

Atenção Integral à Saúde do Idoso

AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Claudia Marques Santa Rosa Malcher

INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária a Saúde (APS) é muito importante que o idoso tenha sua funcionalidade avaliada por meio de uma ampla investigação, realizada com instrumentos que identifiquem e quantifiquem os problemas de saúde. Desta forma, é possível proporcionar um acompanhamento que permita a elaboração de um plano individualizado e personalizado ao idoso. A avaliação multidimensional da funcionalidade do idoso, compõe-se de instrumentos para serem aplicados, sempre que for necessário, a fim de complementar a consulta médica.

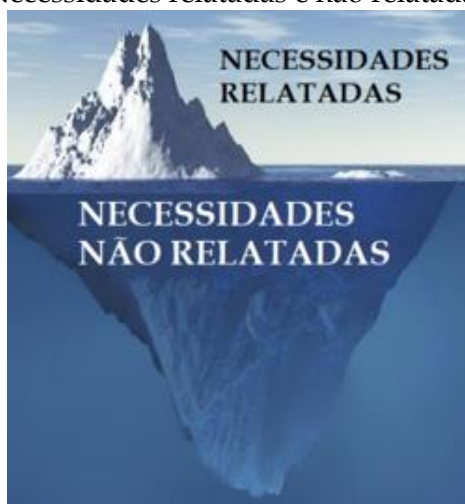
Nessa análise funcional do idoso são pesquisados itens que, normalmente, não são abordados em consultas de rotina diária, mas que precisam ter seu espaço dentro da consulta médica garantido. Dentre os componentes avaliados estão a visão, a audição, a função dos membros superiores e inferiores, o estado cognitivo, o humor, o risco de quedas, as atividades de vida diária, a incontinência esfinteriana, o histórico nutricional e o suporte social (LACHS et al., 1990; MOORE, SIU, 1996).

Apesar de o idoso poder trazer à consulta médica o relato de uma necessidade específica ou queixa principal, é por meio da avaliação global que se ampliará a identificação de problemas que por ventura não tenham sido relatados.

Observe na Figura 1 uma metáfora sobre as necessidades relatadas e não relatadas pelo idoso. A ilustração simboliza na parte sobrenadante do *iceberg* as necessidades relatadas pelo idoso na consulta médica de rotina. Na parte imersa do *iceberg*, e em maior proporção, concentram-se as necessidades que não foram relatadas.



Figura 1 – Necessidades relatadas e não relatadas pelo idoso



Fonte: Adaptado de BRASIL (2006).

O objetivo da avaliação global não é emitir um diagnóstico de doença, mas ampliar a capacidade de identificar problemas e evitar situações de risco e/ou que possam gerar incapacidades, como a imobilidade, as quedas e outros.

Por isso, no momento da consulta, para que ocorra uma avaliação multidimensional do idoso é importante que:

- Haja uma escuta ampliada por um profissional de saúde qualificado que faça uso da escala apropriada para auxiliar na tomada de decisão.
- Sejam traçados alertas para a necessidade do uso de outros instrumentos mais específicos que possam complementar a avaliação funcional.

1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Todo instrumento de avaliação funcional, embora possua limitações, permite uma intervenção hábil do profissional de saúde, fornecendo subsídios sobre as particularidades da população de idosos, para, assim, obter uma visão geral de sua saúde (BRASIL, 2006).

A partir de um problema particular verificado durante a avaliação, tais como não recordar palavras ou a sinalização de sintomas de tristeza ou desânimo, o médico deve proceder a uma investigação mais específica utilizando, por exemplo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para investigação do estado cognitivo e/ou a Escala de Depressão Geriátrica.



Durante a avaliação multidimensional, como já citado, se for necessário, o médico por complementar o diagnóstico com o uso de outros instrumentos, exercitando uma escuta qualificada e sensível, pois cada problema identificado, deve ser adequadamente tratado. Por isso, devem ser considerados, também, condicionantes tais como os aspectos familiares, sociais, econômicos, culturais, biológicos, afetivos entre outros.

