



# MANUAL DE GERENCIAMENTO E ASSISTÊNCIA AO IDOSO

Recomendações dos Hospitais da  
Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp



# MANUAL DE GERENCIAMENTO E ASSISTÊNCIA AO IDOSO

Recomendações dos Hospitais da  
Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp



## Conselho de Administração

Presidente: Eduardo Rahme Amaro | H. Santa Joana - SP

Vice-Presidente: Ary Ribeiro | H. do Coração - HCor - SP

Délcio Rodrigues Pereira | H. Anchieta - DF

Fernando Torelly | H. Sírio-Libanês - SP

Francisco Balestrin | H. Vita Curitiba - PR

Henrique Neves | H. Israelita Albert Einstein - SP

Henrique Salvador | Rede Mater Dei de Saúde - MG

Paulo Azevedo Barreto | H. São Lucas - SE

Paulo Junqueira Moll | Hospital Barra D'Or - RJ

## Conteúdo

Grupos de Trabalho: Melhores Práticas Assistenciais e Organização Assistencial

## Edição e Revisão

Flávia Borelli Gomes do Nascimento

Gabriela Nunes

Helena Capraro

## Diagramação

Luis Henrique Lopes

## Produção Gráfica

Formag's Indústria Gráfica

## São Paulo

Rua Cincinato Braga, 37 - 4º andar

São Paulo - SP

01333-011

Telefone: +55 11 3178.7444

anahp@anahp.com.br

## Brasília

SH/Sul Quadra 06, Conjunto A, Bloco E - Sala 801

Edifício Business Center Park

Brasília - DF

70322-915

Telefone: +55 61 3039.8421

brasil@anahp.com.br

# Sobre a Anahp

A Associação Nacional de Hospitais Privados - Anahp é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, durante o 1º Fórum Top Hospital, em Brasília, e fundada em 11 de setembro do mesmo ano, a Anahp surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros.

Atualmente, a entidade ocupa uma função estratégica no desdobramento de temas fundamentais à sustentabilidade do sistema. Representante de hospitais reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar, a Anahp está preparada para fortalecer o relacionamento setorial e contribuir para a reflexão sobre o papel da saúde privada do país.

# Agradecimentos

O Manual de Gerenciamento e Assistência ao Idoso é fruto do trabalho de uma ampla equipe que atuou como autores desse conteúdo. Gostaríamos de agradecer em especial aos hospitais associados: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração - HCor, Hospital Márcio Cunha, Hospital Santa Paula, Hospital Santa Virgínia, Hospital Sírio-Libanês e Hospital Vera Cruz, à todos que contribuíram, e seus gestores que disponibilizaram suas equipes para esse trabalho, cuja participação foi fundamental para o rico trabalho construído em equipe. Participaram como protagonistas nesse trabalho:

*Adriana de Fatima Dutra - Hospital do Coração - HCor*

*Alessandra de Sousa Andrade Martins - Hospital Márcio Cunha*

*Alessandra Marin - Hospital Sírio-Libanês*

*Alexandre S. Fortini - Hospital Santa Virgínia*

*Amanda Costa Rosa Silva - Hospital do Coração - HCor*

*Andrea Ciglio - Hospital Santa Paula*

*Barbara Ferreira Romano - Hospital do Coração - HCor*

*Bruno Nunes Ribeiro - Hospital Márcio Cunha*

*Camila Succi - Hospital Santa Paula*

*Caroline Maschio de Censo - Hospital do Coração - HCor*

*Christiane Padovani - Hospital Santa Paula*

*Christina May Moran de Brito - Hospital Sírio-Libanês*

*Clariana Alves Majado - Hospital do Coração - HCor*

*Daniel Apolinario - Hospital do Coração - HCor*

*Edy Floriano da Silva - Hospital Sírio-Libanês*

*Enilda Maria de Sousa Lara - Hospital do Coração - HCor*

*Flávia Borelli - Anahp*

*Francisleine Franck dos Santos - Hospital Vera Cruz*

*Gizela Cecília Galacho - Hospital do Coração - HCor*

*Gizelda Monteiro da Silva - Hospital do Coração - HCor*

*Janaina Cardoso Nunes - Hospital do Coração - HCor*

*Jaqueline Fonseca Almeida - Hospital do Coração - HCor*

*Jessica Tesselli - Hospital do Coração - HCor*

*Jose Ribamar do Nascimento Junior - Hospital do Coração - HCor*

*Juliana Bonfleur Carvalho - Hospital Sírio-Libanês*

*Karla Aparecida Silva - Hospital do Coração - HCor*

*Kelem de Negreiros Cabral - Hospital Sírio-Libanês*

*Leonardo Piovesan Mendonça - Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

*Lillian de Carla Sant Anna Macedo - Hospital do Coração - HCor*

*Livia Maria Goncalves Barbosa - Hospital Sírio-Libanês*

*Lorena de Toledo Montesanti - Hospital Sírio-Libanês*

*Luciano Rodrigues de Oliveira - Hospital Sírio-Libanês*

*Luiz Antonio Gil Junior - Hospital Sírio-Libanês*

*Márcella Tardeli Esteves Angioletti Santana - Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

*Maria Cristina Gomes De Oliveira - Hospital Vera Cruz*

*Marisa de Moraes Regenga - Hospital do Coração - HCor*

*Maristela Soubihe - Hospital Santa Paula*

*Martha Regina Oliveira - Anahp*

*Mauro Oscar Soares de Souza Lima - Hospital Márcio Cunha*

*Mayra Silvestro Zanella - Hospital Alemão Oswaldo Cruz*

*Murilo Cesar Soares - Hospital Santa Paula*

*Nicolas Drumond de Carvalho - Hospital Márcio Cunha*

*Pedro Ivo Buainain - Hospital Santa Paula*

*Pedro Kallas Curiati - Hospital Sírio-Libanês*

*Rita de Cassia Pires Coli - Hospital do Coração - HCor*

*Rosana Perim Costa - Hospital do Coração - HCor*

*Rubia Cristina Bozza Schwenck - Hospital Sírio-Libanês*

*Silvia Maria Cury Ismael - Hospital do Coração - HCor*

*Simone Kelly Niklis Guidugli - Hospital do Coração - HCor*

*Siomara Tavares Fernandes Yamaguchi - Hospital do Coração - HCor*

*Valeria Cristina Rossi Fontes - Hospital do Coração - HCor*

*Wânia Regina Mollo Baia - Hospital Sírio-Libanês*

# Sumário

10 INTRODUÇÃO

12 AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO:  
CONCEITO E ESTRATÉGIAS DE  
IMPLEMENTAÇÃO

18 AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO:  
COMPONENTES ESSENCIAIS

34 AVALIAÇÃO DE RISCOS NO  
IDOSO HOSPITALIZADO

46 ESTRUTURA FÍSICA  
E ACESSIBILIDADE



54 ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL

64 SÍNDROMES GERIÁTRICAS

74 O HOSPITAL COMO FACILITADOR  
NOS PROCESSOS RELACIONADOS  
AO FIM DA VIDA

82 PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO  
DE PACIENTES PARA  
DESOSPITALIZAÇÃO

88 CRIANDO A CULTURA  
DO ENVELHECIMENTO:  
CUIDADOR, FAMÍLIA,  
COLABORADOR E SOCIEDADE

94 REFERÊNCIAS





# Apresentação

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 35 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida no país atinge os 76,2 anos. Hoje, a população idosa no Brasil totaliza mais de 30 milhões de pessoas.

O envelhecimento é um desafio do mundo contemporâneo, que afeta tanto os países ricos quanto os países em desenvolvimento, ainda que de forma desigual e específica a cada sociedade, cultura e contexto socioeconômico.

Se por um lado alcançamos a perspectiva de mais anos de vida – um ganho, sem dúvida –, por outro nos deparamos com a necessidade de repensarmos o sistema de saúde para atendermos a essa nova demanda, uma vez que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e equipes multidisciplinares permanentes e internações frequentes. Há ainda um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que demandam assistência contínua.

É neste contexto que nasce o “Manual de Gerenciamento e Assistência ao Idoso | Recomendações dos Hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp”, para compartilhar com o mercado de saúde as melhores práticas alcançadas pelos hospitais associados à Anahp relacionadas ao plano de cuidado e a assistência multidimensional do idoso internado.

Esperamos que esta publicação colabore com os hospitais brasileiros, com o intuito de fomentar as melhores práticas dentro das instituições, especialmente no que tange à atenção a uma população que requer cuidados específicos e complexos, como os idosos.

## **Eduardo Amaro**

Presidente do Conselho da Anahp

# Prefácio

“Todo sistema de saúde é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que se atinge”, cita Don Berwick do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Nosso sistema de saúde conseguiu proporcionar transição demográfica (envelhecemos), transição epidemiológica (temos agora tripla carga de doenças), transição nutricional (saímos da desnutrição para a obesidade), mas não conseguimos fazer a tão necessária transição nas nossas instituições de saúde, que permanecem organizadas para tratar doenças agudas, infecciosas.

O envelhecimento populacional é, sem dúvida, uma grande conquista do mundo contemporâneo. Alguns países levaram séculos para se prepararem para esse desafio, e ainda assim enfrentam obstáculos importantes. No Brasil, um país jovem e que pouco se preparou para essa realidade, o cenário é desafiador.

Na atenção à saúde, as demandas dessa população idosa exigem novos modelos que viabilizem um cuidado integrado e mais adequado. Neste sentido, transformar as estruturas hospitalares e a organização da assistência para atender o idoso é uma premissa importante para uma atenção qualificada dessa população que cresce em grande velocidade no país. O “Manual de Gerenciamento e Assistência ao Idoso” é uma construção coletiva e fruto do trabalho de um número grande de pessoas dedicadas à causa nobre do cuidado à saúde dos idosos. Com olhar cuidadoso e uma visão multidisciplinar, abordamos nesta publicação temas que englobam desde a avaliação de riscos no idoso hospitalizado à equipe assistencial necessária, estrutura física e acessibilidade, passando pelo papel do hospital como facilitador nos processos relacionados ao fim da vida, desospitalização e orientação dos familiares e cuidadores.

Esta publicação, fruto de muitas discussões relacionadas ao tema e do compartilhamento de experiências de nossos hospitais associados, tem como propósito contribuir com as instituições de saúde no Brasil a partir das melhores práticas alcançadas pelos hospitais Anahp. Entendemos que estas recomendações são o ponto de partida para uma atenção mais qualificada para o paciente idoso, e acreditamos ser uma contribuição importante para o sistema de saúde brasileiro.

**Martha Oliveira**

Diretora Executiva da Anahp

# INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade, traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e de incapacidades funcionais. Esse crescimento acelerado da população idosa leva à maior demanda pelos serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes, e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias, sem que isso se reverta em seu benefício. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e internações frequentes.

Diante desse cenário, há um aumento de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que demandam assistência contínua e na qual os medicamentos têm um papel importante. Está bem documentado que elevada porcentagem de idosos utiliza medicamentos regularmente. O protocolo de tratamento de várias DCNT prevê a associação de vários medicamentos, e a prescrição daqueles idosos portadores de uma ou mais DCNT tem grande probabilidade de ser classificada como polifarmácia, ou seja, uso de cinco ou mais medicamentos simultaneamente.


Fragilidade, delirium, efeito adverso de medicação, polifarmácia e quedas são frequentes na população geriátrica com intercorrências clínicas agudas e influenciam o manejo hospitalar e o desfecho durante e após a visita ao serviço de emergência. Muitos pacientes liberados para casa sofrem readmissões não planejadas, o que sugere subdiagnóstico de problemas psicológicos, cognitivos e médicos durante a visita inicial ou mesmo insuficiência do sistema de cuidado extra hospitalar. Idosos particularmente mais suscetíveis a desfechos desfavoráveis poderiam ser direcionados para estratégias especializadas de cuidado como avaliação geriátrica ampla, equipe de transição de cuidado, protocolos de alta facilitada, hospital-dia, atenção domiciliar e internação em unidade de cuidados agudos geriátricos. A avaliação geriátrica ampla pode ser definida como processo diagnóstico interdisciplinar e multidimensional focado em determinar

o estado funcional, psicológico e médico de idoso frágil com o objetivo de desenvolver um plano integrado e coordenado de tratamento e acompanhamento de longo prazo. Os benefícios incluiriam menor mortalidade, melhor desempenho cognitivo, menor taxa de institucionalização e menor perda funcional, além de redução de internações desnecessárias e da duração da estadia hospitalar. No entanto, a alta demanda relacionada ao envelhecimento populacional torna necessária a identificação dos idosos que mais se beneficiariam de recursos especializados e com disponibilidade ainda limitada.

A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornar dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Desta forma o plano de cuidado e a assistência multidimensional do idoso internado deve contar com uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas) devidamente treinada na abordagem das peculiaridades desta população idosa, é fundamental salientar que os idosos têm muito a contribuir ainda para nossa sociedade seja dentro de seu círculo familiar, comunidade e sociedade de forma mais abrangente. Esta contribuição depende em grande parte da saúde com a qual chegam às idades mais avançadas.

Frequentemente nos esquecemos que a vida é um ciclo, do qual todos passaremos, com sorte, por todas as fases. Inevitavelmente todos envelheceremos, e não tenho dúvidas que você leitor, ao se encontrar na situação de idoso, apreciará ser tratado com todo o respeito merecido por décadas de contribuição com toda a sociedade.



**AVALIAÇÃO  
GLOBAL DO IDOSO:  
CONCEITO E  
ESTRATÉGIAS DE  
IMPLEMENTAÇÃO**

## Definições e conceitos

A hospitalização do idoso frágil está associada a um risco elevado de complicações. A imobilidade determinada pela permanência por tempo excessivo no leito resulta em perda de massa muscular e alterações da marcha. A redução da ingestão alimentar associada ao quadro clínico é frequentemente agravada pelas medicações e provoca comprometimento do estado nutricional. Outras complicações como delirium, queda, lesão por pressão, broncoaspiração e iatrogenia medicamentosa são frequentes nessa população e se sucedem em um curso de deterioração progressiva. Esse cenário acaba por determinar internações prolongadas, nas quais o idoso desenvolve dependência funcional e pode ter a sua qualidade de vida gravemente afetada. As complicações associadas à hospitalização do idoso frágil são potencialmente evitáveis através de medidas preventivas, estratégias compensatórias e reabilitação precoce. No entanto, na prática clínica convencional baseada em modelos fragmentados, as síndromes geriátricas são subdiagnosticadas, dificultando a detecção dos riscos e impedindo que as medidas necessárias sejam implementadas. A **Avaliação Global do Idoso (AGI)** tem sido proposta como ferramenta para facilitar a identificação das síndromes geriátricas e de outras vulnerabilidades não contempladas na anamnese tradicional. A AGI é um processo diagnóstico multidisciplinar que tem como objetivo avaliar parâmetros médicos, funcionais, cognitivos, psicológicos e sociais do idoso. Esse recurso difere dos processos tradicionais de anamnese por seu foco em aspectos funcionais, por sua natureza interdisciplinar e por basear-se em escalas quantitativas padronizadas. A AGI fornece aos profissionais elementos para traçar um perfil de capacidades intrínsecas e vulnerabilidades, promovendo uma visão global das prioridades no processo de cuidado. A AGI não deve ter um fim em si mesma, mas servir como ferramenta de planejamento e monitoramento das ações multidisciplinares coordenadas.

## Estratégias de implementação

A implementação da AGI no ambiente hospitalar deve ser realizada de acordo com a estrutura organizacional da instituição. As Unidades Geriátricas com equipe própria (*Geriatric Evaluation and Management Units ou Acute Care for the Elders*), comuns em países da Europa e da América do Norte, infelizmente ainda não são uma realidade comum no Brasil. No entanto, essa área tem evoluído rapidamente e grande parte dos hospitais já conta com equipes de Geriatria e Gerontologia responsáveis por liderar modelos de atendimento baseados em AGI. Esses modelos podem ser incorporados de forma ampla e horizontalizada em todos os ambientes, envolvendo profissionais de diversas áreas que atuam de forma coordenada e centrada no paciente. A primeira decisão a ser tomada na estruturação de um modelo de AGI é em que subpopulação a avaliação será realizada. A tentativa de realizar AGI em todos os idosos pode ser custosa e infrutífera. Sugerimos que esse recurso seja reservado aos idosos com características definidoras de maior fragilidade. A forma mais simples de operacionalizar o fluxo é a definição de uma população de risco por faixa etária (e.g.,  $\geq 80$  anos). Uma alternativa possível é a incorporação de escalas de fragilidade rápidas à rotina de admissão da enfermagem. A escala FRAIL e a escala ISAR, compostas por questões simples de resposta sim ou não, têm se mostrado instrumentos práticos para essa finalidade. O hospital pode ainda selecionar um conjunto de itens indicativos de fragilidade a serem extraídos do prontuário, pontuados pelo enfermeiro ou indicados por um familiar por autopreenchimento. Na Tabela 1 são descritas condições que indicam maior risco de fragilidade e que podem ser utilizadas como ferramenta de rastreio. A presença de 2 ou mais dessas condições pode ser utilizada como critério de inclusão em um modelo de AGI.

**Tabela 1 – Condições que indicam maior risco de fragilidade**

Idade  $\geq$  80 anos

Prescrição com sete ou mais medicações de uso contínuo

Perda involuntária de peso ( $\geq$  3kg no último ano)

Queda com lesão nos últimos 12 meses

Internação hospitalar nos últimos seis meses

Confusão mental ou sonolência nos últimos dias

Necessidade de auxílio para o banho

Necessidade de auxílio para subir um lance de escadas

Necessidade de auxílio para organizar ou lembrar-se de tomar medicações

Incapacidade de sair de casa sozinho para fazer pequenas compras

Uma vez que o idoso tenha sido selecionado para inclusão em um modelo de AGI, a melhor estratégia para viabilizar a avaliação deve ser considerada conforme o perfil de recursos humanos disponíveis. Alguns hospitais concentram essa tarefa em um profissional dedicado com especialização em Gerontologia, que realiza a AGI e aciona as equipes envolvidas conforme as necessidades encontradas. É possível ainda que a instituição opte por dividir os componentes da AGI entre diversos profissionais que atuam de forma complementar e integrada. As evidências reunidas na literatura e a nossa experiência prática têm favorecido um **modelo de AGI em dois níveis**, no qual o paciente é inicialmente submetido a um rastreio rápido e, apenas quando o rastreio inicial é positivo, uma segunda avaliação mais aprofundada é realizada. Como exemplo podemos citar o manejo de sintomas depressivos. Um rastreio inicial com questões simples é aplicado por um gestor de casos e o Serviço de Psicologia é acionado apenas quando o rastreio é positivo. Esse modelo otimiza a equação de valor e promove o uso racional dos recursos disponíveis. A seguir descreveremos os principais

componentes de uma AGI e apresentaremos sugestões práticas de como podem ser implementados na rotina de atendimento ao idoso hospitalizado. Nesse capítulo não serão abordados aspectos relacionados à prevenção e tratamento, tópicos reservados para o capítulo de Síndromes Geriátricas desse mesmo manual.

## Síntese e compartilhamento de informações

A Avaliação Global do Idoso (AGI) gera informações sobre diversas dimensões e fornece um material valioso para guiar a prática clínica multiprofissional. No entanto, temos observado que o grande desafio dos modelos de AGI não é implementar a avaliação em si, mas garantir que as informações obtidas chegarão a todos os

componentes da equipe, serão compreendidas e terão alguma utilidade real na estruturação do plano de cuidados.

A seguir listamos exemplos que evidenciam a importância do compartilhamento de informações entre os diversos profissionais que atendem o idoso hospitalizado dentro de uma proposta de atenção centrada no paciente:

- Se um idoso em risco de **desnutrição** evolui com diminuição da ingestão alimentar, essa informação deve chegar ao farmacêutico, que pode revisar a prescrição em busca de agentes anorexígenos.
- O diagnóstico de **sarcopenia** deve estar ao alcance do nutricionista, já que a presença dessa condição pode determinar a necessidade de um maior aporte calórico-proteico.
- A presença de **comprometimento cognitivo** deve ser conhecida pelo enfermeiro que instituirá medidas educacionais, já que essa situação determina técnicas especiais de comunicação e envolvimento de um cuidador.
- O psicólogo deve estar ciente de um **delirium** quando é acionado para a abordagem de um idoso com comportamento difícil, pois essa condição muda a abordagem terapêutica.
- Se o idoso apresenta uma **depressão**, é necessário que o fisioterapeuta conheça o diagnóstico para que possa utilizar técnicas de motivação e conseguir o engajamento do indivíduo nos exercícios.

Grande parte dos profissionais foram treinados e desenvolveram suas habilidades em um meio cultural no qual cada área atua com independência e volta a sua atenção para os aspectos internos da especialidade, trabalhando com pouca ou nenhuma informação sobre as outras áreas. Nos ambientes multiprofissionais, a comunicação frequentemente tem funções meramente protocolares ou serve apenas para manter um bom relacionamento. Infelizmente são poucos os profissionais que têm a prática de trocar informações de interesse mútuo com



colegas de outras áreas e desenvolver uma visão global centrada no paciente. O compartilhamento de informações, a visão global e a atuação interdisciplinar centrada no paciente dificilmente irão se desenvolver espontaneamente em um grupo de trabalho multiprofissional. Para que isso aconteça, é necessário que as lideranças desenvolvam ferramentas de estímulo, estratégias de facilitação e programas de educação continuada. A seguir daremos alguns exemplos de estratégias alinhadas a esses propósitos que podem ser adaptadas em função das características do serviço.

## Formulário Interdisciplinar

A implementação de um formulário interdisciplinar dedicado ao idoso facilita o compartilhamento de informações e estimula a interação colaborativa entre os profissionais. Nesse formulário, que pode ser impresso ou eletrônico, cada profissional tem os seus próprios campos nos quais compartilha as informações de sua área que são de interesse comum. De forma reversa, cada profissional tem acesso às informações essenciais das outras áreas, o que permite a formação de uma visão mais completa do caso.

É importante ressaltar que grande parte dos profissionais envolvidos em atividades



assistenciais no ambiente hospitalar não recebeu formação na área de Geriatria e Gerontologia. São profissionais que, em geral, sabem atender bem os idosos dentro da sua área, mas que reúnem pouco conhecimento sobre as síndromes geriátricas que não estão diretamente relacionadas à sua atividade. Grande parte das dificuldades de interação e de engajamento observadas nos modelos de AGI decorre da falta de conhecimento dos profissionais sobre os temas que não são específicos da sua área. Assim, é importante que a instituição desenvolva um programa de treinamento. Em termos práticos, esse treinamento pode ser operacionalizado com base no formulário interdisciplinar, fornecendo subsídios básicos para que cada campo dessa ferramenta possa ser compreendido por todos os membros da equipe.

## Ronda Multidisciplinar

A ronda multidisciplinar é uma ferramenta de atenção centrada no paciente na qual os profissionais de diferentes áreas se reúnem diariamente para discussão dos casos com os objetivos de:

- Elencar **vulnerabilidades** e riscos identificados por cada profissional;
- Identificar **“o que mais importa”** para o paciente e seus familiares;
- Desenvolver de forma consensual as **prioridades** a serem trabalhadas pela equipe;
- Definir **metas** diárias;
- Coordenar o **plano de cuidados** nos pontos de interface entre as equipes;
- Definir o papel de cada profissional no **plano de educação**;
- Planejar a alta identificando barreiras e propondo estratégias de transição.

É um erro comum imaginar que um serviço conseguirá implementar uma ronda

multidisciplinar produtiva simplesmente promovendo o encontro dos profissionais. A implementação da ronda sem uma estratégia estruturada quase sempre resulta em uma rotina improdutiva de “passar casos”. Mal utilizada, essa ferramenta passará a ser desacreditada e vista como perda de tempo. A eficiência da ronda multidisciplinar depende de dois fatores fundamentais: **estrutura e liderança**.

Ao iniciar a ronda multidisciplinar em uma determinada unidade as lideranças devem propor uma estrutura. É necessário que a ronda tenha um roteiro bem definido. Pacientes de maior risco, como os idosos frágeis, necessitam de um roteiro diferenciado que contemple as condições mais comuns nessa população.

