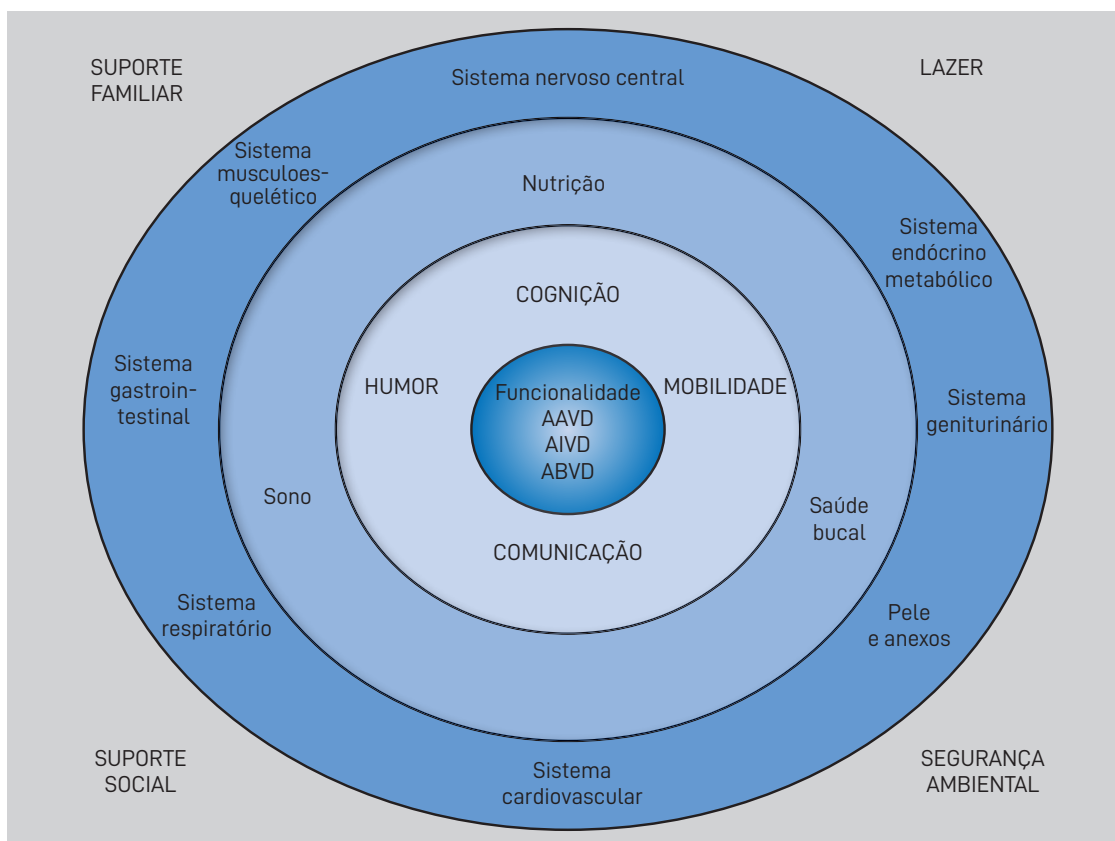
# O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A estruturação da RAS da pessoa idosa tem como ponto de partida a definição clara do que é saúde do idoso, que não significa somente ausência de doenças. As doenças são mais frequentes nesta faixa etária, mas nem sempre estão associadas à dependência funcional.<sup>[4]</sup> Envelhecer sem doença crônica é mais uma exceção do que a regra. Indivíduos com as mesmas doenças podem ter capacidades funcionais absolutamente distintas um do outro. Esta é uma informação que não agrega possibilidades de mudança e é por esse motivo que foi introduzido um novo marcador para a saúde do idoso: a capacidade funcional.

O conceito de saúde do idoso está fortemente ancorado na “capacidade individual de satisfação de suas necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças”.<sup>[5]</sup> Essa capacidade funcional resulta da combinação entre fatores intrínsecos – sua capacidade física e mental (incluindo o componente psicológico) – e extrínsecos (ambientais e contextuais), levando a uma marcante e progressiva heterogeneidade entre os indivíduos idosos ao longo do processo de envelhecimento. A fronteira entre os conceitos de saúde, doença, dependência e incapacidade deve estar bem definida.

O envelhecimento fisiológico, ou senescência, reduz a vitalidade do indivíduo, definida como capacidade de defesa contra as agressões dos meios interno e externo, gerando maior vulnerabilidade dessa população. Essa redução fisiológica da vitalidade atribuída ao envelhecimento normal, por si só, é insuficiente para gerar incapacidades ou dependência funcional.<sup>[6]</sup> Por sua vez, o envelhecimento patológico, consequência de uma ou mais doenças, e agravado por barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais, compromete, de forma mais intensa, a vitalidade do indivíduo e está associado ao declínio funcional.<sup>[7]</sup>

A saúde da pessoa idosa deve ser compreendida nessa multidimensionalidade de fatores determinantes, assim como as intervenções capazes de recuperar ou manter a sua autonomia e independência (Figura 1).



Fonte: Moraes.<sup>[8]</sup>

AAVD: atividades avançadas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária.

Figura 1. Multidimensionalidade da saúde do idoso.

As necessidades biopsicossociais se referem àquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e do autocuidado, denominadas atividades de vida diária (AVD), que podem ser básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) ou avançadas (AAVD) (Quadro 1).

**Quadro 1.** Atividades de vida diária.

|             |   |
|-------------|---|
| <b>ABVD</b> | Tarefas relacionadas ao autocuidado, como tomar banho sozinho, vestir-se sem ajuda, usar o banheiro, deitar-se e sair da cama sozinho (transferência), controle de esfíncter (urina e fezes) e alimentar-se sozinho <sup>(9,10)</sup>   |
| <b>AIVD</b> | Tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas, como o preparo das refeições, controle do dinheiro e do pagamento de contas, tomar os remédios na dose e horário correto, lavar e passar a roupa, uso do telefone, arrumar a casa e fazer pequenos trabalhos domésticos, fazer compras e sair de casa sozinho para lugares distantes <sup>(11)</sup> |
| <b>AAVD</b> | Atividades mais complexas, relacionadas à integração social, como as atividades produtivas, recreativas e de participação social <sup>(5)</sup>   |

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AAVD: atividades avançadas de vida diária.

Essa capacidade funcional da pessoa idosa para realização das AVDs está relacionada à sua autonomia e à sua independência – conceitos complementares, mas associados a domínios funcionais diferentes. A autonomia depende da cognição e do humor/comportamento, enquanto a independência depende da mobilidade e da comunicação (Quadro 2).

**Quadro 2.** Domínios funcionais na avaliação do idoso.

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| <b>Autonomia</b>     | Capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções<br>Depende dos domínios funcionais da cognição e humor/comportamento |   |
|                      | Cognição  | Capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano. As principais alterações da cognição são as síndromes demenciais, como a demência de Alzheimer   |
|                      | Humor/comportamento   | Motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento, definido como a expressão individual diante da interpretação da realidade. É a manifestação do pensamento, que é a capacidade de elaborar conceitos (características essenciais dos objetos e fenômenos da natureza), juízos (estabelecer relações entre os objetos) e raciocínio (estabelecer relação entre os juízos). A principal alteração do humor é a depressão, enquanto o comportamento é profundamente afetado pela esquizofrenia e pelas demais síndromes psicóticas |
| <b>Independência</b> | Capacidade de executar a decisão com os próprios meios<br>Depende dos domínios funcionais da mobilidade e comunicação   |   |
|                      | Mobilidade  | Capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbia e muscular (transporte e captação de oxigênio pelos músculos), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfinteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois sua ausência (incontinência esfinteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo  |
|                      | Comunicação   | 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. Este último é representado pela voz, pela fala e pela mastigação/deglutição  |

O comprometimento desses domínios funcionais impede o indivíduo de gerir sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade. As principais incapacidades no idoso são a incapacidade cognitiva (demência, depressão, *delirium* e doença mental), a instabilidade postural (quedas), a imobilidade, a incontinência esfinteriana e a incapacidade comunicativa (cegueira e surdez). Essas incapacidades são condições crônicas na saúde da pessoa idosa, requerendo cuidados de longa duração e exigindo uma gestão diferenciada por parte dos profissionais de saúde e familiares. Um profissional com manejo clínico inadequado para essas situações resulta em maior risco de iatrogenia, assim como uma família que não se encontra preparada para prover os cuidados necessários (situação frequente, conhecida como “insuficiência familiar”), podendo agravar a situação do idoso (Quadro 3).

**Quadro 3.** Incapacidades no declínio funcional do idoso.

|   |   |
|---|---|
| <b>INCAPACIDADES</b><br>ou<br><b>“Gigantes da Geriatria” ou “Grandes Síndromes Geriátricas”</b><br><b>“7 Is da Geriatria”</b> | /Incapacidade cognitiva<br>/Instabilidade postural<br>/Imobilidade<br>/Incontinência esfincteriana<br>/Incapacidade comunicativa<br>/Atrofia<br>/Insuficiência familiar |
|---|---|

O termo “fragilidade” (“*frailty*”) é muitas vezes utilizado na literatura para indicar o idoso com maior risco de desfechos adversos, como quedas, dependência funcional, hospitalização, institucionalização e óbito,<sup>[12-18]</sup> não existindo, porém, um consenso para sua operacionalização.

Na tentativa de uma compreensão mais padronizada e coerente com a multidimensionalidade dos fatores determinantes da saúde do idoso, foi proposto o conceito de “Fragilidade Multidimensional”.<sup>[19]</sup> Trata-se da situação do idoso em que há uma redução da capacidade funcional e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, ocorre uma maior vulnerabilidade ao declínio funcional, à institucionalização e ao óbito. Neste conceito, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes, clínico-funcional e sociofamiliar, resgatando o conceito de saúde como o máximo bem-estar biopsicossocial e não simplesmente como a ausência de doenças.

O componente clínico-funcional da Fragilidade Multidimensional tem como premissa a capacidade do idoso de ser independente nas AVD. A fragilidade indica, justamente, o declínio dessa capacidade funcional, podendo este ser iminente ou estabelecido (Quadro 4).

**Quadro 4.** Declínio funcional no idoso.

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Declínio funcional iminente</b>     | Síndrome caracterizada pela presença de condições crônicas de saúde preditoras de desfechos clínicos negativos ou adversos (dependência funcional, institucionalização, hospitalização e morte). Estas condições incluem a presença de comorbidade múltipla (polipatologia, polifarmácia e internação recente), comprometimento cognitivo leve e sarcopenia |   |
|  | Polipatologia   | Presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica<br>OU<br>Presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ( <i>illness</i> ), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica |
|  | Polifarmácia  | Uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes   |
|  | Internação recente  | Nos últimos 6 meses, por qualquer motivo  |
|  | Comprometimento cognitivo leve  | Presença de declínio cognitivo percebido pelo usuário e, usualmente, pelo informante, confirmado pela testagem cognitiva, mas que não está associado a declínio funcional nas AVD, não preenchendo os critérios para demência <sup>[20]</sup>   |
|  | Sarcopenia  | Doença generalizada e progressiva da musculatura esquelética, associada a desfechos adversos, como maior risco de quedas, fraturas, dependência física e mortalidade <sup>[21]</sup>  |
| <b>Declínio funcional estabelecido</b> | Presença de incapacidade funcional ou dependência e, conseqüentemente, restrição da participação social   |   |

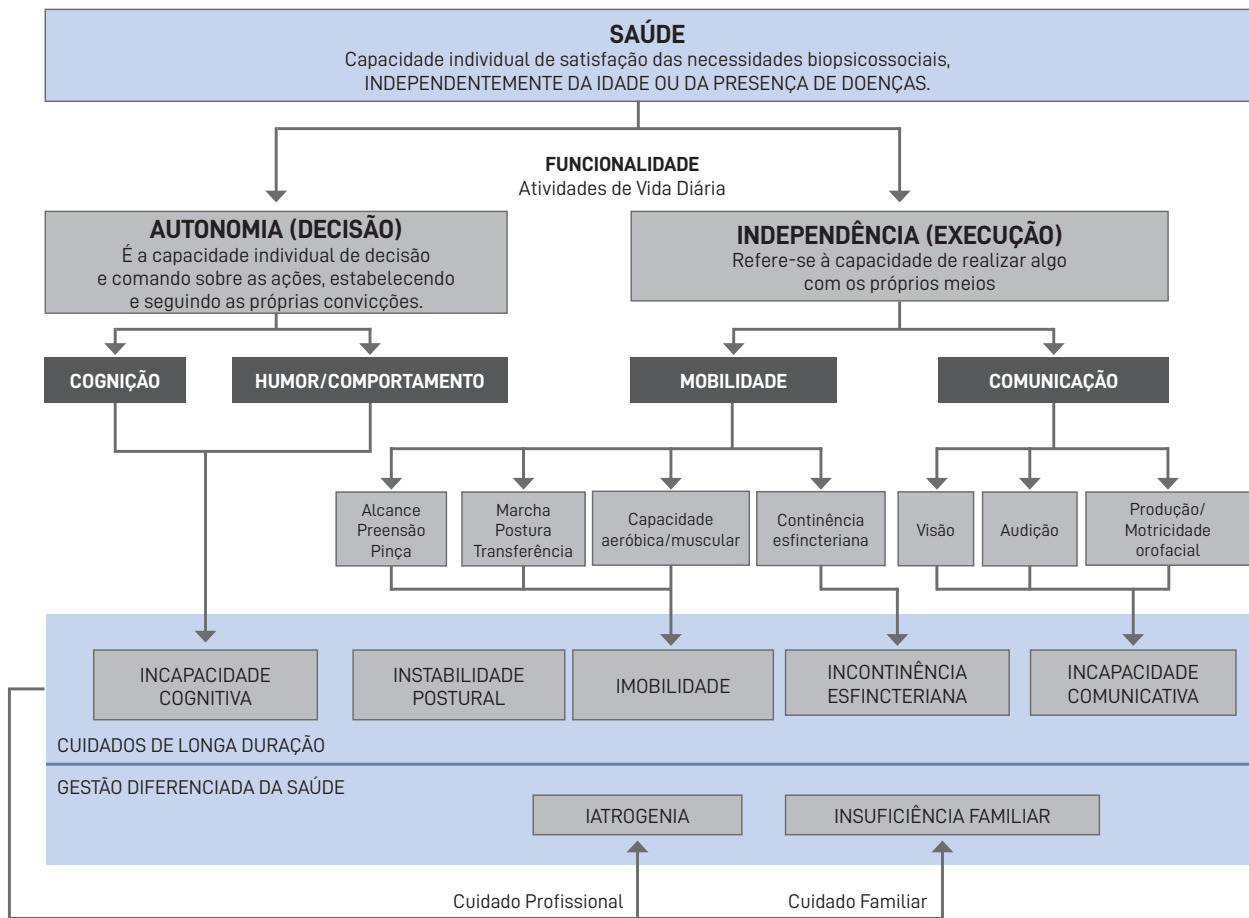
O componente sociofamiliar da Fragilidade Multidimensional resgata a importância de outros determinantes da saúde,<sup>[22]</sup> como sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral.

Idosos dependentes exigem cuidados de longa duração, ou seja, “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo, independentemente da idade”,<sup>[23]</sup> no domicílio, na comunidade ou em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Habitualmente, esses cuidados são prestados pela família, mas se esta for despreparada, pode desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso. A insuficiência familiar surge justamente quando a família está ausente ou perde, por despreparo ou falta de condições, a capacidade de prover os cuidados e de dar apoio e suporte ao idoso. Não deve ser confundida com negligência ou abandono; muitas vezes, a família deseja cuidar de seu idoso frágil ou dependente, mas não reúne as condições necessárias para tal cuidado.

Os conceitos, as dimensões relacionadas ao bem-estar biopsicossocial, os determinantes da saúde do idoso, os domínios funcionais e os elementos relacionados à capacidade funcional foram sistematizados no modelo multidimensional de saúde do idoso, conforme exposto na Figura 2.



## Modelo Multidimensional de Saúde no Idoso



Fonte: Moraes et al.<sup>[19]</sup>

Figura 2. Modelo multidimensional de saúde do idoso.

## OBJETIVO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,<sup>[24]</sup> tem como finalidade primordial "recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)".

Este objetivo deve ser alcançado organizando-se a atenção à saúde dos idosos, de acordo com os microssistemas clínicos integrados Atenção Primária à Saúde/Atenção Ambulatorial Especializada, segundo as seguintes estratégias:

- Conhecimento da população de idosos do território.
- Estratificação de risco clínico-funcional.
- Manejo adequado das necessidades dos idosos por estrato de risco, com vistas à melhoria da qualidade de vida atual e futura.

# CONHECENDO A PESSOA E A POPULAÇÃO IDOSA

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, identificando pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos.<sup>[3]</sup> Envolve um processo complexo e estruturado em vários momentos, a saber: territorialização; cadastramento das famílias; classificação das famílias por riscos socio sanitários; vinculação das famílias à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF); identificação das subpopulações com fatores de riscos proximais e biopsicológicos; reconhecimento das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos; e distinção das subpopulações com condições de saúde muito complexas.<sup>[25]</sup>

No Brasil, o Estatuto do Idoso definiu como idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais.<sup>[26]</sup> Ele vive em um contexto bastante heterogêneo, no que se refere ao território, à família, ao ambiente e à comunidade – heterogeneidade tanto maior, quanto maior for sua idade.<sup>[7,27]</sup>

O conhecimento da população idosa começa pela identificação desses usuários na população geral residente no território sanitário, por meio do cadastramento individual e familiar. Devem ser levantados, em seu contexto de vida, os fatores multidimensionais que determinam sua capacidade de realizar as AVD, considerando tanto os recursos e fatores de proteção, quanto os fatores de risco relacionados a relações familiares e comunitárias, ambiente domiciliar e peridomiciliar, atividades produtivas, recreativas e de participação social.

