

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO PROFISSIONAL**

ANA MARIA MARQUES DE CARVALHO

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BALSAS
- MARANHÃO**

Porto Alegre

2016

ANA MARIA MARQUES DE CARVALHO

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BALSAS
- MARANHÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof^a Dr^a Karin Viégas

Porto Alegre

2016

Ficha catalográfica

Carvalho, Ana Maria Marques de.

Protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas unidades básicas de saúde da família no município de Balsas – Maranhão / Ana Maria Marques de Carvalho. – 2016.

193 f,

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Karin Viégas.

1.Idoso. 2.Serviços de saúde. 3.Enfermagem. I.Título

CDU:616-083-053.9(812.1)

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BALSAS
- MARANHÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovada em: 20 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Karin Viegas (Orientadora) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Prof^a Dr^a Luiza Fernandez Milão – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Prof^a Dr^a Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas especiais na minha vida:

Ao meu pai, pelo esforço de vida.

À minha mãe (in memoria) pelo exemplo de dedicação a todos.

Aos meus Irmãos Francisco, Geraldo, Aldair, Luiz Augusto (in memoria) pela força
que me deram.

Ao meu neto Matheus, que entrou na minha vida trazendo luz.

Às minhas filhas, Marina e Joana, amo muito vocês!

Ao meu marido José Carlos, que faz parte da minha jornada desde a vida
acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A DEUS e aos meus Amigos Espirituais, pela coragem e proteção que sempre me proporcionaram.

À Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), pela oportunidade de realizar o tão sonhado mestrado e por ter a chance de experimentar o caminho da docência.

À Prof. Dra Karin Viégas, em especial, pelos ensinamentos, pela força, palavras de incentivo e pelo carinho e dedicação ao nosso trabalho. Sempre disponível e disposta a ajudar. Meus mais sinceros agradecimentos!

Aos meus pais, pelo amor dedicado a todos os filhos e por incentivar a seguir sempre o caminho do aprendizado.

Aos professores: Jaiane e Leonardo, pelo apoio, incentivo e as palavras de amizade.

Aos mestres da UNISINOS, que tanto contribuíram para nossos conhecimentos.

As minhas filhas, em especial a Joana, pela força e cumplicidade.

Obrigada a todos!

RESUMO

OBJETIVO: Elaborar um protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas unidades básicas de saúde do município de Balsas/MA. **MÉTODO:** estudo exploratório de revisão sistemática, descritivo, com busca em banco de dados *Cochrane Library*, *Cochrane Plus*, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme; PubMed/MEDLINE (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*); LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe); Banco de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); ELSEVIER; *Web of Science*; *ProQuest* Enfermagem; a coleção de artigos científicos da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizados para a busca os descritores de saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH) e suas combinações através dos booleanos: *elderly/aging; guideline/protocol; evaluation/rating/appraisal; nursing; practical nurse*. A descrição das etapas para a elaboração do protocolo clínico segue as recomendações das diretrizes metodológicas sobre Guia para a Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem. Para a sistematização das informações foi utilizado o método PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e desfecho) e para análise dos dados o sistema de classificação de nível de evidências do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* e da Classificação de recomendação do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. **RESULTADOS:** A estratégia de busca de dados resultou em 2355 artigos. Para a seleção dos artigos, utilizada foi a leitura dos títulos, resumos, sendo selecionados 92 artigos para leitura na íntegra, dos quais, 37 artigos foram incluídos na amostra. O protocolo resultou das principais evidências apresentadas. **CONCLUSÃO:** A construção deste protocolo é um instrumento para auxiliar na tomada de decisão da prática assistencial na gerontologia. Sua efetivação se dará após sua validação e implantação.

Descritores: Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Saúde do Idoso Protocolos. Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To develop a care protocol of nursing to the health of the elderly in basic health units in the city of Balsas / MA. **METHODS:** This is an exploratory study of systematic review, descriptive, search in the Cochrane Library database, Cochrane Plus, available on the Virtual Health Library - Bireme; PubMed / MEDLINE (US National Library of Medicine National Institutes of Health); LILACS (Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean); Bank of Theses and Dissertations of CAPES (Higher Education Personnel Improvement Coordination); ELSEVIER; Web of Science; ProQuest Nursing; the collection of scientific articles of SciELO (Scientific Electronic Library Online). They were used to search the health descriptors (DeCS) and Medical Subject Heading (MeSH) and their combinations through Boolean: elderly / aging; guideline / protocol; evaluation / rating / appraisal; nursing; practical nurse. The description of the steps for preparing the clinical protocol follows the recommendations of the methodological guidelines on Guide to Building Nursing Assistance Protocols. To systematize the information we used the PICO method (Patient, Intervention, Comparison and outcome) and for data analysis the level of evidence rating system of the Oxford Centre for Evidence Based Medicine and the Grading of Recommendations Assessment recommendation rating, Development and Evaluation (GRADE). **RESULTS:** Data search strategy resulted in 2,355 articles. For the selection of items, used was reading the titles, abstracts, and selected 92 articles to read in its entirety, of which 37 articles were included in the sample. The protocol resulted of the main evidence presented. **CONCLUSION:** the construction of this protocol is a tool to assist in the care practice decision making in gerontology. His execution will take place after its validation and deployment

Descriptors: Elderly. Health Services for the Aged. Aging Health Protocols. Nursing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cálculo da porcentagem total do domínio avaliado	38
Figura 2 - Fluxograma da busca metodológica nas bases de dados	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos padronizados para a avaliação geriátrica	25
Quadro 2 – Componentes da pergunta de pesquisa, conforme a estrutura do PICO	32
Quadro 3 – Classificação do Grau de Recomendação e do Nível de Evidência Científica do Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, 2008	34
Quadro 4 – Total de pontuação dos avaliadores em cada item do domínio avaliado	37
Quadro 5 - Metodologia de busca dos artigos nas bases de dados	40
Quadro 6 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência	42

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AGREE - *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*

AVD – Atividades da Vida Diária

BDI – Inventário de Beck para Depressão

CANE - *Camberwell* Avaliação das Necessidades

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CERAD – *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CREASI – Centros de Referências em Atenção à Saúde do idoso

DECS – Descritores de Saúde

ECDAC – Escala do Diabético para o Auto-Cuidado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*

HAM-A – Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

IMC – índice de massa corporal

LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe

MESH – *Medical Subject Heading*

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NSI - *Nutritional Screening Initiative*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QPAF – Questionário de Pfeiffer

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RASI – Rede de Atenção à Saúde do Idoso

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

ZARIT - Inventario da Sobrecarga dos cuidadores

WTO - *World Trade Organization*

SUMÁRIO

1 PROBLEMATIZAÇÃO.....	13
1.1 Políticas na atenção do idoso.....	14
1.2 O envelhecimento humano.....	18
1.3 Atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa	19
1.4 Avaliação funcional	21
1.5 Instrumentos multidimensionais para avaliação dos idosos na atenção básica..	22
1.5.1 A sistematização da avaliação geriátrica.....	25
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS, METAS E PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES.....	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos	29
3.3 Metas.....	29
3.4 Principais contribuições.....	29
4 MÉTODO.....	31
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 Fundamentos para elaboração do protocolo clínico-assistencial	31
4.2.1 Elaboração de uma pergunta	31
4.2.2 Definição dos critérios de elegibilidade	32
4.2.3 Fontes de evidências.....	32
4.2.4 Elaboração das estratégias de busca	32
4.2.5 Organização das evidências científicas.....	33
4.2.6 Estratégia para avaliação da qualidade metodológica dos estudos	33
4.2.7 Elementos para a elaboração do Protocolo Clínico-Assistencial de Enfermagem.....	34
4.2.8 Processo de avaliação do protocolo clínico-assistencial de enfermagem	35
5 ASPECTOS ÉTICOS	38
6 RESULTADOS	39
6.1 Revisão Sistemática.....	39
6.2 Protocolo Assistencial	52
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	191
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	193

1 PROBLEMATIZAÇÃO

O processo de envelhecimento destaca-se como sendo uma mudança natural do ser humano, no qual se evidencia uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, levando a alterações fisiológicas de senescência (envelhecimento sadio) e senilidade (envelhecimento patológico), no qual ocorre uma perda da autonomia e dificuldades para executar as atividades da vida diária. (VONO, 2007).

Dentro do contexto mundial, o envelhecimento populacional elevado, principalmente nos países de terceiro mundo, no qual o Brasil está inserido, vem gerando problemas devido a uma política pública ainda imatura no ramo da geriatria. O idoso é um grupo que tem características peculiares que necessitam de uma abordagem diferenciada. (PAPALÉO NETTO, 2007). E, o estilo de vida voltado para um envelhecimento ativo pode contribuir para a aquisição da aptidão física, essencial para realização de atividades do dia a dia e distanciar o idoso de um possível grau de fragilidade. (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Para Vono (2007) a enfermagem tem um papel importante no cuidado gerontológico, pois, dentro do processo de cuidar, o perfil desse profissional está voltado ao estímulo do autocuidado para que o idoso possa desenvolver a autonomia e a independência, bem como apoiar a família e a comunidade; sempre lembrando que o idoso é um ser distinto onde temos o compromisso de priorizar a promoção do cuidado e sua qualidade de vida.

Devido ao aumento populacional nesta faixa etária, e o risco de desenvolver doenças crônico-degenerativas, torna-se necessário um fortalecimento das políticas públicas voltadas a este grupo, priorizando práticas preventivas, de promoção à saúde, bem como a educação em saúde, tendo como atores principais o idoso; a família; o cuidador; a comunidade e os serviços de saúde. (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Assim, este estudo tem por finalidade elaborar um protocolo clínico assistencial de enfermagem para a avaliação da saúde do idoso, padronizando a assistência de enfermagem e da equipe de saúde no município de Balsas - MA.

1.1 Políticas na atenção do idoso

Segundo Lima (2012), o conceito de “Política Pública” está vinculado a uma decisão que visa uma ação. Para Teixeira (2012), as políticas públicas estão diretamente relacionadas com o poder público e a sociedade, sendo gerenciadas pelas suas diretrizes e princípios norteadores. Para Caldas (2008) as políticas são compostas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. É importante ressaltar as políticas voltadas para o idoso, pois baseado nelas é que estão garantidos os direitos ao atendimento prioritário, acessibilidade, acolhimento preferencial e qualificação dos profissionais. Assim, Santos (2010, p. 24) enfatiza que:

A Política Nacional do Idoso, descrita na Lei 8.842/94, foi onde pela primeira vez se viu efetivamente contemplados os direitos dos idosos de uma maneira mais ampla. Essa buscou todos os segmentos das esferas federal, estadual e municipal com vistas a garantir o bem-estar físico, emocional e social dos idosos em todo território nacional. Em uma de suas diretrizes propõe priorizar o atendimento aos idosos por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Verifica-se, aí, a oficialização da reprivatização do cuidado e o retorno à família da responsabilidade cuidar de seus idosos.

No ano de 1982, na cidade de Viena, a Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou o primeiro documento com questões pertinentes aos idosos, que foi denominado de Plano de Ação Internacional, tendo como meta principal a abordagem dos países sobre como atender de modo efetivo o processo de envelhecimento de sua população. O foco principal foi nos pontos referentes à saúde, habitação, meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003). A Constituição Federal de 1988 foi a primeira Constituição Brasileira a assegurar ao idoso o direito à vida e a cidadania. Apesar de ser um dos primeiros documentos referente ao envelhecimento, o mesmo já estende a responsabilidade pelos idosos ao Estado e a família. Dentro dela, evidencia-se alguns artigos referentes a idade como: o artigo 3º, inciso IV; o artigo 7º, inciso XXX; o artigo 14º, parágrafo 1º, inciso II, alínea “b”; o artigo 201º; artigo 203º; o artigo 229º e o artigo 230º. (BRASIL, 1988).

É dever do Estado promover e executar ações integradas onde ocorra uma articulação com vários setores relacionados, que visem legitimar o envelhecimento digno defendido pela legislação vigente. (BRASIL, 1988).

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, envolvendo o Estado e a sociedade, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. (LEBRÃO, 2007).

Para um melhor entendimento sobre as políticas e programas internacionais em relação à saúde do idoso é importante dividi-lo em Planos de Ação:

- A) Plano de Ação Internacional para o Idoso: adota medidas em todos os níveis nacional e internacional, destacando as ações voltadas para os idosos e desenvolvimento, promoção e saúde e bem-estar na velhice e criação de um ambiente propício e favorável, tendo como resultado garantir um envelhecimento com segurança e dignidade e participação dos idosos como cidadãos, com plenos direitos na sociedade. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).
- B) Plano de Ação sobre a Saúde das Pessoas Idosas: traça diretrizes para os países membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como desenvolver as ações específicas para a população idosa, destacando quatro áreas de atuação: saúde do idoso nas políticas públicas, adequação dos sistemas de saúde frente ao processo do envelhecimento, o envelhecimento populacional, a formação de recursos humanos com intuito de melhorar a capacidade de produzir informações e ter como resposta a melhoria da saúde da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No contexto das Políticas, programas e ações nacionais voltadas para a população idosa destaca-se a Política Nacional do Idoso (PNI) (BRASIL, 1994), o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2013a), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006b), as Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso (RASI) (BRASIL, 2002), o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Política do Idoso (SISAP - idoso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), o Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 2009) e a Caderneta de Saúde da População Idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Política Nacional do Idoso (PNI) prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa. (BRASIL, 1994). O Estatuto do Idoso, junto com PNI ampliaram os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, e tem como objetivo regulamentar os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir de 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. (BRASIL, 1994; 2003).

O pacto de Saúde, implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, é formado por três eixos: o pacto em defesa do Sistema único de Saúde (SUS), o pacto em defesa da vida (enfoca a responsabilidade das três esferas de governo, dividindo em seis prioridades destacando-se à saúde da pessoa idosa, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica) e o pacto de gestão. (BRASIL, 2013b).

A PNAB, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de março de 2006, tem suas ações voltadas para a promoção, proteção e à prevenção de agravos, bem como ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, estando baseada no princípio da territorialização. (BRASIL, 2006a), sendo revogada e substituída pela Portaria GM nº 2488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria GM nº 2528 de outubro de 2006, tem como objetivo constituir um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e qualidade de vida. Ela define diretrizes norteadoras baseadas nos princípios do SUS, que são: Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável; Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa; Estimulo as Ações Intersetoriais, visando a integralidade das ações; Implantação de Serviços de Atenção Domiciliar; Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas; Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social; formação e educação continuada para os profissionais de saúde do SUS voltados para a área da pessoa idosa; divulgação e informações sobre a PNSI para os profissionais de saúde, gestores e usuário do SUS; provimentos de recursos para desenvolvimento das ações voltadas a saúde do idoso. (BRASIL, 2006b).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), instituída pela Portaria GM nº 4279 de dezembro de 2010, são ações e serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção, integradas, com apoio a gestão e logística, que garantem a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2002). As RAS podem ser caracterizadas por categorias: formar relações

horizontais entre os diferentes pontos de atenção; Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional e compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. (MENDES, 2011).

A rede de atenção a saúde do idoso (RASI) tem como objetivo levar a população idosa, um atendimento adequado e pleno, de forma a atender em todas as suas necessidades. Essa rede do idoso dentro do SUS é composta pelas Unidades Básicas de Saúde; Atenção às Urgências, que são orientadas pela Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências através da Portaria GM nº 1863 de 29 de setembro de 2003 e se divide nos componentes pré-hospitalar e hospitalar; Unidade de atendimento ambulatorial especializado; Unidades de Reabilitação; Atenção Domiciliar e a Saúde do Idoso (Programa Melhor em casa), redefinida através da Portaria GM nº 923 de 27 de maio de 2013, caracterizado por um conjunto de ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação realizadas a domicílio; Atenção Hospitalar; Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CREASI), que oferece um serviço especializado aos idosos fragilizados através de uma avaliação multidimensional, realizado por uma equipe interdisciplinar, trabalhando sua funcionalidade, mantendo esse idoso socialmente ativo; Unidades de proteção social, composta pela rede de assistência social, Rede SUS e Previdência Social. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada através da portaria GM nº 687 de 30 de março de 2006, fortalece a importância da promoção da saúde da população idosa, enfatizando a prática corporal, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas bem como o estímulo a cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável e a prevenção da violência. (BRASIL, 2006c; 2010b; LIMA, 2012).

O SISAP-idoso é um sistema de indicadores de saúde que tem como objetivo principal aperfeiçoar as informações, executar, avaliar e melhorar a saúde da população; disponibilizando de forma universal diferentes indicadores em várias dimensões. (BRASIL, 2016).

O Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela OPAS (2009), estabelece compromissos dos governos com a saúde da população idosa da América Latina e Caribe. Dentre estes

compromissos, foi definida uma agenda de saúde para o período de 2008 a 2017 e tem como foco principal a manutenção da funcionalidade dos idosos. Além disto, autores como Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) enfatizam a intersectorialidade, o acesso aos serviços de saúde, o direito ao lazer, habitação, transporte coletivo, emprego, dentro do cenário das políticas públicas voltadas para o idoso, para evitar que essa população seja negligenciada, discriminada, violentada e oprimida.

1.2 O envelhecimento humano

O envelhecimento é um processo complexo, resultante da ação do tempo, que interage com nossa estrutura física, fisiológica, psicológica, emocional e social, influenciando o modo como cada um de nós vivemos. (VONO, 2007).

No contexto do processo de envelhecimento a OPAS o define como um processo natural, não patológico, irreversível, comum a todas as espécies, sendo diferenciado em cada ser e que sofre influência do meio, limitando a sua resposta ao estresse do meio ambiente, levando a um desgaste do organismo maduro, aumentando assim sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2007).

Essa diferenciação do processo de envelhecimento entre os indivíduos está relacionada também ao tipo de escolhas individuais, que pode conduzir a um determinante de boa ou má qualidade de vida, por parte do idoso, com variadas situações intermediárias. (CARBONI; REPETTO, 2007).

Os avanços da medicina e do progresso tecnológico acarretaram para a sociedade moderna a possibilidade de maior expectativa de vida. Para o brasileiro, que a poucas décadas vivia com uma média de expectativa de vida de 40 anos, o progresso da medicina transformou a realidade nacional, aumentando essa média de 60 para 70 anos. Com isso pode-se dizer que, associado ao fato de que o índice de natalidade brasileira está reduzindo, a população brasileira está ficando cada vez mais velha. (BRASIL, 2003).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que no ano de 2000, havia 600 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no mundo. Número que, segundo estimativas, deverá dobrar até 2025 e atingir 2 bilhões em 2050, sendo que o grupo dos mais idosos, que são os de 80 anos ou mais, é o que sofre maior aumento, de 69 milhões para aproximadamente de 377 milhões em 2050. (JACOB FILHO; FARFEL, 2011).

O envelhecimento é heterogêneo, de um lado indivíduos robustos e, do outro, os frágeis. Para identificarmos o tipo de idoso necessita-se avaliar sua capacidade funcional (capacidade máxima de desempenho diante de uma situação de agravo) e sua reserva funcional (destinado à resposta fisiológica em situações especiais). (JACOB FILHO; FARFEL, 2011).

No cenário da população idosa, não se pode deixar de destacar o envelhecimento ativo e saudável como um processo no qual o idoso vivencia uma melhor qualidade de vida. Mesmo que o idoso tenha uma capacidade física ativa ou faça parte de uma força de trabalho, não podemos identifica-lo como uma pessoa ativa, pois torna-se necessário sua participação efetiva nas questões sociais, econômicas, culturais e civis. (BRASIL, 2007).

A PNSPI (BRASIL, 2006b), dentro do projeto do envelhecimento saudável e ativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), propõe a atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o desenvolvimento de atividades de grupo, que são ações coletivas na comunidade, e a participação das redes sociais dos usuários para que todas as oportunidades possam ser aproveitadas. Para tanto, a atuação dos profissionais da atenção básica é fundamental para esta ação.

1.3 Atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento à saúde da pessoa idosa

A portaria nº 2488, de 21/10/2011, "aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica (AB), para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e programa de agentes comunitários de saúde". O anexo I, dispõe sobre as normas, diretrizes, princípios da AB, bem como as funções na rede de atenção à saúde, das responsabilidades de todas as esferas do governo, da infraestrutura e funcionamento, do processo de trabalho das equipes de saúde e suas respectivas atribuições e requisitos mínimos para a manutenção de transferência dos recursos do bloco da AB. (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições dos profissionais da atenção básica no atendimento ao idoso, torna-se importante ressaltar o acolhimento, que segundo Vono (2007) é um instrumento de transformação na relação de usuários e prestadores de serviço,

estabelecendo vínculos e responsabilidades dos prestadores para com os usuários e humanizando a atenção à saúde.

