

# PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À GERIATRIA

Protocolo singularizado para o Município de  
Jundiaí –2021  
Versão I



Prefeitura  
de Jundiaí

## Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)  
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora - DRS)

Dra. Aline Azevedo Moraes de Bortoli (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- UGPS)

Dra. Letícia Antunes Marques Adami (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- UGPS)

Dra. Maviane Risso Battel (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- UGPS)

Dra. Patricia Ledo (Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- UGPS)

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	03
FLUXO DE ATENDIMENTO .....	03
PRIORIZAÇÃO .....	04
INTRODUÇÃO .....	05
SUSPEITA DE DÉFICIT COGNITIVO (ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA) .....	05
Critérios de demência (transtorno neurocognitivo maior) .....	07
Escala de Depressão Geriátrica - GDS .....	08
TRATAMENTO DA DEMÊNCIA .....	11
SÍNDROME DE FRAGILIDADE .....	12
INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS .....	15
POLIFARMÁCIA .....	16
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
ANEXOS .....	21
Anexos 1: Escala para Avaliar Independência nas Atividades de Vida Diária (Katz) .....	21
Anexos 2: Escala de avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton) .....	23

## APRESENTAÇÃO:

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

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

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

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

## FLUXO DE ATENDIMENTO

A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.



**Prefeitura  
de Jundiaí**

É fundamental que os profissionais que pretendem encaminhar esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos (acompanhamento fisioterápico e tratamento farmacológico) da atenção básica antes de encaminhar aos serviços especializados.

Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.

O paciente será agendado de acordo com a classificação de prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.

O paciente, ao ser avaliado pelo serviço de especialidade, pode: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para sub-especialidade ortopédica; receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na própria unidade básica de saúde (UBS).

**PRIORIZAÇÃO:**

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar ao Pronto Socorro.
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias);
- **P2:** Casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.



## INTRODUÇÃO

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

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos.

A medicina é diretamente afetada com essa estatística, portanto, atualmente, todos os especialistas e médicos generalistas inevitavelmente atendem e acompanham pacientes com 60 anos ou mais.

Devido a esse panorama nacional, o protocolo de geriatria organizado pelo Município de Jundiaí visa dar acesso ao especialista geriatra àquele idoso que mais necessita, ou seja, que é mais frágil, tem mais doenças e/ou alterações de memória.

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

### 1. SUSPEITA DE DÉFICIT COGNITIVO (ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA)

- **Definição:** a demência é caracterizada por declínio envolvendo um ou mais domínios cognitivos ou alteração comportamental. Os déficits devem representar declínio em relação a um nível prévio de desempenho e interferir nas atividades de vida diária e independência.
- **Diagnóstico de demência** é clínico e requer história detalhada, corroborada por informante (familiar ou não) que conviva com o paciente. Deve-se sempre excluir quadro de *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica.

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

- **Aprendizado e Memória:** adquirir ou evocar informações recentes (sintomas que incluem repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos, compromissos ou do lugar onde guardou objetos, exige lembretes frequentes).



**Prefeitura  
de Jundiaí**

- Linguagem: expressão, compreensão, leitura ou escrita. Ex: paciente se expressa usando frases gerais ("aquela coisa em seu pé") em vez de nomear um objeto ("sapato"), problemas com nomes de membros da família, erros gramaticais.
- Funções executivas: comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas ou sequenciais e do julgamento. Ex: redução da capacidade de tomar decisões, de cuidar de finanças, compreender situações de risco.
- Atenção complexa: atenção sustentada, atenção dividida, atenção seletiva, velocidade de processamento. Ex: dificuldade com múltiplos estímulos, facilmente distraído, incapaz de realizar cálculos mentais
- Perceptivo-motora: percepção visual, visuo-construtiva, práxis, gnose. Prejuízo na percepção visual de objetos e relação espacial entre os mesmos. Ex: reconhecimento de formas geométricas, capacidade de traçar um percurso, estimar distância e profundidade, contraste entre claro e escuro, reconhecimento da forma de um rosto...
- Cognição social (comportamento): com sintomas que incluem alterações do humor, agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

- **Dados importantes da anamnese do paciente (ou acompanhante) com queixa de alteração cognitiva:**

Início e evolução dos sintomas, áreas de prejuízo funcional, as queixas devem ser bem caracterizadas e confirmadas por informante que tenha convívio com o paciente, perguntar sobre abuso de álcool ou drogas, história de queda com traumatismo crânio encefálico, comorbidades (fatores de risco cardiovasculares) e medicamentos que faz ou fez uso (atentar para os que podem causar prejuízo cognitivo), avaliar se tem história psiquiátrica (esquizofrenia, depressão, ansiedade). Atentar se doenças agudas são a causa de *delirium*.



