

**DIRETRIZES DE PROCESSO DE TRABALHO –  
ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo desde o século XIX. Nos últimos anos, este processo tem ocorrido de forma acelerada. Projeções publicadas pela *World Health Organization* (WHO), mostram que em 2050 haverá 1,5 bilhão de idosos acima de 60 anos. Estima-se que, no Brasil, haja uma população total de 233,8 milhões, sendo 18,9 milhões as pessoas idosas com mais de 65 anos e 3,1 milhões os acima de 80 anos em 2020, caracterizando a sexta população mais idosa do mundo em 2025 (NOGUEIRA *et al.*, 2019; UNITED NATIONS, 2019).

A Política Nacional do Idoso (PNI) determina a pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais, das quais demonstram mudanças fisiológicas que, na maior parte das vezes, levam a redução das funções orgânicas e da qualidade de vida, o que as tornam vulneráveis às doenças ao longo da vida (ALMEIDA *et al.*, 2020). Além da redução ou perda de suas capacidades, a maior parte das pessoas idosas é acometida por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais tendem a se manifestar de forma mais intensa na terceira idade. Estas manifestações podem levar a incapacidade, dificultando ou impedindo a autonomia na realização das atividades cotidianas. Logo, há comprometimento significativo na qualidade de vida da pessoa idosa (MAEYAMA *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado da pessoa idosa devem estar atentos às mudanças relacionadas ou não ao processo de envelhecimento, por meio de uma abordagem que permita identificar quais agravos a população idosa está exposta, realizando o acompanhamento para que alterações patológicas sejam abordadas precocemente. Contribuir para que a pessoa idosa possa redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível mesmo ocorrendo limitações é o maior desafio na atenção (MAEYAMA *et al.*, 2020).

Dessa forma, é preciso uma avaliação gerontológica efetiva e que os cuidados coordenados de sua funcionalidade sejam além da presença ou número de doenças específicas (VASCONCELOS *et al.*, 2020). Uma vez que o envelhecimento em si está positivamente associado ao desenvolvimento de DCNT, pois a prevalência dessas doenças aumenta significativamente durante a velhice (COELHO-JUNIOR *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Estabelecer rotina e critérios de atendimento individual multiprofissional ao idoso e descrever como poderá ser realizado o atendimento na Atenção Primária à Saúde de Taiobeiras – Minas Gerais.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Implementar protocolo de atendimentos individuais e coletivos com vistas ao acompanhamento da saúde da pessoa idosa.
- Prevenir as internações hospitalares evitáveis causadas por doenças e agravados agudos ou crônicos entre pessoas idosas.
- Melhorar o acesso aos idosos em situações de fragilidade a fim de promover a qualidade de vida e/ou reabilitação da funcionalidade.

### 3 Justificativa

Sabe-se que o envelhecimento é um processo contínuo que gera mudanças complexas, graduais e inevitáveis, por meio das alterações da idade cronológica, variação na função física e cognitiva. É caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, que varia de acordo com fatores biológicos, psicológicos e sociais (CARNEIRO *et al.*, 2019; COELHO-JUNIOR *et al.*, 2017; VASCONCELOS *et al.*, 2020).

A população idosa está particularmente susceptível ao aparecimento de DCNT e de déficit funcional, resultando em hiperutilização dos serviços de saúde. Torna-se necessário que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) auxiliem os indivíduos a alcançarem a idade avançada contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável. É indispensável que as equipes de saúde realizem o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação, visando a manutenção da capacidade funcional do processo senescência.

#### 4 Acolhimento, acesso, organização e programação do cuidado

As Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) devem atuar proporcionando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços sendo a porta de entrada para a pessoa idosa. A princípio, as equipes da ESF e Saúde Bucal (ESB) devem trabalhar na perspectiva de organização da oferta de atendimentos programados individuais e/ou em grupo para o cidadão idoso. O **Quadro 01** especifica as diretrizes para o acolhimento e captação do idoso na APS.

**Quadro 01 – Síntese das diretrizes para o acolhimento da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.**

O que fazer?	Como fazer?	Quem faz?	Como registrar?
Captação da pessoa idosa para o cuidado longitudinal durante visitas domiciliares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os idosos por meio do cadastro individual.</li> <li>▪ Ofertar atendimento individual com o profissional de nível superior.</li> <li>▪ Agendar o atendimento com o profissional de nível superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agente comunitário de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prontuários eletrônicos (Sistema Vivver)</li> </ul>
Captação da pessoa idosa na demanda espontânea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informar sobre o acompanhamento a pessoa idosa.</li> <li>▪ Ofertar atendimento individual com o profissional de nível superior.</li> <li>▪ Agendar o atendimento com o profissional de nível superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profissional de nível superior lotado na APS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prontuários eletrônicos (Sistema Vivver)</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Além do acolhimento, é necessário que haja planejamento quanto a organização do cuidado a pessoa idosa na perspectiva da integralidade com atendimentos individuais e coletivos realizados pelas equipes ESF e ESB, tornando indispensável o gerenciamento da agenda, como especificado no **Quadro 02**.

