



# PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



# PROTOCOLO DE GERIATRIA

Vitória – ES

2022





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**JOSÉ RENATO CASAGRANDE**

Governador do Estado do Espírito Santo

**NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR**

Secretário de Estado da Saúde

**JOSÉ MARIA JUSTO**

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

**RICARDO DOS SANTOS COSTA**

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

**JOSÉ TADEU MARINO**

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

**LUIZ CARLOS REBLIN**

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

**ERICO SANGIORGIO**

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

**Vitória, junho de 2022.**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## Elaboração e informações:

### Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.  
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 3347-5630  
Site: <https://saude.es.gov.br/>

### Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Duque de Caxias, 267 - Centro  
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.  
Tel: (27) 5672-3347  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [icepi@saude.es.gov.br](mailto:icepi@saude.es.gov.br)

### Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 5672-3347  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [icepi@saude.es.gov.br](mailto:icepi@saude.es.gov.br)

## Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

## Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Laís Coelho Caser  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Margareth Pandolfi  
Patrícia Rocha Vedova Pirola  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Sílvio José Santana

## Autores:

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Janaína Ferreira Paulo  
Laís Coelho Caser  
Lívia Terezinha Devens Cabral  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Paulo Marcus Altoé  
Roberta Pedrini Cuzzuol

## Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

## Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torabay  
Guilherme Campello





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## SUMÁRIO

Introdução .....	1
Apresentação .....	2
Critérios de Prioridade .....	3
Lista de Abreviaturas .....	5
1. Idoso com 60 anos ou mais com capacidade funcional comprometida .....	6
2. Idoso com histórico de duas ou mais quedas no último ano .....	8
3. Idoso com histórico de duas ou mais internações com intervalo menor do que 30 dias .....	9
4. Anexos .....	10
5. Instrumentos, questionários e escalas mais conhecidos e mais utilizados para avaliar a capacidade funcional do idoso .....	12
6. Referências Bibliográficas .....	23





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPI nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPI, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando à integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando à estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *“(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

*(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”*

Capítulo II: *“(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**Legenda dos Critérios de Prioridades:** os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	<b>Eletivo de alta prioridade:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	<b>Eletivo prioritário:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	<b>Prioridade eletiva não urgente:</b> são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	<b>Eletivo de rotina:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
CA-125	Antígeno de Câncer 125
T4 livre	Tiroxina Livre
TC	Tomografia Computadorizada
TGO	Transaminase Oxalacética
TGP	Transaminase Pirúvica
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Geriatria são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:  
História da doença atual;  
Sintomas e tempo de evolução;  
História patológica progressiva, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e  
História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

### 1. IDOSO COM 60 ANOS OU MAIS COM A CAPACIDADE FUNCIONAL COMPROMETIDA (DE ACORDO COM O ÍNDICE DE KATZ) E ALGUMA DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD's) OU ACIMA DE 80 ANOS.

#### 1.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Idoso com sequelas de acidente vascular cerebral (AVC) com comprometimento da capacidade funcional;
- Idoso com doenças cerebrovasculares (sequela de AVC), degenerativas (Parkinson, Alzheimer) e neuropsiquiátrico (depressão unipolar de início tardio);
- Idoso com síndrome demencial e ou outra alteração cognitiva/ alteração de comportamento com comprometimento da capacidade funcional;
- Idoso com quadro de sintomas depressivos/ansiosos importantes com comprometimento da capacidade funcional;
- Idoso com Doença de Parkinson primária e/ou outras doenças que apresentem-se com parkinsonismo ou outros distúrbios do movimento (tremor por exemplo) com comprometimento da capacidade funcional.

#### 1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

##### Anamnese:

- Citar história relevante ao caso;
- Escala de Katz  $\geq 3$ ;
- Mini-exame do Estado Mental:  
Analfabeto:  $\leq 20$  pontos  
Maior ou igual a quatro anos de escolaridade:  $\leq 25$  pontos  
Maior ou igual a oito anos de escolaridade:  $\leq 28$  pontos
- Teste Get Up and Go:  $> 20$  segundos; e



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Cartão de vacinação.

## **Exame físico:**

- Completo;
- Circunferência de panturrilha < 31cm.

## **Exames complementares:**

- Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio iônico, VDRL, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4 livre, 25-hidroxi vitamina D, fósforo, Vitamina B12.
- Densitometria óssea, na suspeita de osteoporose e TC de crânio na síndrome demencial, se houver.

## **1.3. Prioridades para regulação:**

- Pacientes com AVC ocorrido em até seis meses;
- Distúrbio do comportamento com agitação psicomotora por período maior que trinta dias;
- Fraturas que levem à restrição ao leito;
- Idoso frágil de acordo com fenótipo Fried (Quadro 7);
- Depressão com multimorbidades (cinco ou mais).