No campo da saúde, o acolhimento precisa ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política indispensável dos modos de se produzir saúde e instrumento tecnológico de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade e resolução nos serviços. (BRASIL, 2006d).

A ESF é entendida como prioritária no processo de organização da atenção básica, sendo composta por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), odontólogo e técnico de enfermagem, sendo responsável por uma área adstrita, com cobertura de no máximo 4000 habitantes. A média recomendada é de 3000 habitantes, sendo que o número de ACS deverá ser suficiente para cobrir 100% na população cadastrada. (BRASIL, 2006a).

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência para o desenvolvimento de parcerias; Ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006a, p.12).

Na ESF, o enfermeiro tem um papel especial no atendimento da pessoa idosa, desenvolvendo a consulta de enfermagem e nesse foco a avaliação multidimensional do idoso (BRASIL, 2006a), bem como o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem dispõe que o enfermeiro é responsável pela avaliação clínica, pela análise de informações, baseadas no processo de enfermagem. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

1.4 Avaliação funcional

Dentro da PNSPI, o conceito de avaliação funcional está pautado no processo de avaliar se o indivíduo é capaz ou não de cumprir as atividades essenciais para o autocuidado. (BRASIL, 2006b).

Funcionalidade é um termo genérico para a interação entre um indivíduo com uma determinada condição de saúde com os seus fatores contextuais ambientais e pessoais. Estão relativamente ligadas as condições físicas, emocionais e psicológicas e sofre influências dos meios sociais e externos que o sujeito está inserido. (MORAES, 2013).

A avaliação de funcionalidade permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção, monitorar o declínio funcional, estabelecer um plano terapêutico adequado às demandas assistenciais, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e estabelecer elos para a compreensão multidimensional dos casos. (MORAES, 2012).

Ainda dentro do contexto de avaliação funcional devemos evidenciar a fragilidade, que segundo Teixeira (2006) é considerada uma síndrome clínica no qual o idoso apresenta diminuição da massa magra, bem como alterações na marcha e equilíbrio, resultando em um desequilíbrio funcional, sendo considerado como indicador importante da condição de saúde de idosos.

Para Caldas (2013) o idoso muitas das vezes não relata a fragilidade como uma queixa principal e todo o processo acontece gradativamente, no qual exacerba-se pela vulnerabilidade excessiva a estressores, levando a um desequilíbrio homeostático, causado por um evento desestabilizador.

Dentre os fenótipos mais comuns para conceituar o termo idoso frágil temos: fraqueza muscular; fragilidade óssea; índice de massa corporal (IMC) muito baixo; susceptibilidade a quedas; vulnerabilidade a traumas; alto risco para delirium; instabilidade da pressão arterial; capacidade física severamente diminuída. (CALDAS, 2013).

Dentro da classificação clínico-funcional, pode-se visualizar o idoso robusto; em risco de fragilização e o idoso frágil. Segundo Moraes (2013) o idoso robusto é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, sem apresentar nenhuma condição de saúde associada a maior vulnerabilidade. Já o idoso em risco de fragilização é capaz de gerenciar sua própria vida de forma independente e autônoma,

porém encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Para se ter uma avaliação clínico-funcional de como este idoso se encontra, alguns instrumentos podem auxiliar os profissionais de saúde.

1.5 Instrumentos multidimensionais para avaliação dos idosos na atenção básica

Segundo Ministério da Saúde é importante para os profissionais que trabalham na área da gerontologia o conhecimento dos instrumentos de avaliação e sua aplicabilidade. (BRASIL, 2007). Essa avaliação divide-se em dois momentos: a **avaliação rápida dos múltiplos sistemas**, quando detectados alterações, onde o profissional utilizará outros instrumentos que permitirão uma avaliação complementar para estabelecimento das condutas terapêuticas e a **avaliação rápida** que se baseia na nutrição, visão, audição e incontinência, caso se detecte alguma alteração, o idoso poderá ser encaminhado às respectivas especialidades e submetido a testes mais específicos.

Dentro do contexto de avaliação multidimensional dos idosos, alguns conceitos devem ser abordados como (BRASIL, 2010a)

- a) funcionalidade: está relacionada a todas as funções do corpo, atividades e participação social;
- b) incapacidade funcional: corresponde às deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social;
- c) funções do corpo: refere-se às funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade;
- d) deficiência: é a perda da função que provoca um nível de incapacidade;
- e) atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo;
- f) limitação das atividades: é a dificuldade que um indivíduo pode ter na execução de uma tarefa;
- g) participação: é o envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real que representa a situação de vida.

A avaliação multidimensional é um processo global e amplo que visa o envolvimento do idoso e da família; tendo como objetivo o diagnóstico dentro do contexto da saúde quanto à funcionalidade e incapacidade, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004) e o plano de cuidados que é uma metodologia aplicada com o objetivo de elencar todas as informações primordiais, pois através deste delinear o planejamento e a implementação das intervenções indicadas para o idoso. (MORAES, 2012).

Na avaliação global da pessoa idosa, existem vários documentos multidimensionais utilizados com a finalidade de avaliar a funcionalidade e incapacidade dos idosos visto que esses tópicos são os principais pontos no contexto da saúde. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem como objetivo avaliar e quantificar as capacidades e os problemas de saúde e traçar um plano terapêutico. (BRASIL, 2007).

Segundo Moraes (2010) existem inúmeros instrumentos para avaliação geriátrica, porém torna-se importante primeiro elencar o diagnóstico multidimensional baseado na funcionalidade global relacionado abaixo:

A) Diagnóstico de demanda biopsicossocial:

- A.1) funcionalidade global; atividades da vida diária (AVD) avançada, AVD instrumental, AVD básica;
- A.2) sistemas Funcionais principais: cognição, humor, mobilidade, comunicação;
- A.3) sistemas fisiológicos principais: nutrição, saúde bucal, sono, pele e anexos, sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, gênito-urinário, músculo esquelético, nervoso e endócrino metabólica.

B) Preditores de risco:

- B.1) medicamentos;
- B.2) história pregressa;
- B.3) fatores contextuais: avaliação sócio familiar, do cuidador e ambiental.

O quadro abaixo lista alguns instrumentos padronizados para avaliação dos idosos com ênfase na atenção básica.

Quadro 1 - Instrumentos padronizados para a avaliação geriátrica

(continuação)

DIMENSÕES A SEREM AVALIADAS		INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	
Funcionalidade Global	AVD avançado		Avaliação Individualizada: lazer, trabalho e interação social
	AVD Instrumental		Escala de <i>Lawton-Brody</i>
	AVD básico		Índice de <i>Katz</i>
	Avaliação do autocuidado		Escala do Diabético para o Autocuidado (ECDAC)
Sistemas Funcionais Principais	Cognição		Mini Exame do Estado Mental Questionário de Pfeiffer (QPAF) Lista de 10 palavras do CERAD Teste de Fluência Verbal Reconhecimento de 10 Figuras Teste do Relógio
	Humor		Escala Geriátrica de Depressão Inventário de Beck para Depressão (BDI) Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) Escala de investimento pessoal na vida
	Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Avaliação do membro superior: ombro, braço, antebraço e mão
		Postura, marcha, equilíbrio e transferência	<i>Timed up and go test/Get up and go test</i> <i>Teste de Romberg e Nudge test</i> Equilíbrio unipodálico Teste de Tinetti
		Capacidade aeróbica	Teste de Caminhada de 6 minutos Dispneia de esforço
Sistemas Funcionais Principais	Mobilidade	Continência esfíncteriana	Presença de incontinência urinária ou fecal. Diário miccional
	Comunicação	Visão	Teste de <i>Snellen simplificado</i> <i>Teste visual do Cartão de Jaeger</i>
		Audição	Teste do sussurro
		Fala, voz e motricidade orofacial	Avaliação da voz, fala e deglutição
Sistemas fisiológicos principais	Saúde bucal		Mini avaliação da saúde bucal
	Avaliação Nutricional		Mini avaliação nutricional Escala do Estado Nutricional pelo Índice de Massa Corporal Circunferência da panturrilha Medida de circunferência da cintura <i>Nutritional Screening Initiative (NSI)</i>
Medicamentos			Listagem dos medicamentos: nome, dose, posologia, duração

(conclusão)

DIMENSÕES A SEREM AVALIADAS		INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Sistemas fisiológicos principais	Sono	Índice de qualidade de sono de Pittsburgh e escala de sonolência diurna de Epworth
	Órgãos e sistemas	Pele/anexos, sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, geniturinário, musculoesquelético, nervoso e endocrinometabólico Avaliação da dor Avaliação do cronotipo
História Progressa		Tabagismo, etilismo, sexualidade, atividade física, direção veicular, imunização, órtese, prótese, hospitalizações clínicas, cirurgias Previas, diagnósticos prévios e histórico de doenças familiares
Fatores Contextuais	Avaliação sócio familiar	Apgar familiar, genograma, ecomapa Avaliação da violência e maus-tratos contra a pessoa idosa Camberwell Avaliação das necessidades (CANE)
	Avaliação do cuidador/familiar	Anamnese familiar Inventário da Sobrecarga dos cuidadores (Zarit)
	Avaliação ambiental	Escala ambiental (risco de quedas)
	Autoimagem	Avaliação da satisfação com a imagem corporal e autoestima.

Fonte: Brasil (2007); Cruz; Ribeiro; Viegas (2014).

Estes instrumentos auxiliam a sistematização da assistência ao idoso fundamentado e tem se mostrado uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisão da prática assistencial especializada na gerontologia.

1.5.1 A sistematização da avaliação geriátrica

O atendimento ao idoso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda visa somente o diagnóstico e à cura de determinado agravo da saúde ou patologia, em curto tempo e fragmentado, levando danos aos idosos.

O uso de diretrizes clínicas para a avaliação geriátrica abrangente, prevenção de incapacidades, realização do diagnóstico e do plano de ação, a partir da evidencia científica, produz melhores resultados e qualifica a assistência. (SILVA, 2010).

Focando a abordagem clínica, dentro do contexto de protocolo os autores Werneck, Faria e Campos (2009, p. 31), enfatiza que:

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar.

O emprego de protocolos de cuidado à saúde (clínicos e de organização dos serviços) é um caminho para a gestão do conhecimento de enfermagem, auxiliando também na organização dos serviços de saúde na atenção básica quanto na ESF. O conjunto de esforços entre gestores e profissionais da saúde, através do processo de planejamento, permitiram metas e objetivos bem delineados para a implantação de ações. Entretanto, sem que haja uma avaliação constante para uma melhoria contínua destes processos, o trabalho das equipes de saúde se manterá na mesma situação. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento é um processo complexo, resultante da ação do tempo que interage com a estrutura física, fisiológica, psicológica, emocional e social, influenciando o modo como cada um vive. (VONO, 2007).

Para Roach (2003), dentro do ramo da ciência, observam-se alguns conceitos básicos no que se referem à gerontologia que aborda os aspectos do envelhecimento, inclusive problemas de ordem social, psicológicas e econômicas. Por outro lado, a geriatria foca no diagnóstico e no tratamento de doenças comuns ao envelhecimento. Dentro desse contexto destaca-se o papel da enfermagem gerontológica que tem como foco principal os cuidados de enfermagem, utilizando o processo de enfermagem dentro das suas respectivas fases (avaliação, planejamento, implementação e evolução).

O processo de envelhecimento destaca-se como sendo uma mudança natural do ser humano, no qual se evidencia uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, levando a alterações fisiológicas: senescência e senilidade, no qual ocorre uma perda da autonomia e dificuldades para executar as atividades da vida diária. (VONO, 2007).

O foco na saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma. Mesmo que tenha comorbidades, ele pode continuar desempenhando seu papel. (MORAES, 2008).

Os idosos apresentam características peculiares em relação às demais faixas etárias, por isso necessitam de uma avaliação de saúde mais detalhada, com o objetivo de evidenciar problemas relacionados à queixa principal. O atendimento tem como prioridade, a avaliação multidimensional geriátrica abrangente ou a avaliação global. (MORAES, 2008).

Devido à falta de uma avaliação geriátrica adequada para os profissionais de saúde, bem como a capacitação destes para o atendimento desta população específica, observa-se como fator negativo às reinternações e o maior uso dos serviços de saúde. Faz-se necessário que os profissionais de saúde estabeleçam uma rotina de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente, não tratando apenas seus sintomas isoladamente, mas sim uma avaliação ampla e global, contribuindo na

redução das complicações e do agravamento da saúde, que podem levar ao agravo da saúde e a internações, resultando em perda da independência e aquisição de novas incapacidades. (VERAS, 2009).

O município de Balsas, localizado ao sul do Maranhão, possui uma população de 82.528 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) está inserido no sistema de saúde, como microrregional¹, composta por 12 municípios. O município possui 24 equipes de estratégia de saúde da família (ESF), perfazendo um total de 21.877 famílias assistidas. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Atualmente a cidade não conta com uma assistência integral ao idoso, tendo em seu contexto uma fragmentação do cuidado a esse grupo. Neste sentido, a elaboração de um protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso para as unidades básicas de saúde da família e ESF, do município de Balsas - MA, para sistematização da consulta de enfermagem e da equipe de saúde, torna-se imprescindível.

¹ Define-se Microrregião de saúde, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), como sendo um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, sendo o primeiro nível de referência intermunicipal, dando condições de acesso a toda a população no âmbito microrregional, ofertando serviços relacionados as atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico. (BRASIL, 2002).

3 OBJETIVOS, METAS E PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES

3.1 Objetivo geral

Elaborar um protocolo clínico-assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas unidades básicas de saúde do município de Balsas - MA.

3.2 Objetivos específicos

Buscar as melhores evidências científicas para sistematizar a consulta de enfermagem e o atendimento da equipe de saúde.

Sistematizar a consulta de enfermagem e o atendimento da equipe de saúde nas unidades básicas de saúde do município de Balsas - MA.

Construir algoritmos de encaminhamento para os idosos que apresentem riscos de saúde.

3.3 Metas

A validação e capacitação das equipes das ESF do município de Balsas – MA, serão executados em outro momento.

Estabelecer perfis de risco com base na avaliação dos idosos cadastrados nas ESF.

3.4 Principais contribuições

O conhecimento disponível sobre avaliação geriátrica sugere que é relevante estudar os perfis, as co-variáveis e a prevalência dessa condição entre idosos brasileiros residentes em diferentes regiões.

Estudos futuros de natureza clínico-epidemiológica visando à determinação de fatores etiológicos e contribuintes e à descrição de saúde deste idoso, podem subsidiar o desenvolvimento de programas de intervenção para os vários níveis de atenção à saúde da população idosa.

Apesar de alguns modelos de cuidado e atenção ao idoso serem desenvolvidos em outros locais do país, alguns aspectos para a sua implantação, principalmente

nesta região do país devem ser revisados e/ou mesmo reformulados sem que se perca o foco de integralidade da atenção.

4 MÉTODO

Neste capítulo é apresentado a descrição do método utilizado nesta pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo exploratório, descritivo para a elaboração de um protocolo clínico-assistencial de enfermagem para avaliação dos idosos cadastrados nas unidades básicas de saúde do município de Balsas – MA.

4.2 Fundamentos para elaboração do protocolo clínico-assistencial

A descrição das etapas para a elaboração do protocolo clínico seguiu as recomendações das diretrizes metodológicas sobre guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem de Pimenta et al. ([2012?]), na *Metodologia para la elaboración de guías de atención y protocolos* de GÓMEZ et al. (2007) e nas etapas de revisão sistemática de Brasil (2012b).

4.2.1 Elaboração de uma pergunta

A pergunta de pesquisa foi baseada na estrutura do PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*²) (Quadro 2).

Quadro 2 – Componentes da pergunta de pesquisa, conforme a estrutura do PICO

Descrição	Componentes da pergunta
P	Idosos
I	Protocolo clínico-assistencial de enfermagem
C	Protocolos de avaliação geriátrica
O	Avaliação Multidimensional do Idoso

Fonte: elaborado pela autora (2015).

Partindo deste anagrama, a pergunta de pesquisa foi: Qual o protocolo clínico-assistencial de enfermagem de avaliação geriátrica que melhor atende as necessidades de integralidade da atenção ao idoso na Atenção Básica no município de Balsas - MA?

² *Outcomes* = desfecho

4.2.2 Definição dos critérios de elegibilidade

A inclusão e exclusão de estudos são definidos *a priori*:

Critérios de inclusão:

- ✓ artigos que retratem o tema do estudo;
- ✓ artigos que estejam disponíveis gratuitamente e na íntegra nas bases de dados pesquisadas;
- ✓ teses e dissertações que contemplem revisões sistemáticas ou meta-análises;

Critérios de exclusão:

- resumos ou resumos expandidos;
- artigos publicados em anais de congressos.

Nenhum intervalo anual foi incluído ou excluídos dos critérios, já que se trata de uma revisão sistemática da melhor evidência encontrada.

4.2.3 Fontes de evidências

A partir da questão de pesquisa a coleta foi realizada nas bases de dados da *Cochrane Library* *Cochrane Plus*, disponível na Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme; PubMed/MEDLINE (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*); LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe); Banco de Teses e Dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior); Elsevier; *Web of Science*; *ProQuest* Enfermagem; a coleção de artigos científicos da SciELO (*Scientific Electronic Library Online*);

4.2.4 Elaboração das estratégias de busca

A partir dos componentes da questão de pesquisa, a busca das evidências se deu através dos Descritores da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH Database) e suas combinações através dos operadores booleanos: *elderly/aging*; *Guideline/Protocol*; *evaluation/rating/valuation/appraisal*; *nursing*; *practical nurse*.

4.2.5 Organização das evidências científicas

As informações das evidências ocorreram a partir de seus registros em um instrumento (Apêndice A), adaptado da *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. (COCHRANE, 2008). Esta organização tem por objetivo garantir a precisão e autenticidade dos dados, bem como reduzir os vieses do pesquisador.

4.2.6 Estratégia para avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A estratégia de hierarquização foi realizada a partir do sistema de classificação de nível de evidência do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine* e da Classificação de recomendação do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (Quadro 3). (GUYAT et al., 2008; HSU et al., 2011; MECHANICK et al., 2010; SCHÜNEMANN et al., 2008).

Quadro 3 – Classificação do Grau de Recomendação e do Nível de Evidência Científica do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*, 2008

(continuação)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão Sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão Sistemática de Estudos de Coorte.	Revisão Sistemática de coortes históricas.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2.	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2.

(conclusão)

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
B	2B	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de Evoluções Clínicas (<i>outcomes research</i>).	-----	Estudo Ecológico.
	3A	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle.	-----	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B.	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B.
	3B	Estudo Caso-Controle.	-----	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada.
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).			

Fonte: GUYAT et al. (2008).

4.2.7 Elementos para a elaboração do Protocolo Clínico-Assistencial de Enfermagem

Para a elaboração deste protocolo clínico-assistencial de enfermagem, Pimenta et al. (2012, p.1) apontam que eles devem seguir as recomendações legais e éticas profissionais, bem como ser baseado nos “preceitos da prática baseada em

evidência, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado”. Desta maneira, as recomendações para a construção de protocolos clínicos-assistenciais devem ser seguidas, para que sejam adequadas às características locais de onde será implantado.

A elaboração deste protocolo clínico-assistencial de enfermagem tem os seguintes itens:

- Apresentação
- Grupo de desenvolvimento
- Conflito de Interesse
- Objetivo(s)
- Evidências
- Glossário e Siglário
- Transcendência
- Vulnerabilidade
- Magnitude
- Atribuições da equipe assistencial
- Treinamento da equipe assistencial
- Critérios de inclusão e exclusão
- Instrumentos de Avaliação
- Avaliação
- Conduta terapêutica
- Algoritmos/Fluxograma
- Plano de implantação
- Indicadores
- Validação

4.2.8 Processo de avaliação do protocolo clínico-assistencial de enfermagem

A avaliação do protocolo clínico-assistencial será realizada, através da ferramenta AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*), adaptado para este protocolo de pesquisa (ANEXO A). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar o rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é

desenvolvida” e “abordar a variabilidade na qualidade de diretrizes. (BROUWERS et al., 2010).