**Quadro 02 – Síntese das diretrizes para a organização da agenda no cuidado a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.**

O que fazer?	Com o fazer?	Quem faz?	Como registrar?
Organização da agenda para o cuidado a pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agendamento para atendimento individual conforme semana padrão de cada profissional da UAPS e encaminhamento para profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), se necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profissional de nível superior lotado na APS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prontuários eletrônico (Sistema Vivver).</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

Após o acolhimento o cidadão idoso será direcionado para o agendamento da avaliação por profissional de nível superior: Farmacêutico(a), Enfermeiro(a), Médico(a) e Odontólogo(a) onde será avaliado a necessidade de encaminhamento para os profissionais Psicólogo(a), Fisioterapeuta, Educador Físico e Nutricionista do NASF-AB, conforme representado no **Quadro 02**. O atendimento deverá ser registrado no prontuário eletrônico (Sistema Vivver) pelo método SOAP, conforme **Quadro 03**, permitindo que as informações sejam descritas em sequência lógica, facilitando a busca por informações nas próximas consultas.

**Quadro 03 – Síntese das diretrizes para registro do atendimento a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.**

S (Subjetivo)	O (Objetivo)	A (Avaliação)	P (Plano)
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Queixa;</li> <li>▪ História Progressiva;</li> <li>▪ Hábitos de vida;</li> <li>▪ História familiar;</li> <li>▪ Aspectos socioeconômicos;</li> <li>▪ Suporte familiar;</li> <li>▪ Questionar incontinência urinária*</li> <li>▪ Questionar uso de próteses dentárias, presença de lesões;</li> <li>▪ Questionar presença de quadros agudos;</li> <li>▪ Investigar se portador de doenças crônicas;</li> <li>▪ Verificar presença de doenças respiratórias/alergias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro da antropometria (peso e altura) e IMC (Quadro 05);</li> <li>▪ Registro de medicamentos utilizados;</li> <li>▪ Sinais vitais (PA, FR, FC, Tax);</li> <li>▪ Registro do exame físico;</li> <li>▪ Registro dos resultados de exames laboratoriais realizados anteriormente;</li> <li>▪ Circunferência de panturrilha (Quadro 06)</li> <li>▪ Questionar sobre equilíbrio e locomoção, conforme teste Timed get up and go, (Quadro 07);</li> <li>▪ Investigar sinais/sintomas ou se realiza tratamento neurológicos/ psicológicos (Realizar testes PHQ -9; Escala de depressão geriátrica, Mini mental conforme Quadros 08, 09);</li> <li>▪ Aplicar teste de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20) (Quadro 10)*</li> <li>▪ Investigar risco de quedas conforme escala Katz e Lawton (Quadros 12,13).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registro sumária da conduta;</li> <li>▪ Registro do resultado do Teste de IVCF-20 (Quadro 10).</li> <li>▪ Imunizações (Quadro 04)</li> <li>▪ Avaliação de Problemas Relacionados a Medicamentos e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos conforme Critério de Beers (Farmacêuticos).</li> <li>▪ Verificar capacidade de gestão da terapia medicamentosa.</li> <li>▪ Especificar obrigatoriamente a hipótese diagnóstica codificado pelo <b>CID 10</b> (médico e odontólogos) pela <b>CIAP 2</b> (farmacêuticos, enfermeiros e odontólogos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encaminhar para avaliação médica, se necessário;</li> <li>▪ Orientações para redução de quedas</li> <li>▪ Em presença de lesões bucais encaminhar para avaliação odontológica o mais rápido possível,</li> <li>▪ Redução e/ou interrupção de tabaco e álcool</li> <li>▪ Encaminhar ao grupo de incontinência urinária**</li> <li>▪ Encaminhamento intersetorial:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Médico: especialidades médicas e Nasf-AB;</li> <li>○ Farmacêutico, enfermeiro e odontólogo: Nasf-AB e grupo anti-tabagismo, se necessário conforme avaliação;</li> </ul> </li> <li>▪ Alimentação saudável e atividades físicas/práticas corporais;</li> <li>▪ Orientações de auto cuidado, higiene, saúde bucal e uso dos medicamentos</li> <li>▪ Agendar retorno (Quadro 11).</li> </ul>

\* Em toda consulta deve ser aplicado o IVCF-20 para determinar periodicidade de retorno do paciente. \*\* Verificar disponibilidade do grupo.

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## 5 Calendário Vacinal do Pessoa Idosa com Assistência na APS

A incidência das doenças infecciosas tende a aumentar conforme a idade avança, sendo um dos fatores principais da mortalidade e morbidade entre idosos. Assim, a vacinação do idoso torna-se essencial, constituindo o melhor plano de prevenção de algumas doenças infecciosas. A campanha de vacinação é instituída pelo Ministério da Saúde e tem o objetivo de reduzir, na população idosa, o risco de morte e as internações causadas pelas doenças respiratórias e infectocontagiosas contribuindo para o

aumento da expectativa e da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2017). Além, da campanha vacinal a Sociedade Brasileira de Imunizações disponibiliza calendário de vacinas indicadas ao idoso, conforme **Quadro 04**.