<b>Critérios de demência (transtorno neurocognitivo maior) – DSM-5</b>
A. Evidência de declínio cognitivo significativo comparado à desempenho prévio em um ou mais domínios cognitivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- aprendizado e memória</li><li>- linguagem</li><li>- funções executivas</li><li>- atenção complexa</li><li>- perceptivo-motor</li><li>- cognição social</li></ul>
B. O déficit cognitivo interfere com a independência para atividades de vida diária.
C. O déficit cognitivo não acontece exclusivamente no contexto de <i>delirium</i>
D. O déficit cognitivo não é melhor explicado por outra desordem mental (depressão, esquizofrenia)

- **Diagnósticos Diferenciais:** Depressão e *Delirium* são dois importantes diagnósticos diferenciais às demências devendo ser sempre excluídos.
  - A depressão tem alta prevalência em idosos com mais de 65 anos, aumentando nos portadores de comorbidades. Na idade avançada ela pode apresentar-se com queixas cognitivas, podendo simular um quadro demencial, caracterizando a chamada “pseudodemência depressiva”. Além de história clínica minuciosa, sugere-se utilização de escala de depressão geriátrica para auxílio no diagnóstico diferencial.



Prefeitura  
de Jundiá

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

- O *delirium* é definido como uma síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica, caracterizada por apresentar disfunção global da cognição, atenção e consciência, no ciclo sono-vigília e no comportamento psicomotor. Tem início agudo e curso flutuante. Dentre as causas de *delirium* em idosos, destacam-se os processos infecciosos, particularmente pneumonia e infecção urinária, afecções cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares que causem hipóxia e metabólicos, além do uso de fármacos. *Delirium* é considerado emergência médica.



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

- **Exame Físico**

O exame físico geral é importante para suporte na investigação de diagnósticos diferenciais e causas potencialmente reversíveis de demência. Nas fases iniciais há pouco comprometimento, mas pode haver evidências de parkinsonismo, sinais focais que poderão dar pistas de comprometimento vascular, presença de reflexos axiais primitivos comuns na doença frontal, alterações de marcha e incontinência urinária na hidrocefalia de pressão normal.



**Prefeitura  
de Jundiaí**

- **Exames Complementares:** Com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, os seguintes exames complementares são necessários:
  - Hemograma
  - Função tireoideana (t4L e TSH)
  - Uréia, creatinina, glicemia e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio)
  - TGO, TGP, albumina, Gama GT
  - Vitamina B12 (normal >300pg/ml, limítrofe 200-300pg/ml e deficiência <200pg/ml)
  - ácido fólico, VDRL (sífilis)
  - Sorologia para HIV (apenas se há suspeita)
  - Urina 1/ urocultura

- **Fluxograma para encaminhamento:**

Queixa de memória:

- Se for um esquecimento de início agudo, confusão mental, associado ou não a alucinação deve-se encaminhar a emergência para excluir infecção ou injúria cerebral aguda.
- Se a alteração cognitiva e/ou comportamental se iniciou dias ou meses após traumatismo crânio encefálico encaminhar a emergência para exame de imagem com intuito de descartar hematoma subdural.
- Se a alteração cognitiva surgiu há meses ou anos, perguntar como é o esquecimento e se está interferindo no dia a dia, sempre avaliar tristeza e/ou desânimo e/ou ansiedade. Solicitar laboratório (já descrito em exames complementares) para excluir causas reversíveis de alteração de memória como hipotireoidismo, deficiência de B12, insuficiência hepática/renal, entre outros.
- Se algum exame laboratorial estiver alterado, deve-se tratar. Porém, se após correção mantiver alteração da memória deve-se encaminhar a geriatria.
- Se houver sinais de depressão ou ansiedade tratar (dar preferência a sertralina 50mg, iniciar meio comprimido nos primeiros sete dias e depois aumentar para 01 comprimido). Após dois meses com o antidepressivo reavaliar, se houver melhora do humor e mantiver esquecimento deve-



**Prefeitura  
de Jundiaí**

se encaminhar à geriatria. Se ainda mantiver desânimo pode-se aumentar a dose do antidepressivo e reavaliar, se mantiver esquecimento encaminhar à geriatria.

- Se não há sinais de depressão ou *delirium* e há alteração cognitiva que interfere no dia a dia, encaminhar para avaliação da geriatria.