A avaliação será realizada após a elaboração de todo o protocolo, a defesa desta dissertação e a liberação do comitê de ética da UNISINOS, e servirá como *check-list* de conformidade, contemplando, desta maneira, os itens exigidos na elaboração de um protocolo.

Esta revisão será realizada por três avaliadores externos e um local, preferencialmente enfermeiros com formação na área gerontológica ou que tenham no mínimo 2 anos de experiência com idosos. Este método aumenta a confiabilidade do protocolo.

O AGREE II é composto por 25 itens, sendo dois itens de avaliação global (diz respeito à qualidade global e a recomendação do mesmo) e 23 itens organizados em seis domínios de qualidade, que compreende:

Domínio 1 – Escopo e finalidade: itens 1 a 3.

Domínio 2 – Envolvimento das partes interessadas: itens 4 a 6.

Domínio 3 – Rigor do desenvolvimento: itens 4 a 6.

Domínio 4 – Clareza da apresentação: itens 15 a 17.

Domínio 5 – Aplicabilidade: itens 18 a 21.

Domínio 6 – Independência editorial: itens 22 e 23.

A avaliação é composta por uma escala de Likert com 7 pontuações, sendo 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente). Para cada domínio se calcula uma pontuação de qualidade, por meio da soma de todas as pontuações dos itens individuais e escalonado como porcentagem da pontuação máxima possível no domínio. Assim, as pontuações máxima e mínima são determinadas pelas fórmulas:

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x nº de itens do domínio x nº de avaliadores = A

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x nº de itens do domínio x nº de avaliadores = B

O quadro 4 exemplifica o total de pontuação dos quatro avaliadores em cada domínio.

Quadro 4 – Total de pontuação dos avaliadores em cada item do domínio avaliado

	Item 1	Item 2	Item 3	Total
Avaliador 1	5	6	6	17
Avaliador 2	6	6	7	19
Avaliador 3	2	4	3	9
Avaliador 4	3	3	2	8
Total	16	19	18	53

Fonte: Brouwers et al. (2010).

O cálculo total do domínio será:

$$\frac{\text{Total da pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

Assim, o cálculo da porcentagem de cada domínio será:

Figura 1 – Cálculo da porcentagem total do domínio avaliado

Pontuação máxima = 7 (concordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 84

Pontuação mínima = 1 (discordo totalmente) x 3 (itens) x 4 (avaliadores) = 12

O cálculo da porcentagem total no domínio será:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}}$$

$$\frac{53 - 12}{84 - 12} \times 100 = \frac{41}{72} \times 100 = 0,5694 \times 100 = 57\%$$

Fonte: Brouwers et al. (2010).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Foi mantido a autenticidade de ideias, conceitos dos autores dos artigos que foram utilizados na revisão e elaboração deste protocolo, bem como a preservação de todos os direitos autorais de acordo com a lei nº 9.610 de 1998, alterada e revogada e acrescentada pela Lei nº 12.853/13. (BRASIL, 1998; 2013).

A revisão do protocolo será realizada por um grupo de quatro avaliadores, os quais assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE B), sendo que uma delas permanecerá com o participante e a outra com o pesquisador, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013c).

O projeto, após defesa final do protocolo, será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS para sua aprovação.

A divulgação dos resultados se dará na forma de defesa de dissertação de mestrado e publicação de artigos e trabalhos em eventos científicos. Os benefícios da pesquisa serão revertidos na qualificação da equipe assistencial para o cuidado ao idoso na comunidade local de Balsas - MA.

Toda a transcendência deste protocolo para outras categorias de avaliação de pacientes e/ou ambientes de saúde manterão subordinação a lei referida e a revisão de um grupo avaliador.

6 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se divide em: revisão sistemática e a construção do protocolo.

6.1 Revisão Sistemática

A metodologia para a busca das evidências utilizou os unitermos (DECs e MESH) *elderly/aging; Guideline/Protocol; evaluation/rating/valuation/appraisal; nursing; practical nurse*. Todos os unitermos foram utilizados individualmente e foram realizadas as combinações possíveis, utilizando-se dos tesouros, truncagens e extensões, tentando expandir ao máximo a abrangência do tema (Quadro 5).

Quadro 5 - Metodologia de busca dos artigos nas bases de dados

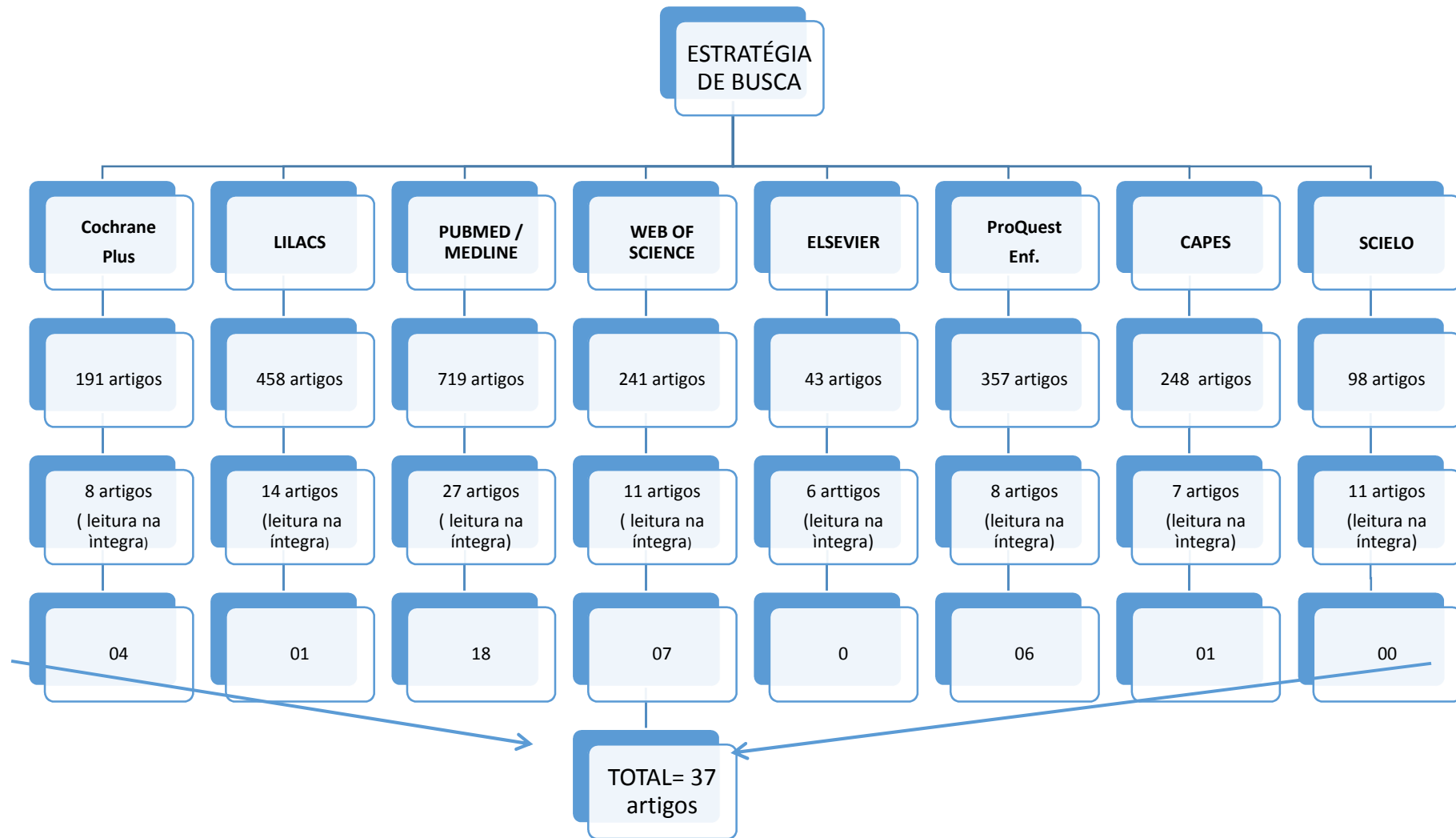
BVS / LILACS / COCHRANE / PROQUEST ENFERMAGEM / ELSEVIER / WEB OF SCIENCE / CAPES /	
DECS/MESH	<i>Elderly/Aging; Guideline/Protocol; evaluation/rating/valuation/appraisal; nursing; practical nurse.</i>
COMBINAÇÕES	(<i>"elderly"</i>) AND (<i>"protocol"</i>) (<i>"elderly"</i> AND <i>"evaluation"</i>) OR (<i>"elderly"</i> AND <i>"guideline"</i>) OR (<i>"evaluation"</i> AND <i>"elderly"</i> AND <i>"nursing"</i>) OR (<i>"elderly"</i> AND <i>"guideline"</i> AND <i>"nursing"</i>) OR (<i>"evaluation"</i> AND <i>"appraisal"</i> OR <i>"nursing"</i> AND <i>"practical nursing"</i>).
LIMITES	Animais, apenas itens com <i>links</i> de <i>free full text</i> , apenas artigos com resumos em Inglês; Espanhol e Português, sem limite de ano de publicação, idosos, humanos.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

A estratégia de busca de dados da *Cochrane Library*, *Pubmed/Medline*, *Lilacs*, *Scielo*, *Proquest*, *Web of Science*, *Elsevier*, resultou em 2.355 artigos.

Para a seleção inicial dos artigos (Figura 2) foi realizada a leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados 92 artigos para leitura na íntegra, dos quais 37 foram incluídos na amostra final dessa revisão sistemática.

Figura 2 – Fluxograma da busca metodológica nas bases de dados



Fonte: elaborado pela autora (2016).

O quadro 6 apresenta as características dos artigos, conforme os descritores e MESH selecionados.

Quadro 6 - Distribuição dos artigos conforme autor, título, fonte, e nível de evidência

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
1	SKINNER, Mary	<i>A literature review: Polypharmacy protocol for primary care</i>	WEB OF SCIENCE	Geriatr Nurs. , Philadelphia, v. 36, n. 5, p. 367-371.e4, Sep-Oct. 2015.	Revisão de literatura que avaliou criticamente protocolos publicados sobre Polifarmácia em idosos maiores de 65 anos, que é atualmente utilizada em cuidados primários e potencialmente pode levar a eventos adversos de drogas.	B2A
2	VAN DALEN-KOK, Annelore H. et. al.	<i>Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis.</i>	WEB OF SCIENCE	BMC Geriatrics , London; v. 15:49, Nov. 2015.	Estudo de revisão sistemática que examinou a força das associações entre a dor e sintomas neuropsiquiátricos, e entre a dor e a função física em pacientes com demência. É dada especial atenção à descrição de medição dos instrumentos e os métodos utilizados para detectar dor, sintomas neuropsiquiátricos e função física.	A1A
3	CHAUDHURI, Shomir; THOMPSON, Hilaire; DEMIRIS, George	<i>Fall Detection Devices and their Use with Older Adults: A Systematic Review.</i>	MEDLINE /PUBMED	J Geriatr PhysTher. , Philadelphia; v. 37, n. 4, p. 178–196, Oct-Dec. 2014.	Revisão sistemática de literatura que avaliou o estado atual de concepção e implementação de dispositivos de detecção de queda na pessoa idosa e analisou os testes destes dispositivos no mundo real, bem como a aceitabilidade dos dispositivos.	B2B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
4	CLOSE, Jacqueline C. T. et al.	<i>Can a tailored exercise and home hazard reduction program reduce the rate of falls in community dwelling older people with cognitive impairment: protocol paper for the i-FOCUS randomized controlled trial.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 14:89, Jul. 2014.	Ensaio clínico controlado aleatorizado que determinou se um exercício adaptado e um programa de redução de risco em casa pode reduzir a taxa de quedas em idosos em habitação comunitária com comprometimento cognitivo. E definiu se a intervenção teve efeitos benéficos sobre uma série de medidas de resultados físicos e psicológicos, bem como a qualidade de vida dos participantes e seus cuidadores.	A1B
5	CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. et al.	<i>Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS).</i>	WEB OF SCIENCE	Age Ageing , Oxford; v. 43, n. 6, p. 748–759, Nov. 2014.	Revisão sistemática que examinou a evidência clínica da prevalência de sarcopenia e o efeito da nutrição e exercícios de intervenção, o consenso de sarcopenia utilizado foi o proposto pelo grupo de trabalho europeu sobre Sarcopenia em idosos.	A1A
6	GOBBO, Stefano et al.	<i>Effects of exercise on dual-task ability and balance in older adults: A systematic review.</i>	WEB OF SCIENCE	Arch Gerontol Geriatr. , Amsterdam; v. 58, n. 2, p. 177–187, Mar-Apr 2014.	Revisão sistemática que revisou criticamente a evidência existente de uma potencial relação entre exercício e a melhoria do equilíbrio estático e dinâmico durante dupla-tarefa em idosos saudáveis e resultados secundários em outros índices físicos e cognitivos.	B3A

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
7	GOERES, Leah M. et al.	<i>Pharmacotherapy for hypertension in older adults: a systematic review.</i>	WEB OF SCIENCE	Drugs Aging. , v. 31, n. 12, p. 897-910, Dec. 2014.	Revisão sistemática que avaliou os benefícios e prejuízos de agentes anti-hipertensivos em idosos.	A1A
8	AGS CHOOSING WISELY WORKGROUP	<i>American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question.</i>	MEDLINE /PUBMED	J Am Geriatric Soc. , Malden; v. 61, n. 4, p. 622–631, Apr 2013.	Artigo com texto informativo em que a sociedade americana de geriatria identificou cinco pontos que provedores de cuidados de saúde e os pacientes devem questionar quanto à assistência.	D5
9	CABRAL, Kelem de Negreiros et al.	<i>Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in community-dwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomized controlled trial.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 13: 27, Jan. 2013.	Ensaio clínico controlado que avaliou a eficácia de um programa de prevenção de quedas multifatorial na redução da taxa de quedas em pessoas idosas.	A1B
10	DORNER, Thomas E. et al.	<i>Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial.</i>	PROQUEST	BMC Public Health , London; v. 13:1232, Dec. 2013.	Estudo randomizado controlado, realizado com 80 pacientes desnutridos e frágeis (= 65anos) hospitalizados, objetivou avaliar a eficácia do treinamento físico e intervenção nutricional nesse público e oferecer novas perspectivas para a gestão de fragilidade e desnutrição.	A1B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
11	FABBRICOTTI, Isabelle Natalina et al.	<i>Integrated care for frail elderly compared to usual care: a study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professional and health care cost.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 13: 31, Abr. 2013.	Estudo experimental que objetivou melhorar a qualidade e a eficácia da assistência prestada aos idosos frágeis, através da implementação e avaliação de um modelo integrado de cuidados preventivos para idosos frágeis.	B3B
12	FARAG, Inez et al.	<i>A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Health Serv Res. , London; 13:69, Feb. 2013.	Revisão sistemática que identificou o custo dos serviços de saúde utilizados por uma pessoa idosa que vive na Austrália. Foram incluídos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, dietética, podologia, aconselhamento e atendimentos de enfermagem domiciliares.	B2B
13	McCABE, Marita P. et al.	<i>A study protocol to investigate the management of depression and challenging behaviors associated with dementia in aged care setting.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 13:95, 2013.	Estudo de controle randomizado que apresentou um protocolo para avaliar o treinamento de enfermeiros e gestores registrados em instalações que trabalham com cuidados de idosos, enfocando a depressão clínica e sintomas comportamentais e psicológicos de demência.	A1B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
14	RASHEED, Solah; WOODS, Robert T.	<i>Malnutrition and quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis.</i>	WEB OF SCIENCE	Ageing Res Rev. , Amsterdan; v. 12, n. 2, p. 561–566, Mar 2013.	Revisão sistemática que objetivou identificar a literatura relacionada, rever os resultados sistematicamente e avaliar a associação entre estado nutricional e a qualidade de vida.	A1A
15	STIJNEN, Mandy M. N. et al.	<i>Early detection of health problems in potentially frail community- dwelling older people by general practices-project old: design of a longitudinal, quasi-experimental study.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 13: 7, Nov. 2013.	Estudo avaliativo que teve como finalidade investigar o efeito e a viabilidade da detecção precoce de problemas de saúde em pessoas idosas e seus encaminhamentos posteriores para cuidados adequados.	B3B
16	SUN, Fei; NORMAN, Ian J.; WHILE, Alison E.	<i>Physical activity in older people: a systematic review.</i>	PROQUEST	BMC Public Health , London;, 13:449, May. 2013.	Estudo de revisão sistemática que objetivou demonstrar a importância da atividade física em pessoas idosas na prevenção de doenças, manutenção da independência e da melhoria da qualidade de vida.	B2A
17	YANAMADALA, Mamata; WIELAND, Darryl; HEFLIN, Mitchell T.	<i>Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review.</i>	WEB OF SCIENCE	J Am Geriatr Soc , Malden; v. 61, n. 11, p. 1983–1993, Nov. 2013.	Revisão de literatura que objetivou determinar o efeito das intervenções educacionais no reconhecimento do delírio.	B2A

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
18	DANIEL, Fernanda de Noronha Ribeiro et al.	<i>Functional autonomy of elderly women enrolled in a physical activity program.</i>	PORTAL DA CAPES	Acta Scientiarum. Health Sciences , Maringá; v. 34, n. 3, p. 151-156, July Dec., 2012.	O estudo verificou os efeitos de um programa de atividade física sobre a autonomia funcional em mulheres idosas. A amostra foi distribuída em grupo experimental submetido a um programa de atividade física e grupo controle. A autonomia funcional foi avaliada por meio dos testes do protocolo de autonomia GDLAM e calculou-se o índice de autonomia.	B3B
19	TAPPENDEN, Paul et al.	<i>The Clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review.</i>	MEDLINE/ PUBMED	Health Technology Assess. , Southampton; v. 16, n. 20, p. 1-72, 2012.	Revisão sistemática para avaliar a eficácia clínica e custo-efetividade da intervenção de promoção de saúde, liderada pela equipe de Enfermagem, a pacientes idosos.	A1A
20	GATES, Nicolas J. et al.	<i>Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 11:55, Set. 2011.	Revisão sistemática de ensaios elegíveis que objetivou aferir ensaios de treinamento cognitivo em indivíduos com transtorno cognitivo leve (MCI), e avaliar a eficácia da formação de estratégias para memória ou exercícios cognitivos para determinar se o treinamento cognitivo poderia beneficiar indivíduos em risco de desenvolver demência.	A1A

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
21	NYMA, Samuel R.; VICTOR, Christina R.	<i>Older people's recruitment, sustained participation, and adherence to falls prevention interventions in institutional setting: a supplement to the Cochrane systematic review.</i>	MEDLINE /PUBMED	Age Ageing , Oxford; v. 40, n. 4, p. 430–436, 2011.	Estudo randomizado de ensaios clínicos controlados quanto à prevenção de quedas nas pessoas idosas em contextos institucionais.	A1A
22	VOUKELATOS, A. et al.	<i>The effect of walking on falls in older people: the Easy Steps to Health' randomized controlled trial study protocol</i>	PROQUEST	BMC Public Health , London, v. 11, 888, 2011.	Estudo experimental controlado e aleatorizado, que objetivou determinar se a intervenção de caminhar no domicílio reduz a taxa de quedas entre idosos (65 + anos) saudáveis e inativos em comparação com nenhuma intervenção e; se tal intervenção pode melhorar os fatores de risco para quedas, tais como equilíbrio, força e tempo de reação.	A1B
23	WILHELMSON, Katarina et al.	<i>Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 11: 24, May. 2011.	Estudo aleatorizado e controlado projetado para avaliar se o programa de intervenção para idosos frágeis pode reduzir o número de visitas ao hospital, aumentar a satisfação com a saúde e assistência social e manter as habilidades funcionais.	A1B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
24	SPRUIT-VAN EIJK, Monica et al.	<i>Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London, v. 10:15, May 2010.	Estudo multicêntrico, observacional e longitudinal que avaliou os fatores individuais que contribuem para reabilitação geriátrica em pacientes com AVC em casas de repouso holandesas.	B2A
25	PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches	Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade.	LILACS	Rev. Psiquiatric. Clin. , São Paulo; v. 37, n. 1, p. 23-26, Jan. 2010.	Estudo de campo experimental com finalidade de investigar se as queixas mnemônicas do idoso variam de acordo com sua escolaridade e avaliar se essas queixas estão associadas a seu desempenho cognitivo e a sintomas de depressão e ansiedade.	B3C
26	ROE, Brenda et al.	<i>Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus.</i>	MEDLINE /PUBMED	J Adv Nurs , Malden; v. 67, n. 2, p. 228–250, Feb. 2010.	Revisão sistemática que descreveu sobre a gestão da incontinência (urinária com ou sem fecais), promoção da continência ou manutenção da continência em repouso com foco primário nas pessoas idosas que recebem cuidados em casa.	B2A
27	ANGEVAREN, Maaïke et al.	<i>Acitived física y optomizacion del estado físico para mejorar la funcion cognitiva em personas mayores sin deterioro cognitivo comprovado. (Revisión Cochrane traducida).</i>	COCHRANE	La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.	Revisão de literatura aleatorizada (publicação em revistas) que avaliou a eficácia da atividade física, na melhora cárdio-respiratória e na função cognitiva em idosos sem comprometimento cognitivo comprovado.	A1A