## **1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:**

- Não se aplica.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 2. IDOSO COM HISTÓRICO DE DUAS OU MAIS QUEDAS NO ÚLTIMO ANO, MESMO QUE SEM NECESSIDADE DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE.

### 2.1. Condições clínico-funcionais necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Idoso com quedas por causas não identificadas (não acidentais, como: escorregão, empurrão, acidentes com animais e objetos espalhados por superfície, acidente automobilístico) com ou sem comprometimento funcional e um sinal de alerta - internação recente, polifarmácia (mais de cinco), multimorbidades (mais de cinco), morar sozinho;
- Idoso que apresenta alteração da marcha e do equilíbrio, de início há menos de seis meses com queixa de sensação de desequilíbrio, ou que tenha sido percebido durante a avaliação feita pelo profissional de saúde. Independente das causas (osteoartrose, seqüela de fraturas musculoesqueléticas, doença neurológica, polifarmácia, iatrogenia, outros) com algum comprometimento da capacidade funcional, mas com risco de quedas pelo Teste “Timed Get Up and Go”. (TGUG) e pelo menos um sinal de alerta.

### 2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

#### Anamnese:

- Citar história relevante ao caso (descrição das quedas);
- Tratamentos atuais e prévios;
- Descrever situação vacinal.

#### Exame físico:

- Citar achados significativos;
- Descrever avaliação funcional: Mini-Mental, Katz e Teste “Timed Get Up and Go” (Quadro 5).

#### Exames complementares:

- Hemograma completo, Glicemia de jejum, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio iônico, fósforo, Vitamina B12, Albumina, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, TGO, TGP, TSH, T4 livre, 25-hidroxivitamina D.

### 2.3. Prioridades para regulação:

- Idade acima de 75 anos;
- Síndrome pós queda (que inclui dependência, perda de autonomia e da autoconfiança, confusão, imobilização e depressão, que levarão a restrições ainda maiores nas atividades diárias);
- Múltiplas quedas no último semestre;
- Apresentar critérios clínicos de fragilidade (Fried – Quadro 7);
- Dor crônica refratária secundária a queda;
- Multimorbidades associado a Osteoporose.

### 2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 3. IDOSO COM HISTÓRICO DE DUAS OU MAIS INTERNAÇÕES COM INTERVALO MENOR DO QUE TRINTA DIAS:

### 3.1. Condições clínicas necessárias para encaminhamento para o especialista:

- Idoso com uma reinternação precoce (menor do que trinta dias), ainda que com manutenção da capacidade funcional;
- Idosos que desenvolveram delirium, segundo relato de familiar ou evidenciado pelo relatório de alta hospitalar;
- Idosos que reduziram sua capacidade funcional em relação ao período anterior a internação hospitalar, segundo relato de familiar e/ou relatório de alta hospitalar;
- Idosos que apresentaram evolução para o estado de imobilidade após internação hospitalar, dependentes de seus familiares, com ou sem o suporte das equipes de saúde da família.

### 3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

#### Anamnese:

- Citar história relevante ao caso.

#### Exame físico:

- Citar achados significativos.

#### Exames complementares necessários:

- Hemograma completo, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Uréia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio iônico, Vitamina B12, Albumina, Colesterol total e frações, Triglicerídeos, Ferritina, Sangue Oculto nas Fezes, TGO, TGP, TSH, T4 livre, EAS, Rastreamento de marcadores sorológicos de neoplasia (CEA, CA 125, alfa feto proteína).

### 3.3. Prioridades para regulação:

- Apresentar critérios clínicos de fragilidade.