Do ponto de vista sociofamiliar, os principais fatores de risco são:

- Morar sozinho.
- Residir em ILPI.
- Ausência de companheiro ou cônjuge.
- Viuvez recente.
- Ausência de familiares, amigos ou cuidadores com disponibilidade para atender o idoso, principalmente o dependente de cuidados.
- Ausência de visitas de familiares ou amigos com regularidade.
- Ser responsável pelo cuidado de pessoas dependentes em sua casa.
- Analfabetismo.
- Ser dependente do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou não ter acesso à renda própria capaz de garantir a própria subsistência.
- Não possuir moradia própria ou ter moradia própria em condições precárias de organização e higiene.
- Não participar de alguma atividade de socialização extradomiciliar, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc.
- Ter indícios ou ocorrências de violência doméstica, principalmente quando voltada à pessoa idosa.

Uma forma mais sistematizada de conhecimento da subpopulação de idosos com presença dos principais fatores multidimensionais determinantes de sua saúde é a avaliação clínico-funcional, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) (Figura 3), instrumento desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde do idoso, para rastrear a fragilidade da pessoa idosa (Anexo 1).<sup>[19]</sup>

| ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20<br>www.ivcf-20.com.br  |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Responda as 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  |
| <b>IDADE</b>  |   | 1. Qual é a sua idade?   | ( ) 60 a 74 anos <sup>9</sup><br>( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup><br>( ) ≥ 85 anos <sup>3</sup> |
| <b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>  |   | 2. Em geral, comparados com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:   | ( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>9</sup><br>( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>             |
| <b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>  | AVD Instrumental<br>Resposta positiva vale 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido ruim para todas as questões 3, 4 e 5. | 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer comprar?<br>( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde  | Máximo 4 pts   |
|   |   | 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?<br>( ) Sim <sup>4</sup> ( ) 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?<br>( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz 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?<br>( ) Sim <sup>6</sup> ( ) Não  |  |
| <b>COGNIÇÃO</b>   |   | 7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |
|   |   | 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |
|   |   | 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
| <b>HUMOR</b>  |   | 10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não  |  |
|   |   | 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
| <b>MOBILIDADE</b>   | Alcance, preensão e pinça   | 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  | Máximo 2 pts   |
|   |   | 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?<br>( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não  |  |
|   | Capacidade aeróbica e/ou muscular   | 14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?<br>• 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 ( );<br>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m <sup>2</sup> ( );<br>• Circunferência de panturrilha a < 31 cm ( );<br>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4 m) > 5 segundos ( ).<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não |  |
|   | Marcha  | 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
|   | Consistência esfíncteriana  | 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
|   |   | 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
| <b>COMUNICAÇÃO</b>  | 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.<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) 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.<br>( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não   |  |
| <b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>   | Polipatologia<br>Polifarmácia   | 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?<br>• Cinco ou mais doenças crônicas ( );<br>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );<br>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ).<br>( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não  | Máximo 4 pts   |
|   | Internação recente (< 6 meses)  |  |  |
| <b>PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)</b>  |   |  |  |

Fonte: Moraes et al.<sup>[19]</sup>

Figura 3. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil,<sup>[28]</sup> a partir do *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13)<sup>[29]</sup> e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7,<sup>[30]</sup> *Sherbrooke Postal Questionnaire* (SBQ),<sup>[31]</sup> *Tilburg Frailty Indicator* (TFI),<sup>[15,32]</sup> o *Groningen Frailty Indicator* (GFI),<sup>[33]</sup> dentre outros. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil.<sup>[34]</sup>

É um instrumento simples e de rápida aplicação (leva de 5 a 10 minutos) e tem a vantagem de apresentar caráter multidimensional, avaliando oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, AVD (três AIVDs e uma ABVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada seção é avaliada por meio 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, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros.

Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Primária (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário.

Pode ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras) ou em mutirões de avaliação.

A metodologia propõe uma pontuação que possibilita correlacionar o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional, conforme disposto no quadro 5 e na figura 4.

**Quadro 5.** Correlação entre risco de vulnerabilidade e declínio funcional.

|             |  |                                |
|-------------|--|--------------------------------|
| 0-6 pontos  | Idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional    | Ausência de declínio funcional |
| 7-14 pontos | Idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional | Possível declínio funcional    |
| ≥15 pontos  | Idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional     | Presença de declínio funcional |



Fonte: Moraes et al.<sup>[28]</sup>

**Figura 4.** Régua de avaliação do declínio funcional a partir do IVCF-20.

O IVCF-20 pode ser útil tanto para a avaliação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico desta população, da seguinte forma:

- Avaliação de risco: possibilita a identificação do idoso frágil por profissionais de saúde não especialistas em Geriatria ou Gerontologia; permite a gestão da população de risco, com elaboração de política públicas específicas, conforme o diagnóstico populacional; facilita o planejamento de demanda programada, por meio da definição de grupo de idosos que necessitam de atendimento diferenciado na APS e de critérios padronizados de compartilhamento do cuidado para AAE em saúde do idoso.
- Manejo clínico: permite a identificação de sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas, como a suspeita de incapacidade cognitiva (demência), transtorno do humor, ombro doloroso e afecções das mãos, sarcopenia, emagrecimento, quedas, alterações da marcha, incontinência esfincteriana, alterações da visão e da audição, polifarmácia, dentre outras; possibilita a prescrição de intervenções preventivas, promocionais, paliativas ou reabilitadoras individualizadas, conforme o estrato clínico-funcional do idoso, capazes de melhorar a autonomia e a independência do idoso, e de prevenir o declínio funcional, a institucionalização e o óbito; favorece o planejamento da consulta especializada, destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem investigação mais detalhada.

O rastreamento de risco do idoso por meio do IVCF-20 deve ser complementado pela avaliação multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os profissionais da equipe médica e de enfermagem, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde bucal.

Esta avaliação consiste na realização de avaliação clínica tradicional, avaliação sociofamiliar e detalhamento das AVD.

A avaliação clínica tradicional (Anexo 2) consiste na realização da anamnese e do exame físico do idoso, com foco na avaliação dos sistemas fisiológicos principais (sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, musculoesquelético, geniturinário, endócrino-metabólico, nervoso central e pele/anexos) e de outras funções orgânicas, como sono, nutrição e saúde bucal.

A avaliação sociofamiliar (Anexo 2) consiste na identificação e na caracterização dos principais fatores de risco determinantes da saúde do idoso, por meio da aplicação do instrumento Avaliação da Fragilidade Sociofamiliar. O instrumento contém itens que avaliam a gravidade do suporte familiar e social, com pontuação que indica desde a ausência de gravidade (zero ponto) até uma situação grave ( $\geq 10$  pontos). Quanto maior a pontuação, maior a fragilidade sociofamiliar.

O detalhamento das AVD (Anexo 2) avalia a capacidade do idoso para a realização das ABVD (tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentar-se) e das AIVD (preparar refeições, tomar remédios, fazer compras, controlar o dinheiro, usar o telefone, arrumar a casa, lavar e passar roupa e sair de casa sozinho), resultando na avaliação de independência, dependência parcial ou completa. Esse detalhamento possibilita a identificação dos sinais de declínio funcional.

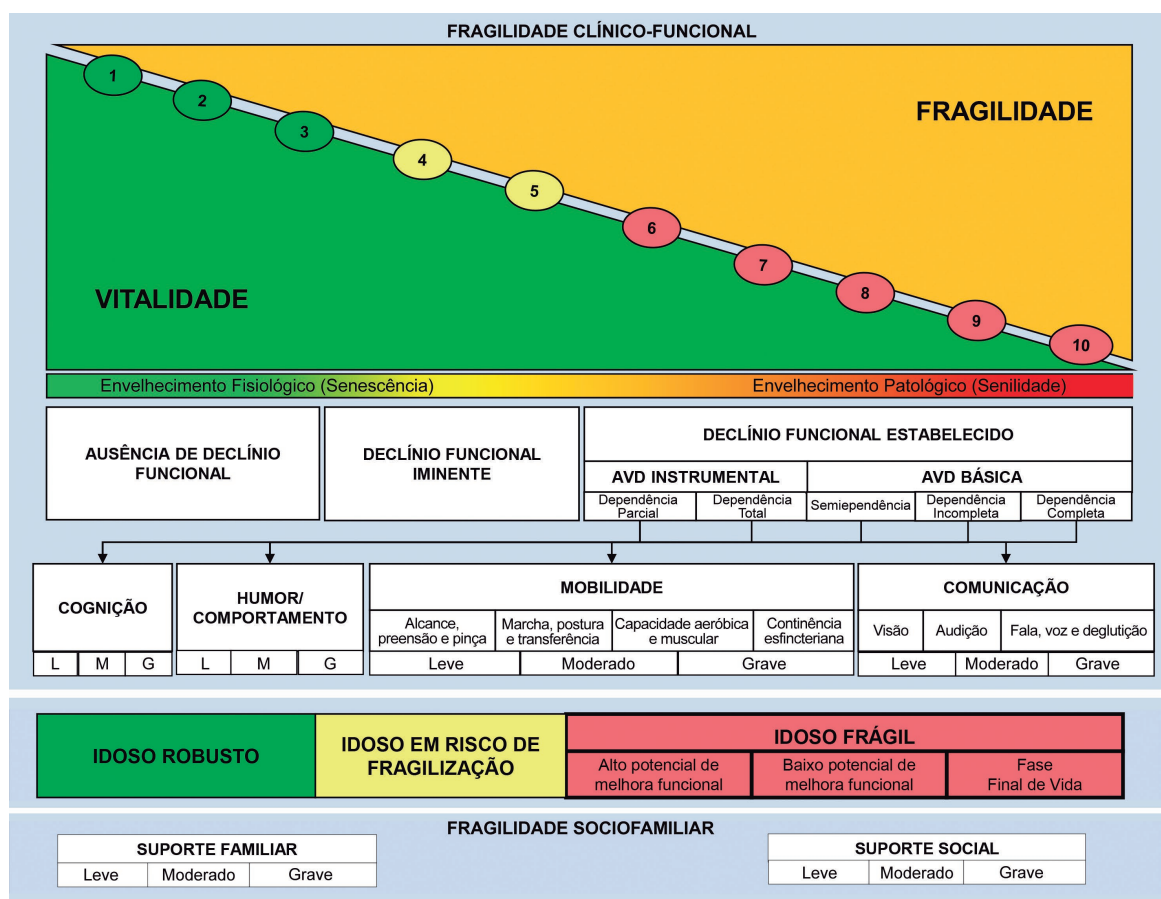
As AAVD são relacionadas às atividades produtivas, de lazer e de socialização e absolutamente individuais, sendo difíceis de serem padronizadas para comparação entre os idosos. Sua maior utilidade é o reconhecimento precoce de alterações na funcionalidade global do idoso.

A avaliação sociofamiliar e o detalhamento das AVD são recomendados para os usuários com IVCF-20 com pontuação final  $\geq 7$  pontos.

# A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL

A estratificação de risco do idoso é resultado das avaliações descritas até aqui: IVCF-20, avaliação clínica tradicional, avaliação sociofamiliar e detalhamento das AVD. Sua análise combinada expressa, de maneira clara, a complexidade clínica funcional dos idosos, estratificando-os em subgrupos, como prevê o MACC.

A Escala Visual de Fragilidade (Figura 5) apresenta os extremos opostos da capacidade funcional, representando o grau máximo e mínimo de vitalidade (capacidade intrínseca) e de fragilidade (vulnerabilidade), ligando-os por uma linha reta e contínua, mas declinante, do ponto de máxima vitalidade e mínima vulnerabilidade, até o ponto de mínima vitalidade e máxima vulnerabilidade. Nesse percurso, podem ser identificados dez estratos ou categorias clínico-funcionais do processo de envelhecimento.



Fonte: Moraes et al.<sup>[35]</sup>

CCL: comprometimento cognitivo leve; AVD: atividade de vida diária.

Figura 5. Fragilidade e vitalidade do idoso de acordo com o estrato, declínio funcional e vulnerabilidade clínico-funcional.

A definição do estrato clínico-funcional baseia-se na funcionalidade (dependência ou independência para AAVD, AIVD e ABVD) e na presença de fatores de risco, doenças e comorbidades múltiplas, pois, além da heterogeneidade funcional, os idosos também apresentam diferenças quanto à complexidade clínica e à necessidade de acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado.

Os dez estratos ou categorias clínico-funcionais são agrupados em três grandes grupos de idosos: idoso robusto (estratos 1 a 3), em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágil (estratos 6 a 10). Esta proposta foi sistematizada no instrumento de estratificação de risco clínico-funcional do idoso (Quadro 6).<sup>[35]</sup>

**Quadro 6.** Estratificação de risco clínico-funcional do idoso.

|  |            |   |
|--|------------|---|
| Idoso robusto – ausência de declínio funcional               | Estrato 1  | Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade<br>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD<br>Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade<br>Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos  |
|  | Estrato 2  | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD<br>Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou <i>diabetes mellitus</i> controlado e sem lesão de órgão-alvo<br>E/OU<br>Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros   |
|  | Estrato 3  | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD<br>Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, <i>diabetes mellitus</i> descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia  |
| Idoso em risco de fragilização – declínio funcional iminente | Estrato 4  | Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD<br>Apresentam algumas das situações:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm</li> <li>• Presença de CCL ou transtorno neurocognitivo leve</li> <li>• Presença de comorbidades múltiplas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3)</li> <li>• 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades (<i>illness</i>), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica</li> <li>• Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses</li> </ul> </li> </ul> |
|  | Estrato 5  | Idosos independentes para AIVD e ABVD<br>Apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais)</li> <li>• Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m <math>\leq</math> 0,8 m/s ou TUG <math>\geq</math> 20 segundo</li> </ul>  |
| Idoso frágil – declínio funcional estabelecido               | Estrato 6  | Idosos que apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Independência para ABVD</li> </ul> E<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)</li> </ul>  |
|  | Estrato 7  | Idosos que apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Independência para ABVD</li> </ul> E<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)</li> </ul>   |
|  | Estrato 8  | Idosos que apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência completa nas AIVD</li> </ul> E<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro)</li> </ul>  |
|  | Estrato 9  | Idosos que apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência completa nas AIVD</li> </ul> E<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVDB preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho</li> </ul>   |
|  | Estrato 10 | Idosos que apresentam:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência completa para ABVD</li> </ul> Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se  |

AAVD: atividades avançadas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária; CP: circunferência da panturrilha; CCL: comprometimento cognitivo leve; VM-4m: velocidade de marcha em 4 metros; TUG: *Timed Up and Go*.

O idoso frágil é aquele com declínio funcional estabelecido e algum grau de dependência para gerenciar sua vida, em virtude de incapacidades únicas ou múltiplas, como incapacidade cognitiva (demência, depressão,

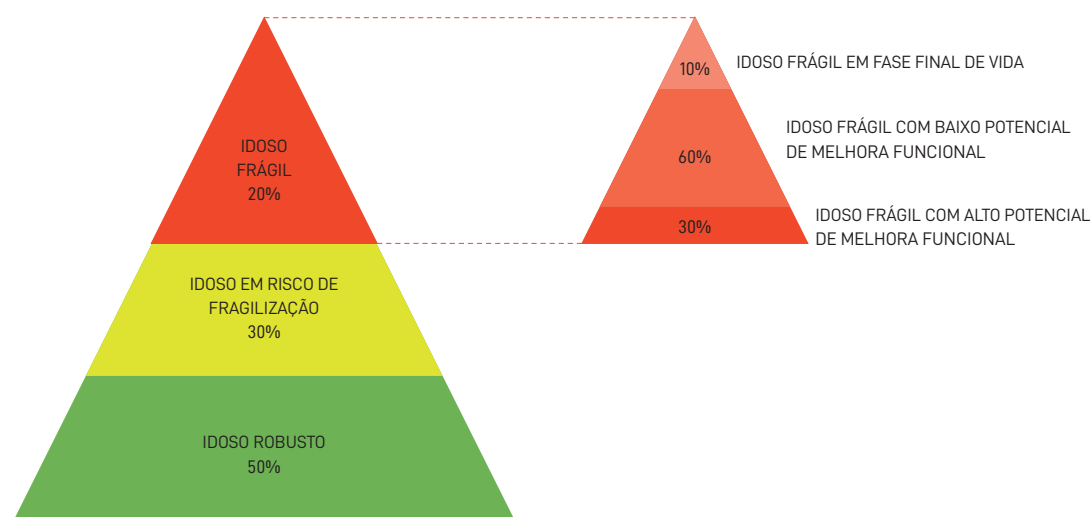


*delirium* e doença mental), instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos 6 meses e/ou dificuldades da marcha caracterizadas por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir sua participação social), imobilidade parcial ou completa, incontinência esfincteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo ou incapacidade comunicativa (distúrbios da comunicação oral/escrita, da audição e da visão, capazes de restringir a participação social do indivíduo).

Esse grupo de idosos frágeis se divide em três subgrupos, de acordo com a probabilidade de melhora funcional e/ou qualidade de vida:

- Idoso frágil com alto potencial de melhora funcional: são idosos com maior probabilidade de ganho funcional e/ou qualidade de vida, beneficiando-se do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado integrado com a APS.
- Idoso frágil com baixo potencial de melhora funcional: são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. Este subgrupo deve ser manejado na APS, com apoio da AAE em saúde do idoso quando necessário, com o objetivo de evitar a piora funcional.
- Idoso frágil em fase final de vida: apresenta grande dependência funcional e sobrevida estimada menor que 6 meses ou que tem resposta negativa à seguinte pergunta: "Você ficaria surpreso se o paciente falecesse nos próximos meses, semanas ou dias?". 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. Este subgrupo também deve ser manejado na APS, com apoio da AAE em saúde do idoso quando necessário, tendo como foco das intervenções o cuidado paliativo, baseado no conforto do usuário e de seus familiares.