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
28	DELVILLE, Carol L.; MCDOUGALL, Graham	<i>A Systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence.</i>	MEDLINE /PUBMED	Issues Ment Health Nurs , v. 29, n. 2, p. 1002–1017, Sep. 2008.	Revisão sistemática que identificou os instrumentos utilizados para avaliar a depressão em idosos com insuficiência cardíaca e determinou a incidência desintomas de depressão relatados.	B2A
29	HART, Lawrence E. et al.	<i>The relationship between exercise and osteoarthritis in the elderly.</i>	PROQUEST	Clin J Sport Med , London, v. 18, n. 6, p. 508-521, Nov. 2008.	Revisão sistemática com a finalidade de rever a relação entre atividade física ao longo da vida ou intermitente e o subsequente início ou progressão de osteoartrite e o efeito das rotinas de exercícios sobre a gestão da osteoartrite em idosos.	A1A
30	LYONS, Ronan A. et al.	<i>Modificación del ambiente domestico para la diminucion de lesiones. (Revisión Cochrane traducida).</i>	COCHRANE	La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.	Estudo Controlado Randomizado que revisou as provas para determinar o efeito da modificação do ambiente doméstico, tendo em conta as intervenções para reduzir riscos físicos nos idosos.	A1A
31	MORTON, Natalie; BERLOWITZ, David; KEATING, Jennifer L.	<i>A systematic review of mobility instruments and their measurement properties for older acute medical patients.</i>	MEDLINE /PUBMED	Health and Qual Life Outcomes , London; v. 6:44, Jun. 2008	Revisão sistemática que objetivou identificar um instrumento que tenha as propriedades necessárias para medir com precisão o desempenho físico e monitorar a mobilidade dos pacientes idosos internados com condições clínicas agudas.	B2B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
32	NEAL, Martin; BRIGGS, M.	<i>Terapia de validación para la demência. (Revisión Cochrane traducida).</i>	COCHRANE	La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.	Ensaio clínico controlado que objetivou determinar a eficácia da terapia de validação, oferecidos em formato de grupo ou individualmente, como uma intervenção para pessoas com demência ou comprometimento cognitivo.	A1A
33	WETZELS, Raymond et al.	<i>Intervenciones para mejorar la participación del paciente anciano em los episodios de atención primaria. (Revisión Cochrane traducida).</i>	COCHRANE	La Biblioteca Cochrane Plus , 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.	Estudo Controlado Randomizado que avaliou os efeitos das intervenções em cuidados de saúde primários que melhoram o envolvimento dos pacientes mais idosos (> = 65 anos) em seus cuidados de saúde.	A1A
34	DOZEMAN, Els et al.	<i>Depression and anxiety, an indicated prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 7: 6, Dec. 2007.	Protocolo que descreveu um estudo randomizado sobre a eficácia e viabilidade do programa stepped care, para a prevenção de transtornos depressivos e ansiedade em lares para idosos. As principais medidas foram a incidência de depressão e ansiedade em um ano com dois anos de seguimento.	A1B
35	O'DWYER, Siobhan T. et al.	<i>Protocol for fit bodies, fine minds: a randomized controlled trial on the effect of exercise and cognitive training on cognitive functioning in the older adults.</i>	MEDLINE /PUBMED	BMC Geriatrics , London; v. 7: 23, May. 2007.	Estudo experimental randomizado controlado que analisou o impacto de um programa de treinamento de exercícios e exercício combinado e programa de treinamento cognitivo, sobre o funcionamento cognitivo e físico de idosos.	A1B

(continuação)

Nº	Autor	Título	Base de Dados	Fonte	Objetivo/ Intervenção	GRADE
36	TERI, Linda et al.	<i>Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial.</i>	PROQUEST	Gerontologist , Osford, v. 45, n. 6, 802–811, Dec. 2005.	Estudo randomizado controlado e aleatório, que investigou se consultores da comunidade poderiam ser treinados para ensinar os cuidadores familiares, a adotar uma abordagem sistemática e comportamental para a redução de humor e problemas de comportamento em pessoas com a doença de Alzheimer.	A1B
37	AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF AND ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION	<i>Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons.</i>	PROQUEST	J Am Geriatr Soc. , Malden; v. 49, n. 5, p. 664-672, May 2001.	Guia para a prevenção de quedas em idosos. Demonstra a queda como um dos problemas mais comuns e graves para pessoas idosas, e está associada a considerável mortalidade, morbidade, redução funcional e admissões prematuras em casa de repouso.	D5

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

6.2 Protocolo Assistencial

O protocolo foi construído seguindo a estrutura de organização do *Institute of Medicine* (2011), a *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II* (AGREE II) (BROUWERS et al., 2010) e Pimenta et al. ([2014?]).

As evidências, com o grau de recomendação e o nível da evidência, foram identificadas por colchetes. As evidências encontradas com alto grau de recomendação, mesmo não fazendo parte da busca inicial através dos descritores, também foram incluídas, por se tratarem de estudos relevantes para a construção do protocolo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Sandra Souza Ehms; CALDAS, Célia Pereira. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-330, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000400012>.

AGS CHOOSING WISELY WORKGROUP. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. **J Am Geriatric Soc.**, Malden, v. 61, n. 4, p. 622–631, Apr 2013. Acesso em: 08 jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.12226>. Epub 2013 Mar 7.

AIRES, Margarida de Mello; et al. **Fisiologia**, 4ª ed. Rio de Janeiro Koogan, 2012

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1046-1051, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400027>.

ALVARENGA, Patrícia P.; PEREIRA, Daniele S.; ANJOS, Daniela M. C.. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 6, p. 491-496, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000600007>.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF AND ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. **J Am Geriatr Soc.**, Malden; v. 49, n. 5, p. 664-672, May 2001.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON THE CARE OF OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. **J Am Geriatr Soc.**, Malden; v. 60, n. 10, p. 1957–1968, Set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04187.x>. Epub 2012 Sep 19.

ANDRESEN, Mette; PUGGAARD, Lis. Autonomy among physically frail older people in nursing home setting: a study protocol for an intervention study. **BMC Geriatr.**, London, 8:32, 2008. Acesso em: 08 jan 2016. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-8-32>.

ANGEVAREN, Maaike et al. Actividad física y optimización del estado físico para mejorar la función cognitiva en personas mayores sin deterioro cognitivo comprobado (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ANJOS, Gilberto Luppi dos et al. Proporção dos gastos com medicamentos em relação à aposentadoria de idosos residentes em área urbana de Jundiaí, São Paulo. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 109-116, 2009. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume3-numero3/artigo03.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2016.

ATCHISON, Kathryn A.; DOLAN, Teresa A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dent Educ.**, Stanford, v. 54, n. 11, p. 680-687, Nov. 1990.

ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. **Am J Respir Crit Care Med.**, New York, v. 166, n. 1, p. 111-117, 2002.

BALANCE AND MOBILITY. CME credit available from Harvard Medical School. [April 2014]. **Continuing Education**. Harvard Health Publications. Harvard Medical School. Publicado em April 2014. Disponível em: <<http://www.alosafoundation.org/modules/falls-mobility/>>. Acesso em: 16 mai 2016.

BARBOSA, José Bonifácio et al . Síndrome metabólica em ambulatório cardiológico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 46-54, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100009>.

BARROS, Jaqueline Diniz; LUCENA, Antônio Carlos Tavares de; ANSELMO, Caroline Wanderley Souto Ferreira. Incontinência Urinária de Esforço em Atletas do Sexo Feminino: Uma Revisão da Literatura. **Anais Faculdade Medicina Universidade Federal Pernambuco**, Recife, v. 52, n. 2, p. 173-179, 2007.

BAUER, Janet G. The index ADOH: concept of measuring self-care functioning the elderly. **Spec Care Dentist**, v. 21, n. 2, p. 63-67, Mar-Apr 2001.

BECK, Aaron T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, Berlin, v. 4, n. 6, p. 561-571, Jun. 1961. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=487993>>. Acesso em: 05 mai. 2016. [http:// dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004).

BLACKBURN, George L. et al. Nutrition and metabolic assessment of hospitalized patient. **JPEN J Parenter Enteral Nutr.**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977.

BORGES, Sheila de Melo. **Relação entre função visual e capacidade funcional na velhice**. 2006. 101 fl. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

BOWLING, Brad. **Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach**. 8th Edition. London: England, 2015.

BRASIL, Constituição (1988), **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. **Lei n. 9.610 de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei n. 10.741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em 08 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em 08 mai 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 2.528** de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.ict.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em 08 mai 2016.

BRASIL. **Portaria Nº 687**. De 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília :

Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010a. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488**. De 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Resolução nº 5**, de 19 de junho de 2013a. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013c.

BRASIL. **Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB)**, 2015a. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 15 mai 2016.

BRASIL. **Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO)**, 2015b. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/cadastrar_usuario.php?sisid=182>. Acesso em 22 jun 2016.

BRASIL. **Sistema de Apoio à Construção da Relatório de Gestão (SargSUS)**, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>.

BROUWERS, Melissa et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. **Can Med Assoc J.**, v. 182, p. E839-E842, Dec. 2010.

BRUCKI, Sonia M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, Sept. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

CABRAL, Kelem de Negreiros et al. Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in community-dwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 27, Jan. 2013.

CALAIS, Lucila Leal et al. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 12-19, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000100005>.

CALDAS, Ricardo Wahrendorff (Coord.). **Políticas Públicas: conceitos e práticas**, Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008, v. 7, 48 p.

CALDAS, Célia Pereira et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 mai. 2015.

CARBONI, Rosadélia Malheiros, REPPETTO, Maria Ângela. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, Jan-Abr; p.251-260, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v91a20.htm>. Acesso em 12 nov. 2014.

CARDOSO, Andrea Ferreira. Particularidades dos idosos uma revisão sobre fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 13, n. 130, Mar 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Aceso em: 26 jun 2016.

CHALMERS, Jane M. **The oral health of older adults with dementia** (community-dwelling and nursing home residents). 2001. 403 fl. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Dental School, University of Adelaide, Adelaide, Australia. 2001.

CHAUDHURI, Shomir; THOMPSON, Hilaire; DEMIRIS, George. Fall Detection Devices and their Use with Older Adults: A Systematic Review. **J Geriatr PhysTher.**, Philadelphia; v. 37, n. 4, p. 178–196, Oct-Dec. 2014.

CHO, Be-long; SCARPACE, Diane; ALEXANDER, Neil B. Tests of stepping as indicators of mobility, balance and fall risk in balance impaired older adults. **J Am Geriatr Soc.**, Malden, v. 52, n. 7, p. 1168-1173, jun. 2004. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52317.x>

CIPRIANO, Joseph J. **Manual fotográfico: testes ortopédicos e neurológicos**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CLOSE, Jacqueline C. T. et al. Can a tailored exercise and home hazard reduction program reduce the rate of falls in community dwelling older people with cognitive impairment: protocol paper for the i-FOCUS randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, London; v. 14:89, Jul. 2014.

COCHRANE handbook for systematic reviews of interventions / edited by Julian Higgins and Sally Green. p.; cm.—(Cochrane book series). 2008. Acesso em: 08 jan 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Legislação e Código de Ética**. Guia Básico para o exercício da Enfermagem. 2007. [Acesso 18 jan 2015]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html

CORREIA, Flora et al. Prevalência da Síndrome Metabólica: comparação entre os critérios ATP III e IDF numa população feminina com obesidade severa. **Acta Med Port**, Porto, n. 19, p. 286-294, mai 2006.

COSTA, Elisa Franco de Assis; MONEGO, Estelamaris Tronco. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 20 abr 2016.

CRUZ, Ivana Beatrice Manica da; RIBEIRO, Euler Esteves; VIEGAS, Karin. **Fundamentos do Método Científico Aplicada Às Pesquisas Gerontológicas**. Ijuí: Editora Unijuí. 2014.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J., et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). **Age Ageing**, v. 43, n. 6, p.748-759, Nov. 2014. Epub 2014 Sep 21. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu115>.

CUNHA, Gabriel de Vasconcelos; VALLE, Estevão Alves; MELO, Rodrigues Ávila de. O exame físico do idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 94, p. 910 .

DANIEL, Fernanda de Noronha Ribeiro et al. Functional autonomy of elderly women enrolled in a physical activity program. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá; v. 34, n. 3, p. 151-156, July Dec., 2012. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i2.8387>.

DELVILLE, Carol L.; MCDUGALL, Graham. A Systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. **Issues Ment Health Nurs**, v. 29, n. 2, p. 1002–1017, Sep. 2008. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840802274867>.

DORNER, Thomas E. et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London; v. 13:1232, Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232>.

DOZEMAN, Els et al. Depression and anxiety, an indicated prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care

programme. **BMC Geriatrics**, London; v. 7: 6, Dec. 2007.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-7-6>.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRAO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.

ENDOCRINOLOGIA ONLINE. **Obesidade Abdominal e Risco Cardiovascular**. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrinologiaonline.com.br/obesidade%20abdominal.htm>>. Acesso em: 16 mai 2016.

ENRIGHT, Paul L. et al. The 6-min walk test – a quick measure of functional status in elderly subjects. **Chest**, Glenview, v. 123, n. 2, p. 387-398, Feb. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215324466>>. Acesso em 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.123.2.387>.

ENRIGHT, Paul L.; SHERRILL, Duane L. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. **Am J Respir Crit Care Med**, New York, v. 158, n. 5, p. 1384-1387, Nov 1998. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm.158.5.9710086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&#.V3LqXWgrLRY>. Acesso em: 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.158.5.9710086>

FABBRICOTTI, Isabelle Natalina et al. Integrated care for frail elderly compared to usual care: a study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professional and health care cost. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 31, Abr. 2013.

FAGUNDES, Andhressa Araújo et al. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FARAG, Inez et al. A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia. **BMC Health Serv Res.**, London; 13:69, Feb. 2013.

FERNANDES, Pâmela Matias et al. Teste de Caminhada de Seis Minutos: avaliação da capacidade funcional de indivíduos sedentários. **Rev Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 185-191, maio/junho 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n3/v25n03a03.pdf>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FERNANDES, Rômulo Araújo et al., Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta . **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v. 97, n. 4, p. 317-323, 2011.

FERRIGNO, Iracema S. Vergotti. **Terapia da mão**. 2ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2008.

FERRIOLI, Eduardo; MORIGUTI, Júlio C.; LIMA, Nereida Kilza da Costa. O envelhecimento do aparelho digestório. In: FREITAS, Elizabete V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 636-639.

FERREIRA, Mirna Luz Costa. **Intersetorialidade**: um desafio na implementação da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro. 2003. 128 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

FIGUEIREDO, Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de; LIMA, Kênio Costa; GUERRA, Ricardo Oliveira. Instrumentos de avaliação de equilíbrio corporal em idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.**, v. 9, n. 4, p. 408-413, out-dez. 2007.

FIGUEREDO, Nêbia Maria Almeida de; TONINI, Tereza. **SUS e PSF para enfermagem**: Práticas para o cuidado em saúde coletiva. 1º ed. São Caetano do Sul, SP: Yendes editora Ltda., 2009.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, Amsterdam, v. 12, n. 3, p. 189–198, Nov. 1975.

FONSECA, Francielli Brito da; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-373, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200020>.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. P. 264-287.

FRANCO, Johanna M. **Preensão pinça de ponta**. 2010. Disponível em: <<http://educaja.com.br/2010/02/artigos-de-johanna-m-franco.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FRANCO, Johanna M. **Preensão pinça lateral**. 2010. Disponível em: <<http://educaja.com.br/2010/02/artigos-de-johanna-m-franco.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FRANCO, Johanna M. **Preensão palmar com indicador extensão**. 2010. Disponível em: <<http://johannaterapeutaocupacional.blogspot.com.br/2013/05/escala-de-preensao-de-lapis-e-giz-de.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **J Bras Psiquiatr.**, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0281.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dischinger. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla**. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 900- 909.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dischinger; NERY, Maria R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 610-617.

GATES, Nicolas J. et al. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. **BMC Geriatrics**, London; v. 11:55, Set. 2011. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-55>.

GOBBO, Stefano et al. Effects of exercise on dual-task ability and balance in older adults: A systematic review. **Arch Gerontol Geriatr.**, Amsterdam; v. 58, n. 2, p. 177–187, Mar-Apr 2014.

GOERES, Leah M. et al. Pharmacotherapy for hypertension in older adults: a systematic review. **Drugs Aging**, Switzerland, v. 31, n. 12, p. 897-910, Dec 2014. <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-014-0219-8>.

GÓMEZ, Antonita López et al. **Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos**. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerência División Médica, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Área de Atención Integral a las Personas. São José, Costa Rica, 2007.

GOMEZ PORTILLA, A. et al . Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano: El reto que se avecina. **Rev. esp. enferm. dig.**, v. 100, n. 11, p. 706-715, nov. 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2016.

GONZALEZ, Hector M. et al. Depression care in United States. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 67, n. 1, p. 37-46, Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887749/>>. Acesso em: 26 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.168>.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura Helena. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res.**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, Apr. 1996.

GORZONI, Milton Luiz; RUSSO, Marco Ricardo. O envelhecimento respiratório. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 596- 599.

GUIA DO IDOSO. **Teste de Romberg**. Maio 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=c4Wf_kN8-4M>. Acesso em: 15 jun 2016.

GUYATT, Gordon H., et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. **BMJ**; v. 336, n. 76.50, p. 924-926, Apr 2008.

HAIGHTON, Catherine et. al. The Do-Well study: protocol for a randomized controlled trial, economic and qualitative process evaluations of domiciliary welfare rights advice for socio-economically disadvantaged older people recruited via primary health care. **BMC Public Health**, London; v. 12:382, May. 2012. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-382>.

HAMILTON, Max. The assessment of anxiety state by rating. **British Journal of Medical Psychology**, London, New York, v. 32, n. 1, p. 50-55, Mar. 1959.

HART, Lawrence E. et al. The relationship between exercise and osteoarthritis in the elderly. **Clin J Sport Med**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 508-521, Nov. 2008.

Disponível em:

<<http://journals.lww.com/cjsportsmed/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=11000&article=00005&type=abstract>>. Acesso em: 16 jun 2016.
<http://dx.doi.org/10.1097/JSM.0b013e3181865ed4>.

HEATH, Amanda et al. Stress Urinary Incontinence in Female Athletes. **Journal of Women's Health Physical Therapy**, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 104-109, sept-dez 2014. <http://dx.doi.org/10.1097/JWH.0000000000000016>.

HSU, Jonathan et al. Application of GRADE: Making evidence-based recommendations about diagnostic tests in clinical practice guidelines. **Implement Sci.**, London, n. 6:62, 2011. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-62>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2010. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 abr 2016.

JACOB FILHO, Wilson; FARFEL, José Marcelo. **Epidemiologia e fisiologia do envelhecimento**. In: BRUCKI, Sônia Maria Dozzi. (Org.). Demências enfoque multidisciplinar: das bases fisiopatológicas ao diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. v. 1, p.1-6.

JENI, Janni. **Posturafacile**. 2016. Disponível em: <<http://www.posturafacile.it/2013/03/test-romberg-posturale/>>. Acesso em 24 jun 2016.