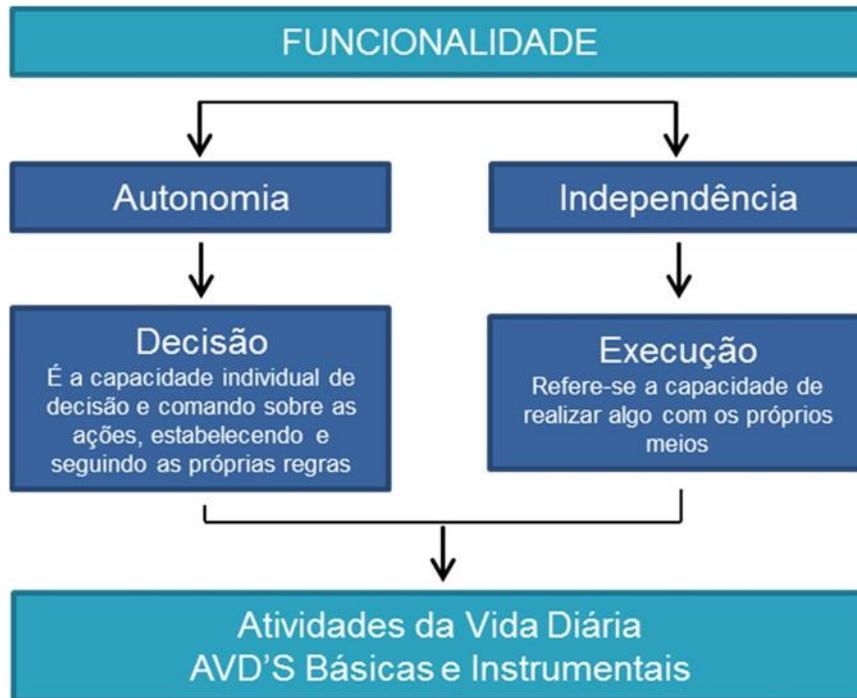
### 3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 4. ANEXOS:



Quadro 1 - Autonomia<sup>1</sup> e Independência<sup>2</sup>.

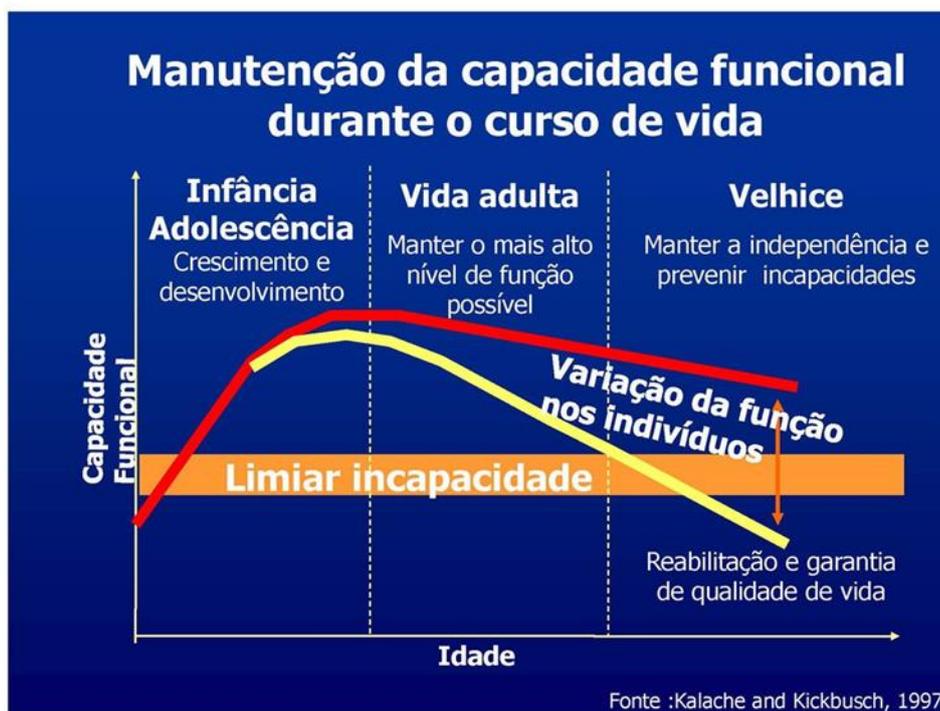
Fonte: MORAES, 2008.

<sup>1</sup>**Autonomia (tomar decisão, escolher)** (Moraes, 2012): É a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções. Autonomia pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e decisões (Brasil, 2006b).

<sup>2</sup>**Independência (executar, fazer)** (Moraes, 2012): Refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios. Ou seja, independência é a capacidade de realizar atividades sem precisar da ajuda dos outros.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



Quadro 2 – Manutenção da Capacidade Funcional<sup>1</sup> Durante o Curso de Vida.  
Fonte: Kalache and Kickbusch, 1997.

**<sup>1</sup>Capacidade funcional:** É a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (BRASIL, 1999). De acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a), “o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária”.

**Incapacidade Funcional:** É a inabilidade ou a limitação/dificuldade para execução de papéis sociais e de atividades cotidianas, laborais, de entretenimento e familiares de forma independente (Alves, Leite e Machado, 2008). A incapacidade funcional diz respeito ao desempenho físico e pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade (Alves, Leite e Machado, 2008). Existem fatores intra-individuais e extra-individuais que influenciam ou modificam o processo de incapacidade, tanto no sentido de retardar como acelerar o processo. Esses fatores compreendem os aspectos sociais, os psicológicos e os ambientais (Alves, Leite e Machado, 2008).