Nesta classificação clínico-funcional, estima-se que a maior parte dos idosos (cerca de 50%) é considerada robusta, necessitando de pequenos ajustes na atenção à saúde, particularmente no que se refere à prescrição de intervenções fúteis ou potencialmente iatrogênicas. Cerca de 20% dos idosos são frágeis e necessitam de respostas diferenciadas para suas demandas de saúde, definidas de maneira compartilhada pela AAE e APS. O terceiro grupo, idosos com risco de fragilização ou pré-frágeis, representa cerca de 30% da população idosa e deve ser monitorado rigorosamente pela APS, pois estão em risco de adquirirem incapacidades funcionais (Figura 6).



Fonte: Moraes.<sup>[8]</sup>

Figura 6. Prevalência dos diversos tipos de idosos.

# ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

## Princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa

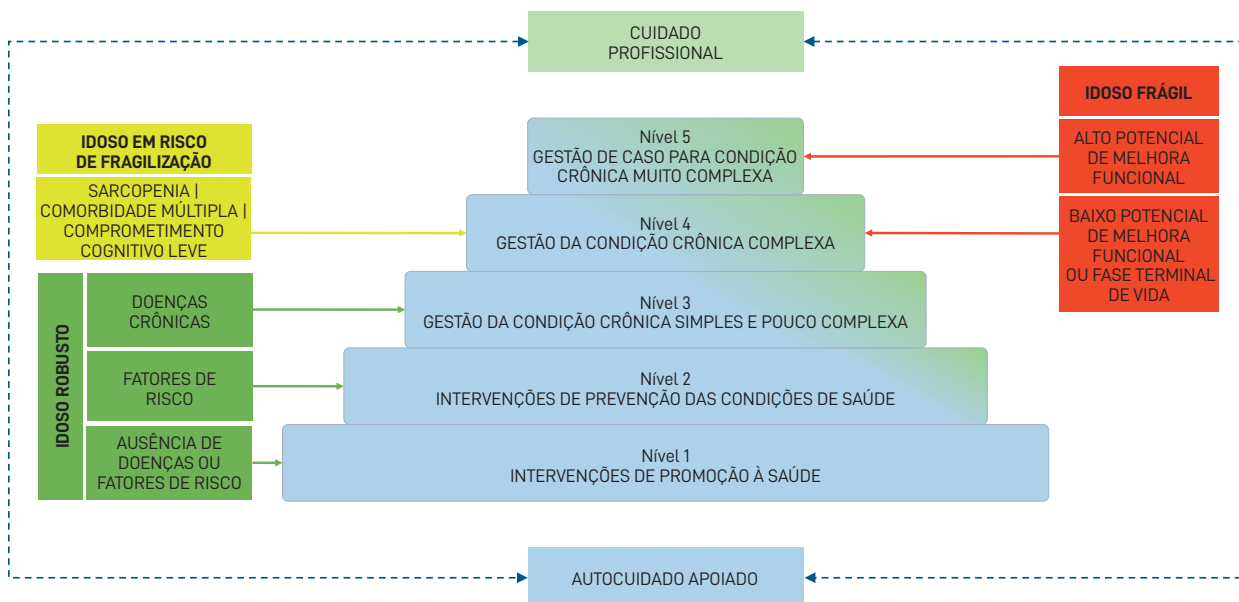
O cuidado oferecido aos idosos, especialmente àqueles portadores de múltiplas condições crônicas de saúde, poli-incapacidades ou necessidades complexas, é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, podendo agravar ainda mais sua condição de saúde.<sup>[36]</sup>

Contrariamente, as evidências atuais mostram que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro princípios essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais:

- Avaliação multidimensional ou abrangente, que reconheça todas as demandas biopsicossociais do usuário, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado.
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada.
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados, com ênfase no cuidado transicional.
- Promoção do engajamento ativo do usuário e sua família no cuidado com sua saúde.

Esses princípios definem uma lógica de organização para as RAS da pessoa idosa.

O MACC, proposto como lógica de organização das RAS,<sup>[3]</sup> acolhe esses princípios para o cuidado do idoso. Assim, foi proposto o MACC Idoso (Figura 7),<sup>[5]</sup> inserindo as particularidades dessa população, de acordo com a estratificação de risco clínico-funcional.



Fonte: Moraes.<sup>[5]</sup>

Figura 7. Modelo de Atenção às Condições Crônicas adaptado à saúde do idoso.

O modelo propõe cinco níveis de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, acumulativos de um nível para o outro, voltados para uma população estratificada por risco.

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais intermediários da saúde, que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho, como educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços

sociais e comunitários. Propõe ações de promoção à saúde para a população total. Os idosos robustos sem doenças ou fatores de risco (idoso robusto; estrato 1) são beneficiados neste nível.

No nível 2, o foco das intervenções são os determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Propõe ações de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool etc.), beneficiando a parte da população que apresenta esses fatores predisponentes, inclusive os idosos robustos com fatores de risco (idoso robusto; estrato 2 – fatores de risco).

Até o segundo nível, não há condições de saúde estabelecidas e nem manifestação de fatores de risco biopsíquicos.

Nos níveis 3, 4 e 5, o foco são as condições crônicas de saúde estabelecidas, variando de condições crônicas simples (nível 3) e complexas (nível 4), até condições de saúde altamente complexas (nível 5), presentes em 1% a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Propõe intervenções diferenciadas por nível, utilizando as tecnologias de gestão da clínica (gestão de condição de saúde e gestão de caso).

O nível 3 beneficia idosos robustos portadores de doenças crônicas degenerativas de baixo, médio ou alto risco, mas independentes para todas as AVD (idoso robusto; estratos 2 – doenças crônicas de baixo e médio risco – e 3 – doenças crônicas de alto risco). Do ponto de vista da saúde do idoso, a presença de doenças crônicas degenerativas, mesmo que de alto risco, é uma situação ainda considerada simples ou pouco complexa, desde que não haja comprometimento da capacidade funcional. Do ponto de vista do manejo dessas doenças crônicas, as diretrizes clínicas específicas muitas vezes as estratificam como condições complexas (como um diabético hipertenso de alto risco), requerendo intervenções de serviços especializados (unidade ambulatorial especializada para hipertensão e diabetes de alto risco, por exemplo), o que deve ser feito, com a atenção para as particularidades do manejo do idoso.

O nível 4 beneficia os idosos em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e os frágeis (estratos 6 a 10). As intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e AAE.

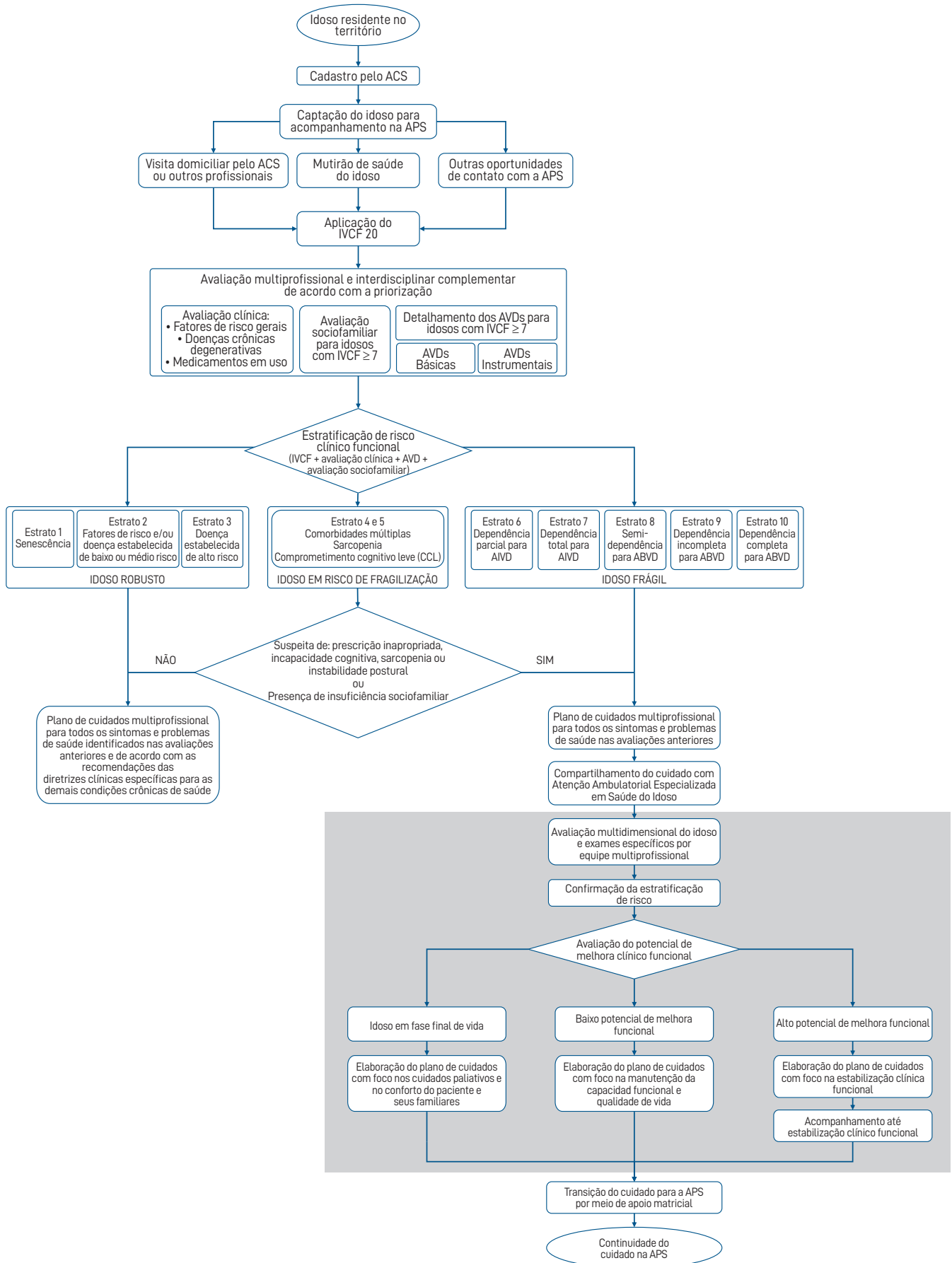
Os idosos frágeis com alto potencial de melhora clínico-funcional são beneficiados pela gestão de caso, intervenção proposta no nível 5, sendo fundamental a realização da avaliação geriátrica ampla (AGA), que inclui a avaliação multidimensional do idoso (AMI) e a elaboração de um plano de cuidados. Os idosos com baixo potencial de melhora clínico-funcional são beneficiados pelas intervenções de gestão da condição de saúde no nível 4.

O MACC propõe uma relação de equilíbrio entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, respeitando o nível de complexidade da situação de saúde. Assim, para os idosos robustos, deve ser dada ênfase ao autocuidado apoiado e, para os idosos frágeis, ao cuidado profissional.

Na saúde do idoso, o autocuidado apoiado apresenta algumas particularidades. A perda da autonomia e da independência é a principal característica do idoso frágil, de tal forma que ele torna-se dependente para a realização das atividades do cotidiano. Idosos frágeis no estrato 10 apresentam grau máximo de dependência funcional, pois não conseguem nem mesmo alimentar-se sem ajuda de terceiros. Quanto maior essa dependência, mais a família e o cuidador tornam-se atores fundamentais na preservação dos cuidados básicos com a vida. Assim, o termo "autocuidado apoiado" inclui o cuidador do idoso, que, na maioria das vezes, é um familiar. A intervenção de saúde proposta deve garantir o treinamento dos cuidadores de idosos frágeis, familiares e/ou profissionais, além de enfatizar a importância do envolvimento deles com a equipe interdisciplinar responsável pelo acompanhamento.

## **O fluxo da atenção ao idoso na Rede de Atenção Saúde**

Estabelecidos os princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa, são propostas estratégias de operacionalização do atendimento do idoso nas RAS (Figura 8).



ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20; ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; CCL: comprometimento cognitivo leve.

**Figura 8.** Fluxograma do atendimento ao idoso na Rede de Atenção à Saúde.

Tais estratégias são distribuídas em cinco fases.

### **Fase 1: cadastro do idoso residente no território de abrangência da equipe**

O processo de cadastramento familiar pelo ACS deve estar atualizado, possibilitando a identificação dos idosos residentes no território. A abordagem familiar utilizando outras ferramentas, como a estratificação de risco familiar, agrega valor ao processo de conhecimento do território e da população, caracterizando melhor o contexto de vida familiar e comunitário do idoso. A vinculação com a equipe de saúde da família de referência complementa essa fase, dando garantia para o cuidado contínuo de que a pessoa idosa necessita.

### **Fase 2: captação do idoso para o acompanhamento**

O idoso residente no território deve ser captado para o acompanhamento pela ESF, obedecendo à sua avaliação clínica e funcional. Todas as oportunidades de contato com idoso devem ser valorizadas para esse fim, principalmente quando há sinalização para uma situação de dependência.

Oportunidades de captação do idoso: visita domiciliar rotineira pelo ACS; visita ou atendimento familiar por outros profissionais do APS; demandas por serviços na Unidade Básica de Saúde (UBS), como consultas, vacinação (rotina ou campanha), dispensação de medicamentos, ou eventos na comunidade, como ações educacionais e de promoção à saúde; demandas de familiares para atendimento do idoso no domicílio (consultas, curativos, vacinação etc.); integração com os equipamentos sociais presentes no território; e realização de mutirões de saúde do idoso.

O Mutirão de Saúde do Idoso é um evento intersetorial e interdisciplinar, realizado na própria UBS ou em outro equipamento do território, e proposto com múltiplas finalidades: educação e promoção da saúde do idoso, capacitação de profissionais no manejo do idoso e captação do idoso para o acompanhamento, especialmente do idoso de risco (Anexo 3).

Em todas essas oportunidades de captação do idoso, deve ser aplicado o IVCF-20 para uma primeira avaliação clínico-funcional. Ele pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde da APS, incluindo o ACS.

### **Fase 3: avaliação multiprofissional e interdisciplinar**

Após a realização do IVCF-20, o idoso deve fazer uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar, a qual é fundamental, devido à multidimensionalidade de fatores que determinam sua saúde (Anexo 2).

A avaliação é realizada por meio de avaliação clínica tradicional, para identificação de fatores de risco tradicionais, doenças crônicas degenerativas e medicamentos em uso, por prescrição ou automedicação; avaliação sociofamiliar, para identificação de deficiências do suporte familiar e/ou social; e detalhamento das AVDs, para avaliação da capacidade de realização das AIVD e ABVD.

A avaliação sociofamiliar e o detalhamento das AVDs são recomendados para os usuários com IVCF-20 com pontuação  $\geq 7$  pontos.

Quando o número de idosos captados é grande, deve ser priorizada a avaliação multiprofissional para aqueles com pontuação  $\geq 15$  pontos.

### **Fase 4: estratificação de risco clínico-funcional**

As informações obtidas pelo IVCF-20, avaliação clínica tradicional, avaliação sociofamiliar e detalhamento das AVDs são suficientes para a definição do estrato clínico-funcional do idoso (estratos 1 a 10), como descrito no quadro 6.

### **Fase 5: acompanhamento longitudinal**

O acompanhamento longitudinal do idoso deve ser realizado de acordo com o estrato de risco clínico-funcional.

Os idosos robustos (estratos 1 a 3), que usualmente têm IVCF-20  $\leq 6$  pontos, podem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS. Na presença de doenças crônicas degenerativas, o manejo deve seguir as recomendações das diretrizes clínicas específicas, com atenção para as intervenções potencialmente iatrogênicas, como prescrição de medicamentos inapropriados para o idoso.