**TRATAMENTO DA DEMÊNCIA:**

- 1) Primeira escolha são os anticolinesterásicos, a meta é melhorar qualidade de vida e desempenho funcional.

Drogas inibidoras da colinesterase (anticolinesterásicos)			
	<b>Donepezila</b>	<b>Galantamina</b>	<b>Rivastigmina</b>
Dose-alvo	10mg 1x/dia	24mg 1x/dia	6mg 2x/dia
Posologia	Iniciar 5 mg à noite e aumentar após 2 semanas para 10mg noite	Iniciar 8mg à noite e aumentar após 2 semanas para 16mg e depois 24mg	Iniciar 1,5mg 2x/dia e a cada 2 semanas aumentar para 3mg 2x, 4,5 mg 2x até 6mg 2x
Metabolização	Hepática	Hepática	Hepática
Excreção	Renal e hepática	Renal e hepática	Renal
Efeitos adversos	Náusea, vômito, taquicardia, síncope	Náusea, vômito, taquicardia, síncope	Náusea, vômito, taquicardia, síncope



- 2) Em estágios moderados e avançados há benefício com uso da memantina (antagonista glutamatérgico N-metil D-aspartato)

Medicação	Dose	Posologia	Efeitos colaterais
Memantina	10mg, 2x/dia	Iniciar meio comprimido 1x/dia → 1 comprimido 1x/dia → 1 comprimido noite e meio comprimido manhã → 1 comprimido 12/12h	Náusea, vômito, taquicardia, síncope.

## 2. SÍNDROME DE FRAGILIDADE

- **Definição:** síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores que resulta em declínios em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos como incapacidades, morbidades, dependência e institucionalização.
- **Avaliar clinicamente fragilidade de acordo com o Conceito da CSHA** (Canadian Study of Health and Aging) Clinical Frailty Scale – Escala de Fragilidade Clínica. Descrito na tabela 1.



**Tabela 1:** Escala de Fragilidade Clínica.

1. Robusto	Indivíduo ativo, com energia, bem motivado exercita-se regularmente e tem o melhor desempenho possível para sua idade.
2. Bem	Indivíduo sem doença ativa, desempenho inferior ao grupo 1.
3. Bem, mas com comorbidades	Portador de doença (s) com bom controle clínico.
4. Vulnerável	Apesar de ser independente no dia a dia, frequentemente sintomas limitam as atividades. Uma reclamação comum é a lentidão e/ou cansaço durante o dia.
5. Fragilidade Leve	Frequentemente tem lentidão mais evidente e necessitam de ajuda em atividades instrumentais da vida diária (finanças, transporte, tarefas domésticas, medicações)
6. Fragilidade Moderada	Necessitam de ajuda para todas as atividades externas e manutenção da casa. Frequentemente tem problemas com degraus e necessitam ajuda com o banho, e podem requerer assistência mínima com vestuário.
7. Fragilidade Grave	Completamente dependente para autocuidado, por qualquer causa (cognitiva ou física). Ainda



Prefeitura  
de Jundiá

	assim, parecem estáveis e não em alto risco de morrer (dentro de 6 meses aproximadamente)
8. Fragilidade Muito Grave	Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Tipicamente, não podem se recuperar até de doenças mais leves.
9. Terminalidade	Aproximando-se da fase final de vida.

**Fonte:** Escala de fragilidade clínica. Modelo traduzido e adaptado para o português de Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canadá. 2007-2009 Version 1.2.

- Para ajudar na avaliação do quanto o paciente é independente ou dependente pode-se usar as escalas de independência de atividades básicas de vida diária (anexo 1) e escala de avaliação de atividades instrumentais de vida diária (anexo 2)
- **Encaminhar à geriatria:** todos os idosos com Fragilidade moderada, grave, muito grave e terminalidade.
- **Encaminhar como prioridade** aquele paciente com critério de fragilidade conforme índice de SOF (Study of osteoporotic Fractures) - tabela 2