A **avaliação funcional** torna-se **ESSENCIAL** para o estabelecimento de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efetividade e a eficiência das intervenções propostas (BRASIL, 2006b).



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5. INSTRUMENTOS , QUESTIONÁRIOS E ESCALAS MAIS CONHECIDOS E MAIS UTILIZADOS PARA AVALIAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO:

### 5.1. ÍNDICE DE KATZ:

O Índice de Katz, também denominado Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) foi desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe, sendo a primeira versão publicada em 1963.

Avalia as atividades de vida diária hierarquicamente relacionadas, sendo organizado para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se.

As atividades básicas de vida diária são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo (Moraes, 2012).

A perda da capacidade para realizar as atividades básicas de vida diária ocorre, em geral, das funções mais complexas para as mais básicas.

Deste modo, o idoso perde primeiro a capacidade de tomar banho, depois a capacidade para se vestir e assim por diante, sendo a alimentação a última capacidade a ser perdida, significando que quanto mais básica a função, mais tardia será a perda desta função (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

INDEX OF INDEPENDENCE IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING DE KATZ MODIFICADO	
Index de AVDs* (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

\*AVDs: Atividades de Vida Diária

Quadro 3 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz modificado.

Fonte: Katz, Akpom, 1976.

### 5.2. ÍNDICE DE LAWTON:

O Índice de Lawton, também denominado “Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)” foi proposto por Lawton e Brody em 1969, com o objetivo de avaliar atividades mais complexas do que as atividades básicas de vida diária e cuja independência no desempenho está diretamente relacionada à capacidade de vida comunitária independente, ou seja, significa que os idosos que possuem independência para realização de atividades instrumentais apresentam condições mais favoráveis para viver na comunidade. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais auto-confiantes para a vida em comunidade, valorizando principalmente sua **AUTONOMIA** (BRASIL, 2006b).



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON	
<b>Uso do Telefone</b>	
Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda	3
Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar	2
Completamente incapaz no uso do telefone	1
<b>Viagens</b>	
Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou taxi	3
Capaz de viajar exclusivamente acompanhado	2
Completamente incapaz de viajar	1
<b>Compras</b>	
Capaz de fazer compras, se fornecido transporte	3
Capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado	2
Completamente incapaz de fazer compras	1
<b>Preparo das Refeições</b>	
Capaz de planejar e cozinhar refeições completas	3
Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho	2
Completamente incapaz de preparar qualquer refeição	1
<b>Trabalho Doméstico</b>	
Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão)	3
Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas	2
Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	1
<b>Medicações</b>	
Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa	3
Capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare	2
Completamente incapaz de tomar remédios sozinho	1
<b>Dinheiro</b>	
Capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas	3
Capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas	2
Completamente incapaz de administrar dinheiro	1
<b>Avaliação dos Resultados do Índice de Lawton</b>	
Para cada questão avaliada: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1ª resposta: independência (3 pontos)</li><li>• 2ª resposta: dependência parcial (2 pontos)</li><li>• 3ª resposta: dependência (1 ponto)</li></ul>	Observações: <ul style="list-style-type: none"><li>• Pontuação Máxima: 27 pontos</li><li>• Pontuação Mínima: 9 pontos</li><li>• Independência: 21 pontos</li><li>• Não há ponto de corte</li><li>• Entrevista ao idoso ou a informante capacitado</li></ul>

Quadro 4 - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – Lawton.

Fonte: Lawton & Brody (1969).



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5.3. TIMED GET UP AND GO TEST

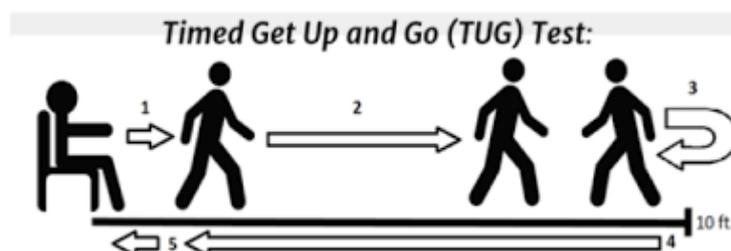
O “timed up and go test” (TUGT) foi proposto por Podsiadlo e Richardson, em 1991, e é um teste de desempenho físico geral usado para avaliar a mobilidade, o equilíbrio e o desempenho locomotor em idosos. Avalia o nível de mobilidade funcional de forma rápida e prática (Woellner, Araujo e Martins, 2014).