O uso de “checklists” é especialmente útil para abordagem de problemas comuns que exigem atuação multidisciplinar. Por exemplo, diante de um quadro de delirium, o seguinte checklist pode ser revisado na ronda: (1) um rastreio infeccioso foi realizado como parte da investigação médica? (2) o farmacêutico revisou a prescrição na busca por medicações precipitantes? (3) as medidas de higiene do sono foram implementadas? (4) há um quadro de dor ou outro desconforto que pode estar contribuindo? (5) o cuidador foi orientado sobre a melhor forma de lidar com os sintomas de agitação? Entre outros.

Embora seja uma atividade multiprofissional e colaborativa, a ronda precisa ter um líder que se responsabilizará por garantir que o horário de início e término serão cumpridos, que um andamento ágil e resolutivo será mantido sem dispersar, que as diferentes áreas terão oportunidades iguais de participar. Cabe ainda ao líder resumir os casos ao início de cada discussão e fazer anotações para facilitar o seguimento. É fundamental que o profissional indicado para liderar a ronda receba um treinamento estruturado para exercer essa função de forma produtiva.





**AVALIAÇÃO  
GLOBAL DO IDOSO:  
COMPONENTES  
ESSENCIAIS**

## Avaliação de atividades de vida diária

O termo “Atividades de Vida Diária (AVDs)” define um conjunto de tarefas comuns e essenciais no dia a dia do idoso. As AVDs geralmente são divididas em “básicas” e “instrumentais”. As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) são as mais simples, relacionadas ao autocuidado e à independência dentro de casa. Tendem a ser comprometidas tardiamente,

apenas quando há limitação física grave ou demência avançada. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) são mais complexas e possibilitam uma vida ativa na comunidade. Podem ser comprometidas precocemente nos quadros de demência leve, distúrbio de marcha, depressão, dor crônica e déficits sensoriais. Embora existam numerosas escalas e sistemas de classificação, o índice de Katz e a escala de Lawton são os instrumentos clássicos que continuam servindo como referência na definição das ABVDs e AIVDs. Os itens propostos por esses instrumentos são listados na Tabela 2.

**Tabela 2 – Atividades básicas e instrumentais de vida diária**

### **ATIVIDADES BÁSICAS – Índice de Katz**

Sair da cama ou da cadeira (transferência)

Controle urinário e fecal (continência)

Cuidar das eliminações e da higiene quando vai ao banheiro (toailete)

Alimentar-se quando uma refeição é colocada ao seu alcance

Tomar banho

Vestir-se

### **ATIVIDADES INSTRUMENTAIS – Escala de Lawton**

Utilizar o telefone

Preparar uma refeição

Executar serviços domésticos

Cuidar das próprias roupas

Providenciar o seu transporte fora de casa

Fazer compras

Organizar e tomar os seus medicamentos

Administrar as finanças

A avaliação das AVDs no ambiente hospitalar é realizada com as seguintes finalidades:

- (1) Auxílio na interpretação dos déficits cognitivos encontrados, sendo especialmente útil no diagnóstico de demência, delirium ou sobreposição de ambos.
- (2) Avaliar o impacto funcional do processo de adoecimento e internação, comparando o funcionamento prévio (como era em casa antes do processo agudo de adoecimento) com o atual (como está hoje).
- (3) Avaliar a necessidade de supervisão e assistência durante a internação em tarefas como banho, transferência e alimentação, informações úteis para planejar as demandas da enfermagem.
- (4) Definir metas e monitorar a efetividade dos programas de reabilitação.

No ambiente hospitalar as informações sobre as atividades básicas são especialmente úteis. Sugerimos que cada instituição padronize uma escala de ABVD que possa servir como linguagem comum entre os profissionais das diferentes áreas. Essa escala deve ser aplicada no momento da admissão com a técnica de “duas camadas” na qual, além de perguntar sobre o desempenho atual, o examinador pergunta ao paciente ou cuidador como era o desempenho antes do processo que motivou a internação (e.g., duas semanas atrás). Essa técnica fornece dados que permitem inferir sobre declínio funcional e propor metas de reabilitação, definindo claramente o que se espera no processo de recuperação e fornecendo subsídios para o plano de alta. O índice de Barthel tem sido a ferramenta mais utilizada no ambiente hospitalar, pois além das ABVDs clássicas, avalia também a mobilidade através dos itens “deambular” e “subir escadas”. O índice de Barthel apresenta ainda a vantagem de pontuar as ABVDs de forma mais detalhada, já que apresenta 10 itens que contemplam as classificações “independente”, “parcialmente dependente” e “totalmente dependente”. Dessa forma, o instrumento fornece uma pontuação sensível o suficiente para monitorar a evolução do desempenho funcional em sucessivas reavaliações e adequa-se muito bem ao contexto da internação hospitalar.

## Avaliação de desempenho físico

Os idosos frágeis podem apresentar condições clínicas que atuam em conjunto para comprometer o seu **desempenho funcional**, incluindo sarcopenia, doenças articulares, déficits sensoriais, comprometimento cognitivo e sintomas depressivos. As escalas de AVDs oferecem informações importantes sobre o desempenho funcional do idoso, mas por serem pontuadas através de relato, estão sujeitas a numerosos vieses. Além disso, uma vez que uma dependência funcional tenha sido reconhecida em uma escala de AVDs, os fatores que atuam para determinar essa dependência nem sempre estão claros. Em função das limitações encontradas nas escalas de AVDs, as avaliações diretas de desempenho físico têm alcançado uma importância cada vez maior nos modelos de AGI. Nesse tipo de avaliação, o idoso executa uma tarefa e o examinador registra medidas objetivas de desempenho, como tempo ou força. Além de serem mais objetivas e precisas, as medidas diretas de desempenho físico fornecem informações complementares àquelas obtidas por escalas de AVDs, dando ao examinador a oportunidade de observar as dificuldades durante a execução da tarefa e evidenciando com maior clareza os fatores causais das limitações funcionais.

No ambiente hospitalar a avaliação de desempenho físico é geralmente realizada pelo fisioterapeuta ou por um gestor de casos treinado. A seguir descreveremos brevemente duas provas de desempenho físico muito utilizadas na avaliação do idoso frágil.

### Força de Prensão Palmar

A prova de prensão palmar fornece uma medida de força que pode ser obtida de forma rápida, com um equipamento portátil e custo relativamente baixo. A medida é especialmente útil no ambiente de hospitalização, pois pode ser obtida mesmo em pacientes acamados, desde que o leito possa ser posicionado a 90°. Essa

prova é utilizada para definir o plano de exercícios de reabilitação, estabelecer metas e estimar a capacidade do idoso em retomar atividades funcionais. A prova de preensão palmar é ainda uma medida essencial para a formulação do diagnóstico de **sarcopenia** em conjunto com parâmetros de massa muscular.

A prova de preensão palmar é realizada com um dinamômetro que mede a força produzida por contração isométrica da mão sobre as alças, registrada em quilogramas. O paciente deve estar sentado com o cotovelo fletido a 90°. O método de aferição clássico, descrito em protocolos de pesquisa, é realizado através da

média de três tentativas separadas por intervalos de 60 segundos. No entanto, na prática clínica a prova pode ser realizada com apenas uma ou duas tentativas e intervalos de descanso de 15 segundos. Tais adaptações tornam a avaliação mais rápida e simples, sem que haja prejuízos significativos na precisão.

Diversos pontos de corte para definição de força muscular reduzida foram propostos por diferentes autores e derivados em diferentes estudos. Na Tabela 3 são apresentados os valores de referência que têm sido mais utilizados, respectivamente para homens e mulheres.

**Tabela 3 - Valores de referência para força de preensão palmar em idosos**

	<b>Normal</b>	<b>Redução Leve</b>	<b>Redução Grave</b>
<b>Homens</b>	≥ 30 kg	29-26 kg	≤ 25 kg
<b>Mulheres</b>	≥ 20 kg	19-16 kg	≤ 15 kg

## Funções de Membros Inferiores

A **Short Physical Performance Battery** (SPPB) fornece uma medida global de desempenho dos membros inferiores (MMII) através de três subtestes que avaliam equilíbrio, força e velocidade de marcha. A SPPB é utilizada na definição do plano de reabilitação e das metas a serem alcançadas. É ainda uma ferramenta importante para a avaliação do risco de quedas, tanto do ponto de vista quantitativo (escore) quanto qualitativo (observação da marcha). Além disso, permite ao examinador observar a contribuição relativa dos fatores que afetam a marcha e outros aspectos da mobilidade. O subteste de equilíbrio estático é realizado inicialmente com os pés juntos paralelos. Em seguida, com os pés juntos na posição semi-tandem (meio pé à frente). E finalizando, com os pés na posição tandem (um pé à frente do outro).

O escore máximo (4 pontos) é atribuído quando o indivíduo consegue manter-se por pelo menos 10 segundos em cada uma das três posições solicitadas. Quando esse desempenho não é alcançado o subteste é pontuado pelas regras descritas na Tabela 4.

O subteste de força dos MMII avalia força e potência do grupamento anterior da coxa, especialmente o quadríceps. O idoso deve levantar-se e sentar-se na cadeira por cinco vezes consecutivas, o mais rápido possível. Os membros superiores não podem ser utilizados como apoio – o sujeito é orientado a executar a tarefa com os braços cruzados no tórax. O escore máximo (4 pontos) é atribuído quando o indivíduo completa a tarefa em menos de 11,2 segundos. Quando o tempo excede esse valor o subteste é pontuado pelas regras descritas na Tabela 4.

No subteste de velocidade de marcha solicita-se que o paciente ande com o seu passo habitual uma distância de quatro metros. Permite-se que o faça com dispositivo de auxílio caso utilize habitualmente. O tempo é cronometrado e a



tarefa é realizada duas vezes. A tentativa de menor tempo é utilizada para pontuação. O escore máximo (4 pontos) é atribuído quando o indivíduo realiza a tarefa em menos de 4,8

segundos (correspondente à velocidade de 0,83 m/s). Quando o tempo excede esse valor o subteste é pontuado pelas regras descritas na Tabela 4.

**Tabela 4 - Regras de pontuação da Short Physical Performance Battery (SPPB)**

Subtestes	Pontos Atribuídos					
	0	1	2	3	4	
<b>Equilíbrio</b>	<b>Pés juntos</b>	< 10 s	≥ 10 s			
	<b>Semi-Tandem</b>	< 10 s	≥ 10 s			
	<b>Tandem</b>	< 3,0 s	3,0 a 9,9 s	≥ 10 s		
<b>Força</b> (levantar e sentar 5 vezes)	≥ 60 s	≥ 16,70	13,7 a 16,6	11"2 a 13"6	≤ 11"1	
<b>Velocidade de Marcha</b> (4m)	Incapaz	>8,70 s	8,70 a 6,21 s	6,20 a 4,82 s	< 4,82 s	

O escore total da SPPB é dado pela soma da pontuação nas três tarefas e varia de 0 a 12. Os idosos são classificados quanto ao desempenho das funções de MMII como normais (12-10

pontos), comprometimento leve (9-7 pontos), comprometimento moderado (6-4 pontos) e comprometimento grave (3-0 pontos).

## Avaliação cognitiva

As síndromes demenciais apresentam prevalência elevada nas faixas etárias mais avançadas, atingindo cerca de 30% dos octogenários e mais de metade dos nonagenários. No entanto, grande parte dos casos não têm diagnóstico. Nos países em que predominam modelos fragmentados de atenção ao idoso, como o Brasil, estima-se que mais de 70% dos casos de demência não sejam reconhecidos. Assim, quando o idoso com demência é hospitalizado, a condição é percebida tardiamente, após complicações como intolerância a medicações com atividade em sistema nervoso central, delirium, broncoaspiração, desnutrição e longa permanência - situações que poderiam ser evitadas se o diagnóstico fosse conhecido. São comuns ainda os casos de idosos que cursam com seguidas reinternações por descompensação de doença crônica. Muitos desses indivíduos, geralmente rotulados “não aderentes”, apresentam na verdade uma síndrome demencial leve não diagnosticada, situação na qual a perda de capacidade para administrar o regime medicamentoso ainda não foi percebida pelos familiares e profissionais de saúde. Assim, o rastreio cognitivo fornece informações fundamentais para determinar capacidades e detectar a necessidade de envolver um familiar

nos processos de cuidado.

A avaliação cognitiva é também um elemento fundamental para o diagnóstico e o monitoramento do delirium, condição caracterizada por alterações agudas e flutuantes de atenção e orientação. Nos idosos com alto risco de delirium a aplicação de um teste cognitivo logo após a admissão serve como um parâmetro objetivo de referência comparativa que pode ser repetido caso surjam evidências de um quadro confusional agudo ao longo da internação. A avaliação cognitiva no ambiente hospitalar tem algumas particularidades. Os testes devem ser rápidos, pois geralmente são realizados em ambiente movimentado, com ruído, na presença de sintomas que trazem desconforto. Tarefas que exigem papel e caneta ou outros materiais específicos devem ser evitadas, pois a avaliação é realizada na beira do leito, muitas vezes em pacientes acamados.

Para facilitar a comunicação entre os profissionais e favorecer a reprodutibilidade, é importante que o serviço padronize um teste cognitivo rápido, que seja bem conhecido por toda a equipe e sirva de linguagem comum. Sugerimos o 10-point Cognitive Screener (10-CS), teste de dois minutos composto pelos subtestes de orientação temporal, memorização de três objetos e fluência verbal (animais em 60 segundos). Os enunciados e a pontuação do 10-CS são descritos na Tabela 5.

**Tabela 5 – Enunciados e Pontuação do 10-point Cognitive Screener (10-CS)**

ENUNCIADOS	PONTUAÇÃO
<b>1. “Qual é a data de hoje? Por favor me diga o dia, o mês e o ano em que estamos.”</b>	dia 0 1 mês 0 1 ano 0 1
<b>2. “Agora eu vou dizer o nome de três objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os três objetos.”</b> (até três tentativas se necessário)	chapéu moeda Não pontua lanterna
<b>3. “Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível. Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em um minuto.”</b>	≤ 5 animais 0 6-8 animais 1 9-11 animais 2 12-14 animais 3 ≥ 15 animais 4



4. “Agora me diga quais eram os três objetos que eu pedi para você memorizar.”

chapéu	0	1
moeda	0	1
lanterna	0	1

O escore total do 10-CS varia de 0 a 10 e permite a classificação em uma das três seguintes categorias: Normal (8-10 pontos); Comprometimento Cognitivo Possível (6-7 pontos); Comprometimento Cognitivo Provável (0-5 pontos). A grande maioria dos idosos classificados na categoria “Comprometimento Cognitivo Provável” apresenta critérios para um quadro demencial.

A classificação em categorias gerais de desempenho cognitivo é suficiente para as demandas no contexto da internação. Recomendamos que os profissionais da equipe multiprofissional sejam cautelosos e não se precipitem em diagnósticos sindrômicos como “demência” ou etiológicos como “doença de Alzheimer”. A investigação necessária para esses diagnósticos geralmente é realizada num segundo momento, em ambiente ambulatorial, com apoio de testes neuropsicológicos mais sensíveis e avaliação de especialistas com formação na área de Neuropsiquiatria Geriátrica.

caracteriza por início agudo, curso flutuante, déficit de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência. Entre os idosos hospitalizados por condição clínica aguda, 15 a 30% preenchem critério para delirium no momento da admissão. Com a adição dos casos incidentes, no total 20 a 40% dos idosos apresentam delirium em algum momento durante a hospitalização. Além de constituir um desafio para os profissionais e um fator de grande desgaste para os familiares, o delirium está associado a maior tempo de internação, declínio funcional, maior risco de contenção física e maior mortalidade.

Embora seja extremamente comum, o **delirium ainda é uma condição subdiagnosticada**, problema que pode ser atribuído às deficiências de formação dos profissionais e dificuldades intrínsecas ao processo diagnóstico, que é essencialmente clínico e não se apoia em exames complementares. Assim, a identificação dos casos suspeitos e a confirmação diagnóstica do delirium dependem de estratégias proativas baseadas em protocolos gerenciados e programas de educação continuada. É importante que os profissionais que atuam em contato direto com o idoso hospitalizado, incluindo os técnicos de enfermagem, conheçam as principais características do delirium e possam levantar suspeita dessa condição. Sugerimos que esses profissionais sejam treinados a reconhecer as situações indicativas de delirium descritas na Tabela 6.

## Avaliação de delirium

O delirium é um quadro confusional que se

**Tabela 6 – Situações que Devem Levantar Suspeita de Delirium**

**Períodos em que o paciente fica confuso ou fala coisas sem sentido;**

**Desorientação no tempo ou no espaço;**

**Agitação psicomotora** (resiste aos cuidados, tenta retirar dispositivos, insiste em ir embora)

**Sonolência excessiva** (adormece enquanto os profissionais estão no quarto)

**Desorganização do ciclo sono-vigília** (agitado à noite e sonolento durante o dia)

**Alucinações** (especialmente visuais como ver bichos ou pessoas que já faleceram)

**Comportamento diferente do habitual** (excessivamente irritado, ansioso, eufórico ou apático)

Além de treinar seus profissionais para que reconheçam os sinais de delirium, é importante que a instituição tenha programas ativos de rastreio nas subpopulações de maior risco, especialmente aqueles com idade  $\geq 80$  anos ou antecedente de demência. A ferramenta Confusion Assessment Method – CAM tem sido a mais utilizada para rastrear delirium. A CAM

é uma escala de quatro itens pontuada com base em observações diretas do examinador ao interagir com o paciente, testes rápidos de orientação e atenção aplicados na beira do leito e informações colhidas com o acompanhante ou equipe assistencial. A Tabela 7 descreve os itens da CAM e apresenta sugestões práticas sobre como aplicar.

### Tabela 7 – Confusion Assessment Method (CAM)

#### **Mudança aguda no estado mental**

*Investigue se nas últimas horas o indivíduo apresentou períodos em que disse coisas sem sentido, ficou confuso (ou mais confuso que o habitual), ficou desorientado, teve alteração de comportamento ou sonolência.*

#### **Déficit de atenção**

*Observe se o indivíduo não consegue prestar atenção na conversa por alguns minutos, distrai-se facilmente ou fica alheio ao que se passa. Aplique testes simples de atenção, como dizer os “meses do ano na ordem inversa.”*

#### **Pensamento desorganizado**

*Observe se o indivíduo apresenta ideias sem lógica, incoerentes, levanta assuntos irrelevantes para o momento ou muda o tema da conversa de forma imprevisível.*

#### **Alteração do nível de consciência:**

*Observe se o indivíduo apresenta **hipervigilância** (comportamento de alerta aumentado como se procurasse sinais de perigo no ambiente) ou **sonolência excessiva** (adormece enquanto os profissionais estão no quarto).*



Os critérios para delirium são preenchidos quando os itens 1 e 2 estão presentes em adição ao item 3 ou 4. A CAM deve ser realizada no momento da admissão e repetida sempre que houver suspeita de delirium. Após o diagnóstico de delirium, o quadro deve ser classificado quanto ao subtipo motor como hiperativo (caracterizado por hipervigilância, irritabilidade e agitação psicomotora), hipoativo (caracterizado por apatia, lentificação e sonolência) ou misto (alternância entre os dois estados).

A identificação de um quadro de delirium pela equipe multiprofissional deve ser sempre seguida de uma avaliação médica a ser realizada no mesmo dia, que tem a finalidade de descartar causas neurológicas primárias e avaliar fatores precipitantes potencialmente reversíveis.

## Avaliação de sintomas depressivos e ansiosos

Os sintomas depressivos e ansiosos são comuns entre os idosos frágeis, especialmente naqueles que acumulam uma carga elevada de comorbidades, que têm a sua independência funcional afetada por limitações físicas ou a sua qualidade de vida comprometida por sintomas mal controlados como dor crônica. A internação hospitalar pode trazer situações que agravam os sintomas psiquiátricos ou até desencadear novos quadros. Além de causar sofrimento psíquico, esses sintomas trazem influências negativas para a qualidade do vínculo entre paciente e profissionais, interferem na colaboração do idoso com o seu tratamento e prejudicam o seu engajamento no plano de cuidados.

A avaliação dos sintomas depressivos e ansiosos no idoso hospitalizado traz algumas particularidades desafiadoras. Os quadros psiquiátricos no idoso costumam ser acompanhados de sintomas somáticos, como diminuição da energia, perda de apetite, alterações do sono, síndromes dolorosas, queixas cognitivas, tontura, dispepsia e palpitações. Avaliar em que medida os sintomas somáticos são resultantes de um quadro psiquiátrico, do acúmulo de doenças

crônicas ou mesmo de alterações normais do envelhecimento não é uma tarefa simples. Os idosos hospitalizados apresentam ainda uma grande prevalência de transtornos neurocognitivos como demência e delirium. A diferenciação entre um quadro psiquiátrico primário, sintomas comportamentais de uma demência leve ou sintomas de um delirium subsindrômico é também desafiadora. Diante de um idoso com sintomas depressivos, o tratamento tradicional baseado na abordagem psicoterapêutica e no uso de antidepressivos terá eficácia limitada caso haja uma demência ou um delirium subjacente. Essas condições exigem uma abordagem diferenciada e o correto diagnóstico é fundamental para a formulação do plano de cuidados.

Pelas dificuldades expostas nos parágrafos anteriores, os quadros psiquiátricos no idoso hospitalizado são ao mesmo tempo sub- e super-diagnosticados. Se por um lado muitos quadros depressivos e ansiosos passam despercebidos ou são detectados tardiamente, por outro lado esses diagnósticos são muitas vezes realizados incorretamente em idosos que na verdade apresentam um transtorno neurocognitivo com manifestações secundárias. Assim, é necessário que hospital tenha um programa geral de rastreio de sintomas psiquiátricos na sua primeira linha de atendimento, e numa segunda linha, profissionais especializados que possam ser acionados para uma avaliação mais detalhada.

O rastreio de sintomas psiquiátricos no ambiente hospitalar tem algumas peculiaridades importantes:

- (1)** Os questionários devem ser rápidos, pois geralmente são realizados em ambiente movimentado, com pouca disponibilidade de tempo, em pacientes que podem apresentar capacidade de atenção reduzida.
- (2)** Questões delicadas ou constrangedoras devem ser evitadas, pois o rastreio muitas vezes é realizado na presença de um familiar, por um profissional que o paciente acabou de conhecer há poucos momentos.
- (3)** Questionários que incluem sintomas somáticos devem ser evitados, pois essas manifestações podem fazer parte de condições clínicas subjacentes e do processo

de agudização. Sugerimos instrumentos que focam nos sintomas “maiores”, como tristeza, anedonia, preocupação excessiva, dificuldade de relaxar.

**(4)** O rastreio de sintomas depressivos e ansiosos não deve ser aplicado em idosos com demência avançada ou delirium marcado. Esses casos necessitam de uma abordagem diferenciada.

O *Patient Health Questionnaire* de 4 itens (PHQ-4) tem se mostrado uma ferramenta útil no ambiente hospitalar por ser rápido, de fácil compreensão, não incluir sintomas somáticos e avaliar ao mesmo tempo sintomas depressivos e ansiosos (duas questões para cada domínio). Os itens do PHQ-4 são descritos na Tabela 8.

### Tabela 8 – Questões para rastreio de sintomas ansiosos e depressivos incluídas no PHQ-4

Nas 2 últimas semanas, com que frequência você...

1. Sentiu-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso(a)?
2. Não foi capaz de controlar as preocupações?
3. Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?
4. Sentiu-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva?

Cada questão admite as respostas “nunca ou raramente” (0 pontos), “alguns dias” (1 ponto), “mais de metade dos dias” (2 pontos), “quase todos os dias” (3 pontos). Uma adaptação para facilitar o uso pode ser realizada formulando-se as perguntas no formato de sim/não e classificando a frequência apenas quando há resposta “sim” para a questão inicial. Uma pontuação  $\geq 3$  em pelo menos uma das subescalas (ansiedade ou depressão) é geralmente tratada como rastreio positivo. Versões da *Geriatric Depression Scale* (GDS) com 4 ou 5 itens também foram desenvolvidas e podem ser alternativas interessantes de rastreio.

Quando a ferramenta de rastreio detecta sintomas psiquiátricos significativos, o Serviço de Psicologia é acionado para uma avaliação com escalas mais amplas como o PHQ-9, a GDS-15 ou a *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7). Além de aplicar instrumentos mais completos para avaliação objetiva dos sintomas, em sua avaliação o Psicólogo explora ainda eventos vitais, características da dinâmica familiar, impressões sobre o significado do processo de adoecimento, fatores desencadeantes de medo e antecipação, recursos de enfrentamento, comportamento de esquiva, ideação suicida e outros elementos

fundamentais para orientar o plano de tratamento.