Os idosos em risco de fragilização (estratos 4 e 5), que em geral têm IVCF-20 entre 7 e 14 pontos, devem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS, com exceção para as seguintes situações:

- Suspeita de incapacidade cognitiva: pontuação nas três perguntas do IVCF-20 referentes à cognição. Neste caso, os profissionais da APS devem investigar de maneira simples essa situação, com avaliação subjetiva da cognição, que consiste em uma conversa com o usuário, indagando-o sobre fatos simples do dia a dia e verificando com o acompanhante se as informações procedem. Comumente, pergunta-se o que o usuário almoçou no dia anterior, qual foi a última viagem que fez, qual foi a última vez que viu determinado filho, onde passou o último Natal, quem é o Presidente da República, o governador do Estado e o prefeito da cidade, entre outras perguntas informais, que podem variar de usuário para usuário, de acordo com a rotina e a história de vida de cada um. Caso ainda haja dúvida sobre o declínio cognitivo, o idoso deve ser avaliado pela equipe especializada para definição diagnóstica.
- Presença de instabilidade postural ou quedas de repetição: o cuidado do idoso deve ser compartilhado com a equipe especializada, caso tenha pontuação nas duas perguntas do IVCF-20 referentes à marcha.
- Presença de sarcopenia: o cuidado do idoso deve ser compartilhado com a equipe especializada, caso tenha pontuação em algumas das quatro perguntas do IVCF-20 referentes à capacidade aeróbica e/ou muscular. A abordagem terapêutica da sarcopenia é interdisciplinar e baseia-se na prescrição de atividade física regular e aporte nutricional adequado, com ênfase na ingestão de proteínas e microelementos, como vitamina D.
- Suspeita de prescrição inapropriada: a prescrição inapropriada inclui a presença de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e também a ausência de prescrição de medicamentos com eficácia comprovada (medicamento apropriado omitido – MAO). Idosos com polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes) apresentam alto risco de uso de MPI (30% a 50%), representando o principal sinal de alerta para declínio funcional, internação hospitalar e óbito. Usualmente, tais idosos têm polipatologia ou internação recente (últimos 6 meses) e apresentam maior risco de serem portadores de condições crônicas de saúde que têm tratamento medicamentoso com efetividade comprovada, porém, sem prescrição. São casos mais complexos que necessitam da equipe especializada para melhor definição da adequabilidade dos fármacos, conforme o estrato clínico-funcional, e orientação sobre as melhores estratégias para desprescrição dos MPI e prescrição para os MAO.<sup>[8]</sup> Vale lembrar que, no idoso, é mais frequente o "cuidado pobre", que inclui tanto o sobretratamento, quanto o subtratamento das condições de saúde.<sup>[37]</sup>
- Presença de insuficiência sociofamiliar: idosos em risco de fragilização e idosos frágeis são portadores de condições crônicas de saúde e exigem cuidados de longa duração, normalmente prestados pela família. Torna-se, portanto, indispensável que o suporte familiar esteja preparado para oferecer as melhores tecnologias do cuidado, capazes de melhorar as condições de vida do idoso, com um mínimo de sobrecarga possível para o cuidador. A presença de um bom suporte social também é indispensável nestas situações. A identificação de fatores que possam comprometer o suporte familiar e/ou social constitui critério para compartilhamento do cuidado com a equipe especializada, que dispõe de ferramentas mais apropriadas para suavizar o fardo do cuidador.

Assim, os idosos estratificados com risco de fragilização e que apresentam uma ou mais dessas situações devem ter o cuidado compartilhado com a equipe especializada.

Da mesma maneira, os idosos frágeis (estratos 6 a 10), que, usualmente, têm IVCF  $\geq 15$  pontos devem ser prontamente agendados para a equipe especializada.

### **A gestão da condição de saúde do idoso na Atenção Primária da Saúde**

O processo do cuidado deve contemplar a multidimensionalidade da saúde do idoso. Assim como a avaliação, a intervenção também é multidimensional. Daí a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe multiprofissional na APS.

O acompanhamento prevê a avaliação clínico-funcional evolutiva, com estratificação de risco a cada atendimento programado, e a elaboração, o monitoramento e a atualização do plano de cuidados ao longo do período de acompanhamento.

Como todo usuário com condição crônica, o idoso se beneficia de atendimentos em grupo, como a atenção compartilhada, grupos operativos e grupo de pares, com exceção daqueles com declínio funcional acentuado.

Atenção especial deve ser dada aos familiares, principalmente ao cuidador de idosos com maior dependência, para apoio, capacitação com relação ao conhecimento e habilidades necessárias para o cuidado, e avaliação de

eventual sobrecarga. O ato de cuidar do outro exige o conhecimento da tecnologia do cuidado, além de dedicação e carinho.<sup>[19]</sup>

A equipe da APS é sempre responsável pelo acompanhamento do idoso, compartilhando o cuidado com a AAE nos casos de maior complexidade. Devem existir mecanismos potentes de comunicação e atuação conjunta das duas equipes, para favorecer a atenção contínua e segura para os idosos e seus familiares.

## Ações preventivas

A equipe da APS deve abordar e tratar adequadamente os principais fatores de risco para as doenças crônicas degenerativas e as condições relacionadas ao declínio funcional da cognição, do humor/comportamento, da mobilidade e da comunicação, implementando as intervenções detalhadas a seguir.

### 1. COGNIÇÃO

- Estimular o máxima a reserva cognitiva, por meio de escolarização, leitura, jogos cognitivos ou qualquer atividade que exija aprendizado e resolução de problemas (desafios cognitivos).
- Controlar os fatores de risco e doenças cardiovasculares, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, obesidade, inatividade física e tabagismo.
- Prevenir e tratar adequadamente a depressão.
- Prevenir e tratar o *delirium*.
- Evitar traumatismo cranioencefálico e traumas repetitivos associados a esportes violentos.
- Evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas, como benzodiazepínicos e drogas com ação anticolinérgica.
- Prevenir e tratar os distúrbios do sono.
- Prevenir e tratar doenças com alto potencial de dano cerebral, como sífilis, infecção pelo HIV, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e doença renal crônica.

### 2. HUMOR/COMPORTEAMENTO

- Diagnosticar precocemente e tratar doenças psiquiátricas e transtornos de personalidade.
- Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos depressivos no idoso, facilitando o acesso à psicoterapia e a medicamentos apropriados para o idoso.
- Abordar adequadamente os indivíduos em uso prolongado de psicotrópicos, com reavaliação periódica da indicação e da dose da medicação.
- Estimular o autoconhecimento, buscando-se a compreensão plena do sentido da vida.
- Evitar o isolamento social e estimular as atividades de lazer, socialização e participação em redes sociais.

### 3. MOBILIDADE

#### 3.1 Alcance, preensão e pinça

- Prevenir o trauma e a sobrecarga no ombro, evitando-se movimentos repetitivos e inadequados, com o uso da mão acima da linha axilar.
- Diagnosticar e tratar adequadamente o ombro doloroso e as doenças que cursam com limitação de movimentos.
- Fazer exercícios de fortalecimento do ombro e da postura adequada, que facilitam o alcance.

#### 3.2 Capacidade aeróbia/muscular

- Realizar atividade física multimodal, constituída por exercícios resistidos, aeróbicos e de flexibilidade (tipo *tai chi* e similares) de forma regular e sistematizada, por meio de prescrição e acompanhamento pela equipe de saúde:
  - Exercícios aeróbios, como caminhada, dança, ciclismo, natação etc., com frequência mínima de cinco vezes na semana, com duração de 30 minutos, de intensidade moderada (definida como aquele capaz de provocar cansaço autorreferido), totalizando 150 minutos/semana.
  - Exercícios resistidos e com carga, como musculação, carregar peso, faixa elástica etc., com frequência mínima de duas vezes semana, com duração de 30 minutos e intensidade moderada (definida como aquela capaz de provocar cansaço autorreferido).

- Ter dieta balanceada, constituída por alimentos *in natura* ou minimamente processados, garantindo o aporte calórico adequado (carboidrato, gordura e proteína), além de micronutrientes, distribuída ao longo do dia (três refeições e dois lanches saudáveis ao dia). Fazer ingestão adequada de proteínas de origem animal (leite, carne e ovo), com ingestão diária de 1 a 1,2g por quilograma de peso, harmonicamente distribuídos nas principais refeições do dia (20 a 30g/refeição). Em idoso com sarcopenia, recomenda-se a ingestão diária de até 1,5g por quilograma de peso.
- Alimentar-se de maneira saudável abrange também respeito à possibilidade de proporcionar convivência familiar, social e interação.
- Manter o peso adequado. Evitar obesidade ou perda de peso excessiva e sem orientação.
- Ter o aporte adequado de vitamina D e cálcio.
- Garantir a ingestão adequada de líquidos.
- Suspender o tabagismo.
- Prevenir doenças associadas à insuficiência respiratória ou cardíaca, além de manter níveis adequados de hemoglobina (transporte de oxigênio).

### 3.3 Marcha

- Fazer atividade física regular, com prescrição de exercícios de flexibilidade, como dança, ioga, artes marciais, alongamento etc.
- Identificar os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, associados ao risco de quedas.
- Fazer adaptação ambiental.
- Usar de maneira adequada dispositivos de auxílio para locomoção, como bengalas, muletas e andadores.
- Evitar o uso de drogas associadas a risco de quedas, como benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam etc.), sedativos, drogas com ação miorelaxante (orfenadrina, ciclobenzaprina, carisoprodo e tizanidina) e drogas associadas a parkinsonismo (antivertiginosos, antipsicóticos, metoclopramida etc).
- Evitar polifarmácia.
- Evitar hipotensão ortostática.
- Cuidar dos pés e usar calçados adequados.
- Realizar avaliação oftalmológica regular.
- Evitar traumatismo articular ou sobrecarga de peso.
- Prevenir e tratar osteoporose e fraturas por fragilidade.

### 3.4 Continência esfincteriana

- Evitar trauma da musculatura pélvica associada à multiparidade e ao cuidado inadequado no parto.
- Realizar exercícios uroginecológicos para fortalecimento do assoalho pélvico.
- Diagnosticar precocemente e tratar de maneira adequada as doenças do trato urinário, incluindo as doenças da próstata.
- Evitar drogas associadas à urgência ou à incontinência urinária, como diuréticos e drogas anticolinérgicas.
- Fazer avaliação ginecológica regular.

## 4. COMUNICAÇÃO

### 4.1 Visão

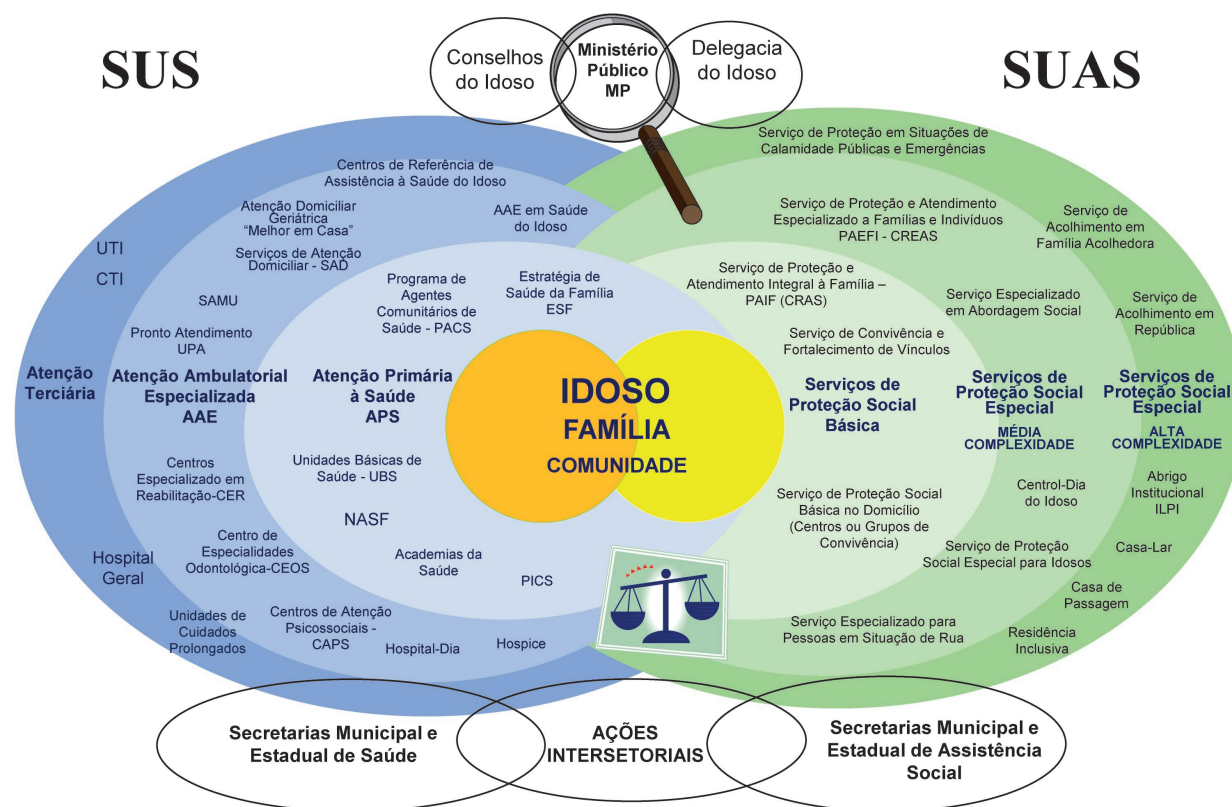
- Fazer avaliação oftalmológica regular e garantir o acesso às lentes corretivas, quando necessárias.
- Diagnosticar e tratar adequadamente as doenças associadas à retinopatia, como *diabetes mellitus*, glaucoma e catarata.

### 4.2 Audição

- Evitar exposição auditiva prolongada a ambientes ruidosos, música alta, abuso no uso de fones de ouvido e outros traumas acústicos.
- Evitar uso de drogas associadas à ototoxicidade (aminoglicosídeos, diuréticos e etc.).
- Avaliar a função auditiva regularmente e garantir o acesso às próteses auditivas, quando necessárias.
- Avaliar e remover rolha de cerúmen, quando indicada na Atenção Primária.



A identificação e o manejo dos fatores de risco sociofamiliares e também os específicos são fundamentais. A APS deve articular equipes, equipamentos e recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em ações intersetoriais que convoquem também os Conselhos do Idoso, Delegacias do Idoso, Ministério Público e outros entes (Figura 9).



Fonte: Moraes et al.<sup>[38]</sup>

UTI: unidade de tratamento intensivo; CTI: centro de tratamento intensivo; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA: unidade de pronto atendimento; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; CER: Centro Especializado em Reabilitação; CEOS: Centro de Especialidades Odontológicas; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; ESF: Estratégia Saúde da Família; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PICS: Práticas Integrativas e Complementares; PAEFI: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

**Figura 9.** A integração dos sistemas de saúde (Sistema Único de Saúde) e assistência social (Sistema Único de Assistência Social) no cuidado do idoso.

## Ações de cuidado

### A gestão da saúde do idoso depende de seu estrato clínico-funcional.

Idosos com os estratos de 1 a 5 podem ser acompanhados pela APS, seguindo as recomendações dispostas no quadro 7.

**Quadro 7.** Recomendações para o cuidado do idoso na Atenção Primária à Saúde (estratos 1 a 5).

| Estrato 1  | Estrato 2   | Estrato 3  | Estrato 4                      | Estrato 5                             |
|--|---|--|--------------------------------|---------------------------------------|
| Atendimento anual e quando ocorrer evento sentinela (quedas, internação, mudança na prescrição de medicamentos, viuvez recente)  |   | Atendimento semestral, e quando houver evento sentinela (quedas, internação, mudança na prescrição de medicamentos, viuvez recente) ou conforme o grupo de risco das condições crônicas, como HAS e DM |                                |                                       |
| Aplicação do IVCF-20   |   |  |                                |                                       |
| Avaliar o risco sociofamiliar  |   |  |                                |                                       |
| Suspender medicamentos fúteis, como polivitamínicos e reposição hormonal inapropriada  | Revisar medicamentos em uso (prescritos e automedicação), com ênfase na identificação de MPI e MAO<br>Suspender medicamentos fúteis, como polivitamínicos e reposição hormonal inapropriada |  |                                |                                       |
| Revisar anualmente fatores de risco presentes  |   |  |                                |                                       |
| Reavaliar a doença crônica, conforme diretriz clínica específica da doença   |   | Reavaliar anualmente as condições crônicas de saúde complexas (comorbidade múltipla, sarcopenia ou comprometimento cognitivo leve), conforme diretrizes clínicas, aplicadas à condição do idoso        |                                |                                       |
|  |   |  | Revisar detalhadamente as AAVD | Revisar detalhadamente as AAVD e AIVD |
| Estimular a adesão às intervenções capazes de otimizar ou preservar os sistemas funcionais principais: cognição, humor, mobilidade e comunicação   |   |  |                                |                                       |
| Garantir o acesso às intervenções preventivas primárias e secundárias e aconselhamento, conforme diretrizes clínicas do programa de atenção à saúde do idoso:  |   |  |                                |                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreamento de câncer (mama, colo, útero e intestino), osteoporose e doença cardiovascular</li> <li>• Imunização: anti-influenza, antipneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, hepatite B, antiararilica e antizóster</li> <li>• Quimioprevenção: AAS, estatina, cálcio e vitamina D</li> </ul> |   |  |                                |                                       |
| Avaliar a segurança ambiental  |   |  |                                |                                       |
|  |   | Elaborar e monitorar o plano de cuidados   |                                |                                       |
| Elaborar e monitorar o plano de autocuidado apoiado  |   |  |                                |                                       |

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *diabetes mellitus*; IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20; MPI: medicamentos potencialmente inapropriados; MAO: medicamento apropriado omitido; AAVD: atividades avançadas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AAS: ácido acetilsalicílico.

Nos estratos 6 a 10, o idoso tem seu plano de cuidados elaborado de forma compartilhada pela equipe geriátrica gerontológica. A APS é responsável por sua implementação (Quadro 8).

**Quadro 8.** Recomendações para o cuidado do idoso na Atenção Primária à Saúde (estratos 6 a 10).

| Estrato 6   | Estrato 7 | Estrato 8  | Estrato 9   | Estrato 10 |
|---|-----------|--|---|------------|
| Atendimento semestral e quando houver evento sentinela ou conforme o grupo de risco das condições crônicas, como HAS e DM<br>O acompanhamento deve seguir as definições do plano de cuidados elaborado de maneira compartilhada com a atenção especializada |           | Atendimento quadrimestral e quando houver evento sentinela<br>O acompanhamento deve seguir as definições do plano de cuidados elaborado de maneira compartilhada com a atenção especializada |   |            |
| Aplicar o IVCF-20   |           |  |   |            |
| Avaliar o risco sociofamiliar   |           |  |   |            |
|   |           |  | Avaliar a sobrecarga do cuidador  |            |
| Revisar os medicamentos em uso (prescritos e automedicação) e redefinir metas para HAS e DM, conforme o estrato clínico-funcional   |           |  | Reavaliar a dose ou a necessidade do uso de medicamentos antidiabéticos ou anti-hipertensivos, e de outros medicamentos com ação preventiva |            |
| Fazer abordagem adequada das condições de saúde reconhecidas pelo IVCF-20   |           |  |   |            |
| Reavaliar as condições crônicas de saúde complexas, aplicadas ao estrato clínico-funcional do idoso   |           |  |   |            |
| Revisar detalhadamente as AIVD e ABVD   |           |  | Revisar detalhadamente as ABVD  |            |
| Avaliar a segurança ambiental   |           |  |   |            |
| Compartilhar o cuidado com a AAE e implementar o plano de cuidados  |           |  |   |            |
| Elaborar e monitorar o plano de autocuidado apoiado ou o Plano de Autocuidado Apoiado Familiar  |           |  |   |            |
| Reavaliar a continuidade das ações voltadas para promoção da saúde e prevenção primária   |           |  | Reavaliar a continuidade das ações voltadas para prevenção secundária   |            |
|   |           |  | Discutir com a família as questões associadas à finitude e ao cuidado paliativo   |            |

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: *diabetes mellitus*; IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.