Isso significa que este teste permite uma avaliação quantitativa, ou seja, numérica, em que se pode avaliar o tempo gasto para percorrer determinada distância, mas também permite uma avaliação qualitativa do equilíbrio sentado, transferências de sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudanças de curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias.

**Material:** para a realização do teste são necessários uma cadeira com braços, um cronômetro, uma fita métrica para medir três metros e fita adesiva para demarcar a distância a ser percorrida, sendo que o assento da cadeira deve possuir 46 cm de altura.

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

- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm;
- O paciente inicia o teste recostado e com os braços repousados na cadeira ou sobre as coxas;
- Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste, previamente;
- O tempo é cronometrado a partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira;
- O paciente deve executar o teste com seu calçado habitual e não descalço;
- Caso o paciente utilize dispositivo de apoio para caminhar (bengala, andador etc), também deve executar o teste com o dispositivo que geralmente usa;
- O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa colorida;
- O paciente deve ser instruído a não conversar durante a execução do teste e realizá-lo o mais rápido que conseguir, mas de forma segura. Quanto menor o tempo para executar a tarefa, melhor o índice de mobilidade.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

PONTUAÇÃO	INTERPRETAÇÃO
<b>Tempo &lt; 10 segundos</b>	O paciente que consegue executar o teste sem se desequilibrar e com um tempo inferior a 10 segundos, ainda que apresente um distúrbio da marcha, tem risco de queda mínimo (não justifica qualquer avaliação adicional).
<b>Tempo entre 10 a 20 segundos</b>	Pacientes com tempo entre 10 e 20 segundos são, normalmente independentes e quando não há história de quedas ou padrão de marcha típico (não necessitam ter sua propedêutica estendida).
<b>Tempo ≥ 20 segundos</b>	O resultado maior de 20 segundos é indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas (deverá ser submetido à avaliação específica da instabilidade postural).

Quadro 5 – Pontuação e Interpretação do Teste TUG, segundo a Classificação de Moraes.

Fonte: Moraes, 2008.

#### 5.4. CRITÉRIOS DE FRIED PARA AVALIAÇÃO DO FENÓTIPO DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE:

A fragilidade resulta de um declínio das reservas fisiológicas e, por isso, da capacidade de lidar com desafios ou eventos *stressantes*. As causas para tal são provavelmente multifatoriais, incluindo variações interpessoais e do ambiente envolvente de cada idoso. Esta síndrome tem uma etiologia complexa e multifatorial, pelo que apesar de vários estudos mostrarem associações entre a incidência de fragilidade e certos fatores que podem levar a esta condição, uma relação definitiva ainda não foi estabelecida e ainda é pouco clara a razão pela qual alguns fatores conduzem à fragilidade em certos indivíduos mas não em todos.

Potenciais fatores etiológicos incluem fatores genéticos/epigenéticos e metabólicos, presença de doenças agudas ou crônicas e eventos causadores de *stress* relacionados com o estilo de vida ou com o ambiente envolvente.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS NOS PARÂMETROS BIOLÓGICOS ENTRE ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE.	
Envelhecimento	Fragilidade
Inflamação moderada ou reduzida	Grau de inflamação elevado
Sem alterações lipídicas	Presença de alterações lipídicas
Resposta imunitária diminuída	Resposta imunitária muito diminuída
Valores hormonais baixos	Valores hormonais muito baixos
Ausência de anemia	Anemia
Ausência de alterações nutricionais	Presença de alterações nutricionais

Quadro 6 - Principais diferenças nos parâmetros biológicos entre envelhecimento e fragilidade.

Fonte: Fulop T et al, 2010.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE FRIED PARA AVALIAÇÃO DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE.	
<b>Perda de Peso</b>	Perda de mais de 5 kg no último ano de forma não intencional ou perda não intencional de pelo menos 5% do peso do ano anterior.
<b>Exaustão</b>	Utilização da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológico (CES-D) com escolha das frases: “senti que tudo o que fazia era com esforço” e “senti falta de energia”. Depois perguntar a frequência com que se sentiu dessa forma na última semana e atribuir uma pontuação: 0: se raramente ou nunca; 1: se pouco ou algum tempo (1-2 dias); 2: intervalo moderado de tempo (3-4 dias); 3: a maioria do tempo. Os que responderem 2 ou 3 pontuam positivamente para este critério.
<b>Atividade Física</b>	Aplicação de questionário baseado na versão curta do Minnesota Leisure Time Activity ou contabilização das quilocalorias (Kcal) gastas numa semana com um algoritmo. É considerado positivo se por semana o homem gastar < 383 Kcal e a mulher < 270 Kcal.
<b>Tempo de Caminhada</b>	Avaliado numa caminhada de 4,5 metros, tendo em conta a altura e o gênero e comparando com valores de referência.
<b>Força de Prensão</b>	Avaliada com dinamômetro tendo em conta o gênero e o índice de massa corporal e comparada com valores de referência.