**Quadro 04. Imunizações indicadas para pessoa idosa**

Calendário vacinal do Idoso					
Vacinas	Indicação	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
				Gratuitas nas UAPS	Clínicas privadas de vacinação
Influenza (gripe)	Rotina	Dose única anual.	Disponível a vacina influenza 4V e 3V, por conferir maior cobertura das cepas circulantes a 4V é mais indicada. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V.	SIM, para maiores de 55 anos. Ofertada durante campanha Nacional de vacinação contra Influenza.	SIM, 3V e 4V
Pneumocócicas (VPC13) e (VPP23)	Rotina	Iniciar com uma dose da VPC13 seguida de uma dose de VPP23 seis a 12 meses depois, e uma segunda dose de VPP23 cinco anos após a primeira.	Para aqueles que já receberam uma dose de VPP23, recomenda-se o intervalo de um ano para a aplicação de VPC13. A segunda dose de VPP23 deve ser feita cinco anos após a primeira, mantendo intervalo de seis a 12 meses com a VPC13. Para os que já receberam duas doses de VPP23, recomenda-se uma dose de VPC13, com intervalo mínimo de um ano após a última dose de VPP23. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes dos 60 anos, está recomendada uma terceira dose depois dessa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose.	SIM, para pessoas a partir de 60 anos com condições clínicas especiais (acamados, hospitalizados ou institucionalizados).	SIM

**Prefeitura de Taiobeiras**  
**Protocolos da Atenção Primária à Saúde**  
**Acompanhamento da Saúde da Pessoa Idosa**

Herpes zóster	Rotina	Uma dose	<p>Vacina recomendada mesmo para aqueles que já desenvolveram a doença. Nesses casos, aguardar intervalo mínimo de um ano, entre o quadro agudo e a aplicação da vacina.</p> <p>Em caso de pacientes com história de herpes zóster oftálmico, não existem ainda dados suficientes para indicar ou contraindicar a vacina.</p> <p>O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico.</p>	NÃO	SIM
<p>Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP</p> <p>Dupla adulto (difteria e tétano) – dT</p>	Rotina	<p>Com esquema de vacinação básico completo: reforço com dT a cada dez anos.</p> <p>Com esquema de vacinação básico incompleto ou histórico vacinal desconhecido: uma dose de dTpa ou dT a qualquer momento e completar a vacinação básica com uma ou duas doses de dT de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>A vacina está recomendada mesmo para aqueles que tiveram a coqueluche, já que a proteção conferida pela infecção não é permanente.</p> <p>Considerar antecipar reforço com dTpa para cinco anos após a última dose de vacina contendo o componente pertussis para idosos contactantes de lactentes.</p> <p>Para idosos que pretendem viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica recomenda-se a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP).</p> <p>A dTpa-VIP pode substituir a dTpa, se necessário.</p>	SIM, dT e dTpa para profissionais da saúde	SIM dTpa e dTpa-VIP
Hepatites A e B	Hepatite A: após	Duas doses, no esquema 0 - 6	Na população com mais de 60 anos é incomum encontrar indivíduos suscetíveis,	NÃO	SIM

**Prefeitura de Taiobeiras**  
**Protocolos da Atenção Primária à Saúde**  
**Acompanhamento da Saúde da Pessoa Idosa**

	avaliação sorológica ou em exposição ou surtos.	meses.	portanto, a vacinação não é prioritária. A sorologia pode ser solicitada para definição da necessidade ou não de vacinar. Em contactantes de doentes com hepatite A, ou durante surto da doença, a vacinação deve ser recomendada.		
	Hepatite B: rotina.	Três doses, no esquema 0-1-6 meses	-	SIM	SIM
	Hepatite A e B: quando recomendadas as duas vacinas.	Três doses, no esquema 0-1-6 meses	A vacina combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B.	NÃO	SIM
Febre amarela	Para idosos não previamente vacinados e residentes em áreas de vacinação, após avaliação de risco/benefício.	Dose única. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. Uma segunda dose pode ser considerada pelo risco de falha.	Embora raro, está descrito risco aumentado de eventos adversos graves na primovacinação de indivíduos maiores de 60 anos. Nessa situação, avaliar risco/benefício. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os Calendários de vacinação SBIIm pacientes especiais).	SIM	SIM
Meningocócicas conjugadas	Surto e viagens para áreas de	Uma dose. A indicação da vacina e necessidade de	Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.	NÃO	SIM

ACWY/C	risco.	reforços, dependerão da situação epidemiológica.			
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Situações de risco aumentado.	Uma dose. A indicação da vacina dependerá de risco epidemiológico e da situação individual de suscetibilidade.	Na população com mais de 60 anos é incomum encontrar indivíduos suscetíveis ao sarampo, caxumba e rubéola. Para esse grupo, portanto, a vacinação não é rotineira. Porém, a critério médico (em situações de surtos, viagens, entre outros), pode ser recomendada. Contraindicada para imunodeprimidos.	NÃO	SIM

**Fonte:** Adaptado de Calendário de vacinação do idoso. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) – 2020/2021.

