

PROTOCOLO DE MANEJO E ENCAMINHAMENTO PARA GERIATRIA

*Protocolo singularizado para o
Município de Jundiaí - 2026*

**Versão II
Jundiaí - SP**



**PREFEITURA
DE JUNDIAÍ**

Organização e Elaboração

Secretaria Municipal de Promoção da Saúde

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora - DRS)

Dra. Aline Azevedo Moraes de Bortoli (Médica Geriatra do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- SMPS)

Dra. Andreia de Oliveira Pain (Médica Geriatra do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- SMPS)

Dra. Letícia Antunes Marques Adami (Médica Geriatra da Atenção Básica- SMPS)

Dra. Maviane Risso Battel (Médica Geriatra da Atenção Básica - SMPS)

Dra. Patrícia Ledo (Médica Geriatra do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia- SMPS)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO —————	04
FLUXO DE ATENDIMENTO —————	05
PRIORIZAÇÃO — —————	06
SUSPEITA DE DÉFICIT COGNITIVO (ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA) —————	07
SÍNDROME DE FRAGILIDADE —————	14
INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS —————	15
POLIFARMÁCIA —————	16
INSÔNIA NO IDOSO - ORIENTAÇÕES BÁSICAS —————	20
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO —————	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS —————	23
ANEXOS —————	24

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 da Atenção Básica, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento do paciente.

É fundamental que os profissionais que pretendem encaminhar esgotem os recursos diagnósticos e terapêuticos da atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados.

Estarão aptos ao agendamento, os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.

Todos os encaminhamentos para geriatria devem ser enviados para o email regmedica.geriatria@jundiai.sp.gov.br, deve ser colocado no ASSUNTO se é P1 ou P2 e o nome do paciente (ex. P1- José da Silva ou P2 - Maria da Costa).

O email será lido e avaliado pelo médico regulador que poderá pedir mais informações e/ou oferecerá agendamento de telematriciamento e/ou agendará consulta presencial.

O Ministério da Saúde considera pessoa idosa quem possui 60 anos ou mais. Portanto, o paciente para ser encaminhado à geriatria deve ter no mínimo 60 anos associado a uma das alterações descritas ao longo do protocolo.

PRIORIZAÇÃO:

- o **P0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao pronto socorro.
- o **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- o **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- o **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

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).
- **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*.

Critérios de demência (transtorno neurocognitivo maior) – DSM-5	
A.	Evidência de declínio cognitivo significativo comparado à desempenho prévio em um ou mais domínios cognitivos: - aprendizado e memória - linguagem - funções executivas - atenção complexa - perceptivo-motor - cognição social
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, ansiedade)

- **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.

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 do 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
Total > 5 pontos = suspeita de depressão		

- 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.

Características diferenciais de <i>delirium</i> , demência e depressão			
Características	<u><i>Delirium</i></u>	<u>Demências</u>	<u>Depressão</u>
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.

- **Exames Complementares:** Com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, os seguintes exames complementares são necessários:

- Hemograma
- Função tireoidiana (TSH)
- Uréia, creatinina, glicemia e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio)
- TGO, TGP, albumina
- Vitamina B12 (normal >300 pg/ml, limítrofe 200-300 pg/ml e deficiência <200 pg/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 ou outra doença 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.
- Pode-se realizar uma escala de rastreio como o CS-10 (Anexo 1)
- 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-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)			
	Donepezila	Galantamina	Rivastigmina
Dose-alvo	10mg 1x/dia	24mg 1x/dia	6mg 2x/dia ou adesivo 9 e 18mg
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	Comprimido: Iniciar 1,5 mg 2x/dia e a cada 2 semanas aumentar para 3 mg 2x, 4,5 mg 2x até 6 mg 2x Adesivo: iniciar 9 mg (5 cm ²) 1x/dia e depois aumentar para 18 mg (10 cm ²)
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 Adesivo tem menos efeito gastrointestinal.

- 2) Em estágios moderados e avançados há benefício com uso da memantina, principalmente sobre o comportamento

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.
- Utilizar o instrumento - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) - Anexo 2
- Desde 2019 o IVCF-20 é preconizado para ser o instrumento referência de triagem inicial da pessoa idosa brasileira (BRASIL, 2019).