Embora vários instrumentos tenham sido criados para a avaliação multidimensional do idoso, inclusive escalas próprias e mais aprofundadas da especialidade geriátrica, você conhecerá neste módulo dois modelos indicados para a APS (Quadros 1 e 2).

O Quadro 1 apresenta o instrumento que foi formulado para o ambulatório de APS, o qual pela sua confiabilidade e a validade, quando comparado com a análise geriátrica (MOORE; SIU, 1996), está recomendado no Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Ele destaca-se pelo seu uso breve, simples e de fácil execução otimizando o tempo de consulta (LACHS et al., 1990).



Quadro 1 - Instrumento de Avaliação Multidimensional para APS

Instrumento de Avaliação Funcional	
NOME: _____	PRONT. __ __ __ __
_____ anos	IDADE: _____
GÊNERO: 1 Masc. 2 Fem.	
VISÃO: Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão? 1 Sim 2 Não	
Se Sim: Aplicar o Cartão de Jaeger.	
Olho Dir.: __ __ / __ __ __ Olho Es.: __ __ / __ __ __	
AUDIÇÃO: Aplicar Teste Whisper.	
O paciente responde à pergunta? Ouvido D: 1 Sim 2 Não Ouvido E: 1 Sim 2 Não	
Se Não, responder: Verificar presença de cerume: Ouvido D: 1 Sim 2 Não	
Ouvido E: 1 Sim 2 Não	
FUNÇÃO DOS MS SS:	
Verificar se o paciente é capaz de executar:	
PROXIMAL: Tocar a nuca com ambas as mãos. 1 Sim 2 Não	
DISTAL: Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta. 1 Sim para ambas 2 Não	
FUNÇÃO DOS MS Is: Verificar se o paciente é capaz de executar:	
Levantar da cadeira 1 Sim 2 Não Caminhar 3,5m 1 Sim 2 Não Voltar e sentar 1 Sim 2 Não	
ESTADO MENTAL: Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos: MESA – MAÇÃ – DINHEIRO Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir. 1 Sim. Repetiu os 3 nomes 2 Não*	
* Se incapaz de repetir os três nomes, aplicar o Teste Mental para Demência. ESCORE ____ pontos	
HUMOR: Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado? 1 Sim* 2 Não	
*Se Sim, aplicar Teste para Depressão. ESCORE _____ pontos	
DOMICÍLIO: Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? 1 Sim. Quantas vezes? __ __	
2 Não	
Na sua casa tem: Escadas? (nº) __ Tapetes soltos? 1 Sim 2 Não	
Corrimão no banheiro? 1 Sim 2 Não	
ATIVIDADES DIÁRIAS: Sem auxílio, você é capaz de:	
Sair da cama? 1 Sim	Vestir-se? 1 Sim
Preparar suas refeições? 1 Sim	Fazer compras? 1 Sim
2 Não	2 Não
2 Não	2 Não
INCONTINÊNCIA: Você às vezes perde urina ou fica molhado? 1 Sim* 2 Não	
*Se Sim, perguntar: 1 DIA	
Quantas vez(es) ____ por 2 SEMANA Isto provoca algum incômodo ou embaraço? 1 Sim	
3 MÊS 2 Não	
NUTRIÇÃO: Você perdeu mais que 4 Kg no último ano? 1 Sim 2 Não	
Peso usual __ __ __ Kg	
Altura __ __ __ cm	
SUORTE SOCIAL: Alguém poderia ajudá-lo caso você fique doente ou incapacitado? 1 Sim 2 Não	
Quem	poderia
ajudá-lo?(Cite	o grau de parentesco)
Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? (Cite o grau de parentesco)	
DATA: _____ / _____ / _____	

Fonte: LACHS et al. (1990); MOORE, SIU (1996).



No Quadro 2, é apresentado outro modelo de avaliação breve que indicando os encaminhamentos na avaliação multidimensional, segundo o Caderno de Atenção Básica no Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). Nesta avaliação é importante considerar os recursos do idoso e os serviços disponíveis.