## 6 Índice se Massa Corpórea (IMC) para Idosos e Circunferência da Panturrilha (CP)

A classificação do estado nutricional de idosos, assim como a de adultos, é realizada a partir do valor bruto de IMC. Porém, para esse estágio de vida são definidos dois pontos de corte distintos daqueles de adultos para o indicador de IMC (valores de IMC de 22,0 e 27,0 Kg/m<sup>2</sup>), permitindo a classificação de acordo com o **Quadro 05**.

**Quadro 05 - Valores de Índice de massa corpórea (IMC) para idoso**

Valores de referencia de IMC para idosos	
IMC menor ou igual a 22,0 Kg/m <sup>2</sup>	Idoso com baixo peso
IMC maior que 22,0 e menor que 27,0 Kg/m <sup>2</sup>	Idoso com peso adequado (eutrófico)
IMC maior ou igual a 27,0 Kg/m <sup>2</sup>	Idoso com sobrepeso

**Fonte:** SISVAN - Estado Nutricional dos Usuários da Atenção Básica, 2004

A medida da circunferência da panturrilha (CP) é um indicador com boa capacidade na predição da diminuição da massa muscular no idoso (PAGOTTO *et al.*, 2018). Deverá ser realizada na perna esquerda, com uma fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante. A CP varia de acordo com sexo e para ser considerada adequada deve estar dentro dos valores de referência, conforme **Quadro 06**.

**Quadro 06 – Valores de referência para circunferência da panturrilha**

Circunferência da Panturrilha (CP)	
Sexo	CP igual ou maior que:
Homens	33 cm a 34 cm
Mulheres	31 cm a 35 cm

**Fonte:** PAGOTTO *et. al*, 2018

## 7 Avaliação de Risco de Quedas -Time Get Up And Go Test (TUGT)

Atualmente, a queda é considerada uma “síndrome geriátrica” devido sua alta incidência em pessoas idosas. As quedas podem levar a escoriações, fraturas e a sérias lesões, como os traumatismos cranianos, podendo gerar restrições nas atividades de vida diária, ocasionando significativas limitações físicas e psicológicas as pessoas idosas pela perda de autonomia. Para evitar e reduzir as quedas é importante aplicar precocemente a escala do risco de quedas que avalia, acompanha e ajuda nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (CABERLON, 2019).

O processo de senescência está associado com o déficit da massa muscular e óssea com a perda de equilíbrio, o que pode aumentar o risco de quedas entre as pessoas idosas. Segundo Souza *et al.*, 2017 para avaliar o risco de quedas, o idoso deverá está sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço. Solicite ao idoso, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe três metros, virando 180° e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente. A proposta do teste é observar o equilíbrio assentado em uma cadeira, transferências da posição assentada para de pé, estabilidade na deambulação e mudanças no curso de marcha sem utilizar estratégias compensatórias. O resultado pode ser analisado e preenchido conforme **Quadro 07**.

**Quadro 07 - Avaliação de Risco de Quedas -Time Get up and go Test (tugt)**

Avaliação de Risco de Quedas- Time Get up and go Test ( tugt)	
( )	< 10 segundos acompanhar conforme o fluxo normal da Atenção Básica
( )	10 a 19 segundos acompanhar na ESF a não ser que tenha outras indicações para a atenção especializada. Segundo a literatura, o tempo acima de 12,4 segundos indica risco aumentado para quedas.
( )	20 segundos ou mais deverá ser encaminhado para a avaliação médica a fim de verificar a necessidade de avaliação com especialista.

Fonte: SOUZA *et al.*, 2017

## 8 Saúde Intelectual e Psíquica da Pessoa Idosa Acompanhada na APS

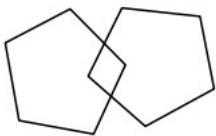
A maior parte das doenças mentais tem início na primeira metade da vida e com o avanço da idade há elevação dos riscos para essas patologias. Alguns estudos revelam que as afecções mentais, incluindo demências e transtornos funcionais, tenham um aumento de 43%, aos 61 anos, para 67%, aos 81 anos. Porém, encontra-se grande dificuldade de determinar o padrão de normalidade para o idoso (MACHADO *et al.*, 2020).

Segundo Melo, Barbosa e Neri, 2017, uma ferramenta muito utilizada para avaliação da saúde mental é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), que é uma medida dicotômica, com aplicação rápida e breve, que rastreia o comprometimento das funções cognitivas, conforme **Quadro 08**.