## Avaliação da prescrição

Se a qualidade da prescrição é essencial na assistência a qualquer indivíduo hospitalizado, entre os idosos esse componente assume um aspecto ainda mais crítico. O envelhecimento é acompanhado de alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas que exigem uma prescrição pautada em cuidados específicos. Além do envelhecimento em si, algumas síndromes geriátricas e comorbidades comuns entre os idosos podem alterar a metabolização, a distribuição, a eliminação e a toxicidade das medicações. Por exemplo, a sarcopenia está associada a um volume de distribuição reduzido para medicações hidrofílicas. As doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares determinam intolerância a agentes anticolinérgicos. A redução da taxa de filtração

glomerular observada em grande parte dos idosos requer ajuste de doses e adaptações posológicas. A multimorbidade e a polifarmácia trazem desafios complexos, aumentando o risco de interação medicamentosa. Esse cenário incentivou Marck Beers, geriatra norte-americano, a desenvolver uma relação de **Medicações Potencialmente Inapropriadas** (MPI) para idosos, incluindo aquelas que podem aumentar a probabilidade de complicações iatrogênicas e que apresentam

uma relação risco-benefício desfavorável para a maioria dos idosos. Conhecida como “critérios de Beers”, essa relação foi adotada *American Geriatrics Society* e passou por atualizações, a mais recente publicada em 2015. Nessa versão os critérios de Beers passaram a listar também interações medicamentosas a serem checadas e evitadas nos idosos. Na tabela 9 são descritas as MPI com maior impacto na prática clínica atual, selecionadas a partir dos critérios de Beers.

**Tabela 9 – MPI incluídas nos critérios de Beers – agentes com maior relevância na prática hospitalar**

Medicação	Medicação	Medicação
<b>Anticolinérgicos</b>	Anti-muscarínicos urinários, anti-histamínicos de 1ª geração, antiespasmóticos, tricíclicos.	Risco de delirium, xerostomia, obstipação, retenção urinária. Alternativas mais seguras estão disponíveis.
<b>Antipsicóticos</b>	Haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina.	Risco de eventos cardiovasculares, sonolência, pneumonia aspirativa, rigidez. Baixa efetividade no controle da agitação.
<b>Benzodiazepínicos e hipnóticos não benzodiazepínicos</b>	Diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam, lorazepam, zolpidem, zopiclona.	Idosos apresentam sensibilidade aumentada, com risco de sonolência excessiva, delirium e quedas.
<b>Relaxantes musculares</b>	Ciclobenzaprina, carisoprodol, orfenadrina.	Não são bem tolerados por idosos por conta do efeito anticolinérgico e sedativo. Apresentam eficácia questionável.
<b>Escala de insulina conforme glicemia</b>	Uso isolado de insulina rápida ou ultrarrápida (e.g., regular, lipro) na ausência de insulina basal.	Risco elevado de hipoglicemia entre os idosos sem benefícios comprovados no controle glicêmico.

**Inibidor de bomba de próton**

Omeprazol, pantoprazol, esomeprazol.

Risco de infeção por clostridium difficile, pneumonia aspirativa e fraturas. Indicado apenas em situações específicas como ulcera péptica, esofagite erosiva, dupla antiagregação e profilaxia em paciente crítico.

**Óleo mineral**

Refere-se ao uso por via oral como laxante.

Pneumonite lipídica em caso de broncoaspiração. Reduz absorção das vitaminas A, D, E e K.

**Anti-inflamatórios não seletivos**

Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, cetoprofeno, meloxicam, cetorolaco.

Risco elevado de sangramento gastrointestinal e piora da função renal em idosos.



Os critérios de Beers não devem ser encarados com proibitivos - a sua interpretação deve estar aliada às singularidades e necessidades de cada paciente. No processo de análise, é preciso avaliar se existem alternativas de tratamento não farmacológico ou se a medicação pode ser substituída por outra mais segura. Caso o uso de uma MPI seja impreterível, a medicação deve ser utilizada na menor dose possível, pelo menor tempo possível e cercada dos cuidados de monitoramento necessários.

No idoso é frequente o mesmo apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos, especialmente para aliviar sintomas como dor e constipação intestinal. Esta situação pode ocasionar eventos adversos, uma vez que o uso simultâneo de seis medicamentos ou mais pode elevar o risco de interações medicamentosas (IM) graves em até 100%. Embora entre os idosos as reações adversas a medicamentos (RAM) apresentem-se com maior gravidade que entre os jovens, não são, muitas vezes, identificadas ou relatadas. A idade por si só não representa um fator de risco, mas um indicador para comorbidade, pois neste grupo a farmacocinética alterada e a polifarmácia são as variáveis mais diretamente associadas as RAM. Muitos medicamentos comumente usados por idosos como, por exemplo, antiinflamatórios não esteroidais (AINE), beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), diuréticos, digoxina, antilipidêmicos, depressores do sistema nervoso central são potencialmente interativos. Há, ainda, os indutores (fenitoina, carbamazepina) e inibidores enzimáticos como, por exemplo, cimetidina, omeprazol que, freqüentemente, encontram-se envolvidos nas IM, que ameaçam a saúde do idoso. Deste modo, é fundamental que os profissionais conheçam esses medicamentos potencialmente interativos, no intuito de prevenir eventos adversos decorrentes da combinação terapêutica.

Grande parte dos médicos atualmente em atividade não recebeu uma formação voltada para a prescrição do idoso. Até pouco tempo atrás as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas do envelhecimento, assim como as especificidades determinadas pelas síndromes geriátricas, não eram adequadamente contempladas nas escolas médicas. Como resultado, as particularidades da prescrição do

idoso são amplamente negligenciadas. Prescrever para o idoso da mesma forma que se faz para o adulto jovem não traz riscos excessivos em indivíduos robustos. No entanto, essa prática inadvertida pode trazer prejuízos em populações de idade mais avançada, com síndrome da fragilidade, sarcopenia, instabilidade postural e comprometimento cognitivo.

Diante desse cenário, é fundamental que os hospitais estruturem mecanismos de checagem e intervenção farmacêutica específicos para os idosos frágeis. Grande parte dos hospitais já possui um serviço de farmácia clínica dedicado a identificar doses inapropriadas, interações medicamentosas, alterações de exames laboratoriais por uso de medicações, entre outros. Esses serviços atuam ainda notificando reações adversas, intervindo em questões técnicas da prescrição e educando pacientes e cuidadores. O farmacêutico clínico é o profissional capacitado para identificar as possibilidades de melhoria na prescrição, atuando em contato direto com o prescritor ou através de notificações em prontuário. Ao inserir a equipe de farmácia clínica em um modelo de AGI, as atividades supracitadas devem ser alinhadas às necessidades e especificidades do idoso.

Nas instituições que possuem sistema de prescrição eletrônica, grande parte das medicações potencialmente inapropriadas podem ser identificadas de forma automatizada, em um sistema que gera alertas para o prescritor. No entanto, esses sistemas não dispensam a presença de uma equipe de farmácia clínica com expertise nas particularidades da prescrição do idoso, atuando de forma complementar. Sugerimos que tanto os sistemas de avisos em prescrição eletrônica quanto a atuação da equipe de farmácia clínica sejam baseadas nos critérios de Beers, que apresentam forte embasamento científico e reúnem recomendações consensuais entre os especialistas nessa área.

Além rastrear as medicações com carga anticolinérgica forte listadas nos critérios de Beers, alguns estudos recentes têm chamado a atenção para o fato de que a prescrição de múltiplos agentes com atividade anticolinérgica fraca pode ter um efeito somatório igualmente prejudicial, especialmente nas funções cognitivas do idoso. Assim, o cálculo da “carga anticolinérgica” tem recebido uma atenção cada vez maior nos programas de prescrição segura

para o idoso. Diversas escalas foram propostas para o cálculo da carga anticolinérgica. Entre as utilizadas com maior frequência podemos citar a *Anticholinergic Cognitive Burden (ACB) scale*, na qual cada medicação recebe uma pontuação de 0 a 3. Prescrições com pontuação somatória de 3 ou mais apresentam carga anticolinérgica elevada e devem ser revisadas.

O envelhecimento é acompanhado de alterações funcionais que determinam diminuição da taxa de filtração glomerular, resultando em eliminação renal reduzida de algumas medicações. Na prática clínica, a função renal é habitualmente estimada em face do valor da creatinina. No entanto, o uso dessa informação isolada entre os idosos pode superestimar a função renal. Por exemplo, uma dosagem de creatinina de 1,0 mg/dL geralmente é considerada “normal”. No entanto, numa mulher idosa de 85 anos com 45 quilos, esse valor corresponderia a uma taxa de filtração glomerular estimada em 29 mL/min, determinando necessidade de ajuste para medicações com eliminação renal. Para evitar que a necessidade de correção de doses passe despercebida, é importante que o hospital implemente um modelo sistematizado para estimar a taxa de filtração glomerular com base em uma das equações validadas para o idoso a serem padronizadas na instituição: *Cockcroft-Gault, Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)* ou *Chronic Kidney Disease Epidemiology (CKD-EPI)*.

Além de atuar na diminuição dos riscos associados ao tratamento medicamentoso, o farmacêutico clínico também tem um papel importante na investigação de complicações comuns nas quais uma revisão da prescrição é imperativa:

- (1)** Queda ou quase-queda: revisão de medicações com efeito em sistema nervoso central, diuréticos de alça, vasodilatadores e hipotensores.
- (2)** Delirium: revisão de medicações com efeito anticolinérgico, benzodiazepínicos e outras substâncias com efeito sedativo.
- (3)** Baixa ingestão alimentar: revisão de medicações que podem suprimir o apetite, causar náusea, xerostomia ou obstipação.

Quando uma dessas complicações for identificada, o farmacêutico clínico deve ser

acionado para revisar a prescrição. Caso encontre alguma medicação potencialmente associada deve entrar em contato com o prescritor para discutir alternativas de substituição, redução de dose ou retirada.

É comum encontrarmos em prescrições para pacientes idosos a polifarmácia, como já discutimos anteriormente, e a prescrição inapropriada de medicamentos. Com isso, a prevalência de reações adversas aumenta, potencializando a morbi-mortalidade desta faixa etária. Para tentar minimizar esse problema surgiu um novo movimento nomeado como desprescrição.

A desprescrição é definida como: “o processo sistemático de identificação e descontinuação de medicamentos em casos em que danos existentes ou potenciais superam os benefícios existentes ou potenciais dentro do contexto dos objetivos de atendimento de um paciente individual, nível atual de funcionamento, expectativa de vida, valores e preferências”.

A avaliação de esquemas terapêuticos múltiplos, especialmente em idosos, possibilita a identificação e suspensão de associações com interações medicamentosas potenciais, no intuito de minimizar os danos e qualificar o uso dos fármacos. Protocolos e diretrizes para o manejo das doenças crônicas mais prevalentes devem contemplar, além das indicações de tratamento, recomendações sobre situações onde a desprescrição pode ser adotada.

Este processo deve ser considerado quando surge um novo sintoma que sugere uma reação adversa a medicamento ou paciente em fase terminal da doença, com extrema fragilidade ou dependência. Outro bom momento é diante de combinações ou uso de medicamentos de alto risco, e, por fim, em casos de medicamentos cuja interrupção não culminará no agravamento da doença em questão.

Para iniciar a desprescrição, existem 5 passos essenciais, são eles:

- 1.** Listar todas os medicamentos que o paciente está tomando atualmente e as razões para cada um.
- 2.** Determinar e avaliar o risco da desprescrição pelos fatores farmacológicos: quantidade de medicamentos, uso de drogas de “alto



risco”, toxicidade prévia ou atual; Fatores do paciente: > 80 anos, déficit cognitivo, várias comorbidades, abuso de substâncias, múltiplas prescrições, não-adesão.

**3.** Avaliar o potencial de desprescrição de cada medicamento:

- Sem indicação válida.
- Cascata de prescrição (medicamentos prescritos para tratar as reações adversas).
- Risco versus benefício.

■ O medicamento é ineficaz ou os sintomas estão completamente resolvidos.

■ Risco benefício de drogas preventivas (tempo de sobrevida).

**4.** Priorizar medicamentos a serem descontinuados.

**5.** Implementar e monitorar os medicamentos que serão descontinuados (abstinência, piora clínica, resolução dos sintomas de reação adversa).







# AVALIAÇÃO DE RISCOS NO IDOSO HOSPITALIZADO

## Risco nutricional

Embora nos últimos anos a obesidade tenha ocupado um papel central entre os distúrbios nutricionais na população geral, nas faixas etárias mais avançadas, especialmente entre os idosos frágeis, a desnutrição é a condição mais prevalente e com maior impacto clínico. Nessa população a taxa de desnutrição varia de 20 a 50% e hospitalização é um importante fator de deterioração nutricional.

Entre os fatores associados à desnutrição no idoso hospitalizado, podemos citar o uso iatrogênico de medicações que reduzem o apetite, alteram o paladar, causam xerostomia e provocam náusea. O idoso hospitalizado pode ter o estado nutricional comprometido ainda pela necessidade de jejum prolongado para exames, restrições alimentares por ordem médica, dificuldade de adaptar-se ao cardápio do hospital ou necessidade de adaptação da consistência da dieta. Somam-se a esses fatores

quadros clínicos comuns no idoso hospitalizado como a presença de obstipação, lesões orais e delirium com episódios de sonolência impeditiva para receber a refeição.

A desnutrição aumenta o risco de infecções, favorece a formação de úlceras de pressão e está associada a um maior tempo de permanência no hospital. Intervenções estruturadas têm demonstrado benefício entre os idosos frágeis quando o perfil de risco é detectado precocemente. Assim, o rastreamento do estado nutricional é um componente fundamental da AGI que deve ser aplicado nas primeiras 48 horas como parte de um protocolo de assistência nutricional sistematizado e adaptado para o idoso.

A maioria das ferramentas de rastreamento para avaliação do estado nutricional é formada por uma combinação de quatro componentes básicos: perda de peso recente, ingestão alimentar, índice de massa corporal e gravidade do quadro clínico. As vantagens e desvantagens dos principais parâmetros de avaliação nutricional do paciente idoso estão descritos na Tabela 10.

**Tabela 10 – Vantagens e desvantagens dos principais parâmetros de avaliação nutricional no idoso**

<b>Parâmetro de Avaliação Nutricional</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>	Medida prática e objetiva, obtida por meio do peso e estatura.	Não contempla composição corporal e é pouco sensível a mudanças recentes do estado nutricional.
<b>Consumo alimentar</b>	Fácil aplicabilidade, pode mostrar possíveis carências nutricionais.	Medida subjetiva, sujeita a viés de relato e difícil de ser quantificada.
<b>Circunferência da Panturrilha</b>	Sensível para estimar massa muscular, tem sido utilizada para o diagnóstico clínico de sarcopenia.	Pode ser influenciada por condições como edema e obesidade.
<b>Circunferência do braço</b>	Medida objetiva, bom método para avaliar massa muscular, massa de gordura e tecido ósseo.	Pode ser influenciada por edema e condições do membro avaliado.

**Dobra cutânea tricípital**

Método simples e não invasivo, considera-se que a região é a mais representativa de camada subcutânea de gordura.

Pode ter alterações conforme quem for o aplicador e influenciada pelas condições do membro avaliado.

**Bioimpedância elétrica**

Método que pode ser aplicado na beira do leito em pacientes acamados. Avalia composição corporal (i.e., massa muscular e proporção de gordura).

Pode ser influenciada por condições como edema e hidratação. Não pode ser realizada em pacientes com marcapasso.

Existem diversos instrumentos de triagem utilizados na prática clínica para identificar risco nutricional. Essas ferramentas podem identificar a necessidade de uma avaliação nutricional mais particularizada e permitem que os profissionais intervenham precocemente. Os instrumentos de triagem mais utilizados e com maior evidência de validade são o Nutritional Risk Screening (NRS 2002), Malnutritional Universal Screening Tool (MUST), Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN), que apesar de terem mesma função, diferem quanto à praticidade, limitações

e adequabilidade a populações específicas. Apesar da variedade de ferramentas disponíveis e de não haver consenso sobre o melhor instrumento, diversos órgãos preconizam a MAN como preferível para triagem de idosos, principalmente os frágeis, por contemplar questões que afetam diretamente as reservas corpóreas como funcionalidade e cognição. Uma versão reduzida (triagem) da MAN foi desenvolvida e tem se mostrado válida para a prática clínica, podendo ser absorvida nos protocolos de assistência nutricional aos idosos, conforme particularidade de cada instituição.

**Tabela 11 – Triagem da Mini Avaliação Nutricional (MAN)**

**A.** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

**B.** Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

**C.** Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa  
2 = Normal

**D.** Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?

0 = sim  
2 = não

#### E. Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
- 1 = demência leve
- 2 = sem problemas neuropsicológicos

#### F. Índice de Massa Corporal (IMC)

- 0 = < 19
- 1 = 19 a 20,9
- 2 = 21 a 22,9
- 3 = ≥ 23

Entre as medidas antropométricas importantes na avaliação do idoso frágil, destaca-se a **circunferência da panturrilha**, um indicador do estado nutricional e da massa muscular fácil de ser obtido e que pode ser utilizado para o diagnóstico de sarcopenia. Valores acima de 33 cm indicam massa muscular adequada, valores entre 32,9 e 30 cm indicam redução leve e uma medida inferior a 30 cm indica redução importante da massa muscular. Em um estudo de coorte recente com 1298 idosos, a circunferência de panturrilha foi a única medida antropométrica associada com mortalidade em idosos frágeis. Dessa forma, sugerimos que esse parâmetro seja incorporado na avaliação nutricional do idoso frágil hospitalizado e utilizado na formulação do plano de cuidado.

## Risco de queda

A queda é definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior, provocado por circunstâncias que comprometem a estabilidade. A incidência das quedas, assim como o potencial de dano associado, aumentam com o grau de fragilidade do indivíduo. As quedas são especialmente comuns e graves nos idosos com idade avançada, comprometimento cognitivo, distúrbio de marcha e instabilidade postural.

A queda é uma das síndromes geriátricas mais desafiadoras, pois um único evento pode ter consequências catastróficas. Entre os idosos frágeis, 30 a 50% das quedas determinam algum



tipo de lesão. Em 5 a 10% dos casos a queda determina algum dano grave como fratura osteoporótica ou traumatismo cranioencefálico. Além das lesões, quedas recorrentes podem resultar em medo de deambular e restrição cada

vez maior da mobilidade.

A hospitalização aumenta consideravelmente o risco de queda entre os idosos. Os principais fatores precipitantes no ambiente hospitalar são descritos na Tabela 12.

**Tabela 12 – Fatores precipitantes de queda no ambiente hospitalar**

**Medicações**

Fármacos com efeito em sistema nervoso central como opioides, hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e sedativos para procedimentos aumentam significativamente o risco de quedas.

**Hipotensão ortostática**

Potencializada por desidratação, arritmias, permanência por tempo excessivo no leito, medicações vasodilatadoras e agentes hipotensores.

**Urgência miccional ou fecal**

A necessidade de deslocar-se até o banheiro com maior frequência, muitas vezes com urgência, pode ser potencializada por diuréticos ou diarreia.

**Imobilidade**

A permanência por tempo excessivo no leito provoca perda rápida de massa muscular, afetando a marcha e a estabilidade postural.

**Sondas e cateteres**

Esses dispositivos dificultam a saída do leito e podem enroscar no trajeto de deslocamento.

**Delirium**

O idoso com delirium pode ter percepção alterada das capacidades e riscos. Episódios de agitação nos quais o indivíduo insiste em sair do leito sem assistência representam um grande risco.

As quedas são, em grande parte, passíveis de prevenção através de medidas simples que devem ser adotadas de forma universal, para todos os pacientes, e intensificadas naqueles com maior risco. Assim, a estratificação de risco através de escalas padronizadas ocupa um papel central nos protocolos de prevenção. Essas escalas devem ser aplicadas no momento da admissão e repetidas

a cada 24h ou quando houver transferência de unidade.

As ferramentas mais utilizadas para estratificar risco de quedas no ambiente hospitalar são a escala Morse, a St Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) e a Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JH-FRAT). Escalas mais completas quanto ao escopo dos

fatores de risco avaliados, como a JH-FRAT, são também as que tomam maior tempo e apresentam maior dificuldade nos métodos de pontuação.

Cada instituição deve selecionar a ferramenta de estratificação de risco mais adequada ao perfil da sua população e das suas rotinas.

**Tabela 13 - Síntese comparativa dos itens presentes em cada escala**

<b>Itens</b>	<b>Morse</b>	<b>STRATIFY</b>	<b>JH-FRAT</b>
História de queda recente	●	●	●
Confusão mental ou agitação	●	●	●
Distúrbio de marcha	●	○	●
Necessidade de assistência de outra pessoa para deambulação	○	○	●
Independência para deambular	●	●	○
Dispositivos que causam restrição	●	○	●
Déficit visual	○	●	●
Urgência urinária/fecal	○	●	●
Idade avançada	○	○	●
Diagnósticos médicos	●	○	○
Medicamentos de alto risco	○	○	●

● Item presente

○ Item ausente



Podemos observar que a escala JH-FRAT confere maior risco aos pacientes dependentes de auxílio para deambular, enquanto a Morse e a STRATIFY conferem maior risco aos pacientes que deambulam de forma independente. Essa contradição revela a complexidade da relação entre distúrbio de marcha, independência funcional e risco de queda. De fato, os indivíduos totalmente independentes e sem distúrbio de marcha apresentam baixo risco. À medida que a marcha se deteriora, o risco de queda aumenta. No entanto, a partir de certo ponto, o sujeito passa a depender do auxílio de outra pessoa para deambular. Essa assistência, além de reduzir o risco de queda, também reduz o risco de lesões, já que o paciente que deambula assistido geralmente é amparado na eventualidade de uma queda.



As quedas são eventos multifatoriais com alto grau de imprevisibilidade. Alguns estudos têm revelado que as escalas de estratificação de risco de queda apresentam acurácia preditiva relativamente baixa e que os protocolos de prevenção não devem ser demasiadamente engessados em função dessas escalas. De acordo com os argumentos já expostos, não basta que o hospital selecione uma escala e passe a utilizá-la. É preciso que a sua acurácia preditiva seja calculada com dados do próprio hospital para certificar-se de que a ferramenta escolhida é a mais adequada ao contexto da instituição e tem pontos de corte bem calibrados.

É importante lembrar ainda que as quedas não ocorrem por mero efeito cumulativo de fatores de risco, mas são influenciadas por fatores culturais, comportamentais, ambientais e fortemente ligadas à organização da assistência. Por exemplo, a baixa disponibilidade de auxílio para mobilização (e.g., ir ao banheiro) é um ponto determinante na ocorrência de quedas. Em alguns serviços, as estratégias para redução de quedas lamentavelmente são baseadas na restrição da mobilidade. Os padrões de iluminação, disponibilidade de barras de apoio, espaço de circulação no quarto e aderência do piso podem influenciar o perfil das quedas no hospital. Assim, é imprescindível que cada hospital mantenha registros detalhados de todas as quedas e que esses dados sejam utilizados para mapear os riscos próprios da instituição, que podem ser diferentes daqueles propostos nas escalas.

## Risco de broncoaspiração

A broncoaspiração, definida pela entrada de sólidos ou líquidos nas vias aéreas subglóticas, é a representação mais severa da disfagia orofaríngea. A prevalência da disfagia orofaríngea aumenta com a idade e está fortemente associada a condições comuns entre os idosos como demência,

doença cerebrovascular, doença de Parkinson e sarcopenia. A disfagia apresenta uma prevalência de 30 a 45% entre os idosos hospitalizados, mas naqueles com condições como infecção de vias aéreas, demência e delirium essa condição chega a ser encontrada em mais de metade dos casos. A disfagia orofaríngea está associada a um alto risco de desnutrição e desidratação. Além disso, pode determinar broncoaspiração silenciosa, responsável por quadros recorrentes de pneumonia aspirativa entre os idosos mais frágeis, situação que nessa população representa uma causa frequente de internação. A internação hospitalar pode agravar uma disfagia orofaríngea subjacente e aumentar o risco de broncoaspiração através de fatores como sonolência excessiva associada a delirium, uso de medicações sedativas, uso de antipsicóticos, uso inibidores de bomba de próton, intubação orotraqueal, jejum prolongado, mudanças no padrão alimentar e xerostomia por desidratação ou medicações anticolinérgicas. Em idosos com disfagia orofaríngea, algumas medidas podem atenuar o risco de broncoaspiração e diminuir a taxa de pneumonia aspirativa, como a implementação de modificações na consistência da dieta, exercícios miofuncionais de reabilitação, treino de técnicas de deglutição e estratégias de descolonização da cavidade oral. No entanto, a implementação dessas medidas depende do diagnóstico e, assim como as outras síndromes geriátricas, a disfagia orofaríngea é uma condição subdiagnosticada.