Quadro 2 - Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? ____ Peso atual: ____ kg Altura: ____ cm. IMC = ____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: ____ Olho Esquerdo: ____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: __ Ouvido Esquerdo: ____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: ____ OE: ____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINÊNCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? __ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? __ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas.
ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro. Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio, Teste de Fluência verbal e o Questionário de Pfeffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS	Proximal: Ver se a pessoa	Incapacidade de realizar o teste - fazer



MMSS	idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ___ Caminhar 3,5m: ___ Voltar e sentar: ___ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti e Medida de Independência Funcional - MIF. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF de Katz e escala de Lawton.
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão - Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ___	Orientar prevenção de quedas
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ___ Quem poderia ajudá-lo/a? ___ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ___	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família e ECOMAPA.

Fonte: BRASIL (2006).

1.1 Tópicos do Instrumento de Avaliação Multidimensional

Para uma melhor avaliação, conheça os tópicos do Instrumento de Avaliação Multidimensional acerca da visão, audição, função dos membros, estado cognitivo, humor, risco de quedas, atividades de vida diária, incontinência esfincteriana, histórico nutricional, suporte social e atividade sexual.



1.1.1 Visão

Cerca de 90% dos idosos necessitam usar óculos, devido as alterações da acuidade visual associadas ao processo de envelhecimento, tais como doenças da retina e déficit de campo visual (BRASIL, 2006).



Para fazer a avaliação da visão, você pode usar o cartão Jaeger (Figura 2). Veja como: O cartão Jaeger é colocado à 35 cm de distância da pessoa idosa, a qual se usar óculos deve permanecer com ele durante o exame. Primeiro, testa-se a visão em cada olho, tendo o cuidado de cobrir a visão com as mãos em forma de concha e, depois, ambos os olhos são testados juntos. A leitura até o nível 20/40 é considerada sem alteração.

Figura 2: Cartão Jaeger, BRASIL (2006)

1.1.2 Audição

Um terço dos idosos refere deficiência auditiva, sendo a presbiacusia a causa mais comum relacionada a esta queixa (BRASIL, 2006). Com a perda auditiva, ocorre o isolamento social e prejuízo da autonomia, podendo estar associada a ansiedade, a depressão e ao declínio cognitivo (PARHAM et al., 2011). A deficiência auditiva pode ser identificada pelo teste do sussurro ou teste *Whisper*.

O teste do sussurro ou *Whisper* é utilizado para verificar se a audição está preservada. É um teste que foi validado em comparação com a audiometria. Para sua realização, o avaliador fica a aproximadamente 33 cm, atrás do indivíduo, e sussurra uma frase, como por exemplo, "Qual é o seu nome?", para cada ouvido. Se não houver resposta, afasta-se a possibilidade de cerume examinando o conduto auditivo. Caso não haja obstrução nos condutos auditivos externos, faz-se a solicitação de audiometria.

1.1.3 Função dos membros superiores

Os membros superiores podem estar acometidos por dor, fraqueza muscular e limitação funcional, em que, na dinâmica do aparelho locomotor, ocorrem alterações com a diminuição na amplitude dos movimentos. Os braços, por exemplo, tendem a ficar mais próximo do corpo no idoso, ocasionando prejuízos nas atividades de vida básica e diária.



Nesta avaliação, é verificado se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos, e se é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.

1.1.4 Função dos membros inferiores

Para a avaliação dos membros inferiores são pesquisados o equilíbrio, a caracterização da marcha, presença de dor, fraqueza muscular e limitação funcional dos movimentos, com passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés. Estas alterações podem incorrer em quedas, ocasionando em incapacidade, institucionalização e até o óbito.

Nesta avaliação é analisado se a pessoa idosa é capaz de se levantar da cadeira, caminhar 3,5m e voltar e sentar. Deve-se dar atenção para situações como dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.

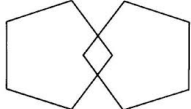
1.1.5 Estado mental

Para avaliar um possível transtorno de memória do idoso, aplica-se um teste cognitivo, que pode ser realizado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Mini-Exame do Estado Mental

1.Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2.Orientação espacial (0 - 5 pontos)		Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Sim (vá para 4b)	1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para	Relógio	1



(0-3 pontos)	nomeá-los	Caneca	1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o ao meio	1
		Ponha-o no chão	1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: BRASIL (2006).