**Quadro 08 – Mini exame do estado mental (MEEM)**

Mini exame do estado mental	
<b>Identificação do Paciente</b> Nome: _____ Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____ Avaliador: _____ Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( ). Avaliação em: ____/____/____	
<b>Orientação Temporal Espacial</b> 1. Qual é o (a) Dia da semana? __ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? __ 1 2. Onde estamos? Local? _____ 1 Rua? __ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	<b>Linguagem</b> 6. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta. _____ 2 7. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1
<b>Registros</b> 3. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para	8. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3

**Prefeitura de Taiobeiras**  
**Protocolos da Atenção Primária à Saúde**  
**Acompanhamento da Saúde da Pessoa Idosa**

<p>repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.</p> <p>-Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>9. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>10. 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) _____ 1</p>
<p><b>Atenção e cálculo</b></p> <p>4. O senhor faz cálculos?          Sim (vá para a pergunta 4a)          Não (vá para a pergunta 4b)</p> <p>4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?          4b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente _____ 5</p>	<p>11. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p> 
<p><b>Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>5. Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.          _____ 3</p>	<p><b>AVALIAÇÃO do escore obtido</b></p>
<p><b>TOTAL DE PONTOS OBTIDOS</b> _____</p> <p>Normal: Acima de 27 pontos          Demência: Menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.</p> <p><i>Escore médios para depressão</i></p> <p><i>Depressão não-complicada: 25,1 pontos</i></p> <p><i>Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos</i></p>	

**Fonte:** BVS Atenção Primária de Saúde

As mudanças na rotina, o isolamento social e o declínio funcional predispõe a depressão na terceira idade. Um instrumento de diagnóstico de fácil uso é o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), conforme **Quadro 09**, essa ferramenta é muito utilizada para determinar precocemente o risco para o transtorno depressivo (MATIAS *et al.*, 2018).

**Quadro 09- Instrumento para avaliação de depressão**

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	
AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.	
Nome do paciente: _____	Possui diagnóstico de depressão? [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Não sabe [ <input type="checkbox"/> Sim. Desde quando? _____
depressão: [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim. Tempo de tratamento: _____	Já encontra-se em tratamento da depressão: [ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim. Tratamento atual para depressão: _____
_____	Tratamentos prévios para depressão: _____
Data de aplicação do instrumento: _____	

Prefeitura de Taiobeiras  
Protocolos da Atenção Primária à Saúde  
Acompanhamento da Saúde da Pessoa Idosa

<p>1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p>10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <p>(0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade</p>

Interpretação do Score Total do PHQ-9	
Escore Total	Gravidade da depressão
1-4	Depressão Mínima
5-9	Depressão Leve
10-14	Depressão Moderada
15-19	Depressão Moderadamente Grave
20-27	Depressão Grave

Fonte: SANTOS et. al., 2013

## 9 Avaliação Clínico Funcional na Pessoa Idosa

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

O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), disposto no **Quadro 10**, é um instrumento simples e de aplicação rápida, foi desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde do idoso para rastrear a fragilidade da pessoa idosa. Contempla aspectos preditores de declínio funcional e óbito em idosos, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito dimensões: idade, auto-percepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas. A pontuação máxima de 40 pontos, sendo que quanto maior o valor atribuído maior comprometimento no nível de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES *et al.*, 2016; BRASIL, 2019).

#### Quadro 10 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20.

Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20)		
Responda as perguntas abaixo com ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para sua condição de saúde atual e some os valores sobrescritos ao final.  Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do familiar ou cuidador. A somatória de pontos se dá através da pontuação descrita na alternativa escolhida.		
Dimensões		Pontuação
IDADE	1. Qual a sua idade? ( ) 60 a 74 anos <sup>0</sup> ( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup> ( ) 85 anos ou mais <sup>3</sup>	

**Prefeitura de Taiobeiras**  
**Protocolos da Atenção Primária à Saúde**  
**Acompanhamento da Saúde da Pessoa Idosa**

AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a saúde do(a) Sr(a) é? ( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> ( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	3. Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de fazer compras? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	Máximo 4 pontos.
	4. Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	5. Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louças, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	6. Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de tomar banho sozinho(a)? ( ) Sim <sup>6</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
COGNIÇÃO	7. Alguém ou algum familiar falou que o(a) Sr(a) está ficando esquecido(a)? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
HUMOR	10. No último mês, o(a) Sr(a) ficou desanimado(a), triste ou com desesperança? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	11. No último mês, o(a) Sr(a) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
MOBILIDADE	12. O(a) Sr(a) é incapaz de elevar os braços acima do nível dos ombros? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	Máximo 2 pontos.
	13. O(a) Sr(a) é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	14. O(a) Sr(a) tem alguma das três condições abaixo: a) 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?( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup> b) IMC menor que 22kg/m <sup>2</sup> ? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup> c) Circunferência da panturrilha < 31 cm?( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup> d) Tempo de caminhada, 4m >5seg?( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	15. A dificuldade para caminhar é capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	16. O(a) Sr(a) teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	17. O(a) Sr(a) perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
	18. O(a) Sr(a) tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?(OBS: é permitido o uso de óculos ou lente) ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	
19. O(a) Sr(a) tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?(OBS: é permitido o uso de aparelhos de audição) ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não <sup>0</sup>		

<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	20. O(a) Sr(a) tem alguma das três condições abaixo? a) Cinco ou mais doenças crônicas? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup> b) Uso Regular de cinco ou mais medicamentos regulares? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup> c) Internação recente, nos últimos 6 meses? ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não <sup>0</sup>	Máximo 4 pontos.
<i>Pontuação final: 40 pontos.</i>		

**Fonte:** Adaptado de MORAES *et al.*, 2016.

A partir da pontuação obtida são geradas três classificações, estando cada uma delas vinculadas a uma recomendação terapêutica (**Quadro 11**).