JORGE, José Márcio Neves; WEXNER, Steven D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, Clitherall, v. 36, n. 1, p. 77-97, jan. 1993.

- MAGALHÃES, Claudia S.; MOREIRA, Allison N., FERREIRA, Efigênia F. Cárie dentária e tratamentos específicos. In: CAMPOSTRINI, Eliana. **Odontogeriatría**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.161-167.
- MANGIONE, Carol M. Vision. In: OSTERWEIL, Dan; BRUMMEL-SMITH, Kenneth; BECK, John (Editors). **Comprehensive geriatric assessment**. New York: Mc Graw Hill. 2000. p. 285-294.
- MARANHÃO-FILHO, Pericles A.; COSTA, Álvaro de Lima. **Neurologia - Pingos e Respingos: Mais de 1.000 Questões Comentadas**. Rio de Janeiro: Revinter. 2000.
- MARTOS MARTÍN, Antonio J. **Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional**. 2005. Tese. [Doutorado] – Pós-Graduação em Psicologia, Universidad de Granada, Granada, 2005.
- MASCARENHAS, Teresa. Disfunções do pavimento pélvico: incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. (Coord). **Manual de Ginecologia**. V. 2, Lisboa: Permanyer Portugal. 2011, capítulo 30, p. 97-139.
- MASCARENHAS, Teresa. **Disfunções do Pavimento Pélvico: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos**. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. **Manual de Ginecologia**. Portugal: Permanyer Portugal, 2011. V. 2, cap. 30.
- MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 May 2015.
- MAZO, Giovana Zarpellon et al. Aptidão física, exercícios físicos e doenças osteoarticulares em idosos. **Revista Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas (RS), v. 17, n. 4, p. 300-306, Ago 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1882>>. Acesso em: 12 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.12820/RBAFS.V.17N4P300-306>.
- MECHANICK, Jeffrey I. et al. American Association of Clinical Endocrinologists Protocol for Standardized Production of Clinical Practice Guidelines – 2010 Update. **Endocrine Practice**, v. 16, n. 24, p. 270-283, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3ª ed. Brasília – DF, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso**. 2016. Disponível em:

<<http://www.saudeidoso.iciict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 08 May 2016.

MISICI, Roberto. Fisiologia da Defecação. In: REGADAS, Francisco Sérgio Pinheiro; REGADAS, Sthela M. Murad. **Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico**. Atlas de Ultra-sonografia Anorretal Bi e Tridimensional. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

MONTES, Augusto Profeta dos. **Apostila sobre o envelhecimento**. Disponível em: <<http://augustoprofetadosmontes.blogspot.com.br/2012/10/apostila-sobre-o-envelhecimento.html>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MONTORIO, Ignacio; IZAL, María Fernández de Trocóniz. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. **Int Psychogeriatr.**, Cambridge, v. 8, n. 1, p. 103-112, 1996.

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

_____. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1).

_____. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Minas Gerais: COOPMED; 2008.

_____. **Quem é o idoso frágil**. Vitória, ES, 2013. Trabalho apresentado no II Congresso de Geriatria e Gerontologia do Espírito Santo, Espírito Santo, mai. 2013.

MORAES, Andréa Gomes et al. Comparação do equilíbrio postural unipodal entre crianças e adultos. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 571-577, Dec. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092014000400571&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092014000400571>.

MOREIRA, Maria Auxiliador Carmo; MORAES, Maria Rosedália de; TANNUS, Rogério. Teste da Caminhada de Seis Minutos em Pacientes com DPOC durante Programa de Reabilitação. **J Pneumol**, v. 27, n. 6, p. 295-300, nov-dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v27n6/a02v27n6.pdf>>. Acesso em: 26 mai 2016.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, Dec. 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>.

MORTON, Natalie; BERLOWITZ, David; KEATING, Jennifer L. A systematic review of mobility instruments and their measurement properties for older acute medical patients. **Health and Qual Life Outcomes**, London; v. 6:44, Jun. 2008.

MY WALL PAPER. **THE TIMED UP AND GO TUG TEST**. Disponível em: <http://www.mywallpaper.top/the-timed-up-and-go-tug-test.html>. Acesso em 16 maio 2016. Postado em July 6, 2016.

NAJAS, Myriam; NEBULONI, Clarice Cavaleiro. Avaliação do estado nutricional. In: RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra. **Guia de Geriatria e Gerontologia**. Barueri: Manole; 2005. p. 299-314.

NEAL, Martin, BRIGGS, M. Terapia de validación para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

NERI, Anita Liberalesso (Org). **Palavras-chave em Gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alinea, 2014.

NITRINI, Ricardo et al. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de neurologia geral. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 65, n. 2-A, p. 299-303, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n2a/a21v652a.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2016.

NITRINI, Ricardo et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. **J Int Neuropsychol Soc**, Cambridge, v. 10, n. 4, p. 634-638, Jul. 2004. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=231689&fileId=S1355617704104062>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NITRINI, Ricardo et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 457-465, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n4/01.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NUNES, Ana Maria Pereira. Motivação para o autocuidado: um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. **Texto Contexto Enferm.**; Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 53-66, 1993.

NYMA, Samuel R.; VICTOR, Christina R. Older people's recruitment, sustained participation, and adherence to falls prevention interventions in institutional setting: a supplement to the Cochrane systematic review. **Age Ageing**, Oxford; v. 40, n. 4, p. 430-436, 2011.

O'DWYER, Siobhan T. et al. Protocol for bodies, fine minds: a randomized controlled trial on the affect of exerciser and cognitive training on cognitive functioning in the older adults. **BMC Geriatric**, London, v. 23, n. 7, May 2007. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-7-23>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação Internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos; v.1)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa, 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable**. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

PAIXAO JR., Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E.. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Processo de envelhecimento e longevidade**. In: Papaléo Netto, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PAULA, Hudsara Aparecida Almeida et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. **Rev Bras Nutr Clin**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 280-285, 2007.

PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev. Psiquiatric. Clin.**, São Paulo; v. 37, n. 1, p. 23-26, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>.

PAZ, Ramyne de Castro da; FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães; SANTOS, Ana Lilian Bispo dos. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revisa**, Chácaras Anhaguera Valparaíso de Goiás (GO), v. 1, n. 1, p. 9-18, Jan-Jun 2012.

PEREIRA, Fabíola Meister et al. Desempenho funcional de pacientes com fibrose cística e indivíduos saudáveis no teste de caminhada de seis minutos. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 735-744, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000600006>.

PEREIRA, Isabella Barbosa et al. Associação entre índice glicêmico e carga glicêmica dietéticos e síndrome metabólica em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-576, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300017>.

PEREZ, Mariângela. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-37, 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=188#citar>. Acesso em: 20 mai 2016.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. **Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. Gestão Coren-SP 2012-2014. [2012?], 46p. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos%205.02.14.pdf>. Acesso em 18 jan. 2015.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITAO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>.

QUINTAO, Maria das Graças; OLIVEIRA, Sandra Amara Silva; GUEDES, Helisamara Mota. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 191-201, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200004>.

RASHEED, Solah; WOODS, Robert T. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Res Rev**, v. 12, n. 2, p. 561-566, Mar 2013. Epub 2012 Dec 8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.11.003>.

RAUEN, Michelle Soares et al . Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 303-310, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300005>.

REABMED. **Medida de panturrilha**. 2016. Disponível em: <http://reabmed.com.br/index.php?route=product/product&product_id=193>. Acesso em 16 mai 2016.

RIBEIRO, Liliâne da Consolação Campos; SANTOS, F.H, CAMPOS, A.L. Envelhecer: alterações fisiológicas nesta nova etapa de vida. In: RIBEIRO, Liliâne da Consolação Campos; RIBEIRO, Mirtes. **Promoção à Saúde no Envelhecimento**. Diamantina: Fundaepe; 2008. p.63-73.

RIGO, Julio Cesar et al . Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 85-91, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000800004>.

ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

ROCKWOOD, Tood H. et al. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, Clitherall, v. 43, n. 1, p. 9-17, jan. 2000.

ROCHA, Danielle Aline; MIRANDA, Alexandre Franco. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-189, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100018>.

RODRIGUES, Sérgio Lamêgo; BALDO, Marcelo Perim; MILL, José Geraldo. Associação entre a razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 186-191, Aug. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. Epub June 18, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000073>.

RODRIGUES, Adriana Bonachela; YAMASHITA, Érica Tiemi; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 443-451, Dec. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000400004>.

ROE, Brenda et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. **J Adv Nurs**, Malden (MA), v. 67, n. 2, p. 228-250. Feb 2011. Epub 2010 Nov. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x>. Acesso em 23 jun 2016.

ROGERS, Michael E. et al. Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. **Prev Med.**, Amsterdam, v. 36, n. 3, p. 255-264, Mar 2003.

ROMERO-AYUSO, Dulce; MORUNO-MIRALLES, Pedro. Valoración funcional. In: ROMERO-AYUSO, Dulce; MORUNO-MIRALLES. **Terapia ocupacional: teoría y técnicas**. Madrid: Elsevier; 2003. p. 237- 245.

RUBENSTEIN, Laurence Z, et al. Screening for under nutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional Assessment (MNA-SF). **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Oxford, v. 56, n. 6, p. M366-M372, Jun 2001.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

13, n. 4, p. 1127-1132, Aug. 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400008>.

SANDS, Dana R.; MADSEN, Mari A. Fecal Incontinence. In: BECK, David et al. (Eds.). **The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery**. 3, ed. Springer: New York, 2011, p. 309-321.

SANTIAGO, Livia Maria; NOVAES, Cristiane de Oliveira. Auto-avaliação da audição em idosos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 98-105, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 July 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000500015>.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. 3° ed. Campinas (SP): Editora Alínea, 2010.

SCHÜNEMANN, Holger J. et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. **BMJ**, v. 336, n. 7653, p.1106-1110, mai. 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). **SIAB**. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFMA.def>. Acesso em: 18 jan. 2015.

SISTEMA DE INDICADORES DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DE POLITICAS DO IDOSO (SISAP – IDOSO). Disponível em:
<<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=forms/>>. Acesso em: 11 mai. 2016.

SILVA, Érica Rodrigues. **Análise da adesão de profissionais de saúde a um protocolo clínico para saúde cardiovascular do adulto e idoso em uma unidade de saúde da atenção primária**. 2010. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da Costa. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai-jun, 2003.

SKINNER, Mary. A literature review: Polypharmacy protocol for primary care. **Geriatr Nurs.**, Philadelphia, v. 36, n. 5, p. 367-371.e4, Sep-Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.003>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio (Org.). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha

Editora, 2011. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf>. Acesso em: 12 jun 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, suppl. 1, p. I-III, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 03 mar 2016.

SOUZA, Fernanda Ramos de; SCHROEDER, Priscila de Oliveira; LIBERALI, Rafaela. Obesidade e Envelhecimento. **Rev Bras Obes Nutr Emag**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 24-35, Mar-Abr. 2007.

SOUZA, Raphaela et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100009>.

SPRUIT-VAN EIJK, Monica et al. Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol. **BMC Geriatrics**, London, v. 10:15, May 2010. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-15>.

STAUDINGER, Ursula M.; FLEESON, William. Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? **Development and Psychopathology**, v. 8, n. 4, p. 867-885, 1996. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4495232>>. Acesso em: 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007471>

STAUDINGER, Ursula M. et al. **Self, personality, and life regulation: facets of psychological resilience in old age.** In: BALTES, Paul B., MAYER, Karl Ulrich. (eds.). The Berlin aging study: aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press, p. 302-328, 1999.

STEVENS, June. Impact of age on associations between weight and mortality. **Nut Rev**; Oxford, v. 58, n. 5, p. 129-137, mai 2000. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2000.tb01847.x>

STIJNEN, Mandy M. N. et al. Early detection of health problems in potentially frail community- dwelling older people by general practices-project old: design of a longitudinal, quasi-experimental study. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 7, Nov. 2013.

SUN, Fei; NORMAN, Ian J.; WHILE, Alison E. Physical activity in older people: a systematic review. **BMC Public Health**, London;, 13:449, May. 2013.

SUNDERLAND, Trey et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **J Am Geriatr Soc**, Malden, v. 37, n. 8, p. 725-729, Aug. 1989.

SHUMWAY-COOK, Anne; WOOLLACOTT, Marjore H. **Motor Control: Translating Research Into Clinical Practice**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

TABELA DE SNELLEN. **Wikipédia**. Enciclopédia online. Acesso em: 16 mai 2016.

TAPPENDEN, Paul et al. The Clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. **Health Technology Assess.**, Southampton; v. 16, n. 20, p. 1-72, 2012.

TC6MINBRASIL. **Teste de Caminhada de 6 Minutos**. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-da3RxQUMLk>>. Acesso em: 14 mai 2016.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFEVRE, Fernando. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200016>.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. **AATR**, v. 43, n. 3, p. 548-554, mai-jun 2012.

TERI, Linda et al. Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. **Gerontologist**, Oxford, v. 45, n. 6, 802-811, Dec. 2005.

THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**. 1998. [Internet]. New York; 2005. [acesso 2016 abr 25]. Disponível em: <http://www.hartfordign.org/>

TINETTI, Mary E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. **J Am Geriatr Soc.**, Malden, v. 34, n. 2, p. 119-126, Feb. 1986.

TODAMATÉRIA. **Digestão**. 2016. Disponível em: <<http://www.todamateria.com.br/digestao/>>. Acesso em: 16 mai 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: principais agravos e riscos à saúde**/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014.

VALETE-ROSALINO, Cláudia Maria; ROZENFELD, Suely. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 193-200, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000200013>.

VAN DALEN-KOK, Annelore H. et. al. Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, London; v. 15, n. 49, 18 p., Nov. 2015.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde Bucal: Atenção ao idoso**, Belo Horizonte, Nescon, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas educativas em atenção básica a saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009, 73 p.

VELLAS, Bruno; CESARI, Matteo; LI, Jun. **White Book on Frailty**. International Association of Gerontology and Gerontology/ Global Aging Research Network. IAGG GARN. Toulouse, 2016.

VERAS, Renato Peixoto; MATTOS, Leila Couto. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 73, n. 1, p. 128-134, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000100021>.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, June 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 May 2015.

VONO, Zulmira Elisa. **Enfermagem gerontológica: atenção à pessoa idosa**. 2º ed. São Paulo: Editora Senac, 2007.

VOUKELATOS, A. et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. **BMC Geriatrics**, London; v. 11: 24, May. 2011.

XAVIER, Hermes Toros et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkin; FARIA, Horácio Pereira; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WETZELS, Raymond et al. Intervenciones para mejorar la participación del paciente anciano en los episodios de atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

WILHELMSON, Katarina et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. **BMC Geriatrics**, London; v. 11: 24, May. 2011.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-24>.

WHITEHEAD, William E.; WALD, Arnold; NORTON, Nancy. Priorities for treatment research from different professional perspectives. **Gastroenterology**, v. 126, n. 1, supl. 1, p. S180-S185, Jan 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

YAMATTO, Talita Hatsumi. Avaliação Nutricional. In: TONIOLO NETO, João; PINTARELLI, Vitor Last; YAMATTO, Talita Hatsumi. **A Beira do Leito**: Geriatria e Gerontologia na prática Hospitalar. Barueri: Manole; 2007. p 23.

YANAMADALA, Mamata; WIELAND, Darryl; HEFLIN, Mitchell T. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. **J Am Geriatr Soc**, Malden; v. 61, n. 11, p. 1983–1993, Nov. 2013.

YESAVAGE, Jerome A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, Amsterdam, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

YUSUF, Sonia Ahlaim Ibrahim et al. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 202-208, Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032004000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032004000300013>.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

**PROTOCOLO CLÍNICO ASSISTENCIAL DE
ENFERMAGEM À SAÚDE DO IDOSO NAS UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BALSAS -
MARANHÃO**

Ana Maria Marques de Carvalho

Karin Viegas

2016

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação da Cognição	70
Figura 2 – Teste de equilíbrio unipodálico.	77
Figura 3 - Time up and go test.	78
Figura 4 – Teste de Romberg.	80
Figura 5 – Demonstração do teste de alcançar as costas.	82
Figura 6 – Teste de flexão do antebraço.....	83
Figura 7 - Consequências da imobilidade no sistema cardiovascular	85
Figura 8 – Consequências da Imobilidade no Sistema Respiratório	85
Figura 9 - Consequências da Imobilidade no Sistema Digestório	86
Figura 10 – Consequências da imobilidade no Sistema Geniturinário	86
Figura 11 – Consequências da imobilidade na pele	87
Figura 12 - Teste de caminhada 6 minutos	90
Figura 13 – Consequências relacionadas a incontinência Urinária	91
Figura 14 - Etapas da avaliação do idoso	92
Figura 15 – Relação da comunicação com os órgãos da visão, audição e fala e seus respectivos testes de avaliação.....	94
Figura 16 – Execução do Teste de Snellen	96
Figura 17 - Teste de visual de Jagger	97
Figura 18 – Teste do Sussurro	98
Figura 19 - Etapas da avaliação do idoso	98
Figura 20 – Técnica de avaliação da circunferência da panturrilha	105
Figura 21 - Avaliação da circunferência da panturrilha	106
Figura 22 – Avaliação da circunferência abdominal	107
Figura 23 - Fluxo de atendimento ao idoso na Atenção Básica a Saúde no Município de Balsas – MA	112
Figura 24 - Fluxo de atendimento de alto risco com dimensões baseadas na funcionalidade da população idosa.....	
Figura 25 – Rede de Assistência à Saúde do Idoso no Município de Balsas – MA.	113

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de evidência com enfoque no tratamento, prevenção, etiologia, prognóstico e diagnóstico	60
Quadro 2 - Avaliação da funcionalidade global e seus respectivos instrumentos de avaliação	66
Quadro 3 - Dimensões das atividades básicas de vida diária	67
Quadro 4 - Avaliação da mobilidade e seus respectivos instrumentos de avaliação	74
Quadro 5 - Tipos de pinça e atividades desenvolvidas conforme áreas utilizadas pelas mãos	83
Quadro 6 - Teste de caminhada 6 minutos (TC6M)	87
Quadro 7 - Níveis de caminhada conforme o percurso em metros	88
Quadro 8 - Classificação da incontinência urinária	90
Quadro 9 - Perda de peso em relação ao tempo	103
Quadro 10 - Índice de massa corporal para mulheres e homens acima de 65 anos	105
Quadro 11 - Tipos, fatores de risco, sintomas, parâmetros diagnóstico e complicações do Diabetes Mellitus	108
Quadro 12 - Classificação da Pressão Arterial Sistêmica de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)	109
Quadro 13 - Seleção do manguito conforme tipologia e circunferência do braço em adultos	110
Quadro 14 - Plano de ação para implantação do protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Balsas-MA	114
Quadro 15 - Indicadores de resultados sugeridos para controle dos resultados após implantação do protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas Unidades básicas de saúde da família do município e Balsas-MA	115

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	81
GRUPO DE DESENVOLVIMENTO	82
CONFLITO DE INTERESSE	82
OBJETIVOS	82
EVIDÊNCIAS	82
MAGNITUDE.....	84
TRANSCENDÊNCIA E VULNERABILIDADE.....	85
ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE ASSISTENCIAL	86
TREINAMENTO DA EQUIPE ASSISTENCIAL	87
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	88
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DO PROTOCOLO	88
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ASSISTENCIAL AO IDOSO	89
FUNCIONALIDADE GLOBAL	89
Atividades básicas da vida diária	90
Índice de Katz.....	91
Atividades Instrumentais da Vida Diária	91
Escala de Lawton-Brody	91
Atividades avançadas da vida diária	92
Avaliação do autocuidado	92
Escala para determinação da competência do diabético para o autocuidado	92
SISTEMAS FUNCIONAIS	93
AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO	93
Teste do Relógio	94
Teste de Reconhecimento de Figuras	94
Teste Fluência Verbal	95
Mini Exame do Estado Mental.....	95
HUMOR	95
Escala de Depressão Geriátrica	96
Inventário de Beck para Depressão	96
Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton	97
Escala de Investimento Pessoal na Vida	97
MOBILIDADE	97
AVALIAÇÃO DA POSTURA, MARCHA, EQUILÍBRIO E TRANSFERÊNCIA	99

Equilíbrio Unipodálico	99
Time up and go test	100
Teste de Tinnet	102
Teste de Romberg	103
CAPACIDADE DO ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA	104
Teste de alcançar as costas	104
Teste de Flexão do Antebraço	105
Função das Mãos	106
IMOBILIDADE	107
CAPACIDADE AERÓBICA	110
Teste de Caminhada de 6 (seis) minutos	111
CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA	113
Incontinência Urinária	114
Avaliação do idoso incontinente	115
Incontinência Fecal	115
COMUNICAÇÃO	116
Visão	117
Audição	120
ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO	122
Saúde Bucal.....	124
SAÚDE NUTRICIONAL E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	126
SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS	130
Diabetes Mellitus.....	131
Hipertensão Arterial Sistêmica	132
Dislipidemia.....	134
Obesidade.....	134
ALGORITMOS	134
PLANO DE IMPLANTAÇÃO	138
INDICADORES DE RESULTADO	139
VALIDAÇÃO	140
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXOS.....	158
APENDICE.....	190

APRESENTAÇÃO

Este protocolo tem o objetivo sistematizar a consulta e assistência de enfermagem à saúde do idoso na atenção básica, no município de Balsas – Maranhão.