O MEEM é um teste rápido, cerca de dez minutos, que totaliza 30 pontos. É de fácil aplicação e é obrigatório para adquirir os medicamentos de forma gratuita no SUS para Doença de Alzheimer (DA), como você verá a seguir.

1.1.5.1 Doença de Alzheimer (DA)

A DA é a mais prevalente das causas de demências, possui caráter crônico, progressivo, de ordem primária e irreversível e deve ser identificada o mais precocemente, para início do tratamento e melhor chance de resposta terapêutica. É frequente a DA vir precedida pelo declínio cognitivo e ocasionar o prejuízo do controle emocional, comportamento e motivação. Tem como fatores de risco a hipertensão, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia, idade avançada e histórico familiar. Alta escolaridade e exercício intelectual são fatores protetores e relacionam-se a menor ocorrência de casos.

São três os estágios em que a DA ocorre: (i) a fase inicial com sintomas insidiosos, vagos e difusos de perda de memória; (ii) fase intermediária com déficits de memória acentuado; e (iii) a fase avançada ou estágio terminal, ocasionado pela alteração grave cognitiva de todas as funções, falta de reconhecimento de pessoas e espaços.

No caso da DA, o diagnóstico provável é clínico e de exclusão, já que seu diagnóstico definitivo só pode ser confirmado por histopatológico *post-mortem* no tecido cerebral. Para a exclusão de condições que provoquem demência, mas que não são a DA, como por exemplo o acidente vascular cerebral, podem ser utilizados exames complementares de imagem.

Por serem medicamentos de alto custo, a população, em geral, não consegue adquirir e manter este tratamento com seus recursos financeiros próprios. Assim, no Sistema Único de Saúde (SUS), para se ter acesso gratuito aos medicamentos de DA, existe um fluxo de encaminhamento para a consulta especializada nos Centros de Referência em neurologia, geriatria ou psiquiatria, ou atendimento por médico treinado em quadros demenciais. Podem ser autorizados os medicamentos inibidores da acetilcolinesterase (donepezila,



galantamina, rivastigmina) e a memantina em monoterapia e combinada aos inibidores da acetilcolinesterase.

SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer](#), de 2017, que detalha o conceito e diagnóstico da doença, o acompanhamento, a avaliação, os critérios para inclusão/exclusão, além de esquemas terapêuticos para cada ponto de corte no MEEM.

1.1.6 Humor e depressão

No Brasil, a depressão possui uma prevalência de 4,7% a 36,8% em idosos, sendo mais comum e de maior acometimento em mulheres, com cerca de 2:1 (BRASIL, 2006).

Na Avaliação Multidimensional, por meio de uma avaliação breve do estado de humor, a resposta à pergunta “*Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado?*” pode sugerir a suspeita de depressão, que precisa ser melhor avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica Abreviada ou *Geriatric Depression Scale* (GDS) (versão de 15 questões). Essa escala contempla um questionário sobre como a pessoa idosa vem se sentindo na última semana, de forma a detectar sintomas depressivos. Cabe ressaltar que essa escala não substitui uma entrevista diagnóstica de um profissional da área de saúde mental. A GDS pode ser autoaplicável ou aplicada por leigos ou qualquer profissional da APS, sendo útil onde é baixa a instituição de tratamento adequado para depressão.

São considerados sintomas depressivos: fadiga matinal; lentidão psicomotora; diminuição da afetividade; nervosismo; intranquilidade; ansiedade; distúrbio do comportamento, da conduta, do cognitivo, do sono e do apetite; anorexia; anedonia, ou seja, incapacidade de sentir prazer, inclusive por coisas que antes agradavam; etilismo recente; e queixas somáticas.

O Quadro 4 apresenta a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.