Um dos fatores responsáveis pelo subdiagnóstico da disfagia orofaríngea é diminuição do reflexo de tosse entre os idosos. A tosse é um mecanismo responsável pela proteção das vias aéreas inferiores contra aspiração de alimentos e secreções. Com a diminuição desse reflexo, os episódios de broncoaspiração entre os idosos podem ocorrer sem engasgos ou tosse, dificultando a sua identificação. Para aumentar as chances de detecção da disfagia orofaríngea e do risco de broncoaspiração no ambiente hospitalar, a instituição deve desenvolver programas de educação continuada para os funcionários que têm maior contato com os pacientes, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, capacitando-os a reconhecer os sinais de broncoaspiração. É desejável ainda que a instituição desenvolva um programa de rastreio a ser aplicado nos idosos com perfil de maior risco, como aqueles com sinais de fragilidade, sarcopenia ou demência. Entre as dezenas de escalas rápidas que têm sido utilizadas para estratificar risco de broncoaspiração no ambiente hospitalar, podemos citar a *MetroHealth Dysphagia Screen* e a *Emergency Pshysician Dysphagia Screen*, ambas constituídas por questões simples que podem ser respondidas pelo próprio paciente ou cuidador no momento da admissão. Os itens comumente incluídos nessas escalas que podem ser utilizados no rastreio de risco de broncoaspiração e estão listados na Tabela 14.

#### **Tabela 14 – Situações que indicam risco de broncoaspiração e necessidade de avaliação fonoaudiológica**

**Sonolência excessiva** (não consegue manter-se bem acordado durante a refeição)

**Alteração da voz** (fraca, rouca ou “molhada”)

**Disartria** (não articula as palavras corretamente ou fala de forma “arrastada”)

**Tosse fraca ou incapacidade de tossir**

**Engasgo, tosse ou cansaço excessivo durante a refeição**

**Alteração neurológica em segmento cefálico**

A presença de uma ou mais dessas situações de risco indica a necessidade de uma avaliação a ser realizada por um fonoaudiólogo na beira do leito. Mesmo na ausência de sinais de risco, a avaliação fonoaudiológica para disfagia deve ser considerada como rotina em idosos com comprometimento cognitivo grave, doença de Parkinson avançada, sarcopenia grave ou pneumonia de repetição.

Alguns serviços optam por disponibilizar um recurso intermediário entre a simples identificação de risco e a avaliação especializada – trata-se de uma avaliação realizada por profissional não especialista treinado (e.g., enfermeiro). A mais comum dessas ferramentas é o “teste do copo d’água”. Em posição sentada, o sujeito deve beber 30 mL de água em um copo plástico. O examinador observa a ocorrência de tosse, necessidade de pausas, alteração da qualidade vocal ou alterações da ausculta cervical. Um oxímetro é mantido por 5 minutos e uma redução da saturação em 3% é tomada como indicativa de broncoaspiração. Esse recurso pode ser utilizado, a depender da estrutura local, como ponte ou auxílio para decisões provisórias nos períodos em que o fonoaudiólogo não está disponível.

## Risco de lesão por pressão

A pele é o maior órgão do corpo e tem as importantes funções de proteção mecânica, barreira imunológica, manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, termorregulação e sensibilidade tátil. As mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento tornam a pele mais vulnerável. A epiderme gradualmente se torna mais fina e mais suscetível a lesões mecânicas. Na derme ocorre redução das fibras de elastina e colágeno, do número de glândulas sudoríparas e sebáceas, da irrigação sanguínea e das terminações nervosas, resultando em perda de elasticidade, menor capacidade de reter umidade e redução da espessura, proporcionando assim maior risco de lesões.

A hospitalização é um momento de grande vulnerabilidade para ocorrência de lesões cutâneas entre os idosos, resultado de alguns fatores como imobilidade, transferências, reposicionamentos, incontinência, uso de fralda, desidratação, desnutrição, edema, uso de antissépticos tópicos e uso de adesivos para fixação de dispositivos como sondas e cateteres. Os cuidados relativos à pele de forma geral são integralmente assumidos pela enfermagem. Como efeito adverso dessa divisão de tarefas, percebemos que na maioria dos serviços os demais componentes da equipe multiprofissional permanecem alheios a esse tema e muitas vezes desconhecem a presença de uma lesão. Trata-se de uma constatação preocupante, uma vez que as lesões de pele têm impacto em dimensões amplas da saúde do idoso, provocando dor, servindo como porta de entrada para infecções, causando impacto estético e psicológico, prolongando a internação e determinando a necessidade de cuidados no período após a alta. Sugerimos que as instituições hospitalares desenvolvam estratégias para que as informações relacionadas às lesões de pele sejam compartilhadas com as outras equipes, garantido que os profissionais das outras áreas tenham pelo menos conhecimentos básicos sobre o sistema de estratificação de risco, mecanismos que determinam lesões, estratégias de prevenção e classificação das lesões existentes. As lesões de pele mais comuns entre os idosos são divididas em quatro tipos:

- (1) Lesão por Pressão:** ocorre devido à pressão que os tecidos moles sofrem junto a uma proeminência óssea, geralmente como resultado da imobilidade, levando a redução do fluxo sanguíneo, ativação de mediadores inflamatórios e morte celular.
- (2) Lesão por Fricção:** ferida traumática associada a fragilidade cutânea que geralmente ocorre nas extremidades como resultado de pequenos traumas com mecanismo de fricção e cisalhamento, levando a uma separação da epiderme e da derme ou de ambas as camadas em relação às estruturas subjacentes.
- (3) Dermatite Associada à Incontinência:** lesão irritativa devido à exposição da pele a

fezes e urina, combinada ao uso de fraldas, mais comum no períneo, glúteos, grandes lábios, região escrotal e parte interna das coxas.

**(4) Lesão Relacionada a Adesivos Médicos:** decorre do uso de curativos, fitas de fixação, eletrodos etc, geralmente no momento da

retirada, quando a ligação entre o produto adesivo e a pele é maior que a existente entre a epiderme e a derme. Pode ainda apresentar componentes irritativos e alérgicos.

A Tabela 15 apresenta os principais fatores de risco para desenvolvimento de cada um desses tipos de lesões de pele entre os idosos.

**Tabela 15 - Fatores de risco para desenvolvimento de lesões de pele entre os idosos**

Itens	Lesão por Pressão	Lesão por fricção	Lesão Relacionada a Adesivos	Dermatite Associada à Incontinência
Idade avançada (>75 anos)	●	●	●	●
Comprometimento cognitivo	●	●	●	●
Higienização frequente da pele	●	●	●	●
Pele seca e descamativa	●	●	●	●
Desnutrição	●	●	●	○
Utilização de dispositivos invasivos	●	●	●	○
Mobilidade reduzida	●	●	○	●
Transferências e reposicionamentos	●	●	○	●
Neuropatia	●	●	○	○
Quedas e traumas	●	●	○	○
Doença diarreica	●	○	○	●
Incontinência	●	○	○	●
Uso de fralda	●	○	○	●
Equimoses e hematomas nas extremidades	○	●	●	○
Edema nas extremidades	○	●	●	○
Uso de curativos adesivos	○	●	●	○

Uma inspeção cuidadosa da pele deve ser realizada no momento da admissão do paciente idoso, especialmente nos indivíduos com mobilidade reduzida. A inspeção tem o objetivo de registrar lesões preexistentes, estratificar o risco de novas lesões durante a internação e

iniciar um plano de prevenção. Caso existam lesões, elas devem ser classificadas e descritas. A classificação das lesões por pressão quanto à gravidade do dano tissular é realizada de acordo com as diretrizes do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), resumida na Tabela 16.

**Tabela 16 - Classificação das lesões por pressão quando à gravidade do dano tissular**

<b>Estágio 1</b>	<b>Pele íntegra com eritema que não embranquece.</b>
<b>Estágio 2</b>	<b>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.</b> O leito é viável, de coloração rosa ou vermelha. O tecido adiposo e os tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes.
<b>Estágio 3</b>	<b>Perda da pele em sua espessura total.</b> A gordura é visível e, frequentemente, há presença de tecido de granulação presente. Esfacelo e/ou escara pode estar visível.
<b>Estágio 4</b>	<b>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.</b> Exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. Descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.
<b>Não Classificável</b>	<b>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.</b> A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.
<b>Tissular Profunda</b>	<b>Descoloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.</b> A pele pode estar intacta ou não.

Após a inspeção da pele e o registro das lesões presentes, o risco de surgimento de novas lesões deve ser avaliado. A ferramenta mais utilizada para estratificar risco de lesão por pressão é a Escala de Braden, pautada na fisiopatologia desse tipo de lesão. O instrumento é constituído por seis domínios a serem pontuados pelo examinador: (1) percepção sensorial; (2), umidade; (3) atividade; (4) mobilidade; (5) nutrição; (6) fricção e cisalhamento. O escore da Escala de Braden varia de 6 a 23 pontos,

com valores maiores indicando menor risco. Os pacientes são então classificados em uma das seguintes categorias: sem risco (23-19), risco baixo (18-15), risco moderado (14-13), risco alto (12-10), risco muito alto ( $\leq 9$ ).

O ponto de corte na escala Braden para inclusão de em protocolos de prevenção têm variado de 18 a 14, conforme o perfil da instituição, com ações previstas que devem ser intensificadas progressivamente nas categorias de maior risco.





# **ESTRUTURA FÍSICA E ACESSIBILIDADE**

## Panorama Geral da Acessibilidade

Este capítulo tem por objetivo direcionar as diretrizes básicas para a implementação das ações referentes à identificação de barreiras e soluções de acessibilidade em serviços de saúde/hospitais privados.

A estrutura física de um hospital, quando desprovido de barreiras arquitetônicas, não garante por si só o acesso seguro e autônomo por seus usuários. Desta forma, será discutido sobre a importância em promover a acessibilidade como um todo, que vai muito além do espaço físico.

Acessibilidade é um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na informação e comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como em outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na cidade como no campo.

Um ambiente acessível traz benefícios não só para a população idosa mas também faz toda a diferença para uma ampla diversidade de pessoas, como por exemplo crianças, gestantes, pessoas obesas, pessoas com deficiência, pais empurrando carrinho de bebê, entre outros. A proposta é garantir o direito de ir e vir, com segurança, conforto e autonomia, pelo mais amplo espectro de usuários, sejam clientes externos ou colaboradores.

A acessibilidade enfrenta barreiras que vão além do espaço físico. Seguem as principais:

- **Barreira Física ou Arquitetônica:** obstáculos originados pela morfologia de edifícios ou áreas urbanas que impedem o acesso. Exemplos comuns são: a presença de escadas, degraus, portas estreitas, rampas íngremes e pisos irregulares sem a presença de ajudas técnicas que solucionem tal impeditivo.
- **Barreiras de comunicação:** segundo a Lei Brasileira de Inclusão, são obstáculos para acessar, receber ou emitir qualquer mensagem ou informação. Podemos citar a

ausência de sinalização em braille nas portas dos banheiros, materiais educativos com letras pequenas, sinalização confusa nas rotas, entre outros. Ressaltamos também a barreira relacionada a diferentes línguas, incluindo libras ou a ausência do símbolo internacional de acessibilidade nos locais acessíveis.



Símbolo antigo internacional de acessibilidade



Novo símbolo internacional de acessibilidade

- **Barreiras Atitudinais:** gerada por atitudes e comportamentos inadequados que excluem ou inibem a participação ou o acesso de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, seja intencional ou não. Exemplos de algumas destas barreiras são a utilização de rótulos, de adjetivações, de substantivação das pessoas com deficiências e de idosos, e a crença de estereótipos. Considera-se também a falta de conhecimento e preparo em como agir com idosos ou pessoas com deficiência levando em consideração suas preferências e necessidades individuais; nos pré-julgamentos para contratação de um colaborador com deficiência; ou ainda em práticas indevidas que impedem a circulação livre e segura, como estacionar o carro em vagas exclusivas, estreitar uma passagem com objetos decorativos, e utilizar filas e serviços exclusivos indevidamente.
- **Barreira Digital:** a falta de acessibilidade no sítio do hospital impede que alguns usuários tenham acesso a resultados de exames, materiais educativos e informações gerais. A acessibilidade na web contribui para a democratização do acesso à informação e é um direito de todos.



Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, as condições de saúde são diretamente afetadas por fatores ambientais. Ambientes sem acessibilidade criam deficiência ao criarem barreiras à participação e inclusão. Neste sentido, cabe aos hospitais e serviços de saúde, garantir e fornecer qualidade, autonomia, segurança e independência nas dependências comuns da instituição.

## Criação da Cultura da Acessibilidade

Veja como influenciar os colaboradores para que o conceito da acessibilidade seja enraizado em suas atuações:

### A. Crie uma equipe de referência em acessibilidade

A equipe deverá ser composta por profissionais com expertise e interesse na área, considerando também a abrangência de sua atuação. As referências deste grupo serão os multiplicadores e direcionadores sobre o tema no hospital. Entre as suas ações, podemos mencionar:

- Realizar o diagnóstico das barreiras arquitetônicas, de comunicação, atitudinais e ambientais. Este mapeamento pode ser feito pelo comitê através do mapeamento institucional (entrevistas, registro fotográfico, auditorias) ou, idealmente, através da notificação dos próprios colaboradores e pacientes.
- Levantar e apoiar as necessidades de treinamento para colaboradores que assistam a pessoas com deficiência (permanente ou temporária) ou mobilidade reduzida, incluindo idosos, sobre as necessidades e cuidados com este público,

garantindo a eliminação de barreiras atitudinais.

- Estimular os colaboradores a promoverem práticas acessíveis e a notificarem problemas de acessibilidade.
- Discutir as barreiras identificadas na instituição e implementar ações de acessibilidade. Tais ações podem contemplar soluções pela indicação de recursos de tecnologia assistiva, mudanças arquitetônicas, substituição ou aquisição de mobiliário, reorganização de espaços, melhoria da sinalização, entre outros.
- Proporcionar aos colaboradores, incluindo os com deficiência, condições acessíveis em seus postos de trabalho, nas diversas rotas do hospital e nas áreas comuns a todos, conforme condições cabíveis à instituição.

### B. Realize ações de sensibilização com a equipe.

Essas ações podem seguir diferentes formatos como:

- Ensino à distância.
- Eventos de sensibilização/palestras de motivação abordando assuntos como a superação de barreiras atitudinais e físicas.
- Simulados e vivências das condições físicas e sensoriais de uma pessoa idosa vivendo num ambiente inacessível.

### C. Tenha um plano de comunicação interna.

A implementação de uma nova cultura precisa ser sempre reforçada entre gestores e colaboradores. Crie estratégias de comunicação para promover e manter o conceito de acessibilidade claro

entre as equipes. A ideia principal é que os colaboradores se conscientizem que a promoção da acessibilidade é um direito de todos e que beneficia a eles próprios.

## Cumprimento de Leis, Normas e Regulamentações

Para o Relatório Mundial sobre a Deficiência um dos caminhos mais eficazes para o cumprimento da acessibilidade é através de leis com normas de acesso obrigatório. A implantação da acessibilidade deve ser baseada nos seguintes princípios:

### Desenho Universal

Na difusão de práticas de acessibilidade e de inclusão social, a Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência defende o uso do Desenho Universal, um conceito que exclui a ideia de que os ambientes, objetos, mobiliários e sistemas informativos, sejam projetados especialmente para a população com deficiência ou mobilidade reduzida e sim, amplia esta oferta de modo que possam ser utilizados por todos, na sua máxima extensão possível, favorecendo assim a biodiversidade humana, incluindo crianças, idosos e pessoas com restrições temporárias ou permanentes.

### Relatório Mundial sobre a Deficiência

A publicação sugere ações para a criação de ambientes facilitadores, o desenvolvimento de serviços de suporte e reabilitação, a garantia

de uma proteção social adequada, a criação de políticas de inclusão e o cumprimento das normas e legislação, tanto existentes como as novas.

## Convenção da ONU

É um Tratado Internacional sobre Direitos Humanos que foi construído pelas pessoas com deficiência de todo o mundo. Tem o objetivo de garantir a igualdade de oportunidades, combate à discriminação e a eliminação das barreiras sociais, arquitetônicas e atitudinais.

Além do citado acima, deverá ser cumprida a legislação vigente com destaque para:

- Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003): É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
- Normas de Acessibilidade (ABNT NBR 9050): a norma técnica relativa à acessibilidade, NBR 9050- Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos, criada pela a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) tem como objetivos:
  - 1- Estabelecer critérios e parâmetros técnicos às condições de acessibilidade.
  - 2- Considerar as diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente, com ou sem a ajuda de ajudas técnicas.
  - 3- Proporcionar a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos.
  - 4- Garantir que edificações e equipamentos que venham a ser reformados tornem-se acessíveis.
  - 5- Proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade,

estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente.

- Lei Brasileira da Inclusão (LBI): a principal inovação da LBI está na mudança do conceito de deficiência, que deixa de ser um atributo da pessoa e passa a ser o resultado da falta de acessibilidade.

## Redução ou Eliminação de Barreiras

Uma vez realizada a identificação das diversas barreiras existentes nas áreas da instituição, cabe ao comitê classificar a barreira de acordo com

a criticidade. A tratativa poderá ser baseada na seguinte classificação:

- a) Nível Alto:** Barreira que impede o acesso. A solução é institucional e requer plano de ação corretiva. O projeto deve ser desenvolvido entre os integrantes do Comitê de Acessibilidade.
- b) Nível Moderado:** Dificulta o acesso, mas é passível de resolução com ações locais.
- c) Nível Baixo:** Nenhuma ação é requerida; os problemas identificados serão apenas monitorados por auditorias locais.

A área responsável pelas ações corretivas dos níveis baixos e moderados, bem como o Comitê de Acessibilidade ao elaborar plano de ação para níveis altos, determinarão os prazos necessários para seguimento e conclusão da tratativa.



## Plano de Ação/Ações Corretivas

De acordo com o conceito proposto pelo Comitê de Ajudas Técnicas (CAT) da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República: tecnologia assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

A partir deste conceito, entende-se que o emprego da tecnologia assistiva vem para remover ou eliminar barreiras e deve ser contemplada nos planos de ação para tratativa das barreiras identificadas.

Seguem exemplos de produtos assistivos que ajudam a promover apoio ao usuário:

### Mobilidade

- Disponibilização de cadeiras manuais (incluindo para obesos, reclináveis e infantis) nas áreas comuns do hospital e nos acessos.
- Rampas móveis.
- Cadeira para emergência.
- Ampliação de passagens.
- Elevadores com acionador em braille.
- Adaptações para transferência (manual ou elétrica) como os guinchos ou tábuas e discos.
- Disponibilização de bengalas e andadores, incluindo com tolerância para pesos acima de 200 Kg, para treino de marcha na reabilitação.

- Scooters elétricos para áreas internas.
- Sinalização tátil no piso.
- Rampas e plataformas.
- Corrimãos (inclusive nos quartos) e sinalização visual em degraus.
- Trilhos superiores nos quartos exclusivos para pessoas com obesidade ou grandes incapacidades motoras.
- Elevador de assento sanitário para facilitar trocas posturais.
- Cadeira de banho (incluindo para obesos, reclinável e infantis).
- Iluminação com sensor de presença nos banheiros dos quartos.
- Acionamento automático das portas principais de acesso.

### Mobiliários

- Poltronas e sofás com espuma densidade alta para facilitar trocas posturais.
- Disponibilização de assentos para prevenção de lesão de pele (internação).
- Mesas de refeições com espaço livre para aproximação de cadeira de rodas.
- Mobiliários para pessoas obesas.

### Comunicação

- Sinalização com fonte aumentada e cor contrastante.
- Máquina impressora em braille.
- Auxiliares ópticos.

- Símbolo Internacional do Acesso em locais preferenciais ou exclusivos para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.
- Criação de um catálogo de fluência em línguas.
- Prancha de comunicação alternativa (em baixa tecnologia).
- Banheiros com campainha de emergência.

## Comunicação Digital

- O modelo padrão ideal que atende às principais recomendações de acessibilidade indicadas para web refere-se principalmente às recomendações do WCAG (*World Content Accessibility Guide*) do W3C e no caso do Governo Brasileiro ao e-MAG (Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico). O e-MAG está alinhado as recomendações internacionais, mas estabelece padrões de comportamento acessível para sites governamentais.
- Hardware com acessibilidade, como acionadores, teclados com contrastes, lupas e mouses adaptados.

## Barreiras Atitudinais

- Educação e sensibilização (criação da cultura em acessibilidade).
- Priorização do atendimento, conforme legislação vigente.

Diante dos pontos de atenção apresentados nesse capítulo, a promoção da acessibilidade vai muito além da estrutura física, ainda que esta seja parte relevante. O conhecimento e o envolvimento progressivo dos profissionais da instituição, com apoio da liderança é ponto chave para sua efetivação.





# ORGANIZAÇÃO ASSISTENCIAL



## Acolhimento do Idoso que chega ao hospital

O acolhimento do idoso que chega ao hospital, deve implicar em escuta interessada e humanizada e independe de hora ou profissional específico para fazê-lo. Inclui não só a triagem especializada em urgências, mas o entendimento de outras necessidades, possibilidades e angústias relacionados ao envelhecimento. No acolhimento do idoso, deve-se dar especial atenção aos déficits sensoriais e cognitivos a fim de oferecer melhor cuidado e escuta, como já citado em outros capítulos. No cadastro, além dos dados habituais, são extremamente importantes dados como escolaridade (na avaliação de transtornos cognitivos), local de moradia (diferenças importantes entre idosos institucionalizados e em domicílio próprio), familiares que moram com o idoso e existência de cuidador formal. Após a triagem dos idosos no sistema de Manchester, os pacientes podem ser direcionados para diferentes ambientes de cuidado:

- pacientes estáveis e independentes são encaminhados para atendimento em consultório;
- pacientes estáveis e dependentes, confusos e/ou demenciados são encaminhados para atendimento em box privativo;
- pacientes instáveis são encaminhados diretamente para atendimento em sala de emergência.

Outras escalas mais refinadas podem ser utilizadas na tentativa de identificar o idoso de maior risco como já explanadas nesse manual. No entanto, devido a necessidade de treinamento adequado e mais tempo na triagem, recomendamos para os hospitais avaliarem qual escala implantar levando em consideração seus recursos.

## Pronto Atendimento Geriátrico

O Pronto Socorro, ou Pronto Atendimento, constitui um local de tratamento de emergências, um ponto de entrada para o cuidado agudo de alta complexidade e para o acesso a serviços de atenção à saúde, sendo uma fonte de cuidado médico primário acessível 24 horas por dia e uma rede de segurança quando a transição suave do cuidado entre sistemas de atenção à saúde é comprometida.

Em todos os locais do mundo o número de idosos no serviço de urgência e emergência só cresce. Dados do Centro Americano de Estatísticas de Saúde (*National Center for Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) apontam que, em 2015, cidadãos idosos, com idade superior ou igual a 65 anos, responderam por 15,6% de todas as visitas a emergência naquele país. Já os idosos com idade superior ou igual a 75 anos representaram a fração da população com a maior taxa de visitas por ano em comparação a todas as demais faixas etárias com idade superior a 1 ano, atingindo 60,5 por 100 pessoas por ano.

Em virtude de seus múltiplos e inter-relacionados problemas médicos e sociais, pacientes na faixa etária geriátrica desafiam os sistemas de cuidado tipicamente desenvolvidos para atender indivíduos com um único problema e com rede social robusta. Pacientes idosos são admitidos na emergência através de ambulância, triados como urgência ou emergência e admitidos para internação hospitalar com maior frequência do que a população mais jovem. De fato, em 2015, nos Estados Unidos, 29,1% das visitas de idosos com idade superior ou igual a 75 anos culminou em internação hospitalar, com estadia média de 5,3 dias, enquanto apenas 5% das visitas de adultos com idade de 25 a 44 anos tiveram o mesmo desfecho. Apesar de idosos serem submetidos a maior número de exames e procedimentos do que pacientes mais jovens, os seus diagnósticos tendem a ser menos precisos, o que pode ser atribuído a maior frequência de apresentações atípicas de doenças, polifarmácia e multimorbidade.