O foco na saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si mesmo. Quando a assistência ao idoso, se fixa só no diagnóstico e um determinado agravo, não visualizando o usuário no contexto biopsicossocioespíritual, a resposta ao tratamento é fragmentada, levando a danos no processo de cuidar. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma. Mesmo que tenha comorbidades, ele pode continuar desempenhando seus papel. (MORAES, 2008).

Para que a população idosa receba um atendimento de qualidade, torna-se necessário, um processo reflexivo e de mudanças no modelo assistencial, focando na prevenção das doenças que acometem os idosos. (NERI et al., 2004). Como os idosos apresentam características peculiares em relação às demais faixas etárias, necessitam de uma avaliação global e multidimensional de saúde mais detalhada, com o objetivo de evidenciar problemas relacionados à queixa principal. (MORAES, 2008).

O grande desafio, das equipes das UBS, é promover ao idoso um envelhecimento ativo e saudável, evidenciando a importância da manutenção da funcionalidade e autonomia. Uma avaliação geriátrica adequada estabelecerá uma rotina de atendimento ao idoso, abordando-os corretamente, não tratando apenas os sintomas isoladamente, contribuindo na redução das complicações e do agravamento da saúde, que podem levar ao agravo da saúde e a internações, resultando em perda da independência e aquisição de novas incapacidades. (VERAS, 2009).

A implantação deste protocolo clínico assistencial para a saúde do idoso, tem como objetivo evidenciar os riscos adequadamente e sistematizar a consulta de enfermagem e o atendimento da equipe de saúde nas unidades básicas de saúde do município de Balsas - MA.

Boa leitura!

GRUPO DE DESENVOLVIMENTO

Ana Maria Marques de Carvalho – Enfermeira, Mestranda do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da UNISINOS, Mestrado Profissional em Enfermagem.

Karin Viegas – Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica, Professora do programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem - Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse dos autores em relação a este estudo. Todo o apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento deste trabalho foi custeado pelos próprios pesquisadores.

OBJETIVOS

Sistematizar o atendimento e a consulta de enfermagem e da equipe de saúde nas unidades básicas de saúde do município de Balsas – MA para a assistência ao idoso.

Buscar melhor qualidade na assistência e uso racional do sistema de saúde da cidade de Balsas - MA.

Garantir melhores resultados em saúde pública e a sustentabilidade do acesso universal ao idoso.

EVIDÊNCIAS

Com o intuito de apresentar as melhores evidências científicas publicadas e as estratégias estabelecidas, para realizou-se uma revisão as evidências foram tratadas com todo o rigor metodológico exigido para a elaboração de protocolos. (Quadro 1).

Quadro 1 – Níveis de evidência com enfoque no tratamento, prevenção, etiologia, prognóstico e diagnóstico

Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiologia	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados.	Revisão Sistemática de Coortes desde o início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte.
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito.	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas.
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.	Série de casos do tipo “tudo ou nada”.
B	2A	Revisão Sistemática de de Coorte.	Revisão Sistemática de coortes históricas.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2.	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de Evoluções Clínicas (<i>outcomes research</i>).	-	Estudo Ecológico.
	3A	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle.	-	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B.	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B.
	3B	Estudo Caso-Controle.	-	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada.
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade).
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	-	-	-

Fonte: OXFORD Centre for Evidence-Based Medicine (2009).

MAGNITUDE

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes mais do que a população total, que crescerá em torno de cinco vezes, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. (BRASIL, 2006).

O crescimento da população adulta e idosa representa um aumento das condições crônicas de saúde, impactando no setor saúde, pois além do idoso fazer uso de pelo menos um medicamento, sendo que mais de 34% consomem mais de cinco, também há um elevado aumento nas internações hospitalares. (ANJOS et al., 2009; TEIXEIRA; LEFEVRE, 2001).

Os problemas de saúde intensificam-se pela solidão e o baixo nível socioeconômico dos idosos, principalmente o idoso frágil, e isso evidencia-se principalmente nos portadores de patologias múltiplas e crônicas, sinalizando uma participação desproporcional dos idosos na demanda por serviços de saúde. (FERREIRA, 2003; PEREZ, 2008).

O Estado do Maranhão tem uma população total de 6.850.884 milhões de habitantes, sendo que 7,82% estão inseridos na faixa etária igual ou acima dos 60 anos, segundo IBGE (2010). O Maranhão é um estado que tem a maior população rural do país. Assim, um número expressivo de pessoas idosas vive no meio rural maranhense.

A abordagem de avaliação do idoso, varia entre os programas, porém a avaliação geriátrica, baseado no diagnóstico multidimensional, que tem como objetivo quantificar suas condições, nas áreas de saúde física, estruturas de suporte social, estado psicológico e habilidade funcional, é na maioria das vezes escolhido pelos programas de assistência ao idoso.

Em um estudo realizada no Reino Unido composto por duas revisões sistemáticas, uma revisão de estudos de eficácia clínica e a outra de custo-eficácia, no período de fevereiro a março de 2011, evidenciaram que os cuidados domiciliares de enfermagem contribuem positivamente para promoção da saúde em idosos. Entretanto, ainda não está claro se há resultado favorável na relação custo-eficácia. [A1A] (TAPPENDEN, 2012).

Farag et al. (2013) corrobora com o estudo acima descrito e destaca que na Austrália os valores gastos com serviços de saúde prestados ao idoso são subestimados, e não é possível quantificar com precisão o gasto real das intervenções realizadas nesta população. [B2B]

TRANSCENDÊNCIA E VULNERABILIDADE

O envelhecimento da população idosa incita discussão dos problemas de saúde que os idosos enfrentam atualmente. Com o envelhecimento ocorrem modificações biopsicossociais que interferem na saúde do idoso por determinarem a perda da capacidade do indivíduo adaptar-se ao meio ambiente, podendo acarretar maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos. (MORAES, 2012).

Ressalta-se que cada indivíduo tem suas particularidades e especificidades biopsicológicas e por esse motivo deve ser realizada uma avaliação individual. Para tal, é importante a existência de instrumentos que sirvam de guia para o enfermeiro sistematizar sua prática e avaliar os requisitos necessários a fim de descobrir a vulnerabilidade e fragilidade desse idoso. O atendimento tem como prioridade, a avaliação multidimensional geriátrica abrangente ou a avaliação global. (PAPALÉO, 2007)

Um estudo, na opinião de especialista da *American Geriatrics Society* (2012) evidencia pontos importantes dos princípios orientadores para o cuidado ao idoso com multimorbidade com o objetivo de incentivar uma melhor tomada de decisões, nos cuidados a esta população. [D5] (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012).

As doenças crônicas do idoso, tais como Mal de Alzheimer, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Insuficiência Cardíaca (IC), representam um fator importante no declínio funcional de idosos. A participação ativa de cuidadores familiares, a inserção em um programa de reabilitação e o uso adequado de instrumentos de triagem melhoram o prognóstico destas patologias. [B2A] [A1B] (SPRUIT-VAN EIJK, 2010; DELVILLE; MCDOUGALL, 2008; TERI et al., 2005).

A queda é considerada, como um dos problemas mais comuns e graves para pessoas idosas, e está associada a considerável mortalidade, morbidade, redução funcional e admissões prematuras em casa de repouso [D5] (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY; GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF AND ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION, 2001).

A execução de atividade física em indivíduos idosos colabora para prevenção de doenças não-transmissíveis, manutenção da independência e melhoria da qualidade de vida. Em contrapartida a estas recomendações, a prática de atividade física em idosos vem se tornando cada vez menos frequente. Faz-se necessário uma intervenção metodológica com a finalidade de criar estratégias de saúde pública para prolongar a saúde de pessoas idosas. [B2A] (SUN; NORMAN; WHILE, 2013).

Outro aspecto a ser considerado é a polifarmácia em pessoas idosas. Esta pode resultar em adversidades como quedas e internações. Para os efeitos colaterais de interações medicamentosas, faz-se necessário a criação de um protocolo de rastreio simplificado para orientar a prática da prescrição de medicamentos. [B2A] (SKINNER, 2015)

Acredita-se que a participação ativa de idosos nas decisões sobre seu tratamento nos cuidados de prevenção primária, melhora o seu estado fisiológico e funcional em comparação aos indivíduos que não participam ativamente deste processo. [A1A]. (WETZELS et al., 2008)

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE ASSISTENCIAL

No atendimento a pessoa idosa, todos os profissionais da equipe assistencial devem se envolver no processo. Assim cabe a equipe:

- a) identificar o idoso frágil;
- b) alimentar o banco de dados do SIAB (2015a);
- c) conhecer e identificar hábitos de vida e sociais (culturais, religiosos, éticos) que influenciem no atendimento do idoso;
- d) acolher o idoso integralmente, criando vínculo com a unidade de saúde;
- e) prestar atenção continuada às necessidades do idoso, articulando com os demais níveis de atenção e redes, para o cuidado integral;
- f) participar das atividades de educação permanente em saúde;
- g) desenvolver ações educativas relacionadas à saúde do idoso.

Atribuições do enfermeiro:

- a) realizar atenção integral ao idoso e sua família;
- b) realizar procedimento regulamentados pela lei do exercício profissional;

- c) dar assistência domiciliar, quando da impossibilidade do idoso em ter acesso a unidade de saúde;
- d) realizar a consulta de enfermagem voltada para o idoso, conforme protocolo instituído;
- e) supervisionar as ações dos demais profissionais de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde;
- f) realizar atividades de educação permanente em saúde interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe;
- g) orientar o idoso e seu cuidador (familiar ou outra pessoa de referência) sobre o plano de cuidados e tratamento.

Atribuições do Técnico de Enfermagem:

- a) realizar atenção integral ao idoso e sua família
- h) reforçar a orientação do idoso e seu cuidador (familiar ou outra pessoa de referência) sobre o plano de cuidados e tratamento.
- b) realizar procedimento regulamentados pela lei do exercício profissional;
- c) dar assistência domiciliar, quando da impossibilidade do idoso em ter acesso a unidade de saúde, supervisionado pelo enfermeiro;
- d) participar das atividades de educação permanente em saúde e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.

TREINAMENTO DA EQUIPE ASSISTENCIAL

O treinamento da equipe assistencial tem por objetivo melhorar a formação e as atitudes dos profissionais de saúde que atendem o idoso e sua família. A equipe assistencial deverá receber orientação antes da implantação do protocolo e anualmente ou quando o protocolo sofre alguma alteração no seu processo de revisão, fornecendo ferramentas e subsídios necessários para o atendimento do idoso e sua família e em direção de um envelhecimento saudável.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os idosos adstrito da unidade básica que tem condições de locomoção serão avaliados na unidade básica, mediante agendamento de consulta de enfermagem.

Os idosos acamados serão avaliados no domicílio pelo enfermeiro, quando da realização da visita domiciliar.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E REVISÃO DO PROTOCOLO

A avaliação e revisão deste protocolo será realizada por grupo de quatro enfermeiros, sendo um membro do serviço e três externos, conforme a ferramenta AGREE (BROUWERS, 2010), adaptado para este protocolo (Apêndice B).

Sua atualização será a cada 2 anos ou quando existir informações relevantes que exija mudanças imediatas.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ASSISTENCIAL AO IDOSO

A atenção básica é a porta de entrada na rede de assistência a saúde, independente da população.

Na avaliação geriátrica global (AGG), o diagnóstico da funcionalidade e o plano de cuidados, são desenvolvidas pelos serviços de saúde, interligados por uma rede de cuidados. Seu objetivo é a promoção da saúde e a manutenção da autonomia e independência, levando o máximo da preservação da funcionalidade do idoso.

FUNCIONALIDADE GLOBAL

Toda a abordagem geriátrica deve iniciar pela avaliação da funcionalidade global, isto é, buscando questões que abrangem o que o idoso consegue fazer hoje e o que gostaria de fazer amanhã. Esta avaliação pode iniciar pela avaliação das atividades básicas da vida diária básicas, atividades instrumentais e atividades avançadas, tendo como foco da avaliação a presença do declínio funcional (Quadro 2). (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

Quadro 2 - Avaliação da funcionalidade global e seus respectivos instrumentos de avaliação

DIMENSÕES A SEREM AVALIADAS		INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Funcionalidade Global	AVD avançado	Avaliação Individualizada: lazer, trabalho e interação social
	AVD Instrumental	Escala de <i>Lawton-Brody</i>
	AVD básico	Índice de <i>Katz</i>
	Avaliação do autocuidado	Escala do Diabético para o Autocuidado (ECDAC)

Fonte: Cruz; Ribeiro; Viegas (2014).

O idoso é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades diárias de forma independente e autônoma, independentemente da presença de doenças.

No declínio funcional ocorre a perda dessa autonomia e/ou independência, restringindo a participação do idoso no contexto social. Para que essa autonomia e/ou independência esteja presente é necessário uma integração harmoniosa dos sistemas funcionais como a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação. (FERREIRA et al., 2012). Essa perda da autonomia e/ou independência, está relacionada com a

presença das grandes síndromes geriátricas, resultando em incapacidades cognitiva, instabilidade postural (quedas), incontinência esfinteriana, síndrome da imobilidade, iatrogenia, polifarmácia e incapacidade comunicativa. (MORAES, 2012).

Torna-se notório que a elaboração de um conjunto de intervenções para idosos frágeis pode reduzir o número de internações hospitalares, aumentar a satisfação com a saúde e manter as habilidades funcionais. Em suma, uma avaliação geriátrica precoce, o apoio familiar e uma equipe multiprofissional contribui para melhorar a qualidade da assistência prestada, identificar as necessidades de informação, de cuidados e reabilitação. [A1B] [B3B] (WILHELMSON et al., 2011; FABBRICOTTI et al., 2013).

Atividades básicas da vida diária (ABVD)

As atividades de vida diária, incluem as atividades rotineiras como alimentação, vestir e despir, banho e higiene pessoal (Quadro 3). Com o processo do envelhecimento, o idoso pode apresentar dificuldades para executar tarefas rotineiras e para manter um comportamento. Para manter sua autonomia é fundamental que a pessoa idosa se mantenha ativa durante a vida. (NERI, 2014). Uma sugestão é a aplicação do protocolo de GDLAN para calcular o índice de autonomia. [B3B] (DANIEL et al., 2012).

Quadro 3 - Dimensões das atividades básicas de vida diária

Vestir e despir	Alimentação	Banho e higiene	Transferência	Continência
Proporciona: - bem estar - segurança -autoconfiança	Aspectos a observar: - dentição - Músculos das mãos e da boca -Coordenação motora - cognição comportamento	Proporciona: -boa aparência -autoconfiança - saúde física e emocional	Aspectos a observar: - Coordenação motora - cognição -Equilíbrio -força muscular - Mobilidade	Aspectos a observar: - controle dos esfínters - Ambiente adequado - força muscular
Exige: -coordenação - equilíbrio - Movimentação fina das mãos - visão - força muscular		Exige: - Ambiente adequado - Equilíbrio - força muscular - boa cognição		

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Índice de Katz

O índice Katz foi desenvolvido para avaliar as atividades básicas da vida diárias (KATZ et al., 1963), do funcionamento físico de indivíduos com doenças crônicas, estabelecendo metas de reabilitação e melhora. (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS , 2014). A recuperação do desempenho funcional do idoso incapacitado assemelha-se a sequência observada no processo de desenvolvimento da criança como: banhar-se, vestir-se , ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING, 1998). As funções são avaliadas no estado atual e não na capacidade para a realização das atividades pelo idoso. (Anexo A)

Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD)

A avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVD) permite a integração de uma pessoa na comunidade gerir a sua casa e a sua vida, isto é, ir às compras, gerir o dinheiro, utilizar o telefone, limpar, cozinhar, utilizar transportes. (COSTA; MONEGO, 2001).

Escala de Lawton-Brody

Em 1969, Lawton e Brody elaboraram uma escala para avaliar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), com as atividades: cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho e recreação, compras e dinheiro, locomoção, comunicação, relações sociais (cônjuge). Cada item recebe uma pontuação de zero à três, variando a pontuação total de zero a 90. Os itens são classificados quanto à assistência, a qualidade da execução e a iniciativa e servem para acompanhamento da pessoa idosa tendo como base a comparação evolutiva.

Freitas e Miranda (2006) criaram uma versão adaptada da escala de Lawton e Brody, contendo 9 itens assim descrito: uso de telefone, fazer compras, preparo de refeições, arrumar a casa, lavar roupas, usar meios de transporte, tomar medicações, controle financeiro e fazer trabalhos manuais domésticos, também pontuados de zero a três cada item (Anexo B).

Atividades avançada da vida diária (AAVDs)

As atividades avançadas da vida diária (AAVDs) não são atividades fundamentais para uma vida independente, mas estão relacionadas com maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental, estimuladas pelo desejo e pela motivação do idoso. Os itens avaliados são: dirigir carro, praticar esporte, andar de bicicleta, cantar, viajar e dançar. (NERI, 2014).

Sendo atividades mais complexas, elas estão relacionadas aos mais altos níveis de funcionalidade e também com a execução de papéis sociais. (FONSECA; RIZZOTTO, 2008; GOMEZ PORTILLA et al., 2008).

Para se desenvolver as AAVDs, torna-se necessário uma independência no controle dos ambientes físico e social (ROMERO-AYUSO; MORUNO, 2003), levando a um melhor estado físico e qualidade funcional. (BORGES, 2006). Quando ocorre um comprometimento dessas atividades, pode-se suspeitar de um estado de deterioração da capacidade funcional. (MARTOS MARTÍN, 2005).

Avaliação do autocuidado

O autocuidado depende de qualquer mudança no estilo de vida do idoso. E, os profissionais de saúde devem acompanhar o idoso neste processo. O contexto do autocuidado foca na prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, sendo que sexo, idade, estado de desenvolvimento, orientação sócio cultural, padrões de vida e fatores familiares podem interferir nessas ações. (FOUCAULT, 2004).

Escala para determinação da competência do diabético para o autocuidado

A Escala para determinação da competência do diabético para o autocuidado (ECDAC – Subescala III), testada e adaptada para o idoso, verifica a capacidade motivacional, que avalia autoestima e motivação para o autocuidado. (Anexo C).

As respostas são classificadas de 4 à 1, relacionadas em 11 itens que abordam autoestima, autovalorização, controle emocional para fazer julgamentos e executar ações, autodisciplina e aceitação de sua situação de saúde. (NUNES, 1993).