Quadro 4 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não () 2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não () 3. Acha sua vida vazia? Sim () Não () 4. Aborrece-se com frequência? Sim () Não () 5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não () 6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não () |
|---|



7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com frequência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você? Sim () Não ()

Os resultados da GDS são assim interpretados, conforme Brasil (2006):

- Normal: entre 0 a 5 pontos.
- Indício de depressão leve: 6 a 10 pontos.
- Provável depressão severa: 11 a 15 pontos.

Quando o resultado atingir uma pontuação maior do que 5 pontos na GDS, a depressão deve ser confirmada aplicando-se os critérios de diagnóstico de depressão definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da American Psychiatric Association (MORAES, 2012). O rastreio da depressão necessita de confirmação, para evitar diagnóstico falso positivo e tratamento desnecessário.

1.1.6.1 Tratamento da depressão

Para o tratamento da depressão, na primeira linha, estão os inibidores de recaptação seletiva de serotonina os quais possuem menor efeito adverso, sendo por isso os mais escolhidos. Destes, o citalopram e a sertralina possuem mais estudos em idosos, além de vantagem da curta meia-vida e menor interação medicamentosa (SCALCO, 2002). Também são tolerados e seguros: mirtazapina, nefazodona, reboxetina e venlafaxina. A resposta ao tratamento agudo é de duas a quatro semanas. A terapia com seis meses reduz 50% das recaídas.

Em caso de risco de suicídio, sintomas psicóticos, transtorno afetivo bipolar ou dois ou mais insucessos no tratar, deve-se encaminhar o idoso ao psiquiatra. Antes, rever diagnóstico, outras doenças, adesão, tempo de doença e questões sociais. E como estratégia, elevar a dose, trocar ou associar outro antidepressivo, eletroconvulsoterapia e psicoterapia. A fase aguda inclui de dois a três meses de tratamento, a fase de continuação de quatro a seis meses, e após, a fase de manutenção (FLECK et al., 2009).

Atenção!

A depressão, em seu estado inicial, pode vir associada com a demência, representando um desafio ao seu diagnóstico.



Saiba mais no artigo de Carneiro e Cabral ["A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso."](#)

1.1.7 Domicílio

O ambiente residencial pode ser um fator de risco para quedas. A cada ano, cerca de 30% das pessoas idosas sofrem quedas, com um aumento para 40% em maiores de 80 anos e 50% naqueles que moram em instituições de longa permanência. As mulheres sofrem mais de quedas até os 75 anos de idade, se igualando em frequências, a partir dessa idade, aos homens. Um agravante das quedas é que cerca de 2,5% dos idosos necessitam de hospitalização e apenas 50% sobrevivem após um ano (BRASIL, 2006).

1.1.8 Atividades diárias

É desejável que o idoso seja capaz de cuidar de si, tendo **autonomia**, ou seja, a liberdade para tomar suas decisões, e **independência**, que se traduz na capacidade em realizar atividades sem auxílio de outros indivíduos. Para isso, o idoso precisa ser avaliado quanto às:

- Atividades de Vida Diária (AVD), tais como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e controlar suas necessidades fisiológicas.
- Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) relacionadas à participação na comunidade, tais como usar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras e tarefas domésticas leves e pesadas, usar telefone, preparar refeições e administrar as próprias finanças.

1.1.9 Incontinência urinária

No Brasil, a incontinência urinária (IU) é mais prevalente em mulheres, sendo caracterizada por qualquer perda de urina, seja involuntária, provocada ou descrita pelo cuidador (BRASIL, 2019). Conforme Brasil (2006) pode evoluir com infecção do trato urinário (ITU), disfunção sexual e renal, perda do sono e quedas e repercutir em isolamento, depressão e vergonha. É comum não procurar ajuda para tratar da IU, pois alguns acreditam que é algo normal do envelhecimento, ou que não existe tratamento, afetando o lado do bem-estar físico, emocional, psicológico e social.