**Tabela 2:** - SOF (Study of osteoporotic Fractures)

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

**Fonte:** - SOF (Study of osteoporotic Fractures)

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



### 3. INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS

- **Definição:** deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais e comprometendo a estabilidade. Excluem-se dessa definição: episódios de síncope, acidentes vasculares encefálicos, atropelamentos, acidentes em exercício de alta *performance* e causas violentas
- **Importante:** perguntar quantas quedas apresentou nos últimos 12 meses. Medir sempre pressão arterial sentada e em pé para descartar hipotensão postural.
- **Fatores de risco Intrínsecos para quedas:** sexo feminino, idade maior ou igual a 75 anos, isolamento social, história prévia de quedas e/ou fraturas, Acidente Vascular Cerebral, Parkinson, déficit cognitivo, depressão, medo de cair, tontura, hipotensão postural, incontinência urinária, osteoartrose, deformidade nos pés, déficit visual, polifarmácia, uso de psicotrópicos, diminuição da capacidade físico-funcional.
- **Fatores de risco Extrínsecos para quedas:** iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, via pública mal conservada com buracos e irregularidades, calçados inadequados (meias, chinelos, salto alto, sapato desamarrado ou largos), dispositivo auxiliar de marcha e órteses mal adaptadas ou com uso inadequado.
- **Estratégias para prevenção de quedas:**
  - Exercício físico orientado por educador físico ou fisioterapeuta (treinar força, marcha e equilíbrio) sendo a frequência de 1-3 vezes por semana por 12 semanas.
  - Modificações ambientais: diminuindo os fatores de risco extrínsecos
  - Ajuste de medicação: ajuste dose de psicotrópicos
  - Reposição de vitamina D quando deficiente (<30ng/ml)
  - Correção dos déficits visuais
  - Correção da hipotensão postural
  - Educação em quedas: orientar pacientes e cuidadores



- **Encaminhar à geriatria**: pacientes com 2 (duas) ou mais quedas no último ano associadas a fatores de risco como uso de psicotrópicos, declínio cognitivo, sequela de AVC.
- **Encaminhar à neurologia**: suspeita de Parkinson

#### 4. POLIFARMÁCIA

- **Definição**: uso concomitante de 5 (cinco) ou mais medicações

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

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

Portanto, é importante rever se as medicações que o paciente está em uso são realmente necessárias e se o sintoma dele pode estar relacionado com alguma delas (Exemplo: dor muscular com estatina e/ou fibrato, tosse com enalapril ou captopril, edema de membros inferiores com anlodipino, sonolência com antidepressivo tricíclico, entre outros).

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

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



**Evitar em idosos:**

1. Anti-histamínicos de primeira geração (Clorfeniramina, dexclorfeniramina, difenidramina, hidroxizina, meclizina, prometazina, triprolidina) pelo risco de sedação e efeitos anticolinérgicos. Optar pelo uso dos anti-histamínicos de segunda geração: loratadina, desloratadina, fexofenadina, ebastina.
2. Antidepressivos tricíclicos por serem altamente anticolinérgicos, sedativos e causar hipotensão ortostática. Exceção: podem ser apropriados para tratamento de dor e/ou depressão grave.
3. Benzodiazepínicos por aumentarem o risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas e fraturas. Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, transtorno de ansiedade grave, distúrbios do sono REM.
4. Bloqueadores alfa 1 para tratamento hipertensão arterial (doxazosina, prazosina) pelo alto risco de hipotensão postural
5. Alfa agonistas de ação central para tratamento de rotina da hipertensão (Clonidina, Metildopa, Reserpina) pelo alto risco de efeitos adversos ao Sistema Nervoso Central (SNC)., podem causar bradicardia e hipotensão ortostática.
6. Aspirina em doses superiores a 150mg/dia risco de sangramento sem aumento benefício
7. Digoxina >0,125 mg/dia risco intoxicação digitálica
8. Diuréticos de alça (furosemida) para edema de tornozelos sem insuficiência cardíaca, ou como monoterapia para hipertensão arterial
9. Espironolactona > 25mg/dia em pacientes com insuficiência cardíaca ou clearance de creatinina <30ml/min
10. Glibenclamida pelo alto risco de hipoglicemia
11. Hioscina, escopolamina por serem altamente anticolinérgicos e com efetividade incerta. Usar apenas em cuidados paliativos.
12. Metoclopramida por efeitos extrapiramidais
13. Óleo mineral pelo alto risco de broncoaspiração
14. Inibidores Bomba Próton (omeprazol, pantoprazol) em dose plena por mais de 8 semanas, risco de osteoporose, fratura, demência, insuficiência renal