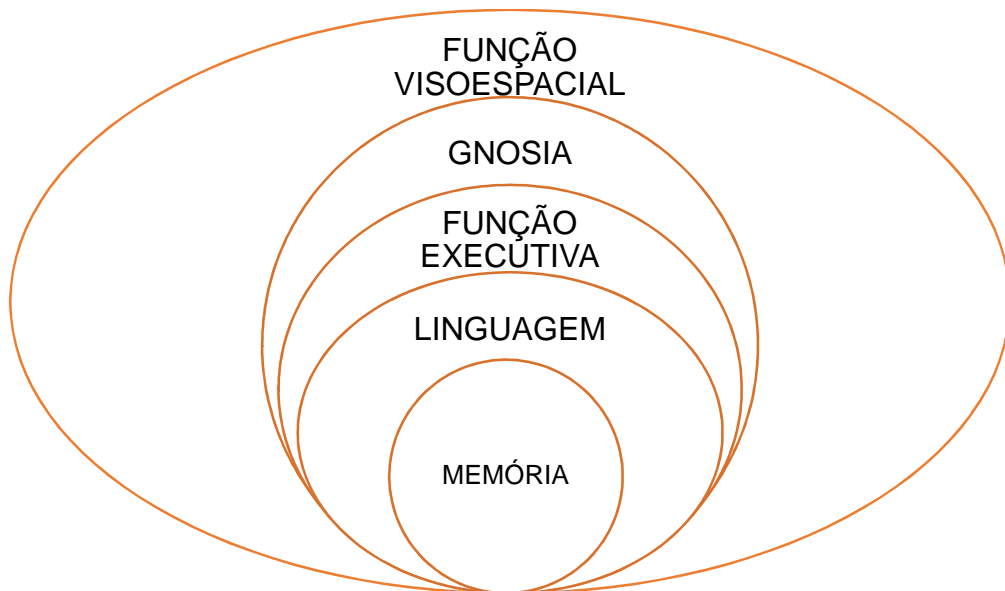
SISTEMAS FUNCIONAIS

A avaliação desses sistemas inclui a análise da cognição, humor, mobilidade e comunicação, utilizando-se escalas e listas apropriadas. (MORAES, 2012). A detecção de problemas de saúde em pessoas idosas é fator impeditivo para o desenvolvimento de processos patológicos. Para tanto, sugere-se que o uso de instrumentos de avaliação com a finalidade de investigar o efeito e a viabilidade de detecção precoce de alterações funcionais, pode definir precocemente os cuidados adequados. [B3B] (STIJNEN et al., 2013).

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

A avaliação da cognição (Anexo D) está relacionada a capacidade mental, bem como o idoso resolve os seus problemas diários. A avaliação desse sistema (Figura 1) compreende:

Figura 1 - Avaliação da Cognição



Fonte: adaptado de Moraes (2016).

O prejuízo da memória em idosos pode interferir diretamente na sua cognição. Um estudo experimental, realizado com 67 idosos, com objetivo de avaliar se as queixas de memória estavam relacionadas com a escolaridade; observou que estas se associavam principalmente com sintomas de ansiedade, não havendo diferença

significativa entre idosos de diferentes faixas de escolaridade. [B3C] (PAULO; YASSUDA, 2010).

Gates (2011) afirma que a realização de exercícios cognitivos podem produzir moderados a grandes efeitos benéficos sobre a memória em indivíduos com transtorno cognitivo leve. [A1A] As intervenções educativas, são também fundamentais para o reconhecimento precoce das alterações cognitivas. [B2A] (YANAMADALA; WIELAND; HELFIN, 2013).

A dor é um fator comum entre pessoas idosas, Van Dalen-kok et al. (2015) examinou a associação entre e sintomas neuropsiquiátricos e função física em pacientes com demência de moderada à grave e constatou que a dor pode estar associada à depressão, seguida de agitação/agressão. Mas, o autor evidencia que esta relação não está muito clara. [A1A]

Torna-se importante a implementação de terapias para pessoas com demência ou comprometimento cognitivo. Neal e Briggs (2008) procurou avaliaram a eficácia da Terapia de Validação, aplicada por Naomi Fiels, entre 1963 a 1980. Baseando-se em ensaios clínicos randomizados, foi possível concluir que há benefícios comportamentais positivos, entretanto é necessário mais estudos randomizados para comprovar sua eficácia. [A1A]

Teste do Relógio

Solicita-se a pessoa idosa desenhe um mostrador de relógio com números, em um círculo já desenhado. Logo após pede-se para acrescentar os ponteiros do relógio de horas e minutos, e por fim que ele represente um horário específico. O teste identifica a resposta da pessoa ao comando verbal, analisando a habilidade visual construtiva. (SUNDERLAOND et al., 1989).

Teste de Reconhecimento de Figuras

É um teste de simples aplicação e que depende muito pouco da escolaridade do paciente. Serve para avaliar a percepção visual e nomeação; a memória incidental e imediata e o aprendizado, dentro das respectivas etapas. Utiliza-se o reconhecimento pelo idoso de 10 figuras e o escore do teste é dado pelo número de figuras corretamente identificados. (NITRINI et al., 1994).

Teste de Fluência Verbal

Consiste em pedir ao idoso para dizer o maior número possível de animais (podem ser outros grupos de palavras relacionadas – frutas, animais ou palavras que comecem com a mesma letra, por exemplo) no intervalo de um minuto. Tem como objetivo avaliar o declínio cognitivo. A avaliação demonstra como a pessoa idosa utilizou o tempo na execução da tarefa. (RODRIGUES; YAMASHITA; CHIAPPETTA, 2008).

Mini Exame do Estado Mental

Utiliza-se para avaliar funções cognitivas. Sua aplicação leva em torno de 10 minutos. É um instrumento de rastreio mas não diagnóstico de demência. O exame indica funções que necessitam ser avaliadas. (Anexo E). (BRUCKI et al., 2003).

HUMOR

O humor está diretamente ligado a preservação da autonomia do idoso para desenvolver as suas atividades da vida diária. Quando o idoso começa a apresentar sintomas depressivos ou seu humor sofre alterações diárias, isto leva a um desinteresse em cuidar de si mesmo, que pode variar de uma tristeza isolada até um quadro depressivo de grande espectro.

A depressão é considerada uma síndrome geriátrica: humor deprimido, perda de interesse ou prazer e alterações do funcionamento biológico. (GONZALEZ et al., 2010).

McCabe et al. (2013) e Dozeman et al. (2007) reforçam a importância de melhores evidências para lidar com o gerenciamento da depressão clínica, sintomas comportamentais psicológicos de demência e ansiedade. Para esta gestão a proposta é a participação de funcionários e idosos institucionalizados (McCABE et al., 2013) e o atendimento para idosos institucionalizado e na comunidade. (DOZEMAN et al., 2007). [A1B]

Algumas escalas podem auxiliar na detecção do humor e depressão, sendo que para fechar o diagnóstico, idoso deve ser avaliado por um médico especialista.

Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*)

Desenvolvida por Yesavage et al. (1983), oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação dos transtornos depressivos. Serve de compreensão do estado emocional do idoso, bem como se ele se encontra em depressão ou como ele se compreende.

Antes de iniciar a escala, explicar para o idoso que se trata de um teste de verdade e que ele precisa e deve responder SIM ou NÃO. Um idoso deprimido apresenta somatização de sintomas.

As principais causas de depressão em idosos são: micro acidentes vasculares, polifarmácia e/ou isolamento social. Se durante a aplicação, o examinador, observar que o idoso não compreende o que está sendo perguntado e não tem capacidade de realizar o exame, deve-se colocar na ficha “NÃO APLICÁVEL”. (Anexo F).

A GDS, segundo Montorio e Izal (1996), é uma escala validada e utilizada por muitos anos em diversos países e sua versão original contém 30 itens. Atualmente essa escala vem sendo substituída pela versão reduzida, que pode ser de 15, 10 e 4 itens. A GDS- 15 e a GDS-10, apresentam uma boa performance para avaliação de depressão em idosos, porém a GDS- 4 ainda não apresenta uma boa validação pelos estudos apresentados. (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PAIXÃO, 2005).

Inventário de Beck para Depressão

Foi descrito por Beck et al. (1961), sendo traduzida para o português em 1984 e validada por Gorenstein e Andrade (1996). É composta de 21 itens divididos em categorias. Cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica da pessoa observada. Cada item contém 4 afirmações que varia conforme a intensidade (de 0 a 3), cabendo ao indivíduo indicar qual das quatro afirmações melhor descreve seus sintomas. (Anexo G).

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A escala de Hamilton (1959) tem como objetivo avaliar cada pessoa de acordo com o seu grau de ansiedade e condições patológicas. A escala é composta por 14 itens, sendo esses distribuídos em dois grupos, no qual o primeiro é composto por

sete itens relacionados a sintomas de humor e ansiedade, e o segundo, também com sete itens relacionados a sintomas físicos e de ansiedade. O escore total é obtido pela soma dos valores atribuídos nos 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 à 56. (FREIRE, 2014). (Anexo H).

Escala de Investimento Pessoal na Vida

A escala de investimento pessoal de vida tem como objetivo investigar, através de domínios da vida (saúde, funcionamento intelectual, lazer, relações afetivo-sociais, sexualidade, bem-estar de sua família, independência, a vida como um todo, a morte e o morrer) como o idoso costuma pensar ou agir em relação a esse contexto.

É utilizado figuras referentes a satisfação, facilitando assim a utilização para pessoas que não sabem ler. A escala de avaliações varia de um (muito pouco satisfeito) à cinco (muitíssimo satisfeito), refletindo o pensar do idoso em relação a esses domínios. (STAUDINGER; FLEESON, 1996; STAUDINGER et al., 1999). (Anexo I).

MOBILIDADE

A mobilidade está associada as decisões tomadas (independência funcional), deslocamento do indivíduo e manipulação do meio. (MORAES, 2012).

São comuns as hospitalizações agudas em idosos e isto apresenta grande impacto na redução da mobilidade. [B2B] (MORTON; BERLOWITZ,; KEATING, 2008).

O protocolo no contexto da mobilidade baseia-se na avaliação do alcance, preensão, pinça, postura, marcha, equilíbrio, capacidade aeróbica, continência esfinteriana. O quadro 4 evidencia as avaliações e seus respectivos testes.

Quadro 4 - Avaliação da mobilidade e seus respectivos instrumentos de avaliação

DIMENSÕES A SEREM AVALIADAS		INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Avaliação do membro superior: ombro, braço, antebraço e mão
	Postura, marcha, equilíbrio e transferência	<i>Timed up and go test/Get up and go test</i> <i>Teste de Romberg e Nudge test</i> Equilíbrio unipodálico Teste de Tinetti
	Capacidade aeróbica	Teste de Caminhada de 6 minutos Dispneia de esforço
	Continência esfincteriana	Presença de incontinência urinaria ou fecal. Diário miccional

Fonte: Brasil (2006); Cruz; Ribeiro; Viegas (2014).

O desempenho das atividades da vida diária está relacionado pela integração entre capacidade e habilidade física. Os testes de avaliação são de vital importância para traçar o perfil funcional do idoso e desenvolver atividades no âmbito da promoção, prevenção e limitação de danos para as pessoas idosas. (ROGERS et al., 2003).

A instabilidade postural, muito comum em idosos, tem como produto final as quedas e a imobilidade. “As quedas ocorrem em 30% dos idosos, apresentam alta taxa de recorrência e constituem a sexta causa *mortis* de idosos. Tem causa multifatorial e devem ser prontamente investigadas”. (MORAES, 2012, p. 30-31).

As principais lesões em idosos, decorrentes de quedas, acontecem no ambiente doméstico. Várias situações são identificadas como causa, dentre elas os fatores físicos no domicílio e somente as adaptações físicas não são suficientes para redução de quedas. [A1A] (LYONS et al., 2008).

Além das adaptações físicas no ambiente doméstico, é necessário um processo de aprendizado gradativo do idoso no que tange o equilíbrio postural e a implementação de exercícios adaptados. [A1B] (VOUKELATOS et al., 2011; CLOSE et al., 2014). Também é importante a prevenção de quedas em idosos em contextos institucionais, baseado em um programa que inclui atividade física, suplementação de vitamina D, adaptações ambientais, educação quanto a prevenção de quedas e atendimento psicológico [A1A]. (NYMAR; VICTOR, 2011).

Intervenções que auxiliem na prevenção de quedas são de extrema importância para permanência da funcionalidade em idosos. Baseado neste contexto foi elaborado

um Programa de Prevenção Multifatorial de quedas. [A1B] (CABRAL et al., 2013). Também existem dispositivos tecnológicos (câmaras de monitoramento) de detecção de quedas em idosos com objetivo de analisar a sua eficácia no mundo real e sua aceitabilidade por essa população. Apesar do idoso interessar-se pela implementação destes dispositivos, ele demonstra preocupação quanto a sua privacidade, sendo necessário que os dispositivos sejam mais padronizados e confiáveis. [B2B] (CHAUDHURI; THOMPSON; DEMIRIS, 2014).

AVALIAÇÃO DA POSTURA, MARCHA, EQUILÍBRIO E TRANSFERÊNCIA

Para uma pessoa locomover-se é necessário envolvimento de vários mecanismos e com o funcionamento íntegro do sistema neurológico, musculoesquelético e cardiovascular. O processo do envelhecimento pode levar a deterioração dessas estruturas, ocasionando problemas na marcha e mobilidade do idoso. Algumas características são evidenciadas nesse processo como a diminuição da velocidade e do comprimento do passo, perda do balanço normal dos braços e diminuição das rotações pélvica e escapular. (MACIEL; GUERRA, 2005).

A instabilidade postural e/ou imobilidade, deve ser diagnosticada no idoso nas primeiras consultas realizadas pela equipe interdisciplinar. A função de mobilidade depende da postura e marcha, capacidade aeróbica e do funcionamento dos sistemas fisiológicos principais. (MORAES, 2012).

Equilíbrio Unipodálico

O equilíbrio postural refere-se à habilidade de manter o corpo estável, através da inter-relação das forças da gravidade e dos músculos e das forças inerciais. O sistemas vestibular, visual e proprioceptivo, entre outros devem estar íntegros para que as informações espaciais sejam transferidas para o sistema nervoso central, que organizará estas informações, mantendo a postura. (MORAES et al., 2014).

O teste do equilíbrio unipodálico é um instrumento para avaliação da estabilidade postural, levando a prevenção e quedas. O idoso se equilibra em um dos pés, com os olhos abertos e depois com os olhos fechados, por no máximo 30 segundos. O examinador deve estar atento durante o teste, para evitar à queda. Medir

em três tentativas, considerando o maior tempo na posição, equilibrado em apenas um dos pés. (Figura 2). (CHO et al, 2004).

Interpretação

- Permanecer na posição por 30 segundos = equilíbrio normal.
- Permanecer menos de 5 segundos na posição= maior risco de quedas em idosos.

Figura 2 – Teste de equilíbrio unipodálico

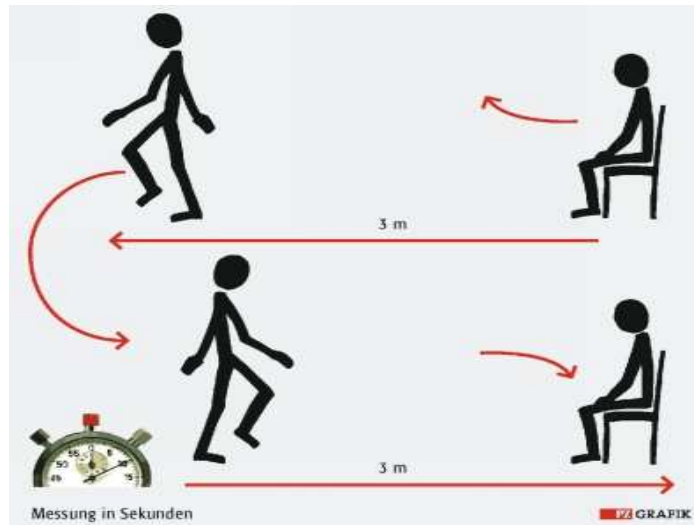


Fonte: Guia do idoso (2015).

Time up and go test

É um teste usado para avaliar a mobilidade do idoso; orientar a pessoa a manter-se calçado e utilizar quaisquer ajuda de mobilidade caso seja exigido. O idoso levanta de uma cadeira com apoio nas costas mas sem braços, caminha três metros com velocidade confortável, vira, volta rumo a cadeira e senta novamente. Deve ser cronometrado o tempo para realizar essa tarefa (Figura 3).

Figura 3 - Time up and go test



Fonte: My wall paper (2016).

Este teste tem como objetivo avaliar a capacidade para se levantar, o equilíbrio, a postura, a base da marcha (larga ou curta), a ignição da marcha, a velocidade, o tamanho do passo, a simetria, o balanço do tronco e dos membros, os movimentos involuntários e a habilidade para retornar. (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

Para realização do teste é necessário dispor dos seguintes instrumentos: cronômetro, fita métrica, cone e cadeira padrão, sem apoio para os braços.

Algumas medidas devem ser tomadas por parte do avaliador como:

- a) a cadeira deve está apoiada contra a parede;
- b) a área tem que ter boa iluminação;
- c) o chão deve ser antiderrapante e plano;
- d) a borda da base do cone deve ser posicionado em 2,44m do ponto de projeção da borda anterior do assento da cadeira do solo, manter uma área livre de obstáculos ao redor do cone com raio mínimo de 15m. (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

Etapas para realização do exame

- a) explicar ao idoso as etapas do teste;
- b) posicionar o idoso no meio do assento;
- c) as mãos devem estar apoiadas na coxa ou nas laterais do assento;
- d) o idoso deve levantar da cadeira, caminhar três metros e contornar ao redor do cone, por qualquer um dos lados, retornar a cadeira e sentar-se;
- e) o idoso deve cumprir o trajeto o mais rápido possível;
- f) o avaliador deve disparar o cronometro, assim que for dado o sinal de partida, tendo ou não o idoso iniciado o movimento e encerra-se no instante que ele senta.

Interpretação

- < 10 seg. = normal
- > 10 seg. = começa a apontar algum problema de mobilidade e / ou equilíbrio
- > = 14 seg. = indica um maior risco de quedas em idosos

Teste de Tinnet

A escala de Tinneti avalia o equilíbrio e a mobilidade (habilidade de se locomover num ambiente, sendo uma função complicada e composta por múltiplas manobras) e foi desenvolvida em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski. (ABREU; CALDAS, 2008).

A escala pode identificar componentes da mobilidade do idoso que podem estar afetando as atividades da vida diária; avaliação de susceptibilidade a quedas; intervenções que auxiliam na reabilitação e na prevenção para melhorar a mobilidade. (MENEZES; BACHION, 2008).

O teste de Tinneti avalia o equilíbrio do idoso em 16 diferentes situações. Nos primeiros nove itens é avaliado o equilíbrio estático; e os outros sete itens é avaliado o equilíbrio dinâmico (marcha), sendo solicitado ao idoso que se desloque de um ponto para outro. Ao teste do equilíbrio do corpo são atribuídos um total de 16 pontos e ao

teste de marcha são atribuídos 12 pontos, perfazendo um total máximo de 28 pontos (Anexo J). (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA , 2007).

Interpretação

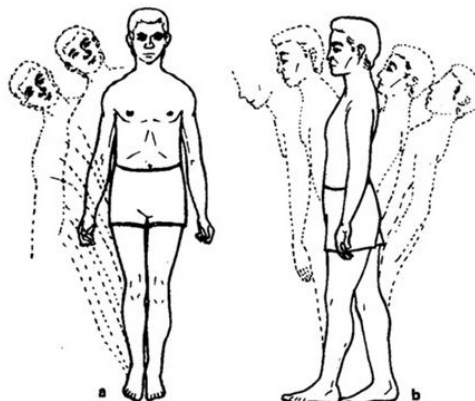
- 0 – 19 pontos: elevado risco de queda
- 19 – 24 pontos: moderado risco de queda
- 24 – 28 pontos; baixo risco de queda

Teste de Romberg

É um teste neurológico que investiga perda proprioceptiva (capacidade do cérebro saber a posição das várias partes do corpo). Quando ocorre algum problema com os cordões posteriores ou com nervos periféricos, há uma perda maior ou menor da propriocepção. (MARANHÃO-FILHO; COSTA, 2000).

É solicitado ao idoso que permaneça por alguns segundos, em posição vertical, com os pés juntos, inicialmente olhando para a frente. Logo após solicita-se que feche os olhos. O exame é considerado alterado (positivo) se houver oscilações do corpo, com tendência à quedas. Quando ocorrer queda para qualquer lado, imediatamente após interromper a visão, indicando lesão das vias de sensibilidade proprioceptiva consciente. E, quando ocorrer queda para o mesmo lado, após pequeno período de latência, indica lesão do aparelho vestibular (Figura 4). (CIPRIANO, 2012).

Figura 4 – Teste de Romberg



Fonte: Jeni (2016).