A IU pode estar associada com diuréticos, diabetes, ITU (BRASIL, 2019), café, álcool, acidente vascular cerebral e obstrução por fecaloma (BRASIL, 2006), entre outros. Está dividida em três tipos, classificados por meio da história clínica (BRASIL, 2019):



- a) de esforço (IUE): relacionada com a elevação da pressão abdominal;
- b) de urgência (IUU): relacionada com bexiga hiperativa;
- c) mista (IUM): na existência dos dois tipos de IU.

Às mulheres com menopausa, para qualquer IU, deve-se oferecer terapia estrogênica tópica, com creme vaginal, a base de estriol, 2cc preferencialmente, 1 a 2 x por semana. Antes, realizar exames preventivos para câncer (BRASIL, 2006).

Para todos os tipos de IU, os exercícios são aliados às manobras comportamentais na primeira linha do tratamento.

Saiba mais

Leia mais nas orientações sobre [“O que são e como orientar os exercícios da musculatura pélvica \(Kegel\)?”](#) Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul.

1.1.9.1 Incontinência urinária de esforço (IUE)

A IUE ocorre pela deficiência no suporte vesical e uretral dos músculos do assoalho pélvico e/ou por lesão ou fraqueza do esfíncter uretral, levando a perda urinária na elevação da pressão abdominal, ao tossir, espirrar, correr, rir, levantar peso, levantar-se ou andar (BRASIL, 2019). Esses sinais de IUE apontam para 95% de valor preditivo positivo e 100% de valor preditivo negativo, para disfunção vesical. Na maioria não existem perdas urinárias em repouso ou sono (BRASIL, 2019).

Nas mulheres, a IUE ocorre por danos no parto, cirurgias, radioterapia, tabagismo e obesidade (BRASIL, 2019), além de distúrbios neurológicos, hipotrofia e pobre vascularização da uretra, bexiga e vagina (BRASIL, 2006). Nos homens, a IUE associa-se mais a cirurgia de prostatectomia, com menor risco de IU quanto maior a experiência da equipe médica cirúrgica. Após a cirurgia a IU é comum na retirada da sonda, vindo a normalizar na maioria das vezes em seis meses, devendo-se afastar a possibilidade de ITU.

Nos casos leves, o tratamento é conservador com uso de absorventes, clampe peniano, eletroestimulação, exercícios de Kegel e biofeedback, mas podem ser usadas drogas inibidoras da recaptção da serotonina caso a IU permaneça. Em casos graves, existe a correção com esfíncter artificial (KAKIHARA, 2018). Como tratamento de segunda linha, a duloxetine pode ser prescrita tanto para mulheres quanto para homens com IUE.

1.1.9.2 Incontinência urinária de urgência (IUU)

A IUU ocorre pela hiperatividade detrusora (HD), quando o músculo detrusor se contrai involuntariamente. Ao passo que na continência urinária normal a bexiga tem pressão intravesical baixa e se mantém constante ao



encher. Porém, na HD a sensibilidade vesical preservada, leva ao desejo súbito miccional.

Frequentemente associados a IUU estão a urgência miccional, noctúria e polaciúria. Um exemplo é a infecção urinária. Na IUU, os sinais preditores de disfunção vesical não são tão valiosos, podendo precisar de estudo urodinâmico. Nas mulheres, é mandatório o exame ginecológico que deve procurar a atrofia urogenital, vulvo-vaginites atróficas e prolapso genital (BRASIL, 2019).

Quanto aos antimuscarínicos (oxibutinina e tolterodina), embora exista um alto abandono do uso, devido seus efeitos adversos, em especial a xerostomia, a sua ação na inibição dos receptores muscarínicos no detrusor, faz deles o principal alvo para pacientes com sintomas irritativos de armazenamento (IUU ou IUM). Neste caso, considerar substituir pela oxibutinina transdérmica, devido à intolerância dos antimuscarínicos orais (SILVA et al., 2017).

O Mirabegrom é prescrito à pacientes com IUU ou IUM, em caso de refratariedade ao tratamento conservador, porém é contraindicado na hipertensão não controlada (SILVA et al., 2017).