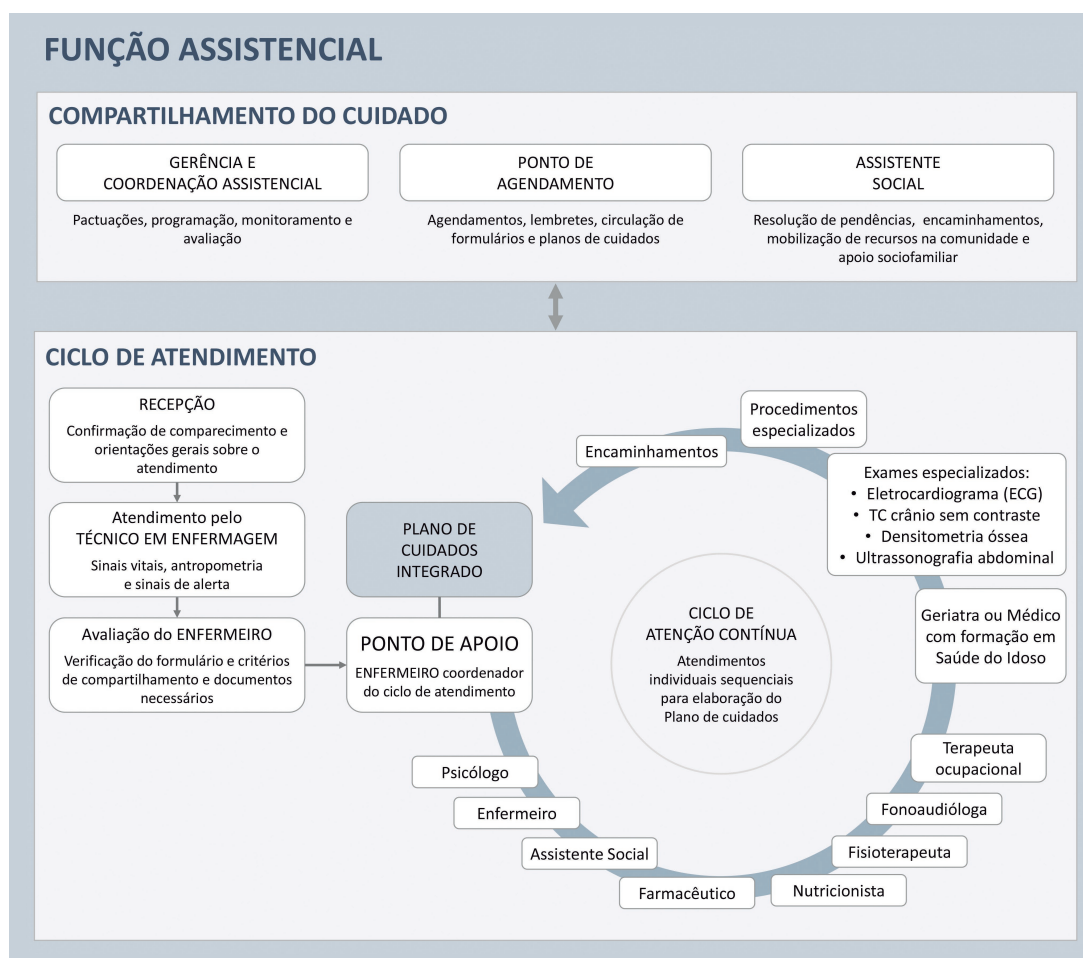


**Quadro 10.** Carteira básica de serviços no Ambulatório de Atenção Especializada à Saúde do Idoso.

| Profissionais responsáveis pelos ciclos de atendimento: |  |
|---|--|
| Médico  | Residência em geriatria (preferencialmente) ou formação em saúde do idoso<br>Especialista com experiência em medicina de família e comunidade/saúde pública/coletiva   |
| Enfermeiro  | Formação em saúde do idoso<br>Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família  |
| Farmacêutico  | Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família<br>Preferencialmente com formação em saúde do idoso  |
| Assistente social                                       | Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família<br>Preferencialmente com formação em saúde do idoso  |
| Psicólogo   | Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família<br>Preferencialmente com formação em saúde do idoso<br>Preferencialmente com experiência em abordagem linha teórica comportamental; cognitivo-comportamental ou sistêmica. |
| Nutricionista   | Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família<br>Preferencialmente com formação em saúde do idoso  |
| Fisioterapeuta  | Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família<br>Preferencialmente com formação em saúde do idoso  |
| Técnico em enfermagem                                   | Com experiência em saúde da família  |

Na carteira ampliada, estão previstos também os profissionais fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Caso não estejam incluídos na equipe do ambulatório, devem ter o acesso pactuado e garantido na RAS, para quando necessários.

As atividades assistenciais são organizadas como demonstra o diagrama da figura 10.



Fonte: Matos et al.<sup>[39]</sup>

**Figura 10.** Função assistencial no ambulatório de atenção especializada ao idoso.

Mecanismos de compartilhamento do cuidado devem ser definidos e pactuados, tanto no fluxo de "ida" – acesso regulado pelas equipes da APS, critérios clínicos para compartilhamento, formulários, modalidades de agendamento, *checklist* para agendamento –, quanto no de "volta" – plano de cuidados, monitoramento da estabilização, retornos. A continuidade do cuidado e a vigilância da situação de saúde dos usuários devem ser garantidas pelas equipes.

A função assistencial é desenvolvida principalmente no formato de atenção contínua, caracterizada por ciclos de atendimentos individuais sequenciais, para avaliação clínica pelos profissionais e prescrição das condutas e recomendações, sistematizadas em um único plano de cuidados. Inclui atendimentos e exames diagnósticos complementares.

Todos os profissionais da equipe devem participar do primeiro ciclo de atendimentos, compondo uma avaliação diagnóstica abrangente, e, a partir dela, elaborar o plano de cuidados adequado para a situação do idoso. Nos ciclos de atendimento subsequentes, a participação deve seguir as definições do plano de cuidados.

A indicação dos exames especializados segue as recomendações apresentadas anteriormente, sendo observadas as indicações de acordo com o estrato de risco. Para os idosos frágeis, a realização de exames é sempre submetida a uma avaliação de risco e benefício para o idoso. Os exames de rotina devem ser realizados na APS, com resultados compartilhados na ocasião do ciclo de atendimento na AAE. Os exames especializados devem ser realizados no próprio ambulatório ou em outros serviços da RAS, com fluxos pactuados e garantidos previamente (Quadro 11).

**Quadro 11.** Exames complementares para avaliação do idoso.

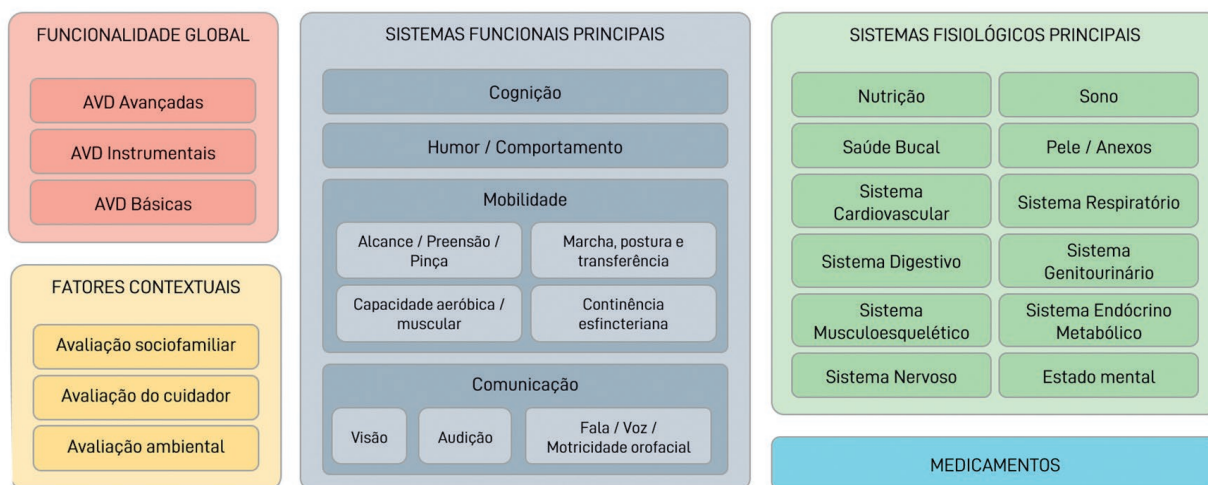
| ECG                        | Realizado de acordo com a avaliação cardiovascular  |
|----------------------------|---|
| TC de crânio sem contraste | Para suspeita de doença neurodegenerativa, como as demências                                |
| Densitometria óssea        | Para rastreio de osteoporose<br>Idade entre 65 e 85 anos (mulheres) e 75 e 85 anos (homens) |
| Ultrassonografia abdominal | Para rastreio de aneurisma de aorta<br>Homens entre 65 e 75 anos, com história de tabagismo |

ECG: eletrocardiograma; TC: tomografia computadorizada.

O primeiro ciclo de atendimentos tem o objetivo de realizar a AMI (Figura 11).

A avaliação multidimensional do idoso, também conhecida como avaliação geriátrica ampla, é uma abordagem diagnóstica sistematizada, que reúne um conjunto de instrumentos capazes de avaliar a funcionalidade global do idoso, os sistemas funcionais principais, os sistemas fisiológicos, os medicamentos em uso e os fatores contextuais do idoso, com o objetivo de elaborar um plano de cuidados capaz de maximizar sua independência e autonomia, e de melhorar a qualidade de vida do idoso e de sua família

#### Componentes da avaliação multidimensional do idoso



Fonte: Moraes et al.<sup>[40]</sup>

AAVD: atividades avançadas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária.

**Figura 11.** Avaliação multidimensional do idoso.

A equipe especializada deve conhecer e ter habilidade para a aplicação dos instrumentos durante o ciclo de atendimentos.

Para aprofundar sobre a avaliação multidimensional do idoso, consulte:  
Moraes EN. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília,  
DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Quando necessário, deve ser feita avaliação complementar por outras especialidades médicas, particularmente a cardiologia, a endocrinologia, a neurologia e a psiquiatria.

A partir da AMI, a equipe deve elaborar o plano de cuidados (Anexo 4), instrumento que sistematiza as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras para a saúde do idoso. Tendencialmente, deve se tornar o principal instrumento de comunicação entre as equipes.

A AMI possibilita também a avaliação da probabilidade de melhora clínico-funcional, para uma melhor definição da continuidade do cuidado.

Os idosos frágeis, com baixo potencial de melhora funcional ou em fase final de vida, bem como aqueles em risco de fragilização com situações complexas, devem ser redirecionados para a implementação do plano de cuidados na APS e nos outros pontos da RAS. A equipe especializada deve fazer a transição do cuidado, organizando-se para dar o apoio necessário aos profissionais da APS.

O idoso frágil em fase final de vida deve ser inserido em um programa de cuidado paliativo, coordenado, preferencialmente, pela APS. Na presença de dúvidas quanto à implementação do plano de cuidados ou de intercorrências, o idoso deve ser reavaliado pela equipe geriátrica gerontológica, seguindo o fluxo já estabelecido.

Os idosos frágeis com alto potencial de melhora clínico-funcional farão o acompanhamento longitudinal pela equipe multiprofissional da AAE em saúde do idoso para:

- Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas.
- Ênfase na desprescrição segura de medicamentos inapropriados.
- Definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com o idoso e sua família, respeitando o estrato clínico-funcional do usuário (Quadro 12).
- Tratamento adequado de condições subdiagnosticadas e, conseqüentemente, subtratadas, comumente atribuídas à "idade" ou à "senilidade".
- Educação sobre as condições crônicas de saúde e como manejá-las ("autocuidado apoiado").
- Orientações à família quanto aos cuidados com o idoso ("autocuidado apoiado").
- Abordagem não farmacológica das incapacidades funcionais e doenças associadas.
- Manejo interdisciplinar das condições crônicas de saúde, visando ao cumprimento das metas de estabilização do idoso frágil de alta complexidade.
- Motivação de usuários/familiares não aderentes.
- Reabilitação, dependendo da existência de estrutura e recursos humanos no local; deve ser feita preferencialmente em outro ponto de RAS.

**Quadro 12.** Metas terapêuticas para o idoso.

| <b>Marcadores de fragilidade<br/>Dimensões funcionais comprometidas no IVCF-20</b>  | <b>Metas específicas</b>   | <b>Objetivos</b> |
|---|--|------------------|
| Idade   | -  |                  |
| Percepção subjetiva da saúde regular ou ruim  | Percepção de melhora da saúde pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores   |                  |
| Incapacidade para fazer compras   | Recuperação parcial ou completa de qualquer AIVD   |                  |
| Incapacidade para controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa   |  |                  |
| Incapacidade para realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve            |  |                  |
| Incapacidade para tomar banho sozinho   | Recuperação parcial ou completa de qualquer ABVD   |                  |
| Esquecimento percebido pelos outros   | Percepção de melhora cognitiva pelos familiares/cuidadores   |                  |
| Piora progressiva do esquecimento   | Ganho de 2 ou mais pontos no MEEM  |                  |
| Esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano   | Controle dos sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência   |                  |
| Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês  | Remissão parcial ou total da sintomatologia depressiva   |                  |
| Perda do interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas no último mês   |  |                  |
| Incapacidade para elevar os braços acima do nível do ombro  | Redução da dor local e/ou recuperação parcial da função  |                  |
| Incapacidade para manusear ou segurar pequenos objetos  | Melhora na capacidade de realização de tarefas dependentes da mão  |                  |
| Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6kg nos últimos 6 meses ou 3kg no último mês | Aumento de 5% no peso corporal   |                  |
| IMC <22kg/m <sup>2</sup>  |  |                  |
| CP<31 cm  | Qualquer aumento na CP   |                  |
| Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) >5 segundos   | Aumento de 0,15m/s na velocidade da marcha   |                  |
| Dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano                                    | Melhora de 3 a 5 segundos no TUG. Avaliação e prescrição de prótese/órtese, conforme o caso. Melhora na classificação da imobilidade   |                  |
| Duas ou mais quedas no último ano   | Ausência de quedas no período de acompanhamento  |                  |
| Perda de urina ou fezes, sem querer, em algum momento   | Melhora do controle esfinteriano documentada pela redução significativa da quantidade de fraldas por dia ou necessidade do uso da fralda somente durante a noite   |                  |
| Problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano   | Melhora parcial ou completa da visão, percebida nas tarefas do cotidiano. Avaliação e prescrição de prótese/órtese, conforme o caso  |                  |
| Problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano                                       | Melhora parcial ou completa da audição. Remoção da rolha de cerúmen. Avaliação e prescrição de prótese/órtese, conforme o caso   |                  |
| Cinco ou mais doenças crônicas  | Tratamento adequado das condições crônicas de saúde, com definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com idoso e sua família, respeitando-se o estrato clínico-funcional do paciente |                  |
| Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.   | Correção da prescrição inapropriada: desprescrição de MPI ou fúteis e prescrição de PAO  |                  |
| Internação recente, nos últimos 6 meses   | Ausência de internações e/ou atendimentos de urgências no período de acompanhamento  |                  |

IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária; MEEM: Miniexame do Estado Mental; IMC: índice de massa corporal; CP: circunferência da panturrilha; TUG: *Timed Up and Go*; MPI: medicamentos potencialmente inapropriados; PAO: medicamentos apropriados omitidos.



Tais intervenções dependem quase que exclusivamente da presença do "olhar geriátrico-gerontológico" e da tomada de decisões corretas, conforme o estrato clínico-funcional do idoso. A desprescrição é a principal ferramenta de reversão da iatrogenia, que representa um dos maiores problemas da população idosa. Por sua vez, a reabilitação pode também trazer ganhos funcionais exuberantes no idoso frágil e ser oferecida paralelamente às intervenções propostas. Todavia, o processo de reabilitação é usualmente longo e exige a presença de equipe interdisciplinar e de equipamentos de difícil acesso. Assim, pode ser realizada em outro ponto da rede, com o apoio e acompanhamento do NASF.

O período de acompanhamento é de 4 a 6 meses, com média de cinco encontros, com intervalos de 30 a 45 dias, durante os quais as equipes de APS devem monitorar o plano de cuidados elaborado, e apoiar o usuário e sua família. É fundamental o estabelecimento de modalidades de comunicação entre os profissionais das duas equipes, de maneira a discutir o caso e a revisar o plano de cuidados sempre que necessário e com prontidão.

Ao final desse período, a equipe deve avaliar a possibilidade de transição do cuidado para a equipe da APS, para continuidade do acompanhamento longitudinal do idoso, com o apoio da equipe da AAE em saúde do idoso.