O resultado é que médicos que trabalham



na emergência referem maior dificuldade no manejo de pacientes idosos com diferentes apresentações clínicas de emergência e muitos idosos reclamam de falta de resolutividade quanto às suas queixas. A visita à emergência não é um evento trivial para o idoso e está associada a altas taxas de internação em unidade de cuidados agudos, internação hospitalar prolongada, readmissão hospitalar não programada, mortalidade e dependência funcional. No entanto, seria muito simplista atribuir o pior prognóstico do idoso estritamente a fatores médicos, sendo necessário considerar que os sistemas de cuidado à saúde se adequam pior ao paciente idoso, o que pode ser corroborado pela maior insatisfação dessa população com a atenção à saúde recebida nesse local de atendimento de emergência. A anamnese do paciente idoso pode demandar mais tempo e necessitar da presença de informante ou do acesso a prontuário para confirmação de informações. A natureza inespecífica dos sintomas, a correlação incerta entre a apresentação clínica e a presença de doença e a necessidade de atenção multidisciplinar são desafios para os profissionais da área da saúde no serviço de emergência.



Muitas vezes a internação hospitalar é definida como um caminho de menor resistência e maior segurança.

A adequação do ambiente e da forma para atendimento ao idoso deve ser contextualizada à realidade de cada serviço. O paciente com idade igual ou superior a 60 anos é mais vulnerável e com mais comorbidades. No entanto, outros cortes etários ou mesmo o uso de critérios de fragilidade e risco podem ser usados na triagem para um serviço especializado ao idoso. O atendimento diferenciado para essa população prevê, além de capacitação do médico da emergência, o apoio das demais especialidades médicas de Pronto Atendimento, a participação ativa da equipe multiprofissional, incluindo enfermagem, serviço social, nutrição, farmácia e hospitalidade, e o suporte adicional com atendimentos de fisioterapia e fonoaudiologia quando necessário.

Em relação a adequação do ambiente, as diretrizes preconizam: boxes privativos para idosos dependentes e/ou confusos, redução de ruídos ambientais, iluminação com controle de intensidade, piso antiaderente, barras de apoio em corredores e banheiros, relógios com numeração grande, controles remotos com número maior, verificação de acesso a óculos e próteses auditivas, disponibilização de dispositivos baixa acuidade auditiva e colchões adequados para prevenção de úlceras de pressão.

## Assistência Multidisciplinar e Plano de Cuidado ao Paciente Idoso

Os pacientes internados são avaliados continuamente por médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais quando necessário. Na dependência da patologia ou necessidade de cuidados, outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentistas e assistentes sociais são acionados sob

autorização médica prévia.

A avaliação do paciente idoso tem como objetivo:

- Identificar informações e necessidades de ordem espiritual, emocional, física, cultural, social, nutricional, funcional, financeira e educacional, que possam inibir ou causar impacto ao cuidado do paciente durante o período de internação.
- Determinar as necessidades de cuidados, tipo de assistência, diagnóstico, tratamentos e procedimentos, necessidade de educação do paciente e responsável e acompanhamento após a alta.
- Identificar pacientes com necessidades especiais, situações e condições que possam causar risco à segurança do paciente, abusos e negligência.
- Planejar a assistência e prover recursos direcionados ao atendimento das necessidades identificadas.

Em relação ao cuidado centrado na pessoa, o *Institute of Medicine* define os cuidados centrados no paciente como o fornecimento de cuidados que sejam respeitosos e responsivos às preferências individuais do paciente, necessidades e valores, e garantam que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.

Neste contexto, pesquisadores da *Harvard Medical School*, definiram os 8 Princípios de Atendimento Centrado no Paciente de Picker, como práticas e pontos de atenção que levam a uma experiência positiva do paciente. Sendo estes:

- Respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas dos pacientes;
- Coordenação e integração de cuidados;
- Informação e educação;
- Conforto Físico;
- Apoio emocional e alívio do medo e da ansiedade;
- Envolvimento da família e amigos;

- Continuidade e transição;
- Acesso ao atendimento.

## Avaliação e Assistência médica

A abordagem do idoso internado pressupõe-se uma avaliação multidimensional e multidisciplinar, em que os diversos aspectos da sua saúde: físico, cognitivo, funcional, social, emocional, ambiental, aderência a tratamentos e uso de medicamentos, sejam avaliados. A partir disto, pode-se criar um plano do cuidado mais efetivo baseado em uma avaliação mais ampla. Nessa perspectiva, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), voltado para especialidade médica geriátrica, constitui-se em valioso alicerce para traçar um plano de cuidado adequado, permitindo que os médicos utilizem dos recursos da assistência multidisciplinar e que sejam alocados de forma racional. A AGA é uma ferramenta aprimorada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), com o objetivo de permitir uma avaliação integral do paciente idoso e parte da Avaliação Global do Idoso (AGI), detalhada nesse manual. Não se trata de uma consulta básica de geriatria, mas sim de uma avaliação complexa, na qual se avaliam risco e suas possíveis consequências.

Através da AGA, é possível realizar o planejamento do cuidado com base em estratificação de risco, diagnóstico multidimensional, definição de metas terapêuticas e intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras. É essencial saber o quanto as doenças crônicas limitam o idoso de exercer as suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. Portanto, a AGA é um importante instrumento para precisar diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), pode auxiliar na identificação de declínio funcional e/ou identificar doenças ou condições ainda não diagnosticadas, ajudar na organização e planejamento efetivo de recursos para a assistência e recuperação da saúde do idoso.



Todo modelo de plano de cuidados à saúde do idoso que envolva equipe multidisciplinar precisará desenvolver um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis e de doenças crônicas e estabelecer cuidados o mais precocemente possível, e de reabilitação, no caso de agravos. Assim, a definição de um modelo de plano de cuidado deve ser hierárquico, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida. Dessa forma, todo plano de cuidado proposto pela equipe multidisciplinar para uma pessoa idosa deve ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo máximo tempo possível.

## Assistência de Enfermagem

Muito além das avaliações iniciais na internação do idoso, a enfermagem tem um papel fundamental na compreensão sobre a atual situação em que se encontra o idoso e seu cuidador no contexto social, econômico e cultural. É o profissional que mais possui o contato com o paciente em seu leito, e protagonista na experiência do paciente durante seu tratamento. Com um papel educador, não só com o paciente, mas com os seus familiares, trilha a jornada juntamente com os demais profissionais

para conceber o melhor cuidado e alcançar a maior meta do cuidado que é a promoção da alta desse paciente.

Peça fundamental na coleta de informações como idade, história do paciente, patologias e cirurgias pregressas, condições clínicas, psicológicas e sociais, que direcionarão o cuidado. Realiza também a avaliação de risco para queda, flebite, lesão por pressão, broncoaspiração, avaliação funcional e de aspectos psíquicos e sociais, além da avaliação de Tromboembolismo venoso (TEV), conforme a condição clínica em que o paciente idoso se encontra, definindo diagnósticos de enfermagem com intervenções relacionadas e desta forma, estabelecer rotinas para verificação de sinais vitais e cuidados específicos relacionados a higiene, integridade da pele, nutricional, entre outros. Para determinar a resposta e continuidade do tratamento proposto, os pacientes são reavaliados durante o período de tratamento, mediante necessidade e conforme gravidade, e atua com primor no registro das informações do prontuário do paciente e interação com os profissionais da saúde.

## Assistência nutricional

Com o objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado nutricional do paciente, o idoso é avaliado e acompanhado pelo serviço de nutrição, buscando assim garantir que as modificações que ocorrem nesse indivíduo, como perdas progressivas da capacidade de adaptação ao ambiente e prejuízo na forma de se alimentar, independentemente de serem processos naturais do envelhecimento ou agravadas pelo estado de saúde, sejam minimizadas.

Dessa maneira os idosos recebem atendimento nutricional assertivo, através de instrumentos voltados para essa população, que irão servir de subsídio também para a atuação da equipe multidisciplinar. Esse tema foi tratado detalhadamente no Capítulo de Avaliação de riscos no idoso hospitalizado - risco nutricional. Na tabela 17, sinalizamos a atuação desse profissional tão importante no cuidado do idoso.

**Tabela 17 - Atuação do(a) nutricionista na organização assistencial**

**Avaliação Inicial**

Identifica presença ou não de risco nutricional e define plano de cuidado;

Analisa possível interação medicamento-nutriente;

Realiza avaliação da composição corporal através de antropometria – a circunferência da panturrilha é a medida mais sensível para identificar diminuição da massa muscular em idosos;

Verifica prescrição médica da dieta e registra conduta nutricional, com adaptações de consistência e indicação de suplementação quando aplicável;

Sinaliza, quando necessário, para equipe médica e de enfermagem, necessidade de acompanhamento fonoaudiológico;

Define meta do cuidado.

**Acompanhamento Nutricional**

Reavalia presença ou não de risco nutricional;

Analisa possível interação medicamento-nutriente;

Verifica aceitação da dieta via oral, tolerância via enteral e parenteral. Realiza ajustes se necessário;

Realiza reavaliação da composição corporal através de antropometria ou bioimpedância elétrica (de acordo com indicação do paciente);

Acompanha evolução clínica e exames laboratoriais;

Discute com equipe médica a respeito do estado nutricional do paciente e possível evolução da dieta;

Sinaliza, quando necessário, para equipe médica e de enfermagem, necessidade de acompanhamento fonoaudiológico;

Registra as condutas e resultados do tratamento nutricional em evolução nos prazos estabelecidos.

**Plano de educação para alta**

Discute com a equipe médica a orientação nutricional a ser aplicada, visando alta hospitalar;

Inicia orientação para preparo de alta desde sua chegada, visando habilitar pacientes e familiares ao longo da internação;

Verifica se paciente/acompanhante estão capacitados quanto à orientação nutricional.

## Assistência Farmacêutica

O paciente idoso é mais propenso ao uso de muitos medicamentos devido ao fato de ter mais comorbidades, das alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica e da própria idade. O número de medicamentos é o principal fator de risco para iatrogenia e reações adversas, havendo relação exponencial entre a polifarmácia e a probabilidade de reação adversa, interações medicamentosas e medicamentos inapropriados para idosos

A avaliação regular dos esquemas terapêuticos, com foco na adesão, adequação às preferências individuais e identificação de riscos pode minimizar danos e maximizar os benefícios pretendidos. Capacitação continuada de profissionais, trabalho de equipes multidisciplinares e educação da população são estratégias necessárias para qualificar o uso dos medicamentos e fortalecer a Política Nacional de Segurança do Paciente.

O farmacêutico clínico deve sempre, em sua análise de prescrição, verificar se os medicamentos prescritos para o paciente estão de acordo com suas comorbidades, e sempre que houver oportunidades discutir junto à equipe multiprofissional as melhores alternativas para garantir eficácia e segurança no uso de medicamentos de pacientes idosos. Detalhes sobre avaliação da prescrição, foram tratados no Capítulo de Avaliação global do idoso: componentes essenciais – avaliação da prescrição.

## Promoção e manutenção da Capacidade Funcional

A avaliação multidimensional é essencial no manejo clínico funcional do idoso nos diferentes contextos: domiciliar, hospitalar, instituições de

longa permanência e centros de reabilitação. Esse processo sistemático e interdisciplinar, identifica os vários problemas que acometem os idosos, melhorando a precisão diagnóstica, pois identifica não somente o diagnóstico clínico, mas também o diagnóstico funcional. É realizada através de instrumentos universalmente padronizados, válidos e confiáveis por uma equipe interdisciplinar e tem por objetivo avaliar a capacidade funcional, a saúde física, a função cognitiva, o estado emocional e as condições socioambientais da qual o idoso está inserido. Ela quantifica e qualifica os problemas e as necessidades do idoso. Embora idosos frágeis sejam os que mais se beneficiam deste tipo de avaliação, pois tendem a ter problemas de saúde mais complexos aumentando o risco de hospitalização e de institucionalização prematuras, ela não é direcionada apenas à esta população.

A incapacidade funcional é definida como a dificuldade ou a necessidade de auxílio na realização de tarefas cotidianas simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autônoma na sociedade. Inclui, portanto, não somente as atividades de autocuidado, como também atividades importantes para satisfação pessoal e de manutenção da qualidade de vida. Embora os instrumentos padronizados não levem em consideração as preferências e as expectativas dos idosos, é importante verificar quais são as atividades que são significativas para a manutenção da qualidade de vida destes. Além do impacto na qualidade de vida, a incapacidade funcional está associada a um maior aumento de risco de mortalidade e de hospitalização. Segundo Fried et al., cerca de 28% de idosos são hospitalizados quando apresentam duas ou mais doenças crônicas associadas a incapacidade funcional, contra 15% de idosos quando estes apresentam a mesmo número de doenças crônicas, porém sem incapacidade. Portanto a incapacidade funcional é um dos principais fatores a serem combatidos em idosos. A avaliação da saúde física funcional auxilia na precisão diagnóstica, garantindo uma abordagem eficaz e efetiva. A fisioterapia tem um papel fundamental na avaliação da mobilidade do equilíbrio e da marcha, auxiliando a traçar o perfil de funcionalidade do idoso.

## Educação do paciente e cuidador

As ações de educação em saúde voltadas aos idosos são ferramentas eficazes para que estes desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas e sobre o ambiente que estão inseridos, criando condições para sua autonomia. Quando o idoso estiver hospitalizado é importante que a equipe envolvida no cuidado desenvolva um Plano Multiprofissional de Educação e Preparo para Alta, que deve se iniciar na admissão, levando em consideração barreiras de compreensão, situações especiais e críticas incluindo a dependência física, cognitiva e cuidados continuados no pós alta.

O processo de educação é uma ferramenta que todos os profissionais de saúde devem utilizar para cuidar dos seus pacientes, incluindo nesse contexto os cuidadores, com o objetivo de orientá-los e auxiliá-los nas situações do cuidado. No capítulo de Avaliação global do idoso: componentes essenciais, tratamos as avaliações do desempenho físico em detalhe, assim como a importância e da equipe de fisioterapia e reabilitação.

## Educação do profissional de saúde

Observa-se no Brasil a existência de legislação como a Política Nacional do Idoso, que prevê a necessidade de adequar currículos com conteúdo voltado para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimento e desenvolver competências sobre o assunto. Apesar de constar das novas diretrizes curriculares, a saúde do idoso vem sendo incluída de forma tímida, em alguns cursos de graduação, como disciplina ou módulo, dentro das diversas fases da vida.

O conhecimento sobre envelhecimento e alterações fisiológicas, bem como os saberes que subsidiam a assistência, ou seja, uma Prática

Baseada em Evidências (PBE), precisam estar presentes nos processos de trabalho da equipe multiprofissional, para que possam identificar as necessidades do paciente idoso e traçar um plano de cuidados pautado nas boas práticas, qualidade e segurança.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) baseia-se no pressuposto de que as decisões no atendimento ao paciente são resultantes dos valores dos pacientes, das circunstâncias clínicas e do uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual, válida e confiável para a tomada de decisão sobre o melhor cuidado possível para o paciente. Assim, a PBE integra o desejo e as necessidades do paciente, as competências clínicas individuais do profissional e os achados gerados por pesquisas que possuem rigor metodológico.

Como o processo de envelhecimento não é abordado de forma eficaz na graduação



dos profissionais de saúde, o domínio do conhecimento técnico-específico passa a não ser suficiente para o cuidado ao idoso, exigindo que os profissionais repensem o seu modo de trabalhar e busquem conhecimento para atender as necessidades que o processo de envelhecimento traz.

Dentro deste contexto, é importante que as organizações de saúde desenvolvam estratégias de educação em serviço quanto ao cuidado ao idoso, com o objetivo de desenvolver os profissionais de saúde de forma contínua, atendendo a necessidades de atualização que vise não somente à aquisição de habilidades técnicas, mas também o desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e na sociedade.

## Selo Hospital Amigo do Idoso

O Selo Hospital Amigo do Idoso é uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que tem como objetivo incentivar e apoiar a qualificação geronto-geriátrica dos hospitais como referência assistencial que inclui, valoriza, e preserva a autonomia e independência dos idosos, visando identificar as ações que possam, além de incorporar maior resolutividade ao atendimento, priorizar os aspectos de segurança e conforto necessários ao bom atendimento desta faixa etária. Essa iniciativa é parte dos projetos que compõem o programa governamental São Paulo Amigo do Idoso ([Decreto 58047/2012](#)). O Selo Hospital Amigo do Idoso, é concedido a unidades hospitalares públicas, privadas, filantrópicas ou fundacionais que se qualificam, segundo os critérios de avaliação, em quatro níveis: adesão, inicial, intermediário e pleno. O percurso que levará cada instituição a galgar os diferentes níveis até a obtenção do Selo Pleno trará, a todos os envolvidos, uma excelente oportunidade de aprimoramento dos seus conceitos e valores geriátricos e gerontológicos, o que se traduzirá em constante busca pela evolução de um modelo assistencial cada vez melhor preparado para o futuro.









# SÍNDROMES GERIÁTRICAS

O termo “síndrome geriátrica” é utilizado para definir quadros clínicos comuns entre os idosos que não podem ser classificados propriamente como doenças. Como exemplos de síndromes geriátricas podemos citar condições como delirium, quedas e imobilidade. Além de comprometerem a independência funcional e a qualidade de vida do idoso, as síndromes geriátricas estão associadas a desfechos indesejáveis durante a hospitalização como permanência prolongada, declínio funcional e morte.

A prevalência das síndromes geriátricas aumenta exponencialmente nas faixas etárias mais avançadas, especialmente após os 75 anos. Essas condições são causadas por diversos fatores subjacentes que se associam de forma complexa, envolvendo diminuição das reservas fisiológicas, interação entre doenças crônicas, insuficiência de múltiplos sistemas e iatrogenia medicamentosa. Por sua natureza multifatorial e envolvimento de múltiplos sistemas, as síndromes geriátricas não podem ser abordadas através do modelo tradicional no qual cada doença é tratada por um especialista. A abordagem das síndromes geriátricas exige a atuação de profissionais com visão global e formação sólida nos processos de senescência e senilidade.

Para oferecer uma atenção adequada aos idosos frágeis, é importante que o hospital desenvolva modelos com atuação multidisciplinar integrada e centrada no paciente. No contexto da internação hospitalar, são especialmente importantes os

protocolos gerenciados, desenvolvidos para prevenir, detectar e tratar as síndromes geriátricas mais importantes.

No capítulo de “Avaliação Global do Idoso” já abordamos as estratégias de rastreamento, detecção e avaliação das síndromes geriátricas. O presente capítulo traz uma discussão complementar focada na prevenção e no manejo das síndromes geriátricas. Nesse capítulo abordaremos três síndromes geriátricas que estão entre as mais comuns e que apresentam maior impacto clínico durante a internação: delirium, quedas e imobilidade.

## Delirium

### Prevenção do Delirium

Ensaio clínico conduzido em ambientes hospitalares revelam que 30 a 40% dos casos de delirium podem ser evitados através de programas multidisciplinares de prevenção. As estratégias de prevenção sugeridas na Tabela 18 foram adaptadas do *Hospital Elderly Life Program* (HELP), programa multidisciplinar com boas evidências de efetividade e que tem sido considerado a principal referência nessa área.

**Tabela 18 – Estratégias Gerais de Prevenção de Delirium**

#### ► FAVORECER O CICLO SONO-VIGÍLIA

As persianas devem ser mantidas abertas para deixar quarto bem iluminado durante o dia;

As sonecas devem ser evitadas engajando o indivíduo em conversas, atividades e estratégias de mobilização;

As rotinas preparatórias para o sono que o indivíduo mantém em casa devem ser implementadas;

Um ambiente escuro e silencioso deve ser mantido no quarto durante a noite;

As entradas da enfermagem no quarto devem ser restritas ao mínimo necessário durante a noite.

### ▶ FAVORECER A ORIENTAÇÃO E A SENSACÃO DE FAMILIARIDADE COM O AMBIENTE

Um calendário com indicação da data deve ser posicionado em local de fácil acesso;

Um relógio de parede deve ser mantido em posição de fácil visualização;

A presença de um acompanhante com o qual o paciente seja familiarizado e tenha afinidade é fundamental;

A rotatividade dos funcionários deve ser minimizada para favorecer o vínculo.

### ▶ PROMOVER ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Familiares e cuidadores devem ser orientados a realizar atividades de estimulação cognitiva pelo menos três vezes ao dia. Como exemplo podemos citar: ler e discutir notícias, fazer palavras-cruzadas, jogar carta ou jogos de tabuleiro, ouvir música, conversar sobre momentos agradáveis do passado, rever álbuns de fotografia.

### ▶ PROMOVER A MOBILIDADE

A imobilidade pode ser causa de dor osteomuscular, inquietação, sensação de aprisionamento e está associada a maior risco de delírium. A equipe assistencial deve implementar estratégias estruturadas de promoção da mobilidade que incluam um plano de atividades, auxílio para transferência e assistência à marcha.

### ▶ CORRIGIR OS DÉFICITS SENSORIAIS

Dispositivos compensatórios (óculos, aparelho auditivo) devem ser trazidos e o seu uso estimulado.

### ▶ EVITAR SONDAS, CATETERES E CONTENÇÕES

Esses dispositivos podem restringir a mobilidade, causar incômodo, dificuldade de posicionamento no leito e sensação de aprisionamento. Devem ser evitados sempre que possível, especialmente nos idosos com comprometimento cognitivo grave e compreensão limitada da situação.

### ▶ EVITAR A DESIDRATAÇÃO

Os profissionais devem estar atentos à ingesta hídrica nas seguintes situações: diarreia, vômito, baixa ingesta, restrição hídrica, uso de diuréticos, uso de líquidos espessados, acesso aos líquidos limitado por imobilidade.

### ► IDENTIFICAR E TRATAR A DOR

Os profissionais devem estar atentos aos sinais de dor e priorizar o seu tratamento. Em pacientes com demência avançada observar sinais como gemência, inquietação, taquipneia, posição rígida, expressão facial de dor.

### ► EVITAR MEDICAÇÕES COM ATIVIDADE EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Atenção aos idosos com polifarmácia, clearance renal reduzido, baixo peso e sarcopenia, nos quais a farmacocinética pode estar alterada e as doses usuais podem ser iatrogênicas. Revisar a prescrição com atenção a medicações anticolinérgicas, opioides, benzodiazepínicos e outras com atividade em sistema nervoso central.

As medidas preventivas descritas na Tabela 18 devem ser implementadas de forma universal através de modificações no ambiente e nas rotinas de cuidado dos idosos. Além das medidas universais, alguns serviços podem incorporar fluxos nos quais as medidas preventivas são intensificadas em subpopulações de maior risco, como os idosos com mais de 75 anos, com diagnóstico de síndrome demencial ou que apresentam comprometimento cognitivo evidenciado em testes de rastreio.