Quadro 7 - Critérios de Fried para avaliação da síndrome de fragilidade.

Fonte: Fried LP et al, 2001.

## 5.5. AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS COGNITIVOS:

A cognição é o processo de aquisição de conhecimentos. É a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas a respeito do meio ambiente e a capacidade de produzir respostas aos estímulos externos. Enfim, a cognição é a capacidade que nos permite compreender e resolver problemas do cotidiano. As funções cognitivas são constituídas pela atenção, memória, função executiva, linguagem, praxias, gnosias e funções visuoespaciais (Quadro 8). Essas funções são intimamente ligadas com o estado de humor do indivíduo.

As doenças que causam limitações nas funções cognitivas constituem um dos grandes problemas para os pacientes idosos, pois resultam em dependência e perda da autonomia, gerando grande sobrecarga para seus familiares e cuidadores.

Existem vários testes para a avaliação das funções cognitivas que detectam alterações precoces nesta esfera. Alguns testes são complexos e extensos, demandando para sua aplicação, treinamento e habilitação específica dos profissionais (avaliação neuropsicológica). Contudo, há testes simples e



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

rápidos que, associados a avaliação funcional e do humor, podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde, devidamente treinado.

Cabe ressaltar que **não existe** um teste cognitivo que isoladamente defina o diagnóstico de demência. Os testes devem sempre ser utilizados de maneira integrada e associados a avaliações e exames complementares.

FUNÇÕES COGNITIVAS	
<b>Atenção</b>	Capacidade de selecionar e manter um determinado foco. Uma das funções cognitivas mais suscetíveis a influência de fatores externos. Comumente subdividida em atenção seletiva (conhecida também como concentração); atenção sustentada (manutenção de uma atividade mental durante um período de tempo), atenção dividida (habilidade para responder a mais de uma tarefa ao mesmo tempo) e atenção alternada (capacidade do indivíduo de mudar o foco de uma tarefa, ou seja, a possibilidade de interromper uma estratégia de raciocínio ou de comportamento pertinente à atividade e utilizar uma nova como por exemplo andar ao sinal verde e parar ao sinal vermelho). A atenção é uma função cognitiva primordial para a execução das demais funções cognitivas.
<b>Memória</b>	Capacidade de registrar, reter e resgatar informações. Usualmente é dividida em memória de curto prazo (armazena informações por até 30 segundos) e memória de longo prazo (capacidade de armazenar por dias, horas ou anos). A memória de longo prazo pode ser subdividida em memória episódica (permite a lembrança de eventos ou acontecimentos passados num contexto autobiográfico), memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, fatos, palavras, conceitos) e, a memória implícita (informações ou habilidades armazenadas sem consciência da aprendizagem, por exemplo as habilidades motoras).
<b>Função Executiva</b>	Capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento, monitoramento e tomada de decisão. Relaciona-se também com a atenção, flexibilidade de pensamento, motivação e controle das emoções.
<b>Linguagem</b>	Capacidade de comunicação através da nomeação, compreensão e expressão oral e escrita.
<b>Praxia</b>	Capacidade de executar um ato motor.
<b>Gnosia (percepção)</b>	Capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis.

Quadro 8 – Funções Cognitivas.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5.5.1. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM):

É composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas:

- Orientação Temporal (5 pontos);
- Orientação Topográfica (5 pontos);
- Registro de Três Palavras (3 pontos);
- Atenção e Cálculo (5 pontos);
- Lembrança das Três Palavras (3 pontos);
- Linguagem (8 pontos); e
- Capacidade Construtiva Visual (1 ponto).

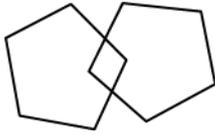
Orientações úteis durante a aplicação do MEEM :

- Não forneça dicas ou pistas para as respostas;
- Não informe ao paciente se ele acertou ou não a resposta para quaisquer uma das perguntas realizadas, isso pode inibi-lo a continuar respondendo ao teste;
- Quando o indivíduo não compreender o significado de “escreva uma frase”, a recomendação é que o aplicador ajude dizendo: “Escreva algo que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer”.
- As perguntas não podem ser alteradas.