O resultado da pontuação classifica o idoso como abaixo:

0 a 6	Idoso Robusto (baixa vulnerabilidade clínico-funcional)
7 a 14	Idoso Pré-frágil (moderada vulnerabilidade clínico-funcional)
≥ 15	Idoso Frágil (alta vulnerabilidade clínico-funcional)

- **Encaminhar à geriatria:** todos os idosos com fragilidade
- **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	Pontos
Perda Ponderal	Perda não intencional maior igual a 5% do peso em 1 ano	1
Exaustão	Resposta <i>não</i> à pergunta: “O senhor se sente cheio de energia?”	1
Teste de sentar e levantar	Incapacidade de levantar e sentar 5 vezes da cadeira (sem apoio)	1

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 e/ou declínio cognitivo e/ou pré-frágil/frágil.
 - **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 à noite e os que podem causar insônia de 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 ou usar com cautela em idosos (Critérios Beers 2023):

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. Paroxetina: alta atividade anticolinérgica em comparação com outros ISRSs.
4. ISRSs; monitorar sódio ao iniciar ou alterar a dose, especialmente em pacientes que usam diuréticos
5. 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.
6. Zolpidem: agonistas do receptor da benzodiazepina não-benzodiazepínicos (conhecidos como "Z-drugs") têm efeitos adversos semelhantes aos benzodiazepínicos em idosos.
7. Bloqueadores alfa 1 para tratamento hipertensão arterial (doxazosina, prazosina) pelo alto risco de hipotensão postural
8. 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.

9. Aspirina - evitar como prevenção primária, usar para prevenção secundária
10. Varfarina: evitar como tratamento inicial para FA não valvar ou TEV, a menos que existam contraindicações aos anticoagulantes orais diretos (DOACs). Em usuários de longo prazo e estáveis (INR no alvo), a manutenção pode ser considerada. DOACs preferencial para idoso é Apixabana (parecem ser mais seguras em idosos). Rivaroxabana: Pode estar associada a maior risco de sangramento gastrointestinal em comparação com outros DOACs.
11. Digoxina >0,125 mg/dia risco intoxicação digitálica. Não deve ser usada como agente de primeira linha na fibrilação atrial ou na insuficiência cardíaca
12. Espironolactona > 25mg/dia. Evitar em pacientes com insuficiência renal moderada devido ao risco de hipercalemia. Atenção a associação com iECA ou BRA pelo aumento do risco.
13. Sulfoniluréias: a glibenclamida (não usar - alto risco de hipoglicemia) é mais arriscada que a gliclazida.
14. Inibidores de SGLT2 (Empagliflozina, Dapagliflozina): usar com cautela, risco aumentado de infecções urogenitais, especialmente em mulheres no primeiro mês de tratamento.
15. Hioscina, escopolamina por serem altamente anticolinérgicos e com efetividade incerta. Usar apenas em cuidados paliativos.
16. Metoclopramida: pode ser utilizada no tratamento da gastroparesia, mas com duração limitada (menos de 12 semanas). Riscos elevado potencial para causar efeitos extrapiramidais, incluindo discinesia tardia. Risco é maior em idosos frágeis e com uso prolongado.
17. Óleo mineral pelo alto risco de broncoaspiração

18. Inibidores Bomba Próton (omeprazol, pantoprazol) por mais de 8 semanas, risco de infecção por *Clostridium difficile*, hipomagnesemia, perda óssea e fraturas, Deficiência na absorção de Vitamina B12
 19. Relaxantes Musculares (carisoprodol, ciclobenzaprina, orfenadrina) pela sedação e risco de fraturas.
 20. AINEs (como ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, cetoprofeno) devem ser evitados em uso contínuo, a menos que outras alternativas não sejam eficazes e o paciente possa receber gastroproteção.
 21. Uso crônico de corticóides (via oral) está associado a um maior risco de infecção por *Clostridium difficile*, perda óssea e fraturas. Associação com AINE aumenta risco de sangramento.
 22. Macrolídeos (exceto a azitromicina) ou o ciprofloxacino não devem ser prescritos junto com a varfarina pelo risco de sangramento.
 23. Evitar o uso de ciprofloxacina como terapia de primeira linha para infecções não complicadas (como cistite) sempre que houver alternativas mais seguras
 - Ruptura de tendão e aumento dos seus efeitos no sistema nervoso central.
 24. O uso de sulfametoxazol-trimetoprima está associado a piora da insuficiência renal e hiperpotassemia - atenção aos pacientes nefropatas
 25. Evitar fármacos antiarrítmicos (amiodarona, propafenona), dar preferência ao controle de frequência cardíaca. Amiodarona só deve ser usada em primeira linha se o paciente tiver insuficiência cardíaca ou hipertrofia ventricular esquerda substancial, onde o controle do ritmo é preferível ao controle da frequência
- **Encaminhar à geriatria:** Idosos com polifarmácia associado à fragilidade e/ou déficit cognitivo e/ou instabilidade postural com quedas.