## Abordagem do Delirium na Internação Hospitalar

O passo inicial na abordagem do idoso com delirium é uma avaliação médica baseada na **investigação dos fatores precipitantes** com foco naqueles que são passíveis de correção. Entre os mais comuns podemos citar os quadros infecciosos, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios metabólicos, dor e medicações potencialmente inapropriadas. O hospital deve ter um protocolo bem definido especificando que profissionais devem ser acionados em cada situação, estipulando um prazo breve para que essa avaliação ocorra e sugerindo um checklist de fatores precipitantes que devem ser revisados. Após a avaliação de fatores precipitantes,

**medidas não farmacológicas** devem ser instituídas, incluindo intensificação das ações para garantir a manutenção do ciclo sono-vigília, favorecer a orientação temporal, promover a sensação de familiaridade com o ambiente e implementar atividades de estimulação cognitiva. O delirium geralmente traz angústia e gera dúvidas entre os familiares e cuidadores. Assim, as estratégias de educação são fundamentais, podendo envolver a entrega de folhetos informativos, apoio psicossocial e orientações práticas sobre técnicas de comunicação para o manejo da agitação psicomotora. Como atualmente não existem medicamentos com boas evidências de efetividade e relação aceitável de risco-benefício para o delirium, o protocolo de tratamento farmacológico deve estar focado na prevenção de iatrogenias, evitando-se, por exemplo, a administração de benzodiazepínicos. Os antipsicóticos devem ser reservados para quadros de agitação importante ou sintomas psicóticos graves nos quais as medidas não farmacológicas tenham sido esgotadas. Dado o perfil de risco (sedação, broncoaspiração e eventos vasculares), os antipsicóticos devem ser utilizados em doses relativamente baixas pelo menor tempo possível. Os idosos com delirium são frequentemente submetidos a **contenção física** para preservar os cuidadores de agressões, prevenir quedas ou evitar perda de sondas e cateteres. No entanto, é comum observarmos abusos no uso dessa estratégia, que acaba sendo empregada como forma de “facilitar o cuidado”. Além de

agravar o delirium, a contenção física dificulta o reposicionamento no leito, causando dor e aumentando substancialmente o risco de lesão por pressão. O decúbito dorsal forçado por tempo prologado pode dificultar a dinâmica respiratória e aumentar o risco de broncoaspiração. Por ser um método agressivo, por agravar o delirium, e por trazer riscos importantes, a contenção física nos quadros de delirium deve ser uma conduta excepcional, que se justifica apenas quando há risco à integridade física do paciente ou daqueles que estão à sua volta, após o esgotamento de todos os recursos de tratamento não farmacológico e farmacológico. É importante que o hospital desenvolva estratégias proativas para evitar as contenções. Nesse contexto, são especialmente úteis os protocolos que especificam as situações em que a contenção pode ser empregada e exigem que os motivos para essa conduta sejam justificados por escrito. O protocolo de contenção física deve ainda promover envolvimento dos familiares nessa decisão, estipular uma frequência mínima para as reavaliações e garantir que a contenção será utilizada pelo menor tempo possível.

## Quedas

O protocolo de prevenção de quedas é hoje um elemento básico na estrutura assistencial de qualquer hospital e apresenta importância fundamental para a segurança do idoso. Como já exposto no capítulo de Avaliação Global do Idoso, todo protocolo de queda se inicia pela estratificação de risco através de escalas padronizadas. Uma vez identificado o risco, as estratégias de prevenção podem ser implementadas de acordo com o perfil do paciente.

As estratégias de prevenção de quedas podem ser divididas entre as medidas voltadas para os **fatores extrínsecos** (relacionados ao ambiente e ao comportamento) e **fatores intrínsecos** (fraqueza muscular, instabilidade postural, déficits sensitivos).

### Medidas Preventivas Baseadas nos Fatores Extrínsecos

As medidas preventivas para os componentes extrínsecos geralmente estão representadas nos protocolos de prevenção de quedas e são resumidas na Tabela 19.



**Tabela 19 – Estratégias de Prevenção de Quedas de Acordo com o Risco**

▶ **RISCO BAIXO**

**Ambiente Seguro**

- Áreas de circulação amplas, mantidas sem objetos obstruindo;
- Piso antiderrapante sem irregularidade ou desnível, mantido sempre seco;
- Móveis de bordas arredondadas que não deslizam ou tombam quando apoiados;
- Iluminação clara e homogênea com disponibilidade de “luz noturna”;
- Barras de apoio no banheiro.

**Educação:**

- Entregar o folder de prevenção de quedas com as devidas explicações;
- Orientar uso de sapatos seguros, com solados antiderrapantes;
- Orientar uso de roupas com comprimento acima do tornozelo;
- Orientar a solicitação de ajuda da enfermagem para locomoção no quarto ou uso do banheiro;
- Orientar a importância de manter um acompanhante no quarto;
- Checar o entendimento das orientações com ou paciente/acompanhante a cada troca de plantão.

**Rotinas de Cuidados dos Profissionais**

- Manter cama baixa e travada;
- Manter grades superiores elevadas;
- Deixar a campainha, mesa auxiliar e telefone ao alcance do paciente;
- Antecipar e programar as necessidades de ajuda para ida ao banheiro, uso de comadre ou papagaio; troca de fraldas e movimentação da cama para poltrona;
- Atender prontamente aos chamados de campainha.

▶ **RISCO MODERADO**

- Implementar as medidas já descritas para risco leve;
- Realizar “rondas” a cada 2 horas para avaliar as demandas e a segurança do paciente;

Manter as 4 grades elevadas se houver comprometimento cognitivo.

#### ► RISCO ALTO

Implementar as medidas já descritas para risco leve e moderado;

Orientar o paciente/familiar a não levantar sem a enfermagem;

Realizar a transferência da cama para poltrona em no mínimo duas pessoas;

Manter o uso de pulseira com cor indicativa da classificação de risco (geralmente vermelha);

Sinalizar com placa próxima ao leito que o paciente “não pode levantar sozinho”;

Sinalizar com placa indicativa de “alto risco de queda” na porta do quarto;

Acionar o alarme sonoro da cama para saída do leito;

Colocar o paciente próximo ao posto de enfermagem.

## Medidas Preventivas Baseadas nos Fatores Intrínsecos

Entre os idosos, as alterações de equilíbrio, a lentificação dos reflexos e a diminuição da força muscular apresentam impacto na marcha funcional independente, resultando em maior dificuldade de recuperação da postura e maior risco de queda. Durante a hospitalização essas alterações podem ser agravadas por fatores como a imobilidade e o uso de medicações.

Assim, é importante que, todo idoso frágil hospitalizado seja assistido pela equipe de fisioterapia. O fisioterapeuta implementa uma rotina diária de avaliação funcional com testes de força muscular, equilíbrio estático, equilíbrio dinâmico e qualidade da marcha. A avaliação funcional complementa as informações fornecidas pelas escalas de estratificação de risco, servindo como um sinalizador do nível de habilidade motora e um direcionador de cuidados da equipe multiprofissional.

O risco de queda pode ser minimizado com a prática de exercícios fisioterapêuticos com ênfase nos exercícios resistidos. Quando é

identificado o comprometimento dos sistemas somatossensorial, visual e vestibular o treino de equilíbrio e de controle do centro de gravidade devem ser priorizados.

Para compor o programa de reabilitação, são utilizados exercícios de postura unipodal, treino de marcha em linha reta, treino de marcha lateral, treino em plataforma, disco de equilíbrio e atividades lúdicas que estimulem o sistema vestibular, como dança e jogos de desvio de obstáculos.

## Imobilidade

A hospitalização quase sempre determina redução da mobilidade. Estudos que instalaram acelerômetros em idosos capazes de deambular demonstraram que, durante a hospitalização, o paciente idoso passa em média 70-80% do tempo deitado na cama e apenas 3-5% do tempo em pé ou deambulando.

A imobilidade promove uma rápida **perda de massa muscular** entre os idosos. Esse fenômeno gera um ciclo vicioso, pois a perda de massa muscular causa redução da força, piora a

estabilidade postural e gera deterioração da marcha, fazendo com que o indivíduo tenha uma dificuldade cada vez maior de manter-se ativo e assim reduza a sua mobilidade progressivamente. Além de seus prejuízos diretos na deterioração da marcha e no aumento do risco de quedas, a imobilidade induz hipotensão ortostática, causa obstipação, aumenta o risco de tromboembolismo venoso, facilita a formação de atelectasia pulmonar e pode resultar em lesões de pele. Por suas graves consequências e por ser amplamente negligenciada, a imobilidade tem sido chamada de “epidemia oculta” dos hospitais.

Diversos fatores atuam em conjunto para promover a inatividade no hospital, incluindo o próprio processo de adoecimento, ordens médicas de repouso, uso de sondas e cateteres, dispositivos de infusão endovenosa, falta de familiaridade com o ambiente, espaço restrito de circulação e receio de que a mobilização possa desencadear sintomas como dor, tontura ou cansaço.

Entre os idosos frágeis a redução da mobilidade é ainda mais preocupante. Muitos passam o dia todo limitados ao leito quando são hospitalizados. A transferência da cama para a poltrona ou o deslocamento até o banheiro passam a exigir a ajuda de outra pessoa e muitos indivíduos evitam solicitar auxílio porque não querem incomodar ou sentem-se constrangidos.

Em hospitais com quadro reduzido de técnicos de enfermagem o paciente encontra dificuldade e acaba esperando tempo excessivo quando necessita de auxílio para transferência e deambulação. Infelizmente ainda é comum que pacientes idosos capazes de utilizar o banheiro sejam mantidos com fralda para facilitar o cuidado. Outro fator que tem promovido a imobilidade nos hospitais é a implementação equivocada dos **protocolos de quedas**. A valorização excessiva dos indicadores de queda em detrimento da mobilidade acaba por distorcer o foco do cuidado. Os avisos enfáticos sobre não levantar da cama sozinho, as grades e os alarmes, quando mal utilizados, provocam medo de deambular, tolhimento da autonomia e sensação de aprisionamento. Alguns serviços chegam ao extremo de realizar contenção mecânica no leito para reduzir o risco de quedas, uma ação violenta sem evidência de eficácia e com grande potencial iatrogênico.

A visão equivocada de que todas as quedas são passíveis de prevenção e pressão excessiva



por desempenho nos indicadores relacionados acentuaram-se nas últimas duas décadas, ao passo que as ações para promover a mobilidade foram negligenciadas. Nos últimos anos pesquisadores renomados dessa área têm chamado atenção para essa distorção e empregado esforços para que a ordem das prioridades seja reestabelecida, sugerindo que os hospitais deixem de ter simplesmente “protocolos de prevenção de quedas” e passem a ter “protocolos de estímulo à mobilidade segura”.

## A Função da Equipe de Fisioterapia

Todo idoso frágil hospitalizado deve receber atendimento da equipe de fisioterapia durante o período de internação. Mesmo que a projeção inicial seja de uma internação curta e de baixo risco, a evolução desses indivíduos e o tempo de hospitalização envolvem um grau elevado de incerteza. A restrição da imobilidade por poucos dias ter um impacto catastrófico nessa população. Assim, sugerimos que o hospital crie mecanismos para garantir que todo idoso frágil receba atendimento da fisioterapia desde o seu primeiro dia no hospital.

A equipe de fisioterapia atua estabelecendo o diagnóstico funcional, identificando a meta a ser



alcançada, desenvolvendo o plano terapêutico e avaliando a evolução funcional. O fisioterapeuta desenvolve atividades que previnem encurtamentos, deformidades osteoarticulares e a deterioração funcional.

O tratamento fisioterapêutico inicialmente é ser direcionado para o ganho muscular, visando estabilizar as transferências para ganho e/ou manutenção de controle de tronco e treino de equilíbrio, buscando a maior autonomia possível para as atividades anti-gravitacionais.

Na população em que ainda não se identificou perda excessiva de massa muscular são utilizados recursos que proporcionem atividades resistidas com halteres, faixas elásticas, caneleiras e ciclo ergômetros.

Apesar da sua importância, a fisioterapia não deve ser vista como o único recurso a ser instituído para preservar a mobilidade. São cada vez mais frequentes dos programas institucionais de promoção da mobilidade, cujas ações essenciais são resumidas no quadro abaixo.

**Tabela 20 – Estratégias para Promoção a Mobilidade Segura no Ambiente Hospitalar**

▶ **AMBIENTE, RECURSOS HUMANOS E EQUIPAMENTOS**

Disponibilizar para o idoso frágil um quarto com espaço suficiente para circulação;

Garantir corredores amplos, bem iluminados e sem objetos obstruindo a passagem;

Disponibilizar e facilitar o uso de dispositivos de auxílio à deambulação como bengalas e andadores;

Garantir um número adequado de funcionários para auxiliar nas transferências e uso do banheiro.

▶ **CRIE ENGAJAMENTO NUMA CULTURA DE MOBIDADE**

Informar pacientes e cuidadores sobre os riscos da imobilidade;

Incentivar a mobilidade através de comunicação nas visitas e de lembretes visuais;

Estimular e treinar grupos de voluntariado engajados nas ações de promoção da mobilidade;

Sensibilizar e treinar as lideranças e profissionais assistenciais quanto à importância da mobilidade.

▶ **PADRONIZE AVALIAÇÕES, PLANOS E METAS DE MOBILIDADE**

Avaliar a capacidade funcional de forma sistematizada na admissão e na alta;

Disponibilizar um diário para registro de mobilidade a ser preenchido por pacientes e cuidadores;

Definir e registrar os objetivos de mobilidade claramente (ex.: deambular 50 metros 3 vezes ao dia);

Treinar o cuidador sobre como realizar transferências e auxiliar na deambulação;

Desenvolver um indicador de mobilidade a ser utilizado em conjunto com os indicadores de queda.





# O HOSPITAL COMO FACILITADOR NOS PROCESSOS RELACIONADOS AO FIM DA VIDA

## A instituição hospitalar como fonte do conhecimento e desenvolvimento na promoção da educação em saúde, no âmbito do cuidado paliativo ao idoso

Com a crescente demanda por serviços adequados que atendam a população idosa no Brasil, surge a necessidade de organizações qualificadas para prestação da assistência, bem como profissionais capacitados para receberem este público.

A formação dos trabalhadores em saúde é um elemento crítico para o desempenho dentro das organizações. Predomina-se um perfil de egresso superior em saúde no Brasil despreparado, resistente a mudanças, com pouca maturidade para exercício da profissão e não comprometido com aspectos políticos e sociais da saúde. Nota-se que há diferenças significativas nas estruturas dos modelos de ensino, formando profissionais, muitas vezes, tecnicamente competentes, mas com baixo comprometimento para transformações sociais, com atitudes pouco humanísticas.

Desta forma, as organizações se veem diante da necessidade de fornecer subsídios para suprir essa fragilidade da formação, adequando estratégias e ferramentas de capacitação e desenvolvimento para o ambiente corporativo. No processo de desenvolvimento e aprendizagem, a educação permanente destaca-se por nortear ações voltadas para o saber transformador, constituindo-se uma estratégia para qualificar o desempenho dos trabalhadores e na valorização do ambiente profissional como fonte de conhecimento, contraindicando ações de saúde fragmentadas. Nesse cenário, o desenvolvimento de grupos caracterizados como “equipes de alta performance” ou “times

de melhores práticas” também possibilita uma melhora do desempenho nas instituições por meio do foco em uma determinada área de atuação, como um Time de Melhores Práticas em Cuidados Paliativos e Time de Melhores Práticas em Gerontologia, dando a eles autonomia e empoderamento para promover uma assistência baseada em evidências.

Para a escolha da melhor estratégia e ferramentas de treinamento e desenvolvimento nas instituições, considera-se o público alvo, nível de conhecimento e habilidades. Assim, as ações devem ser analisadas em seus diversos níveis e alinhadas com o processo de trabalho, seja em sala de aula, *e-learning*, leituras, programas ou novas práticas no trabalho. Quando trabalhamos com o conceito de cuidados paliativos, também utilizamos dessas ferramentas para transmitir as informações. Isso porque o processo de envelhecer traz consigo um declínio funcional inevitável e, conseqüentemente, a condição de fragilidade. Desta, a perda de autonomia e a necessidade de recorrer às redes formais (representadas pelas instituições) ou informais (representados pelas tarefas de acompanhamento e garantia de atendimento das necessidades básicas, oferecidas por parentes e amigos) para prestação do cuidado

Diante disso, temos processos distintos de aprendizagem para cada rede e a necessidade de mediar para que haja programas contendo não somente informações técnicas, mas contemplando o suporte emocional. A prestação do cuidado executada por profissionais qualificados requer uma preparação específica para desempenhar esse papel e, quando falamos de cuidado paliativo, a especificidade torna-se mais necessária. Ao elaborar um Plano de Treinamento, é preciso considerar a customização do programa, ou seja, adequá-lo ao público. A transmissão das informações deve ser clara e relevante aos seus participantes. Como exemplo do dinamismo dos treinamentos, temos que os indivíduos com idades superiores a 60 anos, que possuem sua capacidade funcional limitada, apresentam dificuldade para realizar tarefas básicas diárias, necessitando de uma assistência que, na maioria dos países, é realizada por cuidadores informais, como cônjuge, filhos adultos e parentes ou amigos próximos. A permanência de idosos em instituições e o acompanhamento por profissionais informais

estabelece laços de confiança e de dignidade, motivando a empatia pelo mesmo. Esse grupo lidará, muitas vezes, com a piora clínica ou aproximação da morte. A formação de cuidadores deve ser estimada em aspectos mais básicos relativos ao envelhecimento, priorizando a qualidade de vida e comunicação. Para ser um cuidador, é preciso haver um investimento, preparação e disponibilidade. De um modo geral, há falta de conhecimento acerca daqueles idosos que possuem limitações, alguma patologia ou necessidade de cuidados especiais. A acumulação de tarefas, o stress, cansaço, ansiedade, preocupação e variação de auto estima, podem prejudicar o cuidado prestado.

Como estratégia para ultrapassar esses obstáculos, a experiência adquirida com o trabalho e a colaboração que existe entre a equipe, promove a aprendizagem entre os profissionais, evitando situações de consternação, tanto física como emocional, possibilitando momentos de reflexões e proporcionando esboçar estratégias de intervenções adequadas para cada situação.

O cuidar exige, também, o aperfeiçoamento das técnicas, o aprendizado de novos conceitos e atuação. Situações específicas exigem a melhoria da profissão, que traz consigo também a satisfação pessoal. Essa escolarização será cada vez mais necessária, conforme a complexidade do cuidado. Diante desse cenário, o apoio ao cuidador informal fornecido por profissionais de saúde adequadamente treinados, deve abordar não somente os aspectos de suporte prático e habilidade específicas, mas também encorajar a respeitar a dignidade dessas pessoas, apoiar na solução de problemas e no gerenciamento dos comportamentos. O estresse psicológico do cuidador deve ser considerado para garantir que os mesmos continuem ajudando e apoiando nos cuidados de saúde, evitando hostilidade ou negligências.

Cuidar de pessoas em estado de vulnerabilidade requer humanização e sensibilização nas atitudes tomadas, como tentativa de aliviar o seu sofrimento. O ato de cuidar expressa-se na responsabilidade, no compromisso, capacidade de escuta ou mesmo o respeito pelo silêncio. A singularidade do idoso deve ser considerada um aspecto relevante para prestação do cuidado, considerando seus próprios desejos, anseios e potencialidades, valorizando-o como ser único

e heterogêneo, respeitando suas características pessoais.

Para promover qualidade de vida devemos, portanto, considerar os valores adotados por cada indivíduo, seja uma prática de oração ou meditação que traga conforto, uma intervenção psicossocial, o cuidado humanizado, promovendo o processo de confiança e vínculo com esse idoso/família e favorecendo o diálogo e a comunicação aberta, como por exemplo ao ponderar a flexibilidade dos horários de visita, promover privacidade às conversas, tornando o ambiente do cuidado mais íntimo.

Nota-se que quando falamos de desenvolvimento de pessoas para lidarem com o cuidado paliativo ao idoso, sejam elas em seus contextos formais ou informais, vai além da aquisição de habilidades ou da promoção de novas atitudes, e sim na transformação de suas ações, agregando-las um valor, impulsionando às mudanças e humanização no acompanhamento do processo de envelhecimento desse idoso.

## **Ortotanásia e cuidado paliativo: quebra de paradigma e desmistificação de conceitos**

Ortotanásia é o termo que representa a morte natural, ou seja, ao seu tempo. Tal definição suscita discussões que permeiam, tanto os Direitos Humanos quanto a Bioética, porque revela as situações nas quais a morte se apresenta como iminente e inevitável. Não há cura e, diante dessa realidade, indaga-se: qual deve ser a postura do profissional de saúde? Minimamente, espera-se o cumprimento do dever ético de amparar o paciente. No entanto, o cuidar deveria trazer com ele a premissa de que a morte é um processo natural e inevitável, não obstante o sofrimento presente. Quando a morte é compreendida como um processo natural da etapa final da vida, a ortotanásia representa o respeito à morte digna.

Se todo o processo da vida deve ser pautado no respeito à dignidade do indivíduo, não há dúvida que o processo de morte também o deve. Assim, a finalidade da intervenção clínica na ortotanásia é possibilitar ao paciente um processo de morte com conforto e dignidade, ao seu tempo, prestando assistência integrada com respeito aos seus valores. A prevalência de comorbidades torna-se maior conforme o aumento da idade. As doenças crônicas e progressivas devem, portanto, ser tratadas em paralelo à promoção do alívio de sintomas, priorizando a qualidade de vida, sustentando um cuidado ativo e integral.

O acesso aos cuidados paliativos, à vista disso, representa a forma mais abrangente, eficaz e garantidora do respeito à morte digna no âmbito dos Direitos Humanos, da Bioética e da Ética Profissional. A Organização Mundial da Saúde traz, na sua versão mais recente de 2002, a definição de cuidados paliativos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Ou seja, trata-se de uma abordagem holística e em momento nenhum há delimitação ou previsão de início das ações paliativas relacionadas ao prognóstico/tempo de vida do paciente.

As próprias evoluções conceituais da atenção paliativa reforçam que sua aplicação deve ser às pessoas com qualquer tipo de doença crônica evolutiva, em qualquer tipo de serviço de saúde, de forma precoce e que permita superar o prognóstico como fator único determinante.

Candidatar um paciente ao cuidado paliativo requer muito mais que a verificação de sua idade. É preciso avaliar o estágio de suas comorbidades e o grau de funcionalidade que ele se encontra. Cabe à equipe multidisciplinar iniciar o diálogo com o paciente e/ou família, registrando em prontuário suas vontades e anseios referentes ao cuidado paliativo.

A avaliação do tempo de sobrevivência de uma pessoa é um exercício que deve ser realizado com cautela, principalmente quando tratamos de condições não oncológicas, visto que poder-se-ia estabelecer uma “morte social” antes da morte física propriamente dita. Uma vez que se determine uma expectativa de vida curta, em dias ou semanas, corre-se o risco de subestimar as necessidades do paciente e negligenciar a possibilidade de conforto. Além

disso, poderia atrasar o início de discussões sobre o cuidado paliativo e a efetividade dos tratamentos propostos até o presente momento.

Os serviços que querem oferecer atenção paliativa com qualidade precisam compreender que as necessidades do paciente idoso são complexas e podem ser diferentes das necessidades do paciente oncológico – público convencional da palição. Dentre as possíveis ações, e talvez seja a principal delas, uma comunicação adequada com o paciente e sua família pode facilitar o planejamento do plano avançado de cuidados, podendo, inclusive, diminuir o estresse causado pelas intercorrências ou piora do quadro clínico.

Neste contexto evolutivo, evidencia-se a importância de termos disponíveis, instrumentos que contribuam para a identificação de pacientes com necessidade de atenção paliativa, de modo que possam ser implementadas medidas adequadas a esse público, atendendo às suas reais necessidades de forma integrada. Com o objetivo de atender à essa demanda, alguns Centros Colaboradores da Organização Mundial da Saúde receberam a incumbência de desenvolver programas de atenção ao paciente paliativo, instrumentos de identificação e estabelecer linhas de cuidado nesta área de assistência. Um destes Centros Colaboradores é o Instituto Catalão de Oncologia, que recebeu o desafio de elaborar um programa de atenção que ampliasse o atendimento paliativo aos pacientes não-oncológicos e, para isso, identificar sua população alvo. Assim, desenvolveram o instrumento NECPAL CCOMS-ICO©, já validado em Língua Portuguesa. Sua utilidade é, fundamentalmente, identificar os pacientes com necessidade de uma mudança no enfoque do cuidado, incorporando medidas paliativas à sua assistência. Não é um instrumento de caráter prognóstico, nem indica a necessidade de intervenção de uma equipe específica, nem exclui terapêuticas concomitantes, mas permite ampliar o olhar ao paciente em relação às suas demandas e gerenciar melhor o uso de recursos.