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	
<b>Identificação</b>	
Nome:	
Data de Nascimento/ Idade:	
Sexo:	
Escolaridade : Analfabeto ( ) 0 a 3 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )	
Avaliação em:	
Avaliador:	
<b>Orientação Temporal Espacial</b>	<b>10 pontos</b>
Qual é o Dia da Semana?	1 ponto
Qual é o Dia do Mês?	1 ponto
Qual é o Mês?	1 ponto
Qual é o Ano?	1 ponto
Qual é a Hora Aproximada?	1 ponto
Onde estamos?	
Local?	1 ponto
Instituição? (casa, rua)?	1 ponto
Bairro?	1 ponto



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Cidade?	1 ponto
Estado?	1 ponto
<b>Registros</b>	<b>3 pontos</b>
Mencione três palavras levando um segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as três palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	
Vaso	1 ponto
Carro	1 ponto
Tijolo	1 ponto
<b>Atenção e Cálculo</b>	<b>5 pontos</b>
Solicitar a subtração de (100-7) cinco vezes sucessivamente (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas; <b>OU</b>	
Soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.	
<b>Lembranças ( Memória de Evocação)</b>	<b>3 pontos</b>
Pergunte o nome das três palavras aprendidas no item “Registros”. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	
Vaso	1 ponto
Carro	1 ponto
Tijolo	1 ponto
<b>Linguagem</b>	<b>8 pontos</b>
Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.	
Faça o paciente repetir: “nem aqui, nem ali, nem lá”.	
Faça o paciente seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre o papel ao meio, coloque o papel na mesa”.	
Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte comando: “Feche os olhos”	
Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. ( A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto.	
<b>Capacidade Construtiva Visual</b>	<b>1 ponto</b>
Copie o desenho abaixo:	
	Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos formos preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero.

Quadro 9 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Fonte: Folstein, Folstein & McHugh, 1975.

<b>VALORES DE CORTE DO ESCORE DO MEEM<sup>1</sup> PARA DETERMINAÇÃO DE DECLÍNIO COGNITIVO</b>	
<b>O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos</b>	
<b>≤ 20 pontos</b>	Idosos analfabetos



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

≤ 25 pontos	Idosos com um a quatro anos de escolaridade
≤ 26,5 pontos	Idosos com cinco a oito anos de escolaridade
≤ 28 pontos	Indivíduos com escolaridade igual ou superior a nove anos
≤ 29 pontos	Indivíduos com escolaridade igual ou superior a onze anos

<sup>1</sup>MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*

Quadro 10 – Valores de corte do Escore do MEEM para determinação de declínio cognitivo.

Fonte: Brucki et al, 2003.

## 5.5.2. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG):

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é um dos instrumentos mais freqüentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al (1983), a escala original é composta por trinta itens com questões binárias (SIM/NÃO), e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Entre as suas vantagens destacam-se: é composta por perguntas fáceis de serem entendidas, tem pequena variação nas possibilidades de respostas (SIM/NÃO), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, demandando de cinco a quinze minutos para a sua aplicação.

A EDG com quinze itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatorios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor.

No Brasil, Almeida & Almeida<sup>1</sup> (1999) propõem o ponto de corte 5/6 pontos como o mais adequado para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos.

Orientações úteis durante a aplicação da EDG :

- Faça todas as perguntas no mesmo tom de voz;
- Mesmo que o paciente explique a resposta, peça para que ele encaixe a resposta nas alternativas SIM ou NÃO;
- As perguntas não podem ser alteradas.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Como utilizar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG):

ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)	
Somar <b>01 (um)</b> ponto quando a resposta for <b>igual</b> à resposta com grifo da <b>cor amarela</b>	
Somar <b>0 (zero)</b> ponto quando a resposta for <b>diferente</b> da resposta grifada	

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE DA ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)	
<b>0 a 5 pontos</b>	Indicam normalidade
<b>6 a 10 pontos</b>	Possível depressão (sintomas depressivos de leve a moderada intensidade)
<b>11 a 15 pontos</b>	Provável depressão (sintomas depressivos de grave intensidade)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)			
O (A) senhor (a):			
<b>1</b>	Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>2</b>	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>3</b>	Sente que a vida está vazia?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>4</b>	Aborrece-se com frequência?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>5</b>	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>6</b>	Teme que algo ruim pode lhe acontecer?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>7</b>	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>8</b>	Sente-se frequentemente desamparado?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>9</b>	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>10</b>	Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	<b>SIM</b>	NÃO
<b>11</b>	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>12</b>	Vale a pena viver como vive agora?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>13</b>	Sente-se cheio(a) de energia?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>14</b>	Acha que sua situação tem solução?	SIM	<b>NÃO</b>
<b>15</b>	Acha que tem muita gente em situação melhor?	<b>SIM</b>	NÃO