Existe a possibilidade de ausência de resposta às intervenções propostas na avaliação inicial da atenção secundária após 4 a 6 meses de acompanhamento. Nestes casos, a equipe deve continuar investindo na implementação de todas as metas específicas para cada domínio funcional comprometido. A persistência na ausência de resposta indica o comprometimento da saúde do idoso, que pode ser reestratificado como frágil com baixo potencial de melhora funcional. Nesse caso, deve ser feita a transição do cuidado para a APS, com metas terapêuticas voltadas para manter a capacidade funcional e evitar o declínio funcional associado à iatrogenia.

# MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

## Painel de indicadores

O acompanhamento dos indicadores de processo e resultados são úteis para a avaliação da efetividade da RAS da pessoa idosa.

O quadro 13 reúne um conjunto de indicadores de processos e resultados do cuidado da pessoa idosa. É importante que sejam analisados para o grupo total de idosos e por estrato de risco clínico-funcional.

**Quadro 13.** Painel de indicadores de processo na atenção à saúde da pessoa idosa.

| Indicadores de processo  | Definição   |
|--|---|
| Proporção de Idosos captados para o acompanhamento pela equipe de saúde  | Proporção de idosos residentes no território, cadastrados na unidade de saúde e com acompanhamento regular pela equipe de saúde   |
| Proporção de idosos com estratificação de risco  | Proporção de idosos com avaliação pelo IVCF-20 e definição do grau de vulnerabilidade clínico-funcional. Esta classificação de risco é fundamental para a indicação de avaliação geriátrico-gerontológica especializada e para elaboração de plano de orientações para o paciente e sua família   |
| Proporção de idosos com IVCF-20 $\geq$ 15 pontos com plano de cuidados elaborado   | O plano de cuidados está indicado para todo idoso com IVCF-20 $\geq$ 15 pontos, e deverá ser feito pelo centro de especialidades e conter lista de condições de saúde e as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras indicadas para o idoso e sua família, além de estabelecer as prioridades e as justificativas para as mudanças, bem como o local de atendimento e a equipe interdisciplinar necessária para seu seguimento   |
| Proporção de idosos com polifarmácia   | A polifarmácia é definida como o uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes e representa marcador de maior risco para reações adversas   |
| Frequência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos   | Os medicamentos potencialmente inapropriados para idosos são os que devem ser sempre evitados por existirem similares mais seguros. Os critérios utilizados são os especificados pelas principais listas de MPI para idosos: Beers, STOPP/START, FORTA, <i>Australian Prescribing Indicators Tool</i> , <i>Screening Tool for Older Person's Appropriated Prescriptions for Japanese</i> , Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos, McLeod/IPET, PRISCUS, EU(7)-PIM List, Lista de Taiwan e NORGEP |
| Taxa de encaminhamento para consulta na atenção especializada  | Mede a percentagem de encaminhamento de idosos pela Atenção Primária para as especialidades médicas diversas, excluindo o atendimento geriátrico-gerontológico realizado pelo centro de especialidades.   |
| Proporção compartilhamento do cuidado de idosos com IVCF-20 $\geq$ 15 pontos com a equipe geriátrico-gerontológica do ambulatório de atenção especializada | Mede a percentagem de idosos frágeis com cuidado compartilhado pela APS com equipe geriátrico-gerontológico   |
| Proporção de idosos que implementação das metas terapêuticas   | Mede a percentagem de idosos frágeis que implementaram todas as metas específicas para cada domínio funcional comprometido  |

Os indicadores de resultados sugeridos são apresentados no quadro 14.

**Quadro 14.** Painel de indicadores de resultado na atenção à saúde da pessoa idosa.

| Indicadores de resultado  | Definição  |
|---|--|
| Percentual de idosos com melhoria na pontuação do IVSCF-20                    | Indica os idosos que apresentaram melhora funcional após as intervenções proposta no plano de cuidados   |
| Taxa de internação de idosos  | Percentual de internações de idosos de 60 anos ou mais na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado   |
| Taxa de internações de idosos por causas evitáveis (internações por ICSAP)    | Número de internações de idosos por causas evitáveis, causas definidas como condições sensíveis à Atenção Primária, na população idosa de 60 a 74 anos, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador de condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), desenvolvido por Billings et al. <sup>[41]</sup> representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da Atenção Primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, além do controle e do acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 221 da SAS/MS, de 17 de abril de 2008 <sup>[42]</sup> |
| Taxa de readmissão hospitalar (todas as causas) dentro de 30 dias após a alta | Mede a frequência de reinternação hospitalar no período de 30 dias após a alta. O indicador é importante para avaliar a qualidade da preparação para a alta hospitalar e o atendimento pós-hospitalar, podendo ser considerado parâmetro de avaliação da continuidade do cuidado na RAS  |
| Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur                             | Número de internações hospitalares financiadas pelo SUS por fratura de fêmur (CID-10 S72), na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por fratura de fêmur (CID-10 S72) na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública   |
| Taxa de internação de idosos por queda em pelo menos uma das causas           | Número de internações hospitalares financiadas pelo SUS por queda em pelo menos uma das causas (CID-10 W00-W19) na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por quedas na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública   |
| Taxa de óbito domiciliar  | Proporção de pacientes que vieram a óbito no domicílio. Pode ser considerado um indicador da capacidade da rede em ofertar assistência domiciliar para idosos em cuidados paliativos   |
| Mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNTs         | Indica a proporção dos óbitos de idosos de 60 até 69 anos do total de óbitos de pessoas de 30 até 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas/CID-10 - I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação dos óbitos prematuros de idosos de 60 a 69 anos, em relação ao total de óbitos prematuros de pessoas de 30 até 69 anos. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco   |
| Proporção de autoavaliação da saúde boa ou muito boa                          |  |
| Grau de satisfação do idoso e família   | Mede a satisfação idoso e de sua família em relação ao atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde e no centro de especialidades  |

# REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Oct 29]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
3. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Oct 31]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
4. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:929-34.
5. Moraes EN. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
6. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneve: WHO; 2017.
7. Moraes EN. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. *Revista Consensus*. 2014;10:40-5.
8. Moraes EN. A Arte da (DES) Prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte: Folium; 2018.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
10. Lino VT, Pereira SE, Camacho LA, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
11. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
12. Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):293-303.
13. Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2015;44(1):148-52.
14. Gordon AL, Masud T, Gladman JR. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age and Ageing*. 2014;43(1):8-9.
15. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):338-43.
16. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012;10(4):11.
17. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(5):319-25.
18. Rodríguez-Mañãs L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, Gonzalez-Colaço Harmand M, Bergman H, Carcaillon L, Nicholson C, Scuteri A, Sinclair A, Pelaez M, Van der Cammen T, Beland F, Bickenbach J, Delamarche P, Ferrucci L, Fried LP, Gutiérrez-Robledo LM, Rockwood K, Rodríguez Artalejo F, Serviddio G, Vega E; FOD-CC group (Appendix 1). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(1):62-7.
19. Moraes EN, Azevedo RS. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil. Belo Horizonte: Folium; 2016.
20. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. 2004;256(3):183-94.
21. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31.
22. Andrew MK, Mitnitski A, Kirkland SA, Rockwood K. The impact of social vulnerability on the survival of the fittest older adults. *Age Ageing*. 2012;41:161-5.
23. Camarano AA. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2019 Oct 31]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
25. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003 [cited 2019 Oct 31]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf)
27. Hébert R. A revolução do envelhecimento. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(12):3618.
28. Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Romero DE. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:81.
29. Saliba D, Elliot M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(12):1691-9.
30. Raïche M, Hébert R, Dubois M. PRISMA-7: a casefinding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;47(1):9-18.

31. Hébert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, Voyer L. Predictive Validity of a Postal Questionnaire for Screening Community-dwelling Elderly Individuals at Risk of Functional Decline. *Age and Ageing*. 1998;25(2):159-67.
32. Santiago LM, Luz LL, Mattos IE, Gobbens RJJ. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1795-801.
33. Steverink N, Slaets JP, Schuurmans H, Lis M. Measuring Frailty. Development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *Gerontologist*. 2001;41:236-7.
34. Faller LW, Pereira DN, Souza S, Nampo FK, Orlandi FS, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PlosOne*. 2019;14(4):e0216166.
35. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MA, Machado CJ, Romero D. A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice*. 2016;5(1):24-30.
36. Boult C, Wieland GD. Comprehensive Primary Care for Older Patients with Multiple Chronic Conditions. *JAMA*. 2010;304(17):1936-43.
37. Mendes EV. O cuidado certo na atenção à saúde. In: Moraes EN. *A Arte da (DES) Prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica*. Belo Horizonte: Folium; 2018.
38. Moraes EN, Moraes FL, Azevedo RS, Fernanda FMS, Lima MO. Modelo de Gestão Integral da Saúde do Idoso Centrada no Idoso e na Família (GISCIF). In: Luís Márcio AR, Adseu AA, Fernanda FMS, Lima MO, Edgar NM. *Usifamília: um modelo inovador de atenção integral à saúde suplementar*. Belo Horizonte: Folium; 2016.
39. Matos MA, Lopes PR, Barra RP. *PlanificaSUS: Carteira de Serviços para organização do Ambulatório de Atenção Especializada*. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019.
40. Moraes EN, Lanna FM. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Belo Horizonte: Folium; 2016.
41. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-73.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 221, de 17 de abril de 2008 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 2016 [cited 2019 Oct 29]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html)

## ANEXO 1. Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 para Atenção Primária à Saúde

O **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20)** avalia 20 domínios da Fragilidade Multidimensional, e sua aplicação completa leva em torno de 5 a 10 minutos. A pontuação varia de zero a 40 pontos, de acordo com as respostas obtidas na entrevista.

Assista a vídeos de casos reais de aplicação do IVCF-20, bem como sua interpretação:  
[www.ivcf-20.com.br](http://www.ivcf-20.com.br)

A pontuação a ser somada a cada pergunta está escrita próximo à resposta. Por exemplo: em "Você teve duas ou mais quedas no último ano? (X)Sim<sup>2</sup>", somam-se 2 pontos ao resultado, e em "Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? (x)Sim<sup>1</sup>", soma-se 1 ponto ao resultado.

Algumas considerações quanto à aplicação do IVCF-20 devem ser feitas:

- 1) É importante valorizar a resposta do cuidador/acompanhante para definir a pontuação de cada item, uma vez que este (sobretudo nos casos de incapacidade cognitiva, anosognosia e/ou depressão com desmotivação grave) fornece informação mais fidedigna do que o próprio paciente.
- 2) Na parte de "atividades de vida diária" (perguntas de 3 a 6), somente devem pontuar os casos em que houver declínio funcional, ou seja, quando o idoso fazia a atividade e deixou de fazer (neste momento não interessa o motivo pelo qual deixou de fazer a atividades de vida diária). Por exemplo, na pergunta 4, se o idoso não controla as finanças, mas nunca o fez, ele não vai pontuar neste item.
- 3) No domínio Cognição, a resposta do cuidador muitas vezes será mais valorizada que a do próprio paciente, uma vez que uma das condições mais comuns de incapacidade cognitiva na população é a doença de Alzheimer, que leva à anosognosia, fazendo com que o paciente não se sinta "esquecido".
- 4) No domínio Comunicação, o objetivo não é avaliar a presença de hipoacuidade visual ou hipoacusia, mas a presença destes problemas em gravidade suficiente para impedir a realização de alguma atividade do cotidiano (ainda que simples, como a leitura). Caso o idoso consiga realizar a tarefa com o uso de óculos ou prótese auditiva, o item não deve ser pontuado.
- 5) No domínio Comorbidades Múltiplas, o termo "cinco ou mais doenças crônicas" se refere a quaisquer condições crônicas. Por exemplo: se o idoso tem hipertensão, incontinência urinária, hipoacusia, quedas de repetição e osteoartrite, ele vai pontuar.

Quanto ao "uso de cinco ou mais medicações diferentes, todo dia" devem ser levados em consideração todos os fármacos, incluindo os conjugados (por exemplo, o comprimido de cálcio e vitamina D conta como duas medicações), polivitamínicos, fitoterápicos, ômega-3 e outras medicações – ainda que não tenham sido prescritas pelo sistema de saúde.

Quanto ao item "internação recente, nos últimos 6 meses", as internações eletivas ou curtas também devem pontuar. Observação no hospital por tempo inferior a 24 horas não deve ser pontuada.

O IVCF-20 avalia todos os domínios da funcionalidade (cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas), podendo ser considerado uma avaliação geriátrica ampla de rápida aplicação. É interessante a simplificação em termos de Atenção Primária à Saúde (APS), pelo tempo que se economiza. No entanto, o IVCF-20 não é capaz de confirmar diagnósticos mais específicos por si só. Quando o idoso pontua em um dos domínios do IVCF-20, sinaliza à equipe de saúde que é necessário aprofundar mais na avaliação daquele item.

Para ilustrar:

- Se o paciente/cuidador responde 'sim' às duas perguntas que avaliam o humor, é imperativo que se faça, de maneira aprofundada, o rastreio de depressão maior, pois o IVCF-20 levantou fortemente esta hipótese, porém não é capaz de confirmá-la.
- Se o paciente/cuidador responde 'sim' a alguns itens do domínio 'cognição', é imperativa a avaliação cognitiva por meio da avaliação subjetiva e da aplicação de testes objetivos (Miniexame do Estado Mental, *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* – CERAD, lista de figuras, relógio de Shulman, fluência verbal), para que se confirme ou se descarte a hipótese de incapacidade cognitiva que o IVCF-20 levantou.
- Se paciente/cuidador responde 'sim' na avaliação de polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), é mandatória uma avaliação minuciosa da prescrição do paciente – muitas vezes em conjunto com o farmacêutico clínico –, uma vez que o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos de medicações e/ou iatrogenia é muito elevado diante da polifarmácia.

O comprometimento desses domínios funcionais impede o indivíduo de gerir plenamente sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade. As incapacidades prejudicam sobremaneira a qualidade de vida e devem ser prontamente avaliadas na tentativa de revertê-las, ou pelo menos estabilizá-las, antes que gerem outras incapacidades por efeito em cascata.

O IVCF-20 é um instrumento de fácil aplicação pela APS, que pode ser útil tanto para a estratificação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico desta população, como pode ser visto no quadro 1.

| <b>Quadro 1. Estratificação de risco e manejo clínico do idoso baseado no Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20.</b> |   |
|---|---|
| <b>Estratificação de risco</b>  | Identificação do idoso frágil por profissionais de saúde não especialistas em Geriatria ou Gerontologia   |
|   | Gestão da população de risco, com elaboração de política públicas específicas, conforme o diagnóstico populacional  |
|   | Planejamento de demanda programada, pela definição de grupo de idosos que necessitam de atendimento diferenciado na Atenção Primária à Saúde  |
|   | Definição de critérios padronizados de compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada em saúde do idoso   |
| <b>Manejo clínico</b>   | Identificação de sintomas ou problemas de saúde que merecem intervenções específicas, como a suspeita de incapacidade cognitiva (demência), transtorno do humor, ombro doloroso e afecções das mãos, sarcopenia, emagrecimento, quedas, alterações da marcha, incontinência esfinteriana, alterações da visão e da audição, polifarmácia, dentre outras |
|   | Prescrição de intervenções preventivas, promocionais, paliativas ou reabilitadoras individualizadas, conforme o estrato clínico-funcional do idoso, capazes de melhorar a autonomia e a independência do idoso e prevenir o declínio funcional, a institucionalização e o óbito   |
|   | Estruturação e direcionamento da consulta: planejamento da consulta especializada do idoso (idosos de alto risco), destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem investigação mais detalhada  |

#### Propriedades clinimétricas do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20

As outras propriedades clinimétricas do IVCF-20 são:

- Curva Característica de Operação do Receptor (COR):** a validade concorrente é obtida pela análise Característica de Operação do Receptor, ou simplesmente curva COR, expressa por sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A área sob a curva (ASC) foi de 0,903 (intervalo de confiança de 95% – IC95% 0,871-0,934), sendo substancial, uma vez que o valor foi bastante superior a 0,50 (concordância devida meramente ao acaso). O ponto de corte obtido foi **6**, sendo que, assim, pontuações no IVCF-20  $\geq 7$  indicam forte possibilidade de o idoso ser classificado como frágil. Para esse valor obtido, o percentual de indivíduos classificados como corretos foi igual a 84,4%.
- Confiabilidade ou fidedignidade:** é a capacidade de se reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes. A confiabilidade é avaliada pela estabilidade (teste/reteste), homogeneidade e equivalência interobservadores. O índice alfa de Cronbach encontrado variou de 0,740 a 0,861, dependendo da população estudada. Isso sugere que o instrumento tem alto grau de consistência interna, sem, entretanto, ser redundante em seus itens constitutivos.
- Equivalência ou reprodutibilidade:** refere-se à concordância quando o teste é reaplicado várias vezes e por diferentes aplicadores. É a repetitividade dos resultados ao se repetir o teste várias vezes em circunstâncias similares. Os índices Kappa foram quase perfeitos ou substanciais para todas os itens do IVCF-20, exceção feita ao item desânimo, tristeza ou desesperança no último mês, que obteve concordância considerada moderada. Quanto ao Kappa ponderado quadrático para a totalidade de itens do IVCF-20, este foi de 94,4%, sendo considerado quase perfeito. A concordância ponderada foi igual a 99,5, indicando que o instrumento pode ser aplicado por avaliadores diferentes, sem que haja discordância significativa.
- Praticabilidade:** refere-se aos aspectos práticos da utilização do instrumento, como facilidade na aplicação, rapidez, simplicidade, baixo custo e interpretação fácil do resultado. A duração de aplicação do IVCF-20 é rápida, variando de 5 a 10 minutos, não necessita ser feita por especialistas, e utiliza tecnologias de baixo custo (relógio comum e fita métrica). Além da estratificação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional e, por conseguinte, da necessidade de avaliação por equipe geriátrico-gerontológica especializada, o questionário fornece várias informações quanto ao estado de saúde do paciente, possibilitando a prescrição de intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

#### Sobre a velocidade de marcha

- Velocidade da marcha  $< 0,8\text{m/s}$  é considerada um dos principais marcadores de sarcopenia.
- A diminuição da velocidade da marcha tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos idosos.<sup>11,21</sup>
- A velocidade da marcha é um bom teste da integração e do funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Desta forma, a velocidade da marcha é reconhecida como 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 seu término se dá quando o idoso atinge a marca dos 4 metros. A velocidade da marcha 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 velocidade da marcha de 0,8 metro por segundo).