**INSTRUMENTO NECPAL-BR  
(Necessidades Paliativas)**

Instrumento para identificação de pessoas em situação de doença avançada e/ou terminais e necessidade de atenção paliativa para uso em serviços de saúde e sociais

**Paciente** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Pergunta surpresa</b>	Você ficaria surpreso se este paciente morresse ao longo do próximo ano?		[ ] Sim [ ] Não
<b>Demanda ou necessidade</b>	Demanda: Tem havido alguma manifestação explícita ou implícita, de limitação de esforço terapêutico ou pedido de atenção paliativa por parte do(a) paciente, sua família ou membros da equipe?		[ ] Sim [ ] Não
	Necessidade: Identificada por profissionais da equipe de saída.		[ ] Sim [ ] Não
<b>Indicadores clínicos gerais:</b> nos últimos 6 meses - Graves, persistentes, progressivos, não relacionados com processo intercorrente recente. - Combinar gravidade COM progressão	Declínio nutricional	Perda de peso > 10%	[ ] Sim [ ] Não
	Declínio funcional	• Piora do Karnofsky ou Barthel > 30% • Perda de mais de duas ABVDs	[ ] Sim [ ] Não
	Declínio cognitivo	Perda ≥ 5 MINIMENTAL OU ≥ 3 Pfeiffer	[ ] Sim [ ] Não
<b>Dependência grave</b>	Karnofsky < ou Barthel < 20		[ ] Sim [ ] Não
<b>Síndromes geriátricas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesão por pressão</li> <li>• Infecções de repetição</li> <li>• Delirium</li> <li>• Disfagia</li> <li>• Quedas</li> </ul>	Dados clínicos da anamnese ≥ 2 recorrentes ou persistentes	[ ] Sim [ ] Não
<b>Sintomas persistentes</b>	Dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, inapetência, mal-estar, dispneia e insônia.	≥2 sintomas (ESAS) recorrentes ou persistentes	[ ] Sim [ ] Não
<b>Aspectos psicossociais</b>	Sofrimento emocional ou transtorno adaptativo grave	Deteção de mal-estar emocional (DME > 9)	[ ] Sim [ ] Não
	Vulnerabilidade social grave	Avaliação social e familiar	[ ] Sim [ ] Não
<b>Multi-morbidade</b>	≥ 2 doenças ou condições (crônicas avançadas (da lista de indicadores específicos em anexo)		[ ] Sim [ ] Não
<b>Uso de recursos</b>	Avaliação da demanda ou intensidade de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais que duas admissões urgentes (não programadas) em seis meses</li> <li>• Aumento da demanda ou intensidade das intervenções (cuidado domiciliar, intervenções de enfermagem)</li> </ul>	[ ] Sim [ ] Não
<b>Indicadores específicos</b>	Câncer, DPOC, ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal, AVC, demência, doenças neurodegenerativas, SIDA e outras doenças avançadas.	• Em anexo*: avaliação dos critérios de gravidade e progressão	[ ] Sim [ ] Não

## ANEXO\* - Indicadores Específicos

Critérios NECPAL de gravidade / progressão / doenças avançadas (1) (2) (3) (4)	
<b>Doença Oncológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer metastático ou loco regional avançado</li> <li>• Em progressão em tumores sólidos</li> <li>• Sintomas persistentes, mal controlados ou refratários, apesar da otimização do tratamento específico</li> </ul>
<b>Doença Pulmonar Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações</li> <li>• Restrito ao domicílio com limitação de marcha</li> <li>• Critérios espirométricos de obstrução grave (CEMS &lt; 30%) ou critérios de déficit restritivo grave (CVF &lt; 40% / DLCO &lt; 40%)</li> <li>• Critérios gasométricos basais de oxigenoterapia domiciliar continuada</li> <li>• Necessidade de corticoterapia contínua</li> <li>• Insuficiência cardíaca sintomática associada</li> </ul>
<b>Doença Cardíaca Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços entre as descompensações</li> <li>• Insuficiência cardíaca NYHA classe III ou IV, doença valvar grave não cirúrgica coronariana não revascularizável</li> <li>• Ecocardiograma basal: FE &lt; 30% ou HAP grave (PSAP &gt; 60)</li> <li>• Insuficiência renal associada (TFG &lt; 60mL/min/1,73m<sup>2</sup>)</li> <li>• Associação com insuficiência renal e hiponatremia persistente</li> </ul>
<b>Demência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS ≥ 6c</li> <li>• Progressão do declínio cognitivo, funcional e/ou nutricional.</li> </ul>
<b>Fragilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Fragilidade do CSHA ≥ 0.5</li> <li>• Avaliação geriátrica integral sugestiva de fragilidade avançada</li> </ul>
<b>Doença Neurológica Vascular (AVC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante a fase aguda e subaguda (&lt;3 meses pós-AVC): estado vegetativo persistente ou de mínima consciência &gt; 3 dias.</li> <li>• Durante a fase crônica (&gt;3 meses pós-AVC): complicações médicas repetidas (ou demência com critérios de gravidade pós-AVC).</li> </ul>
<b>Doenças Neurológicas degenerativas: ELA, Esclerose Múltipla e Parkinson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piora progressiva da função física e/ou cognitiva</li> <li>• Sintomas complexos e de difícil controle</li> <li>• Disfagia persistente</li> <li>• Transtorno persistente de fala</li> <li>• Dificuldades crescentes de comunicação</li> <li>• Pneumonia recorrente por aspiração, dispneia ou insuficiência respiratória</li> </ul>
<b>Doença Hepática Crônica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrose avançada estágio Child C (determinado com o paciente fora de complicações ou já as tendo tratado e otimizado ou tratamento), MELD-Na &gt; 30 ou ascite refratária, síndrome hepato-renal ou hemorragia digestiva alta por hipertensão portal persistente apesar de otimização do tratamento</li> <li>• Carcinoma hepatocelular presente, em estágio C ou D</li> </ul>
<b>Doença Renal Crônica Grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência renal grave (TFG &lt; 15ml/min) em pacientes que não são candidatos ou que recusam tratamento substitutivo e/ou transplante</li> <li>• Finalização da diálise ou falha no transplante</li> </ul>

- (1) Usar instrumentos validados de gravidade e/ou prognóstico em função da experiência e evidência;  
 (2) Em todos os casos, avaliar também o sofrimento emocional ou impacto funcional graves em pacientes (e/ou impacto na família) como critério de necessidades paliativas;  
 (3) Em todos os casos, avaliar dilemas éticos na tomada de decisões;  
 (4) Avaliar sempre a combinação com multi-morbididades.

### Classificação:

Pergunta Surpresa (PS)	PS + (não me surpreenderia) PS - (Me surpreenderia)
Parâmetros NECPAL	NECPAL + (de 1 a 13 respostas “sim”) NECPAL - (nenhum parâmetro assinado)

### Codificação e registro:

Propor codificação com Paciente com Cronicidade Avançada (PCA) se PS + E NECPAL +

SANTANA, M. T. E. A. *Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® Para a Língua Portuguesa*. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.



As formas que uma instituição hospitalar pode atender este público tem suas variações, que dependem da necessidade e disponibilidade de recursos de cada hospital e se classificam, basicamente, em três tipos:

- Unidade de cuidados paliativos: unidade própria, com leitos destinados a este tipo de paciente e pode oferecer consulta ambulatorial.
- Equipe de cuidados paliativos integrada a um serviço de oncologia: os leitos disponíveis podem acomodar tanto pacientes oncológicos quanto os paliativos e dispõe de atendimento ambulatorial.

Equipe de suporte de cuidados paliativos em um hospital geral: disponibiliza consultas ambulatoriais, não possui leitos próprios e atua dando suporte prático na atenção de pacientes que pertencem a diferentes especialidades clínicas.

Recomenda-se que a instituição ofereça o serviço de cuidados paliativos em qualquer um de seus possíveis formatos, visto que sua ausência poderia ser considerada não somente como um déficit na qualidade de atendimento a pacientes em fase avançada de doença, como também um possível erro na gestão de recursos.

Um bom recurso para estabelecer uma assistência de alta performance, que fortaleça a cultura institucional de segurança e qualidade em prol da atenção paliativa, é realizar um processo de certificação ou, pelo menos, basear-se em seus padrões. Dentre as diferentes comissões certificadoras, podemos citar como norteadores a *Joint Commission International* que oferece certificação de Programas Clínicos, como o de Cuidados Paliativos, e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo que oferece o Selo Hospital Amigo do Idoso, o qual aborda em seus critérios de aprovação a atenção paliativa para este grupo de pacientes.





# PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES PARA DESOSPITALIZAÇÃO



Os hospitais no mundo estão em busca de oportunidades para melhorar a eficiência. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia. Para haver mudanças na qualidade dos serviços prestados, são necessárias novas formas de atuação e novos processos e espaços de trabalho que incluam: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, tudo isso incorporando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades. Os papéis do novo hospital tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica.

Desospitalização consiste em retirar o paciente do hospital e realizar os cuidados em serviços de baixa complexidade ou no domicílio quando este paciente já não é de alta complexidade e sim de alta dependência. Significa liberar ou dispensar o paciente da internação hospitalar, visando a sua reintegração à sociedade.

O objetivo da desospitalização é realizar atividades ou procedimentos cuja execução pode ser transferida do ambiente intra-hospitalar para outros ambientes, denominado extra-hospitalares. Entre os serviços que compõem a rede de desospitalização estão a Assistência Domiciliar ou Home Care, Hospitais de Retaguarda ou de leitos dia (Day Hospice), Ambulatórios e Instituições de Longa Permanência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a Assistência Domiciliar, como o provimento de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, a função e a saúde das pessoas num grau máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativo.

Tornando-se um elemento fundamental para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida, norteia o pacto de trabalho das equipes.

Neste cenário a atenção domiciliar se configura como uma modalidade substitutiva de organização da atenção à saúde, como

dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição, se configurando como um terreno de trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras.

No entanto, para as instituições hospitalares a desospitalização se constitui num premente desafio com o aumento na expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas e/ou degenerativas.

## Justificativa

Identificar o possível paciente para desospitalização proporciona maior conforto ao indivíduo e, também, diminuiu o risco de contrair infecção hospitalar. Percebemos que oferece vantagens tanto para o paciente quanto para os familiares.

A elaboração do protocolo possibilita adequar as intervenções fundamentais, respeitando a avaliação do grau de complexidade, dos cuidados ao paciente portador de doença crônica, a fim de prestar o atendimento estendido ao domicílio do paciente.

Outro fator importante é interferir nas reinternações de pacientes por meio do planejamento da alta do hospital para que haja transferência de cuidados da alta complexidade para o ambiente domiciliar de forma segura. O planejamento da alta é benéfico para o paciente e interfere significativamente nas porcentagens das reinternações. Para isso é necessário uma orientação e troca de informações efetiva entre profissionais, pacientes e familiares.

Prezar por uma transição adequada é garantia de melhores resultados assistenciais e seguramente de qualidade de vida aos pacientes. Alguns estudos evidenciam impacto direto sobre a redução da reinternação hospitalar e dos custos nos cuidados de saúde.

As ações exercidas durante a transição têm por objetivo central garantir o cuidado centrado no indivíduo, e particularmente no caso do idoso, compreende reconhecer suas necessidades e práticas de cuidados pela família em todas as instâncias assistenciais.

O processo da alta hospitalar deve ser iniciado o mais breve possível. A internação hospitalar deve ser entendida como transição que envolve:

- motivação da internação por descompensação do estado de saúde;
- melhora após tratamento hospitalar;

- restabelecimento em casa (quando possível), ou em serviços de cuidados continuados, como *home care*, hospitais de transição, ambulatórios e centros dia.

A transição do cuidado pode ser organizada em 5 etapas a partir da internação:



Planejamentos de cuidado para alta



Auxílio na reabilitação social



Educação em saúde



Articulação com os demais serviços



Acompanhamento pós-alta

A equipe multidisciplinar hospitalar deve fornecer constantemente orientações sobre o plano de cuidado durante a internação e deve iniciar o processo de orientação de alta na admissão do paciente. Isso pode ocorrer através do gerenciamento do plano de cuidados, devendo a família, paciente e cuidadores participarem ativamente, para que todos estes atores tenham conhecimento sobre o que fazer após deixar o hospital, antes mesmo do processo de alta hospitalar estar finalizado.

Para gestão de pacientes crônicos ou de grande possibilidade de longa permanência, há necessidade de uma equipe multidisciplinar composta minimamente por médico hospitalista, enfermeiro e assistente social, que deve contar com suporte de especialistas, como nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros que podem ser acionados, conforme a necessidade.

O hospital deve contar com sistema de informação, como previsão de alta e relatórios de permanência hospitalar. Cabe à equipe de gestão de pacientes crônicos ou de longa permanência o acompanhamento diário, através de visitas e discussão do plano de cuidados. Essas ações irão subsidiar a desospitalização precoce de

forma segura e, nos casos onde não for possível, continuar o acompanhamento, dando suporte às equipes envolvidas na assistência do paciente e seus familiares.

## Ações do Serviço de Desospitalização

- Identificar possíveis pacientes para a desospitalização.
- Promover, acompanhar e avaliar o processo de desospitalização.
- Promover a interlocução para as ações necessárias na desospitalização.
- Garantir transferência segura para continuidade do cuidado de enfermagem em domicílio, observando focos de humanização.

- Criar alternativas para tornar possível a desospitalização.
- Classificar o paciente pelo risco de cronicidade.
- Acompanhar a permanência para intervenções.
- Planejar, executar e acompanhar a desospitalização.
- Monitorar a internação de pacientes clínicos e cirúrgicos com previsão de alta fornecida pela equipe assistencial.
- Acompanhar o serviço de enfermagem e as equipes médicas no tempo previsto de internação.
- Acompanhar os pacientes em internação prolongada.
- Comunicação direta com as operadoras para liberação de *home care*.
- Discussão semanal dos casos de longa permanência.
- Suporte à equipe médica, pacientes e equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização.
- Orientar e dar suporte sobre as instituições de transição aos familiares de pacientes com potencial para transferência para esses serviços.

Dentre as ações de desospitalização, vale ressaltar:

## Identificação do Perfil do Idoso para o cuidado

O cuidado centrado requer a caracterização do perfil clínico e funcional do idoso. Para tanto, pode-se utilizar ferramentas validadas, como o IVCF20 – Índice de Vulnerabilidade Clínico e Funcional, capaz de propiciar uma análise acerca

das condições gerais de vida de idosos internados com idade superior a 60 anos, além de facilitar o reconhecimento do idoso frágil.

As informações coletadas devem ser empregadas pela equipe de saúde para estabelecer um plano de cuidados individualizado, e para casos com alta vulnerabilidade deverão ser delineados planos específicos para o período de internação hospitalar e após alta. Esse último, contendo as especificações do papel de cada integrante: equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem, farmácia clínica), médicos hospitalistas, além de representante de equipes de atenção primária e cuidados paliativos.

## Planejamento de Cuidado para a Alta

A alta hospitalar é um momento crítico, de mudanças na vida do paciente e da família, no qual pode haver necessidade de acréscimo de medicações e cuidados no domicílio, que se não abordadas de maneira eficaz, proporciona a fragmentação do cuidado pós-alta. Seu planejamento é realizado pela equipe hospitalar, e deve conter informações sobre diagnósticos prévios, modo de administração de medicações, história pregressa, avaliação da condição psicossocial, comunicação pós-alta a equipe de atenção primária ou em serviços de cuidados continuados.

Consideram-se, nesse momento, as necessidades de cada paciente, dado que a falta ou insuficiência do planejamento podem trazer repercussões inadequadas, que incluem angústia, ansiedade, efeitos adversos, erros de medicação, pouca aderência ao tratamento e piora da qualidade de vida dos idosos e seus familiares, com aumento de chances de reinternação, pela possibilidade de se deparar com incertezas acerca do tratamento e da recuperação.

## Auxílio na Reabilitação Social

A reabilitação social tem por objetivo a retomada da vida cotidiana após alta hospitalar. É centrada



na interação entre família e comunidade, aceitação da doença nas atividades de vida diárias, diminuído a sensação de abandono, proporcionando expectativas favoráveis à reabilitação. O auxílio se baseia em condições que podem dificultar a reabilitação do paciente como: psicológicas, físicas e motivacionais do paciente e família.

## Articulação com os demais serviços

A boa comunicação entre equipes de cuidados sobre plano de alta do paciente é fundamental. Para equipes de atenção primária, gerenciando o processo de transição do cuidado, um dos modos de articulação é feito por meio de notificação da equipe hospitalar sobre a alta do paciente ao serviço de referência utilizando o sistema informatizado do hospital interligado a

rede de saúde. O plano de alta pode ser enviado eletronicamente para o serviço de atenção primária e utilizado pela equipe de saúde para acompanhamento dos cuidados domiciliares. Um outro modelo de articulação pode ser feito por telefonemas entre as equipes hospitalares e de atenção primária para que seja programada eventual visita domiciliar e esclarecimentos de dúvidas sobre o plano de alta e os cuidados.

## Acompanhamento pós-alta

O acompanhamento e agendamento com a equipe de referência da atenção primária ou a visita domiciliar pelo home care aos pacientes de risco ou maior vulnerabilidade clínico funcional, com a finalidade de avaliar o plano de alta e abordar as orientações realizadas no ambiente hospitalar e esclarecer as possíveis dúvidas é de fundamental importância. Os pontos principais são: identificar e orientar os aspectos do tratamento, sinais e sintomas de alarme, administrações dos medicamentos, verificar a compreensão das atividades de autogerenciamento dos cuidados, esclarecer quantos aos locais adequados para atendimento e consultas de acompanhamento.

Após a alta do paciente, diante da dinâmica que passa do curar da doença para o cuidar do idoso, a responsabilidade da família permeia as tarefas fáceis e/ou complexas, produzindo certo temor diante da falta de conhecimentos. Dessa forma, a família/cuidador é compreendida como parte integrante e fundamental para a recuperação e segurança do paciente, tornando-se imprescindível sua capacitação.

## O papel do Médico Hospitalista na Transição do Cuidado

A figura do Médico Hospitalista é essencial para realizar a transição do cuidado de pacientes hospitalizados. Trata-se de uma prática inovadora no país, objetiva a melhoria da segurança assistencial, redução de eventos adversos,

melhoria da governança clínica, assegura a centralidade no cuidado ao paciente, garantindo uma linha de cuidado coordenada e integrada às necessidades do mesmo, contrapondo-se a excessiva fragmentação durante o período de hospitalização.

No processo de transição do cuidado, a atuação do médico hospitalista tem a finalidade de aprimorar a comunicação da tríade equipe, paciente e família, consentindo a participação do paciente/família nos processos decisórios, favorecendo a humanização do cuidado, estimulando o autocuidado e oferecendo suporte adequado à família na fase final de vida, principalmente durante internação de idosos frágeis, etapa crítica da assistência.

## Considerações importantes

As internações de longa permanência afetam os hospitais, pois aumenta os custos e reduz a rotatividade de leitos, ou seja, interfere diretamente no tratamento daqueles que necessitam de atenção hospitalar, além de elevar o risco decorrente da internação, como por exemplo, infecções hospitalares.

Outro fator importante a ser destacado, é a possibilidade de desospitalizar pacientes que não necessitam de uma assistência contínua do cuidado e assim ser elegível para a assistência domiciliar. Que dentro outros objetivos, como já abordamos, irá diminuir o risco do paciente em adquirir infecção hospitalar.

A equipe que atuará na identificação de possíveis pacientes para desospitalização deverão aplicar instrumento validado para classificação de dependência e utilizar critérios de elegibilidade em assistência domiciliar baseada no grau de complexidade dos cuidados necessários para seu atendimento, e não na gravidade da doença do paciente.

A análise dos gastos públicos com atenção à saúde revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado

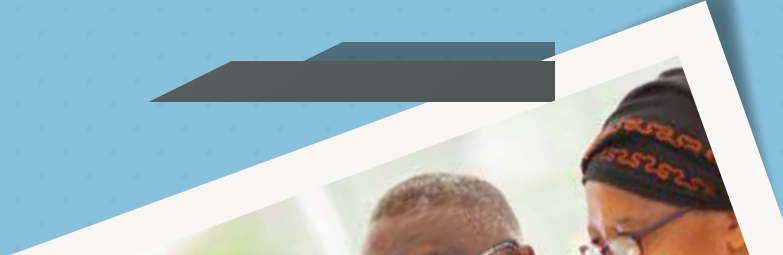
com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

A população idosa brasileira apresenta taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. No Brasil, as maiores taxas de mortalidade por doenças crônicas foram cardiovasculares (31%), neoplasias (17%), diabetes (6%) e doenças respiratórias crônicas (6%). As equipes de atenção à saúde e a população muitas vezes não conseguem dimensionar a importância que o processo de desospitalização têm sobre a qualidade de vida do paciente crônica, o aumento de custo e a diminuição de leitos para os indivíduos que necessitam de atenção hospitalar.


A desospitalização de pacientes de longa permanência gera benefícios ao paciente, proporcionando maior chance de esclarecimento e envolvimento familiar, diminuindo riscos relacionados a internação hospitalar, e maior estímulo à continuidade de tratamentos. Para o Hospital, otimiza a gestão dos leitos com melhor utilização da capacidade instalada e, para as fontes pagadoras, melhora o controle das despesas assistenciais, viabilizando os custos. As Equipes de Desospitalização representam um diferencial na gestão de alta dos pacientes internados em suas instalações, e fomentam:

- Aumento da demanda aos serviços de saúde domiciliar;
- Interferência no aumento da disponibilização de leitos hospitalares;
- Diminuição de complicações decorrente de internações prolongadas e consequentemente diminuição dos custos hospitalares;
- Favorecer um ambiente mais acolhedor para o paciente que pode ter a continuidade do seu cuidado junto às pessoas de vínculo afetivo (familiares e amigos).





**CRIANDO A  
CULTURA DO  
ENVELHECIMENTO:  
CUIDADOR, FAMÍLIA,  
COLABORADOR E  
SOCIEDADE**

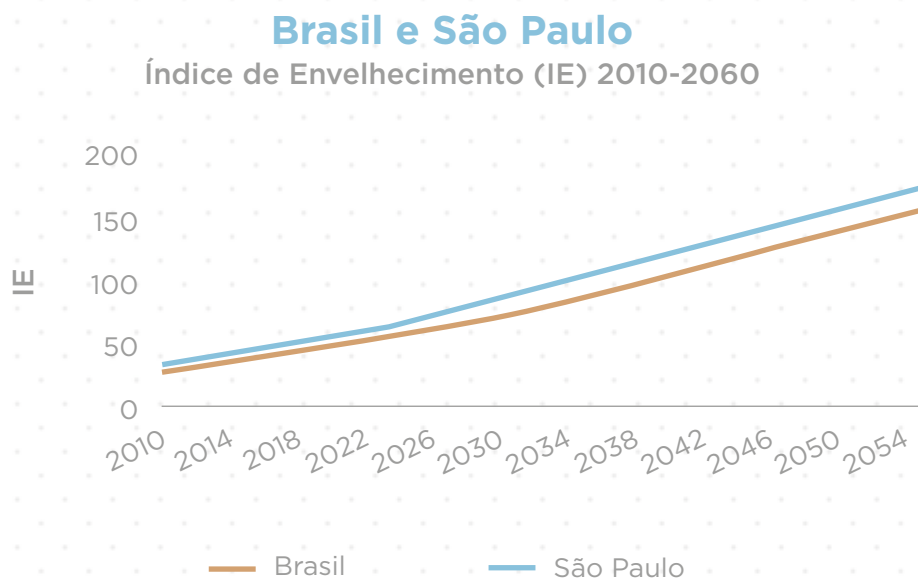


Direitos humanos são as liberdades e direitos universais de indivíduos e grupos que são protegidos por lei. Estes incluem os direitos civis e políticos, como o direito à vida, bem como os direitos sociais, econômicos e culturais, que incluem direitos à saúde, segurança social e habitação. Todos os direitos são inter-relacionados, interdependentes e inalienáveis. Os direitos humanos não podem ser retirados devido à idade ou estado de saúde de uma pessoa (Lei internacional dos direitos humanos). O grande desafio é construirmos uma consciência coletiva de uma sociedade para todas as idades, com justiça, e garantia de direitos; sempre levando em conta o conceito de equidade. O processo de envelhecimento se trata de evolução cronológica que leva a morte das células somáticas sem haver substituição por novas células. “No ser humano caracteriza-se por um processo biopsicossocial de transformações, ocorridas ao longo da existência com diminuição progressiva de eficiência de funções orgânicas, criação de novo papel social que poderá ser positivo ou negativo de acordo com os valores sociais e culturais do grupo ao qual o idoso pertence; e pelos aspectos psíquicos visto tanto pela sociedade quanto pelo próprio idoso”. Ou seja, o processo de envelhecimento é fenômeno biológico, mas entendê-la apenas dessa maneira significa reduzir a questão e não analisá-la em sua totalidade e complexidade, o que implica ignorar os aspectos psicológico, social e

principalmente, cultural.