**Quadro 11- Correlação entre risco de vulnerabilidade e declínio funcional.**

Pontuação	Classificação	Ponto de vista terapêutico
0-6 pontos	Idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Ausência de declínio funcional, acompanhamento multiprofissional anual*
7-14 pontos	Idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Possível declínio funcional, acompanhamento multiprofissional a cada seis meses*
> 15 pontos	Idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Presença de declínio funcional, acompanhamento multiprofissional a cada quatro meses*

\* O acompanhamento multiprofissional será realizado com a seguinte ordem: enfermeiro(a), farmacêutico(a), médico(a), odontólogo(a).

**Fonte:** Adaptado de MORAES *et al.*, 2016.

O idoso com baixa vulnerabilidade clínico-funcional indica que não há necessidade de avaliação e acompanhamento especializados. O idoso com moderada vulnerabilidade clínico-funcional apresenta necessidade de avaliação mais ampla, além de tratamento especializado para condições crônicas. O idoso com alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade já instalada, requerendo avaliação ampliada por equipe multiprofissional especializada em cuidar de pessoas com problemas geriátricos e gerontológicos, além de requerer suporte psicossocial (BRASIL, 2019).

### **Escala de Atividades Básicas de Vida Diária**

A escala de Katz é umas das mais conhecidas e utilizadas para avaliar o desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD) de um indivíduo. Foi desenvolvida para realizar a avaliação em idosos e o prognóstico de doentes crônicos. É composta por seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, obedecendo uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho, conforme **Quadro 12**.

**Quadro 12- Escala de atividade de vida diária básica**

Score	Escala de Katz
( I ) Independência ( A ) Dependência Total ( D ) Dependência Parcial	1- Banho ( I ) Não recebe assistência  ( A ) Assistência para uma parte do corpo  ( D ) Não toma banho sozinho
	2- Vestuário ( I ) Veste-se sem assistência ( A ) Assistência para amarrar os sapatos ( D ) Assistência para vestir-se
	3- Higiene Pessoal ( I ) Vai ao banheiro sem assistência ( A ) Recebe assistência para ir ao banheiro ( D ) Não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas
	4- Transferência ( I ) Deita, levanta e senta sem assistência ( A ) Deita, levanta e senta com assistência ( D ) Não levanta da cama
	5- Continência ( I ) Controle Esfincteriano completo ( A ) Acidentes ocasionais ( D ) Supervisão: uso de cateter ou incontinente
	6- Alimentação ( I ) Sem assistência ( A ) Assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão ( D ) Com assistência, ou sondas, ou fluidos IV

Fonte: VERAS, 2019

### **Escala de atividades instrumentais de vida diária**

Escala criada por Lawton & Brody, em 1969, sendo utilizada, tanto na prática clínica como em pesquisa em todo o mundo. Avalia sete atividades: uso do telefone, locomover-se usando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparo de refeições, uso de medicamentos e manejo das finanças. Há três opções de resposta: independente, necessidade de ajuda parcial ou

incapacidade para realização da tarefa. A pontuação varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação. O escore máximo é 21 pontos, quando o indivíduo for totalmente independente. Não há ponto de corte estabelecido, mas sim uma avaliação qualitativa da capacidade funcional do idoso. Todas as perguntas devem ser feitas ao idoso e também a um informante capacitado conforme **Quadro 13**.

**Quadro 13 Escala de atividades de instrumentais de vida diária**

Score	Escala de Lawton
( 3 ) Independência ( 2 ) Dependência Parcial ( 1 ) Dependência Total	1- Telefone ( 3 ) Recebe e faz ligações sem assistência ( 2 ) Assistência para ligações ou telefone especial ( 1 ) Incapaz de usar o telefone
	2- Viagens ( 3 ) Viaja sozinho ( 2 ) Viaja exclusivamente acompanhado ( 1 ) Incapaz de viajar
	3- Compras ( 3 ) Faz compras, se fornecido o transporte ( 2 ) Faz compras acompanhados ( 1 ) Incapaz de fazer compras
	4- Preparo de Refeições ( 3 ) Planeja e cozinha refeições completas ( 2 ) Prepara só pequenas refeições ( 1 ) Incapaz
	5- Trabalho Doméstico ( 3 ) Tarefas pesadas ( 2 ) Tarefas leves, com ajuda nas pesadas ( 1 ) Incapaz
	6- Medicamentos ( 3 ) Toma remédios sem assistência ( 2 ) Necessita de lembretes ou de assistência ( 1 ) Incapaz de tomar sozinho
	7- Dinheiro ( 3 ) Preenche cheques e paga contas ( 2 ) Assistência para cheques e contas ( 1 ) Incapaz