INSÔNIA NO IDOSO - ORIENTAÇÕES BÁSICAS

A insônia pode ser por diversas causas no idoso, as mais comuns são:

- Descompensação de doença de base e infecção
- Dor
- Depressão
- Ansiedade
- Demência
- Falta de atividade de dia
- Inversão do Ciclo sono vigília

- ★ Inicialmente devemos avaliar se a insônia está relacionada a doença de base mal compensada como insuficiência cardíaca, doença do refluxo, infecção, entre outros.
- ★ Se a causa não é descompensação devemos orientar a higiene do sono como em todos os outros pacientes não idosos (tabela 3).
- ★ É imprescindível que a rotina seja diferente do dia e da noite para que o paciente perceba. No período diurno aconselha-se pegar sol, abrir janela, fazer alguma atividade nem que seja simples, como cuidar de planta, desenhar, ajudar a dobrar a roupa, ajudar na cozinha, entre outros.
- ★ Em muitos casos, se há alteração do humor, ao tratar a depressão e ansiedade com antidepressivo já há melhora, não necessitando de indutor do sono.
- ★ Na anamnese é imprescindível perguntar sobre dor. Se o paciente acorda por incômodo recomenda-se iniciar dipirona ou paracetamol ou até codeína antes de dormir.
- ★ Na demência há a Síndrome do Entardecer que pode levar a agitação do paciente à tarde e à noite, em alguns casos, ao entrar com anticolinesterásico já apresenta melhoras e, em outros, podemos associar antipsicótico antes do horário que se inicia a agitação e à noite.

- ★ Alguns pacientes que apresentam depressão + dor + insônia mas sem alteração cognitiva e sem arritmia pode-se avaliar prescrever amitriptilina ou nortriptilina à noite - ideal iniciar 10mg ou 12,5 mg (meio comprimido de 25mg).
- ★ Os benzodiazepínicos são utilizados apenas em alguns casos seletos como ansiedade grave, cuidados paliativos e casos que outras medidas não solucionaram.

Tabela 3

Hábitos saudáveis durante a noite

- Dedicar os 30 minutos antes de deitar para fazer algo relaxante, como ler um livro, meditação ou alongamento;
- Reduzir a luminosidade da casa 1 hora antes de dormir;
- Fique longe de equipamentos que emitam luz, como televisão, celular, *tablets* ou computadores;
- Use a cama apenas para dormir e para atividade sexual;
- Crie hábitos antes de dormir, tomar chá (sem cafeína), leite quente ou tomar banho;
- Evite bebidas alcoólicas ou refeições pesadas até 2 horas antes de deitar para dormir;
- Procure criar em seu quarto um ambiente silencioso e escuro;
- Caso não adormeça em até 20 minutos, levante-se da cama, saia do quarto e tente fazer alguma atividade relaxante, como ouvir música calma. Ficar deitado na cama sem conseguir dormir gera estresse e ansiedade;
- Procure ir para a cama e acordar no mesmo horário, todos os dias. Isso ajusta seu relógio biológico;
- Roncopatia deve ser sempre investigada.

Hábitos saudáveis durante o dia

- Evite café, principalmente após o meio-dia (a meia-vida da cafeína varia de 3-7 horas);
- Evite álcool e nicotina, principalmente à noite;
- Faça exercícios físicos regularmente durante o dia, mas até 3 horas antes de ir dormir;
- Evite cochilos fora da janela entre 13 e 15 hs, especialmente se mais longos que 20 minutos;
- Faça um diário do sono para identificar hábitos que podem ser compartilhados na consulta;
- Avaliar se o início da insônia está associado à introdução ou retirada de alguma medicação

Fonte: AVIDAN, Alon Y et al. (2017).

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 após exclusão de delirium ;
- Idoso frágil pelo IVCF-20 e com 2 ou 3 pontos no critério *SOF (Study of Osteoporotic Fractures)*.