**Prefeitura  
de Jundiaí**

15. Relaxantes Musculares (carisoprodol, ciclobenzaprina, orfenadrina) pela sedação e risco de fraturas.
  16. Uso prolongado de AINE não seletivos da COX 2 (ibuprofeno, diclofenaco, cetoprofeno) pelo alto risco de hemorragia digestiva
  17. Uso prolongado (> 3 meses) de corticosteroides sistêmicos
  18. Macrolídeos (exceto a azitromicina) ou o ciprofloxacino não devem ser prescritos junto com a varfarina pelo risco de sangramento.
  19. O ciprofloxacino e a teofilina não devem ser associados devido ao aumento da toxicidade da teofilina.
  20. Para pacientes com diminuição da função renal, o uso do ciprofloxacino está associado a aumento do risco de ruptura de tendão e aumento dos seus efeitos no sistema nervoso central. O uso de sulfametoxazol-trimetoprima está associado a piora da insuficiência renal e hiperpotassemia.
  21. A associação de sulfametoxazol-trimetoprima pode aumentar o risco de hiperpotassemia nos pacientes com diminuição da função renal, que estejam tomando inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina.
  22. Evitar fármacos antiarrítmicos (amiodarona, propafenona), dar preferência ao controle de frequência cardíaca
- **Encaminhar à geriatria:** Idosos com polifarmácia associado à fragilidade e/ou déficit cognitivo e/ou instabilidade postural com quedas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

**P0:**

- Declínio cognitivo súbito (*delirium*)

**P1**

- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (evolução menor que 2 anos) que foram excluídos causas reversíveis (exames complementares normais) e transtornos psiquiátricos descompensados (depressão tratada, sem melhora do quadro cognitivo)
- Declínio cognitivo com alterações importantes de comportamento
- Fragilidade clínica moderada e 2 ou 3 critérios SOF



**Prefeitura  
de Jundiaí**

**P2**

- Declínio cognitivo em relação a um nível prévio de desempenho e que interfere nas atividades de vida diária e independência. Aqueles que foram excluídos causas reversíveis (exames complementares normais) e transtornos psiquiátricos descompensados (depressão tratada, sem melhora do quadro cognitivo)
- Fragilidade clínica moderada mas sem fragilidade no critério SOF
- Instabilidade postural com queda: pacientes com 2 ou mais quedas no último ano associadas a fatores de risco como uso de psicotrópicos e/ou declínio cognitivo e/ou fragilidade.

**P3: Não se aplica**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Freitas, Elizabete Vianade: Tratado de geriatria e gerontologia – 4. Ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017
- Ramos, Ana Paula. Geriatria: Manual de Rotinas do Ambulatório de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – 1. Ed – Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicações, 2017
- Oliveira, M.G., et al. Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente inapropriados para idosos – Geriatr Gerontol Aging. Vol. 10 num 4.p.168-81
- Atualização dos Critérios de Beers de uso de medicamentos em idosos - *Medscape* - 8 de fevereiro de 2019.



## ANEXOS

### Anexo 1.

Escala para Avaliar Independência nas Atividades de Vida Diária (Katz)

<b><u>Tomar Banho (leito, banheira ou chuveiro)</u></b>	
Não recebe ajuda	I
Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (exemplo: as costas ou uma perna)	I
Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho	D
<b><u>Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, no armário e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)</u></b>	
Pega a roupa e veste-se completamente, sem ajuda	I
Pega a roupa e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos	I
Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou sem roupa	D
<b><u>Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para urinar e evacuar; higiene íntima e arrumação das roupas)</u></b>	
Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas, e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã)	I
Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite)	D
Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	D
<b><u>Transferência</u></b>	
Deita e sai da cama, senta e levanta da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio)	I
Deita e sai da cama e/ou senta e levanta da cadeira com ajuda	D
Não sai da cama	D
<b><u>Continência</u></b>	



Prefeitura  
de Jundiaí

Controla inteiramente a micção e evacuação	I
Tem “acidentes” ocasionais	D
Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	D
<b><u>Alimentação</u></b>	
Alimenta-se sem ajuda	I
Alimenta-se sozinho mas recebe ajuda para cortar a carne ou passar manteiga no pão	I
Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateter ou fluidos intravenosos	D

Interpretação (Katz&Apikon)

**0:** independente em todas as 6 funções; **1:** dependente em 1 função; **2:** dependente em 2 funções; **3:** dependente em 3 funções; **4:** dependente em 4 funções; **5:** dependente em 5 funções; **6:** dependente em 6 funções



## Anexo 2.

### Escala de avaliação de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)

1	O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O (a) Sr (a) consegue ir em locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O (a) Sr (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O (a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O (a) Sr (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O (a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O (a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O (a) Sr (a) consegue tomar seus remédios nas doses e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O (a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
	Total Pontos ____		



**Prefeitura  
de Jundiaí**

Avaliação: 27 pontos: independentes, entre 26-18 pontos: dependência parcial e menos de 18 pontos: dependentes.