Quadro 11 - Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

Fonte: Sheikh & Yesavage, 1986.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DE CONFUSÃO (CAM) <sup>1</sup> PARA DIAGNOSTICAR DELIRIUM*			
Características	Avaliação <sup>2</sup>		
<b>Características Necessárias</b>			
<b>Início agudo e evolução flutuante</b>	Demonstrado por respostas positivas às seguintes perguntas: “O estado mental do paciente mudou abruptamente a partir da linha de base?” “O comportamento anormal flutuou durante o dia (tendeu a aparecer e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade)?”		
<b>Desatenção</b>	Demonstrado por resposta positiva à seguinte pergunta: “O paciente teve dificuldade de focalizar a atenção (p.ex., era facilmente distraído ou teve dificuldade de acompanhar o que estava sendo dito)?”		
<b>Uma das seguintes características exigidas</b>			
<b>Pensamento desorganizado</b>	Demonstrado por resposta positiva à seguinte pergunta: “O pensamento do paciente era desordenado ou incoerente (p.ex., evidenciado por incoerência ou conversa irrelevante, fluxo de idéias obscuro ou ilógico, ou mudança imprevisível entre um tema e outro)?”		
<b>Nível alterado de consciência</b>	Demonstrado por qualquer resposta diferente de “alerta” à seguinte pergunta: “No geral, como você classificaria o nível de consciência desse paciente?”		
	Normal	=	Alerta
	Hiperalerta	=	Vigilante
	Sonolento, facilmente despertado	=	Letárgico
	Difícil de despertar	=	Estupor
Não despertável	=	Coma	
* O diagnóstico de delirium requer a presença das duas primeiras características, mais uma das duas outras características.			
<sup>2</sup> Essas informações são habitualmente obtidas de um membro da família ou enfermeiro.			

<sup>1</sup>CAM: *Confusion Assessment Method*

Quadro 12 – Método de Avaliação de Confusão (CAM) para diagnosticar delirium\*

Fonte: Inouye et al., 1990



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O.P., Almeida, S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM IV. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 1999;14:858-865.

ALMEIDA OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1999, 57(2)-B:421- 426.

ALVES LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1199-1207, 2008.

BERTOLUCCI PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7.

BISCHOFF HA, Stahelin HB, Monsch AU, Iversen MD, Weyh A, von Dechend M, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed “up and go” test in community-dwelling and institutionalized elderly women. *Age Ageing* 2003;32(3):315-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. nº 237-E, Seção 1, p. 20-24.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRUCKI, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 2003, 777-781.

CAMARA, F. M. et al. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *ACTA FISIATR*. v. 15, n. 4, p. 249 – 256, 2008

DI TOMMASO, A.B.G, et al. Geriatria: guia prático 1 ed. -Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

DUARTE YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 2007; 41(2):317-25.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.

FREITAS, E.V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.C.; Gorzoni, M.L.; Doll, J. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

FREITAS. E.V.; Mohallem, K.L.; Gamarski, R.; Pereira, S. R.M. Manual Prático de Geriatria. 2ª. Edição Grupo Editorial Nacional (GEN), 2017.

FRIED LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for Phenotype. J Gerontol 2001; 56(3):164-156.

FULOP T, Larbi A, Witkowski JM, McElhane J, Loeb M, Mitnitski A, et al. Aging, frailty and age-related diseases. Biogerontology. 2010;11(5):547-63.

INOUE, S. K. – The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.

KANE, R. L; Ouslander, J. G.; Abrass, I. B. Geriatria Clínica. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2005.

KATZ S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv. 1976; 6(3):493-508.

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(12):914-9.

LAWTON MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontology 1969;9:179-86.

MORAES EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília ,DF: Organização Panamericana da Saúde, Representação Brasil; 2012

MORAES EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2008. p.151-175.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, jun. 2017.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

PAPALÉO Neto, M.; Brito, F. C.; Giacaglia, L. R.. Tratado de Medicina de Urgência no Idoso. Editora Atheneu, 2010.

PARADELA EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

PODSIADLO D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.

RUBENSTEIN LZ, Wieland D, English P, Josephson K, Sayre JA, Abrass IB. The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes. J Am Geriatr Soc. 1984;32(7):503-12.

Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, Avaliação Funcional do Idoso. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia "José Ermírio de Moraes, 2ª edição – 2015.

SHEIKH JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale; recent evidence and development of a shorter version. *Clin. Gerontol.* 1986;5:165-172

SK INOUE, RGJ Westendorp, JS Saczynski. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014; 383:911-22.

The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998].

WOELLNER SS, Araujo AGS, Martins JS. Protocolos de equilíbrio e quedas em idosos. *Neurociências*; 10(2): 104-117.

YESAVAGE JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.