### Sobre a circunferência da panturrilha

A presença de circunferência da panturrilha (CP) <31cm traduz a presença de redução da massa muscular.<sup>[3]</sup>

A medida da circunferência da panturrilha 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 (Figura 1).

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. 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).



Fonte: Paraná, SESA.<sup>[3]</sup>

Figura 1. Posicionamento para a medida da circunferência da panturrilha.

### Referências

1. Castell MV, Sanches M, Julián R, Queipo R, Martín S, Otero A. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. BMC Family Practice. 2013;14:86.
2. Taekema DG, Gussekloo J, Westendorp RG, Craen AJ, Maier AB. Predicting Survival in Oldest Old People. The American Journal of Medicine. 2012;125(12):1118-94.e1.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA, 2017.
4. Moraes EN, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2016 .



## ANEXO 2. Avaliação multiprofissional e interdisciplinar do idoso na Atenção Primária à Saúde

A definição do estrato clínico-funcional pela Atenção Primária à Saúde (APS) depende da aplicação do **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20)**, da realização da avaliação clínica tradicional do idoso, sociofamiliar e da avaliação de todas as atividades instrumentais (AIVD) e básicas de vida diária (ABVD).

1. Aplicação do IVCF-20: ver manual de aplicação do IVCF-20 (Anexo 1).
2. Avaliação clínica tradicional do idoso

Consiste na realização da anamnese e do exame físico do idoso, com foco na avaliação dos sistemas fisiológicos principais (sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, musculoesquelético, geniturinário, endócrino-metabólico, sistema nervoso central e pele/anexos) e de outras funções orgânicas, como sono, nutrição e saúde bucal. Deve-se ter em conta que as queixas apresentadas pelo idoso são habitualmente subestimadas pelos familiares e por ele próprio, retardando o diagnóstico precoce. O hábito de atribuir-se toda a sintomatologia aos problemas "da idade" é amplamente aceito, inclusive pelos profissionais da área da saúde. Diferenciar as alterações fisiológicas do envelhecimento (senescência) 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 se. 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 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.

Várias doenças podem apresentar-se com a mesma sintomatologia, como, por exemplo, fadiga, anorexia, insônia, emagrecimento, quedas, confusão mental, incontinência, imobilidade, síncope, depressão etc. e, portanto, merecem ampla investigação clínica e laboratorial. Recomenda-se sempre afastar, inicialmente, doenças mais graves e 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, presença de quarta bulha na ausculta cardíaca, sopro sistólico, edema de membros inferiores e 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 deve ser considerada como fator causal na origem de qualquer sintomatologia recente, na ausência de outra causa aparente.

O exame físico do paciente idoso deve ser o mais completo possível. Todavia, por ser extremamente amplo e variável, o mito da completude deve ser considerado. Desta forma, os procedimentos utilizados dependem do paciente, das queixas apresentadas, do contexto da consulta e da habilidade do médico. O paciente deve ter sua privacidade resguardada e não deve ser exposto de forma desnecessária, não havendo necessidade de ficar totalmente despido. O ambiente deve oferecer conforto e segurança para o paciente. O divã de exame físico deve ter largura adequada (60 a 70cm) e permitir a elevação da cabeceira para exame do pescoço. A escada de acesso ao divã deve ser mais larga e mais baixa, permitindo que o paciente faça um giro completo de forma segura. Macas hidráulicas, que facilitem a transferência de idosos mais frágeis e/ou cadeirantes, podem ser úteis para reduzir o risco de quedas no consultório. Vale lembrar algumas alterações no exame físico do idoso, que habitualmente são negligenciadas e têm grande importância na conduta clínica:

- Hipotensão ortostática: cerca de um terço dos idosos apresentam hipotensão ortostática, definida como a queda da pressão sistólica de 20mmHg e/ou da pressão diastólica de 10mmHg, quando o paciente assume a posição ortostática, associada ou não à sintomatologia de baixo fluxo cerebral. A hipotensão ortostática é causa frequente de "tonturas", "labirintite", astenia e, principalmente, quedas, com risco de fratura de fêmur ou hematoma subdural. Torna-se, portanto, fundamental a medida da pressão arterial em três posições: deitada, sentada e de pé, nesta sequência. Uso inapropriado de medicamentos que causam hipotensão ortostática no idoso ou metas discordantes com o estrato clínico-funcional devem ser sempre investigados.
- Presença de fibrilação atrial: a presença de bulhas arritmicas, com fonesse variável, associada à avaliação do pulso com amplitude variável e à ausência de onda "a" no pulso venoso, sugere o diagnóstico de fibrilação atrial, presente em cerca de 10% dos idosos. A fibrilação atrial é causa importante de acidente vascular cerebral cardioembólico e declínio funcional, devendo ser investigada em todo idoso. Pode se apresentar de forma assintomática, como achado casual do exame físico.
- Afecções nos pés: os pés devem ser rigorosamente avaliados em todo idoso, mesmo na ausência de *diabetes mellitus*. As afecções dos pés e o uso de calçados inadequados são causas importantes de instabilidade postural e quedas no idoso. Assim, todo idoso deve ser investigado para a presença de pé equino, valgo, varo, plano ou desabamento do arco plantar; deformidades nos dedos, incluindo o joanete, fasciíte plantar, atrofia do coxim plantar, calosidades e artropatia de Charcot. A prescrição de calçados adequados é também de grande importância na avaliação do idoso.
- Úlceras de membros inferiores: as úlceras de pernas constituem importante problema entre idosos, são mais comuns em mulheres e aumentam sua frequência com a idade. A causa mais importante é a estase venosa, mas as de origem arterial também aumentam com a idade. As úlceras venosas têm localização preferencial na região distal da perna, acima do maléolo medial. Têm formas e tamanhos variados, e o fundo mostra algum tecido de granulação e áreas recobertas por fibrina, às vezes com secreção purulenta. A pele ao redor pode exibir sinais de insuficiência venosa crônica, como a dermatite ocre, eczematização, e infecção localizada ou do tipo celulite ou erisipela. Nos casos crônicos e naqueles acompanhados por vários episódios de infecção secundária, desenvolve-se a lipodermatoesclerose, que deixa a pele inelástica, com edema duro, dificultando a cicatrização. As lesões extensas e em atividade podem ser dolorosas, são exsudativas e podem ter odor fétido, comprometendo a qualidade de vida.

- **Lesões por pressão:** são intercorrências comuns no idoso. O risco aumenta para pacientes em situações críticas, como portadores de doença terminal, tetraplégicos ou imobilizados, desnutridos, com défices mentais, com incontinência esfincteriana e nos imunossuprimidos. As úlceras surgem na região lombossacra, calcânhares, tornozelos e outras áreas com proeminências ósseas. São decorrentes do dano tecidual secundário à isquemia nestas regiões, sujeitas a pressão por longos períodos. Os seguintes estágios são descritos: (1) área eritemato-purpúrica na pele intacta; (2) necrose superficial atingindo epiderme e/ou derme; (3) necrose profunda atingindo toda a espessura da pele, podendo chegar até a fáscia, mas sem ultrapassá-la; (4) a necrose se estende à fáscia subjacente, podendo atingir o músculo, o osso e os ligamentos. Em pacientes de risco, devem-se tomar todas as medidas preventivas para se prevenir esta complicação. Assim, deve ser garantido o aporte adequado de líquidos e nutrientes e a mobilização frequente no leito, bem como devem-se evitar áreas de atrito e pressão na pele, usando-se de colchões e almofadas adequados, e fazer o exame diário da pele, com a finalidade de se detectarem lesões iniciais.
- **Toque retal:** deve ser feito rotineiramente no idoso com queixas intestinais, por sua simplicidade, rapidez, ausência de complicações e baixo custo. Não é apanágio do urologista ou coloproctologista. É capaz de detectar lesões das estruturas esfincterianas anorretais, massas ou pólipos retais, fecaloma, hiperplasia ou tumor prostático, prostatite, hemorroidas, fissura anal etc.
- **Otoscopia:** é frequente a presença de rolha de cerúmen, que pode causar surdez ou comprometer mais ainda a hipoacusia neurosensorial, piorando a surdez em até 40 decibéis a mais e que pode ser melhorada após sua remoção.
- **Saúde bucal:** os profissionais da área de saúde devem estar preparados para a realização de uma boa avaliação da cavidade 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 atento para a 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. Esses problemas podem levar ao desenvolvimento de hiperplasias e leucoplasias, predispondo ao 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. Diversas drogas podem reduzir o fluxo salivar, como anticolinérgicas, antidepressivos e anti-hipertensivos, entre outras. 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 provocado 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.
- **Nutrição:** a avaliação do peso, altura e da circunferência da panturrilha são elementos fundamentais na avaliação da saúde do idoso. No idoso, há uma mudança na definição do dos parâmetros do índice de massa corporal, sendo considerado aceitável esse índice entre 22 e 27kg/m<sup>2</sup>. A avaliação da circunferência da panturrilha é outro parâmetro antropométrico de redução da massa muscular (sarcopenia), devendo ser melhor investigado todo idoso com circunferência da panturrilha <31cm. O IVCF-20 inclui a avaliação de peso, índice de massa corporal e circunferência da panturrilha, que deve ser realizada pelo técnico de enfermagem, enfermeiro, médico ou pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, como nutricionistas ou fisioterapeutas.

A APS deve reconhecer os principais fatores de risco e a presença das principais doenças crônicas estabelecidas, seguindo os critérios diagnósticos preconizados. Recomenda-se também a realização de alguns exames laboratoriais no idoso, conforme o estrato clínico-funcional (Anexo 3).

### 3. Avaliação sociofamiliar

| AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR   |   |            |                    |                        |                   |
|--|---|------------|--------------------|------------------------|-------------------|
|  |   | Sim        | Não                | Pontuação              |                   |
| SUPORTE FAMILIAR   | Morar sozinho   | 2          | 0                  |                        |                   |
|  | Residente em ILPI   | 4          | 0                  |                        |                   |
|  | Presença de companheiro ou cônjuge  | 0          | 2                  |                        |                   |
|  | Viuvez recente, no último ano   | 2          | 0                  |                        |                   |
|  | Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário | 0          | 6                  |                        |                   |
|  | Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?   | 0          | 2                  |                        |                   |
|  | Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa   | 2          | 0                  |                        |                   |
|  |   | 20         |                    |                        |                   |
| SUPORTE SOCIAL   | Analfabetismo   | 2          | 0                  |                        |                   |
|  | Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)   | 4          | 0                  |                        |                   |
|  | Moradia própria   | 0          | 2                  |                        |                   |
|  | Moradia em boas condições de organização e higiene  | 0          | 4                  |                        |                   |
|  | Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência  | 0          | 6                  |                        |                   |
| Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc |   |            |                    |                        |                   |
|  |   | 20         |                    |                        |                   |
| CRITÉRIO DE GRAVIDADE  | Suporte Familiar  | Ausente: 0 | Leve: 1 a 4 pontos | Moderado: 4 a 9 pontos | Grave: ≥10 pontos |
|  | Suporte Social  |            |                    |                        |                   |

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

#### 4. Detalhamento das atividades de vida diária

É fundamental a avaliação do funcionamento global do idoso nas atividades de vida diária, tanto avançadas (AAVD), como AIVD e ABVD. As tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas "atividades de vida diária". A realização das atividades de vida diária de forma independente é o resultado do funcionamento integrado e harmonioso dos sistemas funcionais de cognição, humor, comportamento, mobilidade e comunicação (Quadros 1 a 3).

O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. Denominamos "declínio funcional" quando um indivíduo torna-se dependente para a realização de alguma AVD que antes era capaz de realizar sozinho.

As ABVD são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal (uso do banheiro), transferência, continência esfinteriana e alimentar-se sozinho.

As AIVD são mais complexas que as ABVD e indicadoras da capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade. Incluem as atividades relacionadas ao cuidado intradomiciliar ou doméstico, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho.

As AAVD referem-se às atividades mais complexas, sejam elas produtivas, recreativas e/ou sociais.

| Quadro 1. Atividades básicas de vida diária – autocuidado. |   |  |
|--|---|--|
|  | Independência   | Dependência  |
| <b>Tomar banho</b>   | 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   |
| <b>Vestir-se</b>   | 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   |
| <b>Uso do vaso sanitário</b>                               | 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  |
| <b>Transferência</b>                                       | 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  |
| <b>Continência</b>   | 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" |
| <b>Alimentar-se</b>  | 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 2. Atividades instrumentais de vida diária.   |           |                   |         |
|--|-----------|-------------------|---------|
| Atividade de vida diária   | Sem ajuda | Com ajuda parcial | Incapaz |
| Você é capaz de preparar suas refeições?   |           |                   |         |
| Você é capaz de tomar seus remédios na dose certa e horário correto?   |           |                   |         |
| Você é capaz de fazer compras?   |           |                   |         |
| Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?  |           |                   |         |
| Você é capaz de usar o telefone?   |           |                   |         |
| Você é capaz arrumar sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?  |           |                   |         |
| Você é capaz de lavar e passar sua roupa?  |           |                   |         |
| Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial? |           |                   |         |

| Quadro 3. Avaliação das atividades de vida diária. |  |
|--|--|
| ABVD   | <p>O idoso pode ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Independente: realiza todas as ABVD de forma independente</li> <li>Semidependente: apresenta comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro)</li> <li>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. Deve-se ter cuidado neste item, pois alguns idosos podem ser independentes para todas as atividades de vida diária e ter incontinência urinária. Isto se dá pelo fato da incontinência esfinteriana ser uma função e não uma tarefa do cotidiano ou atividade, como as outras ABVD propostas por Katz</li> <li>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</li> </ul> |
| AIVD   | <p>O idoso pode ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Independente para as AIVD</li> <li>Dependente parcial para as AIVD</li> <li>Dependente total para as AIVD</li> </ul>   |
| AAVD   | <p>O idoso pode ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Independente para as AAVD</li> <li>Dependente parcial para as AAVD</li> <li>Dependente total para as AAVD</li> </ul>   |

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AAVD: atividades avançadas de vida diária.

### ANEXO 3. Roteiro para organização do Mutirão de Saúde do Idoso

Rúbia Barra, Leane Carvalho e Edgar Nunes de Moraes

#### Introdução

Levando em consideração a realização de um mutirão de saúde, ademais de idosos, o espaço físico, os fluxos, a equipe responsável e todos os aspectos operacionais merecem atenção especial, pois tratam de medidas essenciais para a avaliação do risco de fragilidade da população de 60 anos e mais dentro dos padrões definidos pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20).

Tendo em vista a complexidade dos procedimentos relacionados aos idosos e levando em consideração o processo de planificação da Atenção Primária no município, foi elaborado este documento, com os procedimentos operacionais relevantes, objetivando manter o processo de trabalho padronizado, com vistas a minimizar a ocorrência de desvios durante a assistência prestada no mutirão, bem como nortear e facilitar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais que compõem este serviço.

#### Apresentação

O rápido envelhecimento da população brasileira, juntamente da incorporação de novas tecnologias, exige novas respostas deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia.

A avaliação da saúde do idoso deve ser abrangente e multidimensional, feita pela utilização de marcadores de vulnerabilidade clínico-funcional, contemplando a coleta de informações sobre todas as condições capazes de interferir na manutenção da autonomia e na independência do idoso (funcionalidade global ou capacidade funcional) como autopercepção da saúde, atividades instrumentais e básicas de vida diária, cognição, humor, mobilidade e comunicação, comorbidades múltiplas, uso de medicamentos, história pregressa e fatores contextuais (avaliação sociofamiliar, do cuidador e do ambiente).

A identificação do idoso de risco leva a orientações capazes de preservar ou recuperar sua independência e autonomia.

O IVCF-20 é o instrumento de rastreio na Atenção Primária à Saúde (APS) que identifica o idoso com fragilidade (idoso em risco de fragilização e idoso frágil).

O Mutirão de Saúde do Idoso é uma das estratégias de rastreamento funcional da saúde do idoso residente nas áreas de abrangência das equipes da APS, para identificação e posterior compartilhamento do cuidado dos idosos frágeis que se beneficiarão da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), restabelecendo a coerência entre a demanda e a oferta, e otimizando a utilização dos recursos municipais. É, sem dúvida, uma estratégia de educação que permite a capacitação, a educação e a promoção da saúde do idoso, além da capacitação de recursos humanos e do reconhecimento do idoso de risco (estratificação de risco), indispensáveis para a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de forma organizada e sistematizada. É realizado no município ou na Unidade Básica de Saúde, conforme a disponibilidade de espaço e recursos humanos locais. A população idosa adscrita é convidada a comparecer ao evento, no qual são oferecidas várias atividades de educação em saúde e de lazer. O evento é realizado ao longo do dia, no horário das 8h às 13h. O protagonismo da equipe das Unidades Básicas de Saúde e da gerência local é fundamental para a realização do evento, na medida em que se busca a maior vinculação do idoso ao centro de saúde.