Fonte: VERAS, 2019

## 10 Tratamento

A estratégia utilizada para o cuidado da saúde da pessoa idosa é a definição de um plano de manejo das complicações voltada para o paciente nesta faixa etária em que serão definidos claramente os problemas de saúde. O idoso tem particularidade bem conhecidas e podem apresentar mais afecções crônicas, fragilidade, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer na ausência de doenças ainda tem perda funcional, diante disso faz se necessário um cuidado estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto jovem (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Portanto, uma abordagem centrada na pessoa identificando quais são as principais condições clínicas que necessita de atenção é de suma importância pois, nessa fase há a possibilidade de planejar, executar, estabelecer metas terapêuticas e realizar intervenções.

Os principais problemas de saúde desenvolvidos nos idosos que necessita de rede de apoio e cuidado longitudinal são incontinência urinária, definida como eliminação involuntária de urina em qualquer quantidade e frequência suficiente para provocar prejuízo a saúde, que podem ser tratada pelo fisioterapeuta trabalhando com exercício que fortaleça o assoalho pélvico, exercício de resistência, evitar diuréticos e substâncias que irritam a bexiga, como a cafeína (MARQUES, 2016).

Outro fator muito prevalente são as quedas relacionados ao envelhecimento, com a diminuição da acuidade visual, fraqueza na musculatura, alterações no equilíbrio, além do uso concomitante de medicamentos. As quedas podem causar danos físicos como lesões de pele, fraturas graves que necessita de intervenção a nível hospitalar. Esses eventos podem provocar traumas psicológicos, diante disso é fundamental que ocorra a identificação de prevenção da ocorrência de queda entre idosos, orientar uso de calçado antiderrapante, manutenção de um ambiente seguro e se atentar ao uso de determinados medicamentos (MIRANDA *et al.*, 2017).

Existem fármacos que devem ser evitados, pois afetam negativamente idosos devido a risco de reações adversas a medicamentos (RAM), sendo considerados como de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) seguindo critérios STOPP (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*) e Critérios de Beers (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Alguns desses fármacos mais comuns são listados a seguir:

1. Benzodiazepínicos (Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Clordiazepóxido, Cloxazolam, Diazepam, Estazolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Midazolam, Nitrazepam): aumentam o risco de comprometimento cognitivo, *delirium*, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos. Evitar todos os benzodiazepínicos para tratar insônia, agitação ou *delirium*.

2. Antipsicóticos de primeira geração (Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Levomepromazina, Penfluridol, Periciazina, Pimozida, Pipotiazina, Sulpirida, Tioridazina, Trifluoperazina, Zuclopentixol) e de segunda geração (Amisulprida, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Paliperidona, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona) para problemas comportamentais da demência: Aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade.

3. Primeira geração de anti-histamínicos (Bronfeniramina, Carbinoxamina, Ciproeptadina, Clemastina, Clorfeniramina, Dexclorfeniramina, Difenidramina, Dimenidrinato, Doxilamina, Hidroxizina, Meclizina, Prometazina, Triprolidina): Risco de sedação e efeitos anticolinérgicos (confusão, boca seca, constipação, entre outros). Há o desenvolvimento de tolerância, quando utilizados como hipnótico

4. Vasodilatadores (Hidralazina, Minoxidil) em hipotensão postural persistente, ou seja, diminuição recorrente >20mmHg na pressão sistólica: risco de síncope e quedas.

5. Uso prolongado de opióides (Alfentanila, Fentanila, Hidromorfona, Metadona, Morfina, Nalbufina, Oxiconona, Petidina, Remifentanila, Sufentanila) como terapia de primeira linha para dor leve/moderada: risco de sonolência, hipotensão postural e vertigem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde há vários fatores associados a depressão em idosos, resultante de uma complexa interação de fontes sociais, psicológicas, estudos apontam que indivíduo do sexo feminino, com idade avançada e baixa escolaridade tem maior facilidade de desenvolver depressão. Diante disso, a equipe multiprofissional precisa estar preparada para compreender o processo saúde doença nessa fase do desenvolvimento (CORRÊA *et al.*, 2020).

Enquanto a osteoporose é uma doença silenciosa com prevalência em indivíduos idosos, principalmente do sexo feminino. É um problema de saúde pública devido a altos custos com internações hospitalares decorrente das fraturas que podem causar morbidade e mortalidade. Os fármacos de primeira escolha são os bisfosfonatos que atuam diretamente na remodelação óssea com eficácia e segurança. Entretanto, o uso prolongado desses medicamentos pode desenvolver complicações gravíssimas como osteonecrose maxilar e fraturas atípicas no fêmur (SOUZA *et al.*, 2018).