1.1.9.2 Incontinência urinária mista (IUM)

A IUM é a combinação da IUE e IUU, ou seja, é a hiperatividade detrusora associada a insuficiente oclusão uretral (BRASIL, 2019).

Saiba mais

Leia o artigo [Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura](#), em que você encontra um fluxograma da conduta da incontinência urinária na mulher e uma síntese interessante sobre o tema incontinência urinária. Aproveite e consulte também o artigo [Importância da intervenção fisioterapêutica precoce na correção da incontinência urinária masculina pós-prostatectomia](#).

1.1.10 Nutrição

O cálculo do Índice de Massa Corporal [IMC= peso (Kg)/altura² (m)], é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), como critério prioritário no diagnóstico nutricional e monitoramento de idosos. Indica doenças, mortalidade e incapacidade funcional, sendo simples, rápido e de baixo custo (BRASIL, 2006). Os pontos de corte do IMC são diferentes entre adultos e idosos, devido à diferença no padrão de distribuição do tecido adiposo e a redução da massa muscular e na altura dos idosos. Na Tabela 1, você verifica os pontos de corte para IMC estabelecidos para idosos.



Tabela 1 - Pontos de corte para IMC estabelecidos para idosos

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo peso
>22 e <27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: BRASIL (2006).

1.1.11 Suporte social

É importante que a família e a sociedade estejam envolvidas com o suporte ao idoso. O ambiente familiar deve estar harmonioso e equilibrado. Já o suporte social, por sua vez, necessita ser fortalecido, entre outros, na figura do cuidador do idoso. Conhecer o suporte social é importante no planejamento da assistência (BRASIL, 2006).

1.1.12 Atividade sexual

A sexualidade faz parte da Avaliação Multidimensional. No idoso, a vida sexual está ativa em 74% dos homens e 56% das mulheres casadas, podendo ser influenciada pelo diabetes, artrite, medicamentos, uso de álcool, medo e fadiga. Devem ser abordadas no atendimento médico com o idoso, a Aids e infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2006).

Saiba mais

Para saber mais sobre IST e Aids, consulte o [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis](#).



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas / **Incontinência Urinária Não Neurogênica. Relatório de Recomendações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF, Hetem LA. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry*. São Paulo. Vol. 31, supl. 1 (maio 2009), p. S7-S17. 2009.

SILVA et al., "Incontinência urinária: uma breve revisão da literatura. Urinary incontinence: a brief review of the literature" *Acta méd.* (Porto Alegre) ; Vol.38, n. 7, 2017.

Kakihara, Carina Tárzia. "Importância da intervenção fisioterapêutica precoce na correção da incontinência urinária masculina pós-prostatectomia." *Fisioterapia Brasil* Vol.7, no. 3, p. 213-218, 2018.

Lachs, Mark S., Alvan R. Feinstein, Leo M. Cooney, Margaret A. Drickamer, Richard A. Marottoli, Fitzhugh C. Pannill, and Mary E. Tinetti. "A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients." *Annals of internal medicine*; Vol. 112, no. 9, p. 699-706, 1990.

Moore, Alison A., and Albert L. Siu. "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument." *The American journal of medicine*; Vol. 100, no. 4, p. 438-443, 1996.

Moraes, Edgar Nunes. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.* / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Parham, Kouros, Brian J. McKinnon, David Eibling, and George A. Gates. "Challenges and opportunities in presbycusis." *Otolaryngology--Head and Neck Surgery* ; Vol. 144, no. 4, p.491-495, 2011.

SCALCO, Mônica Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 55-63, Apr. 2002.



Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática/
Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; -
2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2019. 2 v. I e II, p.2296.

O vídeo “Mini-exame do estado mental na pessoa idosa” demonstra a aplicação
desse teste por um profissional de saúde

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2767>

O vídeo “Escala de depressão geriátrica” demonstra a aplicação dessa escala por
um profissional de saúde.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2770>

Leitura complementar

Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas de Alzheimer.

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/465660-17-10-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Alzheimer-27-11-2017---COMPLETA.pdf>

A linha tênue entre a demência e depressão no idoso: relato de caso.

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200006