#### Executante/responsável:

Unidade Básica de Saúde

**Resultados esperados:** planejar, organizar, supervisionar e executar o Mutirão de Saúde do Idosos no espaço definido pelo município (ginásio de esporte, escola e/ou nas unidades de saúde)

#### Materiais necessários:

- Crachá de identificação dos profissionais que participarão do mutirão
- Ficha de consolidado do número de idosos que participarão do mutirão
- Ficha IVCF-20
- Cartão do idoso
- Fita métrica
- Balança antropométrica
- Cadeiras (levar em consideração número de profissionais que participarão e idosos convidados para o mutirão)
- Mesas
- Aparelho de som
- Microfone
- Papel higiênico para os banheiros
- Desinfetante/sabão
- Lanche (se possível)

#### Outros materiais:

## Atividades para o mutirão de avaliação clínico-funcional do idoso

### Atividades prévias:

- Definir território/área dos idosos que participarão do mutirão
- Definir o coordenador do mutirão
- Levantar números de idosos residentes na área
- Definir número de idosos que participarão do mutirão
- Comunicar os idosos sobre local, data e horário do Mutirão de Saúde do Idoso (tentar fazer por bloco de horas)
- Explicar aos idosos, familiares e comunidade o objetivo do mutirão
- Divulgar o Mutirão de Saúde do Idoso na mídia e em instituições (igrejas, associação de moradores etc.)
- Orientar os idosos sobre a documentação necessária para levar no dia do mutirão
- Orientar os idosos a levar os medicamentos em uso prescritos e sem prescrição
- Definir local do mutirão e visitá-lo previamente;
- Desenhar o layout/croqui do local definido, estabelecendo em qual espaço ocorrerá cada ação (estações)
- Definir equipe responsável por cada ação e um coordenador por cada ação (recepção, informações ("Posso ajudar?"), atividades de vida diária, mobilidade etc.) e quantidade de profissionais que participarão de cada ação/estação (serviços gerais para higienização dos banheiro, Agente Comunitário de Saúde, auxiliar administrativo, auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família etc.)
- Reunir e capacitar todos que participarão do mutirão

### Atividade principal:

- A recepção deve registrar a chegada do idoso no mapa de consolidado
- Verificar documentos trazidos pelo idoso
- Preencher nome e idade do idoso na Ficha IVCF-20
- Solicitar à equipe do "Posso ajudar?" que direcione o idoso para as estações, evitando aglomerar idosos em uma única estação
- Nas estações, realizar a ação e registrar na ficha IVFC-20, verificando e encaminhando, por meio do "Posso ajudar?" para a próxima estação, evitando que o idoso fique perdido
- Verificar e orientar quando concluir a última estação (procurar a Unidade Básica de Saúde?)

### Estações:

#### Estação 1

- Autopercepção da saúde
- Atividades de vida diária

#### Estação 2

- Atividades instrumentais de vida diária
- Atividades básicas de vida diária

#### Estação 3

- Cognição
- Humor

#### Estação 4

- Mobilidade: verificar peso, altura e calcular índice de massa corporal; medir panturrilha; medir teste de velocidade
- Alcance, preensão e pinça
- Capacidade aeróbica e/ou muscular
- Marcha
- Continência esfinteriana

#### Estação 5

- Comunicação: verificar fala, visão e audição

#### Estação 6

- Comorbidades múltiplas
- Verificar número de medicamentos em uso

### Outras atividades:

#### Estação 7

#### Estação 8

### Atividades pós-mutirão:

- Proceder ao registro dos idosos avaliados no mutirão por faixa etária (60 a 69; 70 a 79; 80 a 89 etc.) para conhecer o perfil demográfico (prevalência dos idosos por faixa etária) e epidemiológico (idosos robustos, em risco de fragilização, frágeis, polifarmácia etc.)
- Encaminhar os dados para a coordenação da APS
- Desenvolver/colaborar com pesquisa na área da saúde do idoso
- Compartilhar o cuidado dos idosos frágeis com a AAE
- Elaborar o plano de cuidado dos idosos, iniciando pelos frágeis
- Elaborar o plano de autocuidado apoiado dos idosos
- Acompanhar e avaliar se há melhora na autonomia e independência dos idosos após a avaliação do risco
- Definir estratégia e período (tempo) para avaliar os demais idosos do território (por microárea, uma tarde por semana com bloco de horas etc.)

### Cuidados:

- Manter a ética profissional (não divulgar nome, problemas dos idosos etc.)
- Usar Equipamento de Proteção Individual quando necessário
- Estar legalmente habilitado para as atividades propostas

**ANEXO 4.** Plano de cuidados

| PLANO DE CUIDADOS PARA A SAÚDE DO IDOSO   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|---|------------------------------------|--|--|---|-------------------------|-----------|--|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| Nome do usuário:<br>Nome social:  |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| Data de nascimento:   | Idade:                             | CPF:   | Cartão SUS:  |   |                         |           |  |
| Endereço:   |                                    | Município:   | Telefone:  |   |                         |           |  |
| UBS de origem   | ESF                                | ACS (nome):  | Prontuário:  |   |                         |           |  |
| Apoio familiar (nome)   | (telefone)                         | Apoio comunitário (nome)                             | (telefone)   |   |                         |           |  |
| <b>2. AUTOUIDADO</b>  |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| Letramento Funcional em Saúde (LFS):<br>( ) Inadequado ( ) Limitado ( ) Adequado  |                                    |  |  | Adesão Terapêutica:<br>( ) Pouco aderente - intencional ( ) Pouco aderente - não intencional ( ) Aderente |                         |           |  |
| Capacidade de Autocuidado:<br>( ) Suficiente ( ) Insuficiente   | Estágio motivacional para mudança: | Suporte Familiar:<br>( ) Suficiente ( ) Insuficiente | Suporte Social:<br>( ) Suficiente ( ) Insuficiente |   |                         |           |  |
| <b>3. LISTA DE PROBLEMAS</b>  |                                    |  |  |   |                         | IVCF-20:  |  |
| Problemas identificados pela equipe (condição crônica de saúde e estratificação de risco, outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas): |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| Problemas identificados pelo usuário:   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| <b>4. DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO</b>  |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| Peso: kg  | Estatura: cm                       | IMC:   | Circunferências                                    |   | Velocidade de marcha: s | TAX: °C   |  |
|   |                                    |  | Abdominal: cm                                      | Panturrilha: cm   |                         |           |  |
| PA (deitado)  |                                    | PA (sentado)   |  | PA (de pé)  |                         | ITB       |  |
| PAS mmHg  | PAD mmHg                           | PAS mmHg   | PAD mmHg   | PAS mmHg  | PAD mmHg                |           |  |
| FC bpm  | FR irpm                            | Glicemia   |  | Se glicemia > 250 mg/dl   |                         | Dor       |  |
|   |                                    | Jejum: mg/dL   | Pós prandial: mg/dL                                |   | Glicosúria              | Cetonúria |  |
| Caso os parâmetros estejam alterados, registrar possíveis causas (não utilização de medicamentos prescritos, jejum prolongado, outros):   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| EXAMES COMPLEMENTARES:  |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| <b>5. PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES</b>   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS                          | BARREIRAS / DIFICULDADES                             | PRIORIZAÇÃO *                                      | RECOMENDAÇÕES   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |
|   |                                    |  |  |   |                         |           |  |

\* Assinalar os problemas por ordem de prioridade: P1, P2, P3 (recomendável até 3 priorizações)

**6. MEDICAMENTOS**

Alergia medicamentosa:

| MEDICAMENTO | DOSE | VIA | HORÁRIO | AQUISIÇÃO<br>G / P * | ORIENTAÇÕES<br>(armazenamento, administração,<br>monitoramento com exames, outras): |
|-------------|------|-----|---------|----------------------|---|
|             |      |     |         |                      |   |
|             |      |     |         |                      |   |
|             |      |     |         |                      |   |
|             |      |     |         |                      |   |
|             |      |     |         |                      |   |
|             |      |     |         |                      |   |

**DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

| MEDICAMENTO | JUSTIFICATIVA |
|-------------|---------------|
|             |               |
|             |               |
|             |               |
|             |               |

\* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

**7. INTERVENÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS** (ações direcionadas a problemas específicos)

|  |
|--|
|  |
|--|

**8. ENCAMINHAMENTOS E EXAMES**

|  |
|--|
|  |
|--|

**9. PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS**

| PROBLEMA | AÇÃO | META | GRAU (1 a 10) INTERESSE | GRAU (1 a 10) CONFIANÇA | APOIO NECESSÁRIO |
|----------|------|------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| P1       |      |      |                         |                         |                  |
| P2       |      |      |                         |                         |                  |
| P3       |      |      |                         |                         |                  |

**10. ORIENTAÇÃO PARA SINAIS DE ALERTA**

| SITUAÇÃO | RECOMENDAÇÃO | SERVIÇO DE URGÊNCIA DE REFERÊNCIA | OBSERVAÇÕES |
|----------|--------------|-----------------------------------|-------------|
|          |              |                                   |             |
|          |              |                                   |             |
|          |              |                                   |             |
|          |              |                                   |             |

**11. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS**

|            |                         |            |                         |
|------------|-------------------------|------------|-------------------------|
| <b>APS</b> | Data: ___/___/___ Hora: | <b>AAE</b> | Data: ___/___/___ Hora: |
|------------|-------------------------|------------|-------------------------|

**ASSINATURAS E CARIMBOS**

|   |   |
|---|---|
| Profissionais responsáveis pela elaboração do Plano de Cuidados | Profissional do Ponto de Apoio responsável pela avaliação e fechamento do plano de cuidados |
|   |   |

## ANEXO 5. A desprescrição na atenção aos idosos

A prescrição é toda intervenção indicada para melhorar a saúde atual (tratamento) ou futura (prevenção) do indivíduo. A desprescrição, por sua vez, é a intervenção reversa, ou seja, consiste na suspensão de medicamentos que podem estar causando danos atuais (medicamentos inapropriados) ou futuros (medicamentos potencialmente inapropriados) ou que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis). A redução da dose de medicamentos para ajustar a relação risco-benefício-custo e a suspensão de intervenções não medicamentosas inapropriadas também podem ser consideradas estratégias de desprescrição. Prescrever de forma apropriada também inclui a desprescrição de medicamentos que não são mais úteis ou que não estão mais alinhados com as metas atuais do cuidado. Prescrição e desprescrição podem, portanto, ser consideradas as "duas faces da mesma moeda", pois fazem parte do processo terapêutico como um todo e, conseqüentemente, têm o mesmo impacto, positivo ou negativo, na saúde do indivíduo. É o que denominamos de dualidade terapêutica. Ambas são intervenções ativas e estruturadas, que devem ser planejadas, monitoradas e implementadas de forma individualizada, tendo como princípio a relação risco-benefício-custo e as preferências, desejos e expectativas do paciente, customizadas pela presença de comorbidades múltiplas, polifarmácia, idade, expectativa de vida e vitalidade do paciente. Desprescrição é, portanto, um processo sistemático de identificação e descontinuação de medicamentos nos casos em que os danos existentes ou potenciais superam os benefícios existentes no contexto dos objetivos de atenção individual de um paciente, nível de funcionamento atual, expectativa de vida, valores e preferências do paciente.

Todos os idosos podem se beneficiar da desprescrição, todavia, os idosos frágeis são os indivíduos com maior benefício, exatamente por serem mais vulneráveis e apresentarem menor reserva homeostática e, portanto, mais suscetíveis aos efeitos adversos dos medicamentos. Idosos robustos têm maior vitalidade, e os mecanismos homeostáticos encontram-se mais aptos para compensar os efeitos adversos dos medicamentos. Nestes idosos, a repercussão das alterações da farmacocinética e farmacodinâmica são menos evidentes, na medida em que apresentam menor número de comorbidades e polifarmácia. A expectativa de vida também é bem diferente entre eles, de forma que os idosos frágeis têm menor chance de viver tempo suficiente para obterem o benefício de algumas intervenções preventivas, como o uso de bisfosfonatos para prevenção de fratura de fêmur, ou o uso de ácido acetilsalicílico e estatina para prevenção de fenômenos aterotrombóticos futuros.

Existem vários algoritmos de desprescrição, mas não há evidências claras sobre a superioridade de qualquer um deles. O processo de desprescrição é ainda empírico para a maioria dos medicamentos. A premissa mais importante é conhecer profundamente o diagnóstico geriátrico-gerontológico e estabelecer relação de confiança mútua entre a equipe de saúde e o idoso e sua família. A decisão da descontinuidade deve ser compartilhada, respeitando-se os valores, as preferências, os medos e os desejos do paciente e de sua família. Outro fator imprescindível para o sucesso da desprescrição é a disponibilidade da equipe de saúde responsável pela implementação do plano de cuidados, de forma a garantir o vínculo e possibilitar o acesso a todas as terapias alternativas, caso seja necessário. A desprescrição é um processo ativo e estruturado, que apresenta riscos, da mesma forma que a prescrição.

A desprescrição pode ser súbita ou gradual, dependendo da presença e da gravidade dos efeitos adversos do medicamento em uso e de algumas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas do fármaco, além das expectativas e das preferências do paciente e de sua família. A suspensão súbita está indicada quando o paciente apresenta efeitos adversos diretamente relacionados ao fármaco e sua descontinuidade tem alta probabilidade de reverter o quadro clínico do paciente, com melhora global de sua funcionalidade ou da sintomatologia secundária ao uso do medicamento, como, por exemplo, hipotensão ortostática (anti-hipertensivos), hipoglicemias e equivalentes (antidiabéticos), tonturas e fraqueza geral (hipotensão arterial medicamentosa), incontinência urinária (diuréticos), alteração do nível de consciência e confusão mental (benzodiazepínicos e anticolinérgicos), constipação intestinal (anticolinérgicos), retenção urinária (anticolinérgicos, anti-hipertensivos), parkinsonismo (antidopaminérgicos, como os antipsicóticos, antivertiginosos, metoclopramida, diltiazem etc.), dentre outros. Outros fatores determinantes da suspensão súbita são o alto risco de aparecimento de complicações agudas, como pode ocorrer com o uso inapropriado de anticoagulantes. A possibilidade de substituição do fármaco por outros com propriedades farmacodinâmicas semelhantes também facilita a desprescrição súbita.

A desprescrição lenta e gradual é o método mais recomendado na presença de dúvida diagnóstica e insegurança da equipe de saúde ou do paciente e de sua família. Todavia, esta metodologia apresenta o inconveniente de exigir várias etapas no processo de descontinuidade, e a melhora do paciente é mais lenta, podendo desestimular a desprescrição de ambas as partes – a equipe de saúde e o paciente/a família. Todavia, alguns fármacos têm alto risco de apresentarem reações ou síndrome da descontinuação ou de retirada.

O quadro 1 apresenta os principais fármacos associados a reações adversas frequentes no idoso e que devem ser sempre reavaliados quanto à possibilidade de desprescrição.



| Quadro 1. Reações adversas de medicamentos na saúde do idoso. |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------|---------------|------------------------|---------|--------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
|   | Carga anticolinérgica | Confusão mental | Parkinsonismo | Hipotensão ortostática | Sedação | Quedas | Prolongamento do intervalo QTc | Risco de hiponatremia | Outros                |
| Amitriptilina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Amiodarona  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       | Hipotireodismo        |
| Biperideno  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Carbamazepina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Carisoprodol  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Cinarizina  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Clonazepam  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Clorpromazina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Dexclorfeniramina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Diazepan  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Difenidramina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Fenitoína   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Fenobarbital  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Flunarizina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Fluoxetina  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       | Inapetência e insônia |
| Glibenclamida   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Haloperidol   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Hidroxizina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Imipramina  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Levomepromazina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Metildopa   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Orfenadrina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Prometazina   |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |
| Zolpidem/Zopiclona  |                       |                 |               |                        |         |        |                                |                       |                       |

#### ANEXO 6. Segurança ambiental para o idoso

| Escala ambiental do risco de quedas |   |
|-------------------------------------|---|
| Áreas de locomoção                  | Desimpedidas, com barras de apoio, revestimentos uniformes, sem tapetes ou com tapetes bem fixos  |
| Iluminação                          | Suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus; interruptores acessíveis na entrada dos cômodos  |
| Quarto de dormir                    | Guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis; cadeira permitindo sentar para se vestir; cama de boa altura (45cm)   |
| Banheiro                            | Área do chuveiro com antiderrapante; <i>box</i> com abertura fácil ou cortina firme; presença de barras de apoio; altura adequada do vaso sanitário   |
| Cozinha                             | Armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; piso seco   |
| Escadas                             | Revestimento antiderrapante, com marcação com faixa amarela no primeiro e último degraus, corrimão bilateral sólido que se prolongue além do primeiro e último degraus<br>Uniformidade dos degraus, com altura e profundidade constantes dos espelhos |
| Áreas externas                      | Irregularidades e obstáculos nos calçamentos; vasos de plantas em altura acessível, sem necessidades de se abaixar  |

Fonte: adaptado de Moraes EN, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2016.

## ANEXO 7. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de idosos

### Escala de Zarit

Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa, o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores é indicado por altos escores. Ao final, fazer a somatória dos pontos e avaliar a sobrecarga.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com seu familiar/doente, já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar de seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (por exemplo: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar)?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

3. Acha que a situação atual afeta sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto de seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar de seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença de seu familiar/doente se manifestou?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar de seu familiar/doente?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Algumas vezes
- (4) Frequentemente
- (5) Sempre

| Avaliação da sobrecarga |                    |
|-------------------------|--------------------|
| Leve                    | Até 14 pontos      |
| Moderada                | 15 a 21 pontos     |
| Grave                   | Acima de 22 pontos |