## **EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Cleita Pinheiro de Almeida (Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional-Unimontes).

Jaderson Vinicius Cardoso de Souza (Farmacêutico, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional-Unimontes).

Luciany Dias Lima (Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional-Unimontes).

Juliana Almeida Rocha (Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade-Unimontes, Especialista em Farmácia Clínica e Farmacologia Aplicada a Prática Clínica/Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais e Mestre em Biotecnologia-Unimontes).

Paula Rayane Calixto (Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional-Unimontes).

Samara Frantheisca Almeida Barbosa (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Programa de Residência Multiprofissional-Unimontes, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde-Unimontes).

## EQUIPE DE REVISÃO

Edmar Rocha Almeida (Enfermeiro, Tutor de Campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família/UFMG e Mestre em Ciência da Saúde/Unimontes).

Fernanda Marques da Costa (Enfermeira. Professora do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde-Unimontes, Doutora em Ciência da Saúde/Unimontes)

## REFERENCIAS

ALMEIDA, Ana Beatriz *et al.* Características da pessoa idosa com necessidade de cuidados paliativos da atenção básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 92, n. 30, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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.

BRASIL. Ministério da saúde. **Nota técnica SISVAN municipal - Estado Nutricional dos Usuários da Atenção Básica.** MS/SAS/Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 2004. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas\\_sisvan.html](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html)>. Acesso em: 02 nov. 2022.

CABERLON, Iride Cristofoli. Quedas em pessoas idosas no brasil, **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2019 Disponível em: <[https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2019/08/1564667261\\_QUEDAS\\_EM\\_PESSOAS\\_IDOSAS\\_NO\\_BRASIL-1.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2019/08/1564667261_QUEDAS_EM_PESSOAS_IDOSAS_NO_BRASIL-1.pdf)> Acesso em 30 de nov. 2022.

CARNEIRO, JA *et al.* Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 53, p. 32, 2019. DOI:

10.11606/S1518-8787.2019053000829. Disponível em:  
<<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/156054>>. Acesso em: 02 out. 2022.

COELHO-JUNIOR, HJ *et al.* Hypertension and functional capacities in community-dwelling older women: a cross-sectional study, **Blood Pressure**, v. 26, n. 3, p. 156-165, 2017. DOI:10.1080/08037051.2016.1270163. Disponível em:  
<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08037051.2016.1270163>>. Acesso em: 02 out. 2022

CORRÊA, Mariana Lima *et al.* Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2083-2092, 2020.

MAEYAMA, Marcos Aurélio *et al.* Saúde do Idoso e os atributos da Atenção Básica à Saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 55018-55036, 2020.

MARQUES, Sidriane Rodrigues. Tratamento fisioterapêutico na incontinência urinária em idosas. **Rev Saúde Integrada**, v. 17, n. 9, p. 110-6, 2016.

MIRANDA, Dayse Panisset *et al.* Quedas em idosos em ambiente domiciliar: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, 2017.

MORAES, Carmo do *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): **Reconhecimento rápido do idoso frágil**. *Rev Saúde Pública*. 50:81, 2016.

NOGUEIRA, Claudio Mardey *et al.* Políticas públicas e avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 6, n. 12, 2019.

OLIVEIRA, Márcio Galvão *et al.* Consenso Brasileiro de Medicamentos Inapropriados para Idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, Vol. 10, Num 4, p.168-81. Disponível em:  
<<http://www.ggaging.com/details/397/pt-BR/consenso-brasileiro-de-medicamentos-potencialmente-inapropriados-para-idosos>>. Acesso em 01 maio 2023

PAGOTTO, Valeria *et al.* **Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly**. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):322-8. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>

SANTOS, Iná S *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1533-1543, 2013.

SILVA, LM *et al.* Adesão ao tratamento e síndrome da fragilidade em idosos hipertensos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03590, 2020. DOI:  
10.1590/s1980-220x2018048903590.

SOUZA, Edilane Santos; DE JESUS SANTOS, Juliete; DE SANTANA, Lourenço Luis Botelho. Impactos associados ao uso prolongado de bisfosfonatos no tratamento da osteoporose em idosos. **Textura**, v. 12, n. 20, p. 151-161, 2018.

SOUZA, Luiz Humberto *et al.* Queda em idosos e fatores de risco associados. **Revista de Atenção à Saúde**, v.15, n. 54, p.55-2017.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population division. **World Population Ageing 2019**. New York, US: United Nations, 2020. Disponível em:

<<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2023.

VASCONCELOS, ACS *et al.* Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos pós-acidente vascular cerebral **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, bv. 23, n. 5, 2020. DOI: 10.1590/1981-22562020023.200322. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/7cfT4ZY7LsXKsQchFyCqTBx/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

VERAS, Renato Peixoto. Guia dos Instrumentos de Avaliação Geriátrica. **Rio de Janeiro: UnATI/UERJ**, 2019.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.