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);
- Idoso frágil pelo IVCF-20 , mas com 0 ou 1 ponto no critério *SOF (Study of Osteoporotic Fractures)*;
- 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 pré-frágil/frágil

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.168-8.
- Atualização dos Critérios de Beers de uso de medicamentos em idosos - *Medscape* - 8 de fevereiro de 2019.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society, [s. l.], v. 71, n. 7, p. 2052-2081, jul. 2023. DOI: 10.1111/jgs.18372. [[1](#), [2](#)]
- MORAES, Edgar Nunes de; LOPES, Priscila R. Rabelo. Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: [14 maio 2026].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Acesso:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf, em 13 de Julho de 2023

ANEXOS

Anexo 1.

10-CS

10-POINT COGNITIVE SCREENER

Nome: _____ Data: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Administrado por: _____

ORIENTAÇÃO

Em que ano estamos?	0	1
Em que mês estamos?	0	1
Que dia do mês é hoje?	0	1

APRENDIZADO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C	
Agora eu vou dizer o nome de 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos. (até 3 tentativas se necessário)	óculos	chapéu	relógio	Não pontua
	caneta	moeda	chave	
	martelo	lanterna	vassoura	

FLUÊNCIA VERBAL

Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível. Vale qualquer tipo de animal ou bicho. Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.	1. _____ 11. _____ 21. _____ 2. _____ 12. _____ 22. _____ 3. _____ 13. _____ 23. _____ 4. _____ 14. _____ 24. _____ 5. _____ 15. _____ 25. _____ 6. _____ 16. _____ 26. _____ 7. _____ 17. _____ 27. _____ 8. _____ 18. _____ 28. _____ 9. _____ 19. _____ 29. _____ 10. _____ 20. _____ 30. _____	ANIMAIS 0-5 6-8 9-11 12-14 ≥ 15	0 1 2 3 4
--	--	---	--

EVOCAÇÃO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C		
Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.	óculos	chapéu	relógio	0	1
	caneta	moeda	chave	0	1
	martelo	lanterna	vassoura	0	1

Ajuste para Escolaridade (10-CS-Edu)

- Sem escolarização formal: + 2 pontos (máximo de 10)
- 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10)

Interpretação do 10-CS-Edu

- ≥ 8 pontos: Normal
- 6-7 pontos: Comprometimento Cognitivo Possível
- 0-5 pontos: Comprometimento Cognitivo Provável

10-CS: _____

10-CS-Edu: _____

Referências

Apolinario D et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jan;31(1):4-12.

Fortes-Filho SQ et al. Predicting delirium after hip fracture with a 2-min cognitive screen: prospective cohort study. *Age Ageing*. 2016 [Epub ahead of print]

Anexo 2

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20)		
Idade	1. Qual a sua idade? 60-74 anos (0) 75-84 anos (1) 85 anos ou mais (3)	
Percepção de saúde	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: Excelente, muito boa ou boa (0) Regular ou ruim (1)	
AVD instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? Sim (4) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde (0) 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou deixou de pagar as contas de sua casa? Sim (4) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde (0) 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? Sim (4) Não ou não faz pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde (0)	
AVD básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? Sim (6) Não (0)	
Cognição	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? Sim (1) o Não (0) 8. Você tem um esquecimento que está piorando nos últimos meses? Sim (1) o Não (0) 9. Você tem um esquecimento que está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? Sim (1) o Não (0)	
Humor	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? Sim (2) o Não (0) 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? Sim (2) o Não (0)	
Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? Sim (2) o Não (0) 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? Sim (2) o Não (0)	
Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? Sim (2) Não (0) • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² • Circunferência (perímetro) da panturrilha menor que 31 cm • Em um teste de velocidade da marcha, o tempo gasto para percorrer 4 metros é maior que 5 segundos	
Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar que possa impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? Sim (2) Não (0) 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? Sim (2) o Não (0)	
Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? Sim (2) Não (0)	
Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. Sim (2) Não (0)	
Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. Sim (2) Não (0)	
Comorbidades múltiplas	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? Sim (4) Não (0) • Cinco ou mais doenças crônicas • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todos os dias • Internação recente, nos últimos 6 meses	
PONTUAÇÃO FINAL		

MORAES, Edgar Nunes de; LOPES, Priscila R. Rabelo