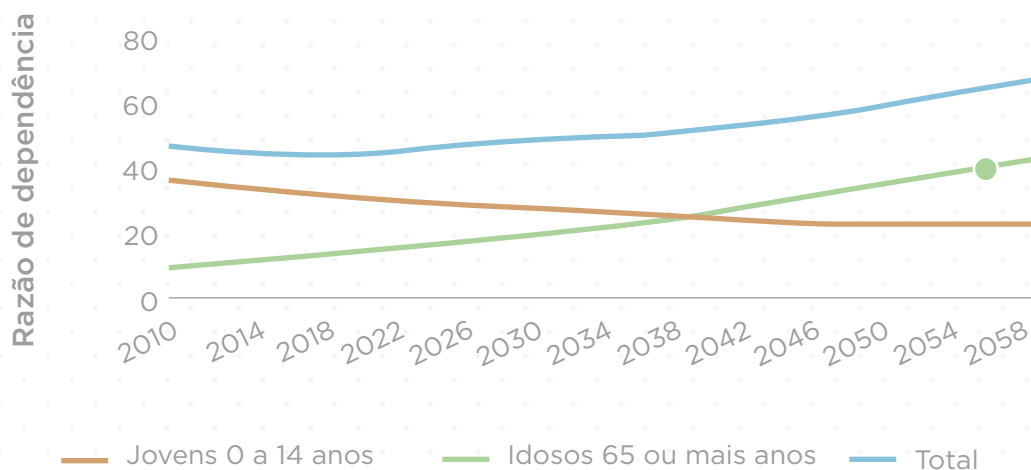
A heterogeneidade, observada na vida diária dos idosos, não é suficiente para anular uma visão homogênea de pensar sobre o envelhecimento. Portanto, uma nova maneira de representação simbólica, que destaque a noção de subjetividade, impõe-se como de fundamental importância para avaliar a produção de um novo sujeito - nesse caso, um novo sujeito velho.

Em um momento de desafios imprevisíveis para a saúde como mudanças no clima, novas doenças infectocontagiosas ou uma nova superbactéria, uma coisa é certa: o envelhecimento da população mundial está acelerando rapidamente. Cada vez mais a expectativa de vida em quase todos os lugares do mundo tem superado os 80 anos. O impacto desta mudança para a saúde, sistemas de saúde, força de trabalho, orçamentos e para a sociedade como um todo é profundo. Nas graduações em medicina, há cerca de 20 anos, se falava muito da pirâmide populacional brasileira e como nos próximos anos ela ficaria cada vez mais parecida com a dos países desenvolvidos, ou seja, com o crescimento constante da população de idosos. Apesar dessa mudança ter ocorrido gradualmente, e ter sido predita não houve, por parte da sociedade, uma preparação adequada em nossa estrutura social. Nos seguintes gráficos retirados do site do IBGE em 05/09/2018 notam-se as projeções dos índices de envelhecimento e dependência em nossa população:



## Brasil

Razão de Dependência (Jovens, Idosos, Total) 2010-2060



Envelhecer é inevitável, mas é possível envelhecer bem: com saúde, qualidade de vida e dignidade. A sociedade deveria proporcionar à nossa população que envelhece suporte, cuidados e carinho para que este processo seja o mais saudável possível.

Um fato importante é que a idade civil nem sempre condiz com a idade biológica ou social. Para motivos estatísticos estabelecemos pontos de corte fixos para definir determinadas populações, mas hoje é cada vez mais difícil definir quem ou o que é um idoso. Isto fica muito claro quando passeamos pelas alas do hospital, onde temos pacientes de 80 anos ativos, independentes, ainda líderes em seu círculo familiar e na outra ponta do espectro pacientes de 65 anos totalmente dependentes, com múltiplas comorbidades e, muitas vezes, já sendo considerados pesos para seus familiares. É estarrecedora a diferença de cuidados a estes pacientes que encontramos, sendo algumas famílias participativas, presentes, preocupadas e ativas no cuidado e inclusão de seu familiar e outras deixando o idoso quase que totalmente abandonado; e são estes últimos nos quais vemos uma evolução pior e um final de vida muitas vezes mais sofrido do que o necessário. Algumas alterações biológicas acontecerão em maior ou menor grau a todos nós na medida que envelhecemos, prejudicando nosso grau de

independência. Alterações de visão, audição, olfato, paladar, tato, equilíbrio, mobilidade entre outras. Sem contar as alterações sociais, como a viuvez, a perda de amigos, a dificuldade de se inserir, de se sentir útil. E ainda as alterações intelectuais entre as quais a dificuldade de aprendizado e diminuição de memória.

Ao contrário das sociedades orientais que valorizam a idade e sabedoria, em nossa sociedade fazemos exatamente o contrário, valorizando a juventude, e tomando medidas, custosas e algumas vezes perigosas, para aparentarmos juventude. Chegando a ponto de considerarmos estes cidadãos que tanto contribuíram para o nosso desenvolvimento como sociedade e seres humanos um fardo a ser carregado.

Os idosos têm muito a contribuir ainda para nossa sociedade seja dentro de seu círculo familiar, comunidade e sociedade de forma mais abrangente. Esta contribuição depende em grande parte da saúde com a qual chegam as idades mais avançadas.

Frequentemente nos esquecemos que a vida é um ciclo, do qual todos passaremos, com sorte, por todas as fases. Inevitavelmente todos envelheceremos, e não tenho dúvidas que você leitor ao se encontrar na situação de idoso apreciará ser tratado com todo o respeito merecido por décadas de contribuição a toda a sociedade.



## Como sensibilizar a equipe

Com o objetivo de sensibilizar a equipe, um hospital associado realiza periodicamente a Oficina de sensibilização do idoso. Para exemplificar como implantar uma oficina, apresentamos o modelo que já é bem estabelecido:

- Antes de iniciar as estações os participantes assinalavam 3 características que os faziam lembrar do idoso de uma lista pré-definida (audição prejudicada, mal humor, visão turva, falta de vontade, dificuldade de locomoção, impaciência, perda de autonomia, teimosia, perdas emocionais e implicância). A oficina consistia em 4 estações.
- A primeira consistia em tentar proporcionar ao participante vivenciar as dificuldade de locomoção do idoso através de caminhar com pesos extras pelo corpo, em uma trilha de pedras (para tentar proporcionar o desequilíbrio) e com óculos que prejudicava a visão do participante.
- Em nossa segunda estação o participante era exposto as dificuldades de visão, audição, leitura e escrita. Eram colocados textos desfocados para sua leitura, aparelhos para diminuir a audição e equipamentos para dificultar a motricidade manual da escrita.
- Na terceira estação eram realizadas simulações de situações onde as dificuldades dos nossos pacientes idosos não eram reconhecidas, tentando mostrar o stress e angústia que a falta de humanização nos cuidados a estes pacientes causava.
- Na quarta estação, pessoalmente a que mais me surpreendeu, os funcionários foram expostos às dietas hipossódicas, cremosas, hipogordurosas, aos líquidos espessados e gelatinas sem açúcar; sendo possível entender porque em alguns momentos temos tanta dificuldade em convencer os pacientes a se alimentar adequadamente.
- Terminadas as estações o questionário foi repetido e a mudança na distribuição das respostas chamou a atenção, vide tabela 20.

**Tabela 20 – Resultados da Oficina de sensibilização do idoso**

<b>Características</b>	<b>Pré oficina</b>	<b>Pós oficina</b>
Audição prejudicada	74%	82%
Visão turva	36%	77%
Dificuldade de locomoção	85%	90%
Perda de autonomia	26%	27%
Perdas emocionais	10%	9%
Mal humor	7%	3%
Falta de vontade	6%	5%
Impaciência	13%	2%
Teimosia	33%	4%
Implicância	0%	1%

Salta aos olhos como as características impaciência, teimosia e implicância caíram quando os participantes tomaram conhecimento das dificuldades que boa parte de nossos idosos enfrentam diariamente, 24h por dia. Diante desse cenário, cabe a nós, ainda jovens, nos prepararmos para o processo de envelhecimento; inicialmente cuidando de nossa saúde seja física ou mental, bom uso de nosso

tempo livre, aproveitando nossas amizades, familiares e entes queridos. Sabendo que a terceira idade é um momento importante da vida de todos, e que pode ser ainda muito produtiva e prazerosa, temos que proporcionar a todos as condições para o desenvolvimento pleno. Em uma sociedade cada vez mais individualista cabe um olhar menos crítico e mais compreensivo ao próximo, seja ele de qualquer idade.



# REFERÊNCIAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro. Ed. Diagraphic, 2009.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : ANS, 2012.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : ANS, 2012. 3,01 MB ; ePUB.

Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57:421-6.

Almeira F, Naomar M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18:1677-1682.

American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2227-46.

American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012; 60(4):616-31.

American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63(11):2227-46.

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel AMERICAN Geriatrics Society Updated Beers Criteria. 2012; 60(4).

Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med. 2002;39(3):238-247.

Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2005; 29(2): 136-146.

Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, Jacob-Filho W, Brucki SM. 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.



Ardila DA, Garcia JG. Valoracion Geriátrica Integral. *Aten Fam* 2014;21(1). <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004.

Atenção domiciliar Caso Complexo 6 - Dona Margarida. Especialização em Saúde da Família - UNIFESP.

Alcântara MAS. Desospitalização de pacientes idosos: dependentes em serviço de emergência: subsídios para orientação multiprofissional de alta [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.

Barría, RM. Implementando práticas baseadas em evidências: um desafio para a prática de enfermagem. *Invest Educ Enferm* 2014; 32(2): 191-3.

Battistella LR, Brito CMM. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátr* 2002; 9(2): 98-101.

Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med*. 1991; 151(19):1825-32.

Bejarano VA, Pilatti LA, De Lima IA. Equipes de alta performance. *Revista Tecnologia & Humanismo*. 2005; 19(29): 23-34.

Berg K, Wood-Dauphine S, Willian JI, Gayton WD. Measuring Balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiother Can* 1989; 41: 304 -11.

Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*. 1996;11:269-76.

Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk. *Decubitus*. 1989; 2(3): 44-51.

Brasil. Decreto lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2015 jul.06 [acesso em jun 18]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm).

Brasil. Decreto lei 186 de 09 de julho de 2008. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2008 jul.9 [acesso em 2018

jun 18]. Disponível em: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencao\\_pessoas\\_com\\_deficiencia.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencao_pessoas_com_deficiencia.pdf).

Brasil. Decreto lei 10741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2003 out. 1 [acesso em 2018 jun 18]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/110.741.htm).

Brasil. Resolução SS 02, de 21 de janeiro de 2015. Dispõe sobre a representatividade da Comissão de Avaliação do “Selo Hospital Amigo do Idoso” e dá outras providências. São Paulo, SP. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.529 de 19 de outubro de 2006. Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, 20 de outubro de 2006, nº202, Sessão 1, p.145-6. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=145&data=20/10/2006>.

Brauer S, Burns Y, Calley P. Lateral reach: a clinical measure of médio-lateral postural Stability. *Physioterapy Research International* 1999; 4(2): 81-8.

Brazil country profile. Disponível em: < [http://www.who.int/nmh/countries/bra\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf) >.

Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Sep;57(9):1660-5.

Carvalho MS, Martins JCA. O Cuidado Paliativo a Idosos Institucionalizados: Vivência dos Ajudantes de Ação Direta. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2016; 19(5).

Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten- Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*, 2012.

Castro MC, Perracini MR, Ganança FF. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006;72(6):817-25.

Colomé, ICS et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de enfermagem*. 2011; 13(2): 306-312.

Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA). Padrões da Joint Commission International para Certificação de Programas de Cuidados Clínicos. 3ª edição. Rio de Janeiro. CBA: 2015.

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, Martin FC, Michel JP, Rolland Y, Schneider SM, Topinková E, Vandewoude M, Zamboni M; European Working Group on Sarcopenia in

Older People. Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412-23.

Cuppari L. Guias de nutrição ambulatorial e hospitalar da EPM - UNIFESP: nutrição clínica no adulto. 3ª ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

Decreto nº 58.047 de 15 de maio de 2012.

Dunkan PD, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional Reach: A New Clinical Measure of Balance. J Gerontology, 1990 Nov; 45(6): M192-7

Ekdahl C, Jarnlo GB, Andersson SI. Standing Balance in Health Subjects. Evaluation of a Quantitative Test Battery on a Force Platform. Scand J Rehabil Med. 1989; 21(4): 187-95.

Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. Clin Interv Aging. 2014;9:2033-2043.

Ferreira, MEMM. Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação.

Fried LP, Ferrucci L, Darer, J, Williamson JD., Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. J GerontolMedSci 2004; 59 (3) 255 -263.

Fló CM, Perracini MR. Funcionalidade e Envelhecimento – Fisioterapia: Teoria e Prática Clínica. Guanabara Koogan.

Fonseca AM. Cuidados e demência na terceira idade–Manual Prático. 2014

Fontelles M J. Bioestatística aplicada a pesquisa experimental. Livraria da Física, São Paulo, 2012.

Franchignoni F, Horak F, Godi M, Nardone A, Giordano A. Using psychometric techniques to improve the Balance Evaluation Systems Test: the mini-BESTest. J Rehabil Med 2010;42:323-31. <http://dx.doi.org/10.2340/165019770537>

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.

Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. J Clin Pharm Ther. 2007;32(2):113-21.

Galvão CR, Pinochet LHC, Vieira MA, Miquelão R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. *Mundo saúde (Impr.)*. 2011;35(4):427-37.

Garcez-Leme LE, Leme MD. Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies. *MedicalExpress* (São Paulo, online) [online]. 2014;1(1): 3-8.

Garfinkel D, Mangin, D. Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *American Medical Association*. 2010; 170(8).

Gomes GC. Tradução e Adaptação Transcultural e Exames das Propriedades de Medida da Escala "Performance-Oriented Mobility Assessment" (POMA) para uma Amostragem de Idosos Brasileiros Institucionalizados. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia; Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Campinas São Paulo. Faculdade de Educação da UNICAMP; 2003.

Gomes ALZ, Othero MB; Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*. 2016; 30(88):155-166.

Gómez, J. Impacto de um programa de relaxamento na percepção de stress nos cuidadores formais de um lar do concelho de Águeda. 2010. Tese de Doutoramento. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

Gómez-Batiste X, et al. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicina clínica*. 2010; 135(2):83-89.

Governo do Estado de São Paulo. Secretaria dos Direitos das pessoas com Deficiência do Estado de São Paulo. São Paulo, 2018. [acesso em 2018 jun 12]. Disponível em [www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/)

Governo do Estado de São Paulo. Programa São Paulo Amigo do Idoso. Como se tornar um hospital amigo do idoso: critérios para obtenção do selo hospital amigo do idoso. <http://www.saude.sp.gov.br>

Governo Eletrônico. eMAG - Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico. [Internet]. Brasil; 2014. [acesso em 2018 jun 18]. Disponível em: <http://emag.governoeletronico.gov.br/>

Growdon ME, Shorr RI, Inouye SK. The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital. *JAMA Intern Med*. 2017 Jun 1;177(6):759-760.

Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994;49(2):M85-94.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289(9):1107-16.

Hamilton, H. J.; Gallagher, P. F.; O'Mahony, D. Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. *BMC Geriatric*. 2009; 9:5.

Hastings SN, Heflin MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005;12(10):978-986.

Hominick K, McLeod V, Rockwood K. Characteristics of Older Adults Admitted to Hospital versus Those Discharged Home, in Emergency Department Patients Referred to Internal Medicine. *Can Geriatr J*. 2016;19(1):9-14.

Huisman-Baron M, Van der Veen L, Jansen PAF et al. Criteria for drug selection in frail elderly persons. *Drugs Aging* 2011;28:391-402.

Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Martha Oliveira ... [et al.] . - Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

Inouye SK, Kosar CM, Tommet D, Schmitt EM, Puelle MR, Saczynski JS, Marcantonio ER, Jones RN. The CAM-S: development and validation of a new scoring system for delirium severity in 2 cohorts. *Ann Intern Med*. 2014 Apr 15;160(8):526-533. doi: 10.7326/M13-1927.

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780-91.

Inouye SH. Mobility Action Group: Change Package and Toolkit. Fevereiro de 2018. <https://www.hospitalelderlifeprogram.org/news/mobility-change-package-and-toolkit>. [acessado em 01 de setembro de 2018].

Junior WC, Rausch MCP, Rocha PTB, Nascimento GFL, Carvalho CA. Diretrizes para implementação do sistema manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Brasil; 2015. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>

Kassab GEF. Informe Técnico para Atendimento e Internação Domiciliar- Secretaria Municipal da Saúde - São Paulo. P 54. Junho/2008

Kaufmann CP, Tremp R, Hersberger KE, Lampert ML. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *European Journal Clinical Pharmacology*. 2014; 70(1):1-11.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009 Nov-Dec;50(6):613-21. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613.

Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egry EY, Graziano KU, Ângelo M, et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):777-86. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

Lanska DJ, Goetz CG. Romberg sign: Development, adoption in the 19th Century; *Neurology*, 2000 Oct 24; 55(8): 1201-6.

Launay CP, de Decker L, Kabeshova A, Annweiler C, Beauchet O. Risk of Unplanned Emergency Department Readmission after an Acute-Care Hospital Discharge among Geriatric Inpatients: Results from the Geriatric EDEN Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(2):210-217.

Lima CAS. Ortotanásia, cuidados paliativos e direitos humanos. [Internet]. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2015; 13(1): 14-7.

Lima DSP, Dias JS, Bastos LC. Sistema de classificação e elegibilidade de pacientes para assistência domiciliar. *Rev. APS*. 2005; 8(2):173-80.

Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo Care pathway for the elderly: detailing the model. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 887-905

Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados *REV. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2010

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.

Maia AC, Rodrigues-de-Paula F, Magalhães LC, Teixeira RL. Cross-cultural adaptation and analysis of psychometric properties of the Balance Evaluation Systems Test and MiniBESTest in the elderly and individuals with Parkinson's disease: application of the Rasch model. *Braz J Phys Ther* 2013;17:195-217. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000085>

Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med*. 2017;377(15):1456-1466.

Martinez MC, Iwamoto VE, Latorre Mdo R, Noronha AM, Oliveira AP, Cardoso CE, Marques IA, Vendramim P, Lopes PC, Sant'Ana TH. Transcultural adaptation of the Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 Aug 29;24:2783.

Mcgrath K, et. al. Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. *The Journal of Family*

Practice, v. 66, n. 7, jul. 2017.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Revista de Saúde Pública. 2014;48:170-185.

Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg Balance Scale. Braz J Med Biol Res 2004; 37(9): 1411-1421

Moraes EN. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro. 2017; 20(3):307-308.

Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. J Nutr Health Aging. 2012 Jul;16(7):601-8.

Nascimento RCRM, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde, Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:19s.

Panczyk M, Belowska J, Zarzeka A, Samoliński L, Żmuda-Trzebiatowska H, Gotlib J. Validation study of the Polish version of the Evidence-Based Practice Profile Questionnaire. BMC Med Educ 2017; 17: 38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5301392/>

Pereira ALF. As tendências e a prática educativas nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2003; 19(5): 1527-1534.

Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Lawson-Smith L, Kehlet H, Bandholm T. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Mar;68(3):331-7.

Philp I. The contribution of geriatric medicine to integrated care for older people. Age Ageing. 2015;44(1):11-5.

Physicians ACoE, Society AG, Association EN, Medicine SfAE, Force GEDGT. Geriatric emergency department guidelines. Ann Emerg Med. 2014;63(5):e7-25. Physicians ACoE, Society AG, Association EN, Medicine SfAE, Force GEDGT. Geriatric emergency department guidelines. Ann Emerg Med. 2014;63(5):e7-25.

Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, Mello AM, Logroscino G, Padovani A, Prete C, Panza F. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(2):192.e1-192.e11.

Pitza AF, Matsuchitab HLP. Importância da Educação em Saúde na Terceira Idade. UNICIÊNCIAS. 2015;19(2): 161-168.

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a Test of Basic Functional Mobility for frail elderly Persons. J. Am. Geriatr Soc, 1991 Feb; 39(2): 142-8.

Prevention NCHSotCfDCa. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables. In. [https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/web\\_tables.htm](https://www.cdc.gov/nchs/ahcd/web_tables.htm): United States Federal Government; 2015.

Puthoff ML, Nielsen DH. Relationships Among Impairments in Lower-Extremity Strength and Power, Functional Limitations, and Disability in Older Adults. Phys Ther. 2007;87:1334-1347.

Queiroz, Zally P.V; Mercadante, Elisabeth Frohlich; Lopes Ruth. Perspectiva cultural do envelhecimento. São Paulo : Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank. 2012. São Paulo: SEDPCD: Tradução Lexicus Serviços Linguísticos; 2012.

Romero-Ortuno R, Forsyth DR, Wilson KJ, Cameron E, Wallis S, Biram R, Keevil V. The Association of Geriatric Syndromes with Hospital Outcomes. J Hosp Med. 2017;12(2):83-89.

Rossi L, Caruso L, Galante AP. Avaliação nutricional: novas perspectivas. 2ª ed. São Paulo: Roca / Centro Universitário São Camilo, 2015.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront. 2001; 56A: M366-377.

Rufino G, Gurgel M, Pontes T, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. Rev Bras Clin Med. 2012; 10(4):291-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>>.

Santana MTEA. Adaptação transcultural e validação semântica do instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para a Língua Portuguesa. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018.

Schrock JW, Bernstein J, Glasenapp M, Drogell K, Hanna J. A novel emergency department dysphagia screen for patients presenting with acute stroke. Acad Emerg Med. 2011;18(6):584-9.

Scott IA, et al. Reducing Inappropriate Polypharmacy - The Process of Deprescribing. JAMA Internal



Medicine, v. 175, n. 5, maio 2015.

Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007.

Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Pública*. 2005; 39(3): 391-7.

Slivnik A, Furlan J, Sita M. Ser Mais com T&D: Estratégias e ferramentas de treinamento e desenvolvimento para o mundo corporativo. São Paulo: Editora Ser Mais, 2010; 21-27.

Sociedade Brasileira de geriatria - Avaliação geriátrica ampla - acesso: <https://sbgg.org.br/publicacoes-cientificas/avaliacao-geriatrica-ampla/#>

Souza, Raquel Pusch. Manual - rotinas de humanização em medicina intensiva. 2 edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

Shumway-Cook A, Horas FB. Assessing the Influence of Sensory Interaction on Balance Suggestion from the Field. *Physical Therapy* 1986; 66(10):1548 -50.

Tabue-Teguo M, Grasset L, Avila-Funes JA, Genuer R, Proust-Lima C, Péres K, Féart C, Amieva H, Harmand MG, Helmer C, Salles N, Rainfray M, Dartigues JF. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;73(1):109-116.

Thompson W, Farrell B. Deprescribing: What Is It and What Does the Evidence Tell Us? *CJHP*. 2013;66(3).

Turner-Lawrence DE, Peebles A, Price MF, Singh SJ, Asimos AW. A feasibility study of the sensitivity of emergency physician dysphagia screening in acute stroke patients. *Ann Emerg Med*. 2009;54(3):344-8.

Van Hook RW, Demombreun D, Weiss, BD. Ambulatory Devices for Chronic Disorders in Elderly. *American Family Physician*, 2003; 67(8):1717-1724.

Vecina Neto G, Cruz LP. Desospitalização. In: Vecina Neto GV, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan; 2011;226-29.

Ventura MM, Mendonça LP, Couto TVD. *Cuidado Integral ao Idoso Hospitalizado*: 1. ed. São Paulo: Editora Zagodoni, 2015.

Veras RP, Caldas CP. *Produção de cuidados à pessoa idosa*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.

2008; 13(4):1104.

Veras RP, et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2008;13(4):1119-1126.

Veras RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23(10):2479-2489.

Wheberth APVB. *Polifarmácia em idosos*. Minas Gerais, 2011.

World Health Organization. *Oral Health in Ageing Societies: integration health oral and general health: report of meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan*. Geneva: WHO, 2005.

World Health Organization et al (WHO). *First WHO ministerial conference on global action against dementia: meeting report*, WHO Headquarters, Geneva, Switzerland, 16-17 March 2015. 2015.

World Health Organization et al (WHO). *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. 2017.

World Health Organization et al (WHO). *Palliative care for older people: better practices*. 2011.