A relação entre equilíbrio e melhoria do equilíbrio estático e dinâmico, durante dupla tarefa, evidencia que existem várias limitações nesse processo. Pelos

protocolos serem amplamente diferentes, obtém-se resultados inconsistentes sobre o assunto abordado. [B3A] (GOBBO et al., 2014).

CAPACIDADE DO ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA

Os membros superiores são responsáveis pelo alcance, preensão e pinça e este tem como resposta a capacidade de manipulação do meio, bem como a execução de ações fundamentais para a independência funcional. Os ombros têm a articulação mais flexível do corpo, as mãos são estruturas extremamente complexas e funcionalmente decisiva para o indivíduo. Atividades simples do cotidiano como vestuário e alimentação até tarefas de maior complexidade e exigência de controle, como manejo de ferramentas e instrumentos, são providas por diversos tipos de ações das extremidades superiores. (MORAES, 2012).

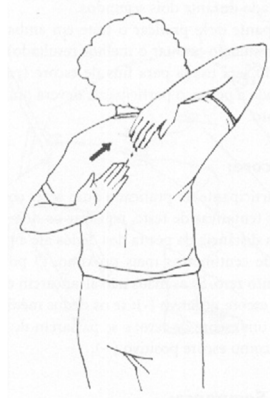
O alcance depende da estabilização postural, para que o deslocamento do membro atinja o objetivo funcional da tarefa com precisão. A preensão é outro componente que participa da função do membro superior e diferente do alcance. É controlada principalmente a partir de referências das características do objeto (dimensão e forma) e envolve primeiro a adequação da forma da mão e dos dedos, com as características estruturais do objeto, para então ocorrer à execução do movimento apropriado. (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2011).

Para verificar esta função solicite para o idoso elevar os braços acima do nível do ombro e verifique se ele consegue manusear ou segurar pequenos objetos.

Teste de alcançar as costas

Este teste procura avaliar a movimentação geral do ombro: adução, abdução, rotação interna e externa. O material necessário para realização é uma régua de 50cm (Figura 5).

Figura 5 – Demonstração do teste de alcançar as costas



Fonte: Monte, 2012.

Instruções

- Na posição em pé, o idoso coloca a mão dominante por cima do ombro do mesmo lado e alcança o mais baixo possível em direção as costas, com a palma da mão para baixo e os dedos estendidos
- A outra mão é colocada por trás da cintura , palma voltada para fora, numa tentativa alcançar o mais longe possível na tentativa de tocar ou sobrepor os dedos médios de ambas as mãos
- O idoso deve visualizar uma demonstração e ensaiar o movimento duas vezes antes de fazer o teste
- Realizar o teste duas vezes , uma com cada mão
- A pontuação do teste é feita por meio de medidas em centímetros, sendo registrado da seguinte maneira: sinal negativo (-) se os dedos não se tocarem, zero (0) caso as pontas apenas se toquem, sinal positivo (+) se as mãos se sobrepuserem e ai então registra-se a medida.

Teste de Flexão do Antebraço

Esse teste tem como objetivo medir a força dos membros superiores (Figura 3). Usa-se o seguinte material: cadeira com encosto, cronometro, halteres com 2,27Kg para mulheres e com 3,63 Kg para os homens. (RIKLI; JONES, 2008).

Etapas do teste

- Posicionar o antebraço em posição inferior ao lado da cadeira, perpendicular ao solo (braço dominante).
- Dar o comando para iniciar. Solicitar ao idoso que rode a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço no sentido completo do movimento, depois retorna a posição inicial de extensão do antebraço.
- O avaliador ajoelha-se junto ao idoso, colocando os seus dedos no bíceps com a intenção de estabilizar a parte superior do braço. O antebraço do idoso deve apertar os dedos do avaliador. Torna-se necessário que a parte superior do braço mantenha-se estático.
- A pontuação do teste será registrada pela quantidade total de flexões completa que será realizada em 30 seg. Caso o idoso esteja no meio de uma flexão essa deverá também ser computada.
- O idoso deve visualizar uma demonstração e ensaiar o movimento duas vezes antes de iniciar o teste.
- Em caso de reclamação de dor, o teste deve ser suspenso.

Figura 6 – Teste de flexão do antebraço



Fonte: Monte, 2012.




Funções das Mãos

A mão é uma estrutura importante para a sobrevivência da espécie humana, pois possibilita a sua alimentação, a comunicação e também a transmissão de sentimentos cordiais entre as pessoas.

Segundo Lech et al (2005) o estudo anatômico da mão é o mais complexo de todo o sistema musculoesquelético, por apresentar estruturas pequenas ou pela especificidade de suas funções. O mesmo autor descreve que a mão e o punho são responsáveis por 90% da utilização do membro superior.

A mão em movimento tem duas funções básicas: a pinça e a preensão, ou pinça de precisão e pinça de força (Quadro 5).

Quadro 5 – Tipos de pinça e atividades desenvolvidas conforme áreas utilizadas pelas mãos

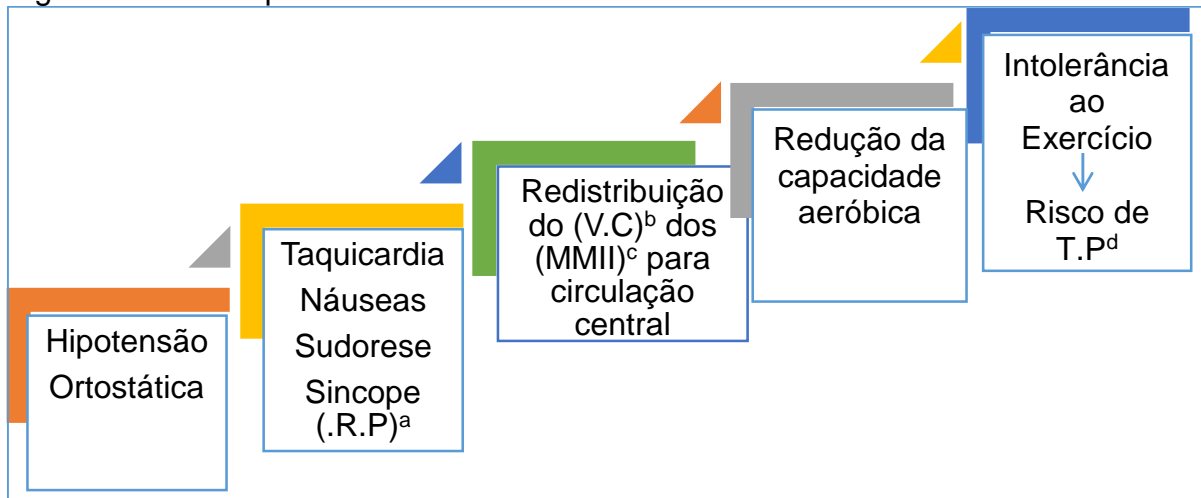
Tipos de Pinça	Áreas das mãos utilizadas	Atividades envolvidas
Pinça de ponta 	Pontas dos dedos, e a área de contato é restrita a extremidade distal e polpa digital.	Atividades bem especiais, que requerem mais precisão.
Pinça lateral (pinça de Chave) 	Lado dos dedos, entre a superfície lateral dos dedos e a polpa do polegar ou entre dois dedos.	É usada em poucas atividades da vida diária.
Pinça palmar 	Usa-se a maior superfície da face palmar, dos dedos e do polegar.	É a mais usada nas atividades da vida diária.

Fonte: FRANCO, 2010.

IMOBILIDADE

A imobilidade refere-se a qualquer limitação do movimento a gravidade, que é variável e com tendência progressiva. Quando o idoso apresenta grau máximo de imobilidade, conceitua-se como síndrome de imobilização, ou imobilidade completa, apresentando sinais e sintomas de déficit cognitivo avançado, rigidez e contraturas generalizadas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal e úlceras por pressão (Figura 7 a 11). (MORAES, 2012).

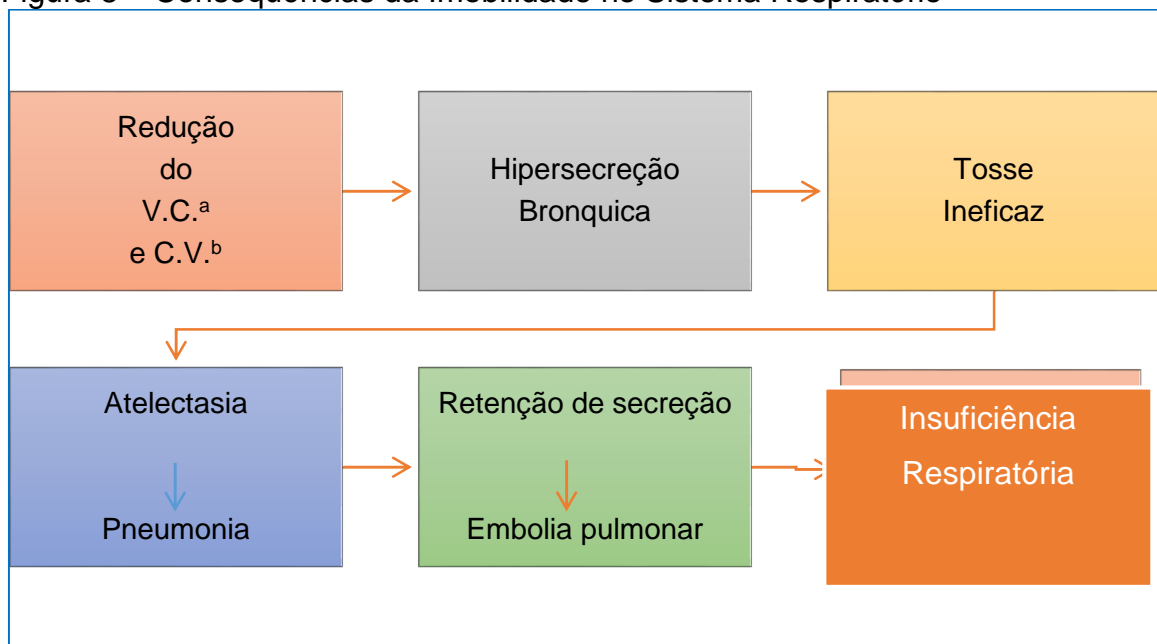
Figura 7 – Consequências da imobilidade no sistema cardiovascular



^a Repouso prolongado. ^b Volume circulante. ^c Membros inferiores. ^d Trombose profunda

Fonte: Adaptado de Moraes (2012).

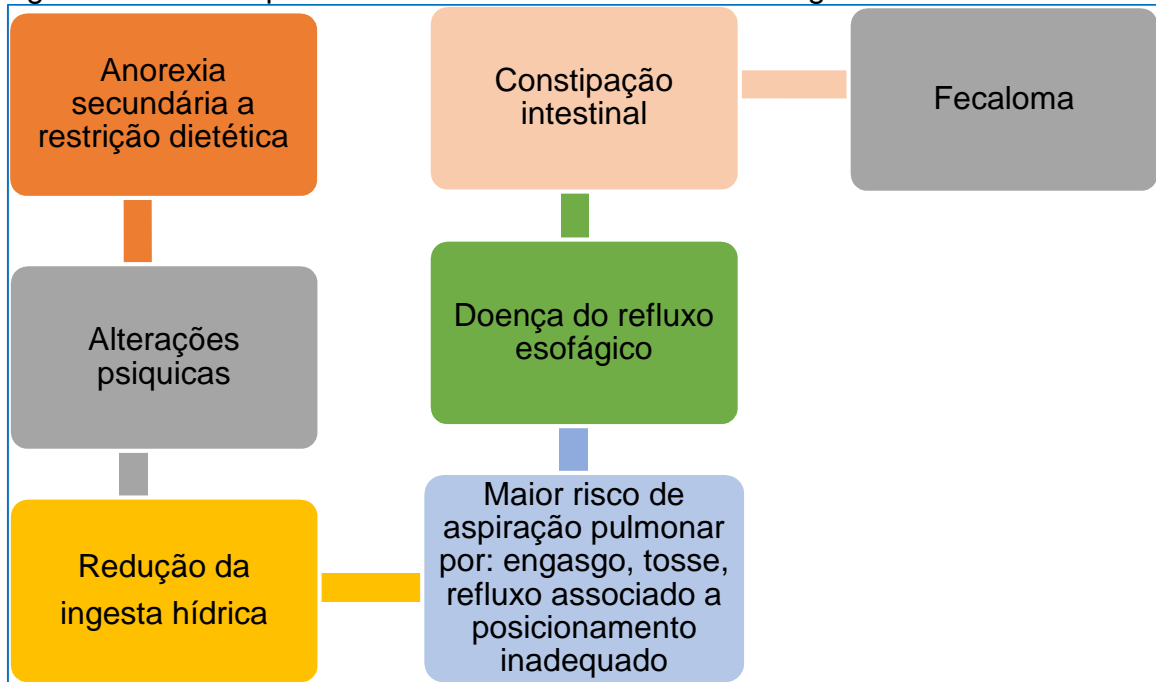
Figura 8 – Consequências da Imobilidade no Sistema Respiratório



^a Volume corrente; ^b Capacidade vital.

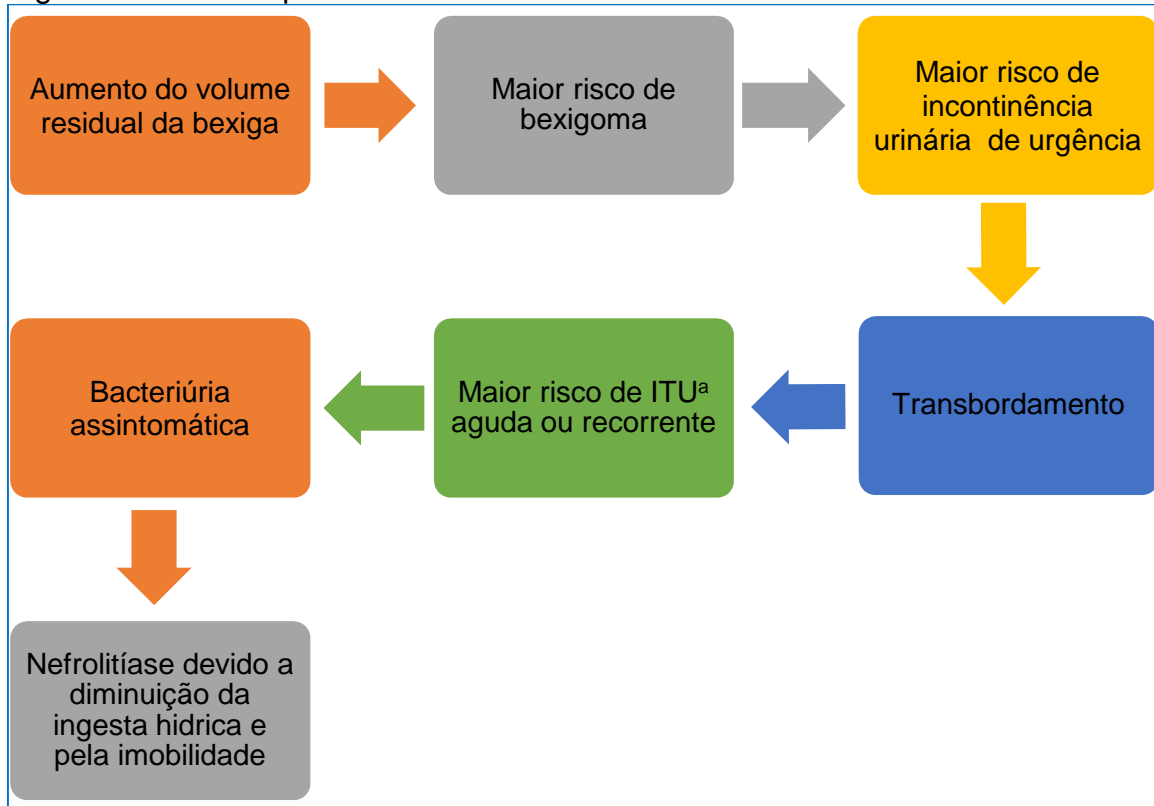
Fonte: Adaptado de Moraes (2012).

Figura 9 – Consequências da Imobilidade no Sistema Digestório



Fonte: Adaptado de Moraes (2012).

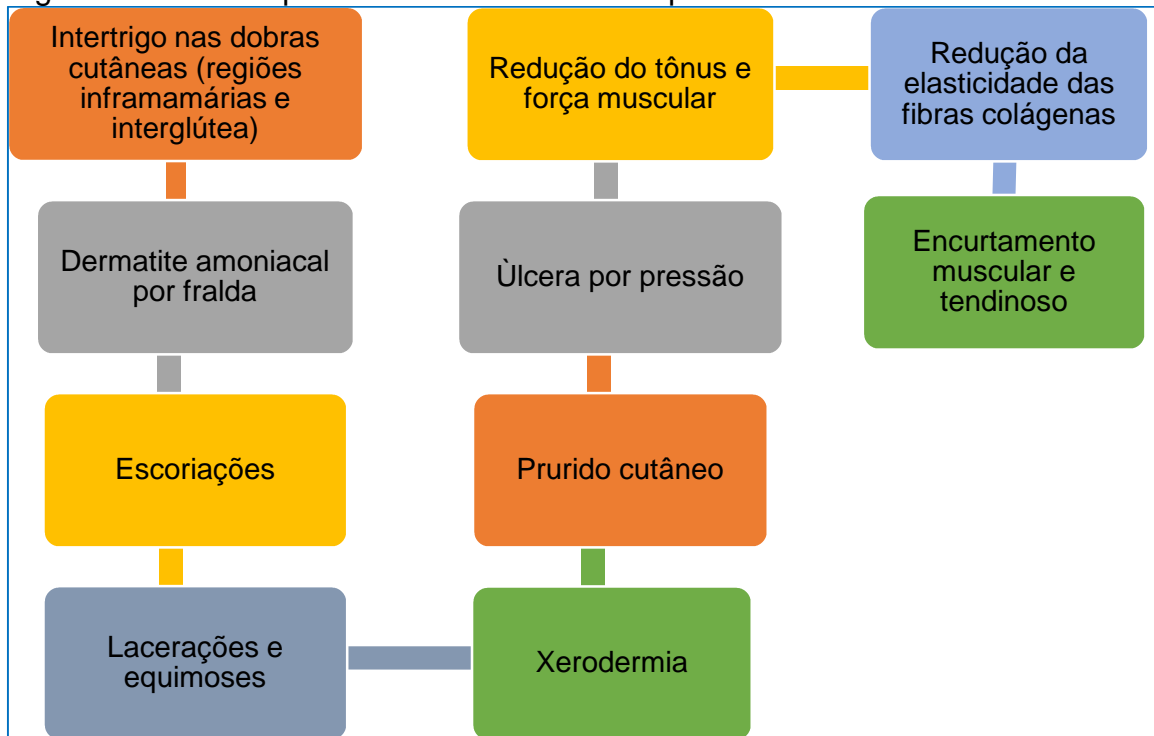
Figura 10 – Consequências da imobilidade no Sistema Geniturinário



^a Infecção do trato urinário.

Fonte: Adaptado de Moraes (2012).

Figura 11 – Consequências da imobilidade na pele



Fonte: Adaptado de Moraes (2012).

CAPACIDADE AERÓBICA

É a capacidade que o organismo tem de transportar e utilizar o oxigênio. Ela reflete a capacidade global dos sistemas cardiovasculares e respiratórios e a capacidade para realizar exercícios. Essa capacidade aeróbica diminui à medida que se envelhece. (MAZO et al., 2012).

A melhora na função cardiorrespiratória em idosos, em função da execução de exercícios aeróbicos, é benéfica para a melhoria do desenvolvimento cognitivo, principalmente nas funções motoras, velocidade cognitiva, auditiva e atenção visual. (ANGEVAREN et al., 2008). [A1A] A associação de um programa de treinamento sobre a capacidade cognitiva, física e bem-estar psicológico é eficaz para otimizar o funcionamento cognitivo e físico em idosos. [A1B] (O'DWYER et al. 2007).

Ressalta-se ainda a importância da realização de exercícios resistidos para idosos, com o objetivo de melhorar a força muscular, desempenho físico, principalmente os com diagnóstico de sarcopenia e osteoartrite. [A1A] (CRUZ-JENTOFT et al., 2014; HART et al., 2008).

Teste de Caminhada de 6 (seis) minutos (TC6M)

Esse teste se assemelha as atividades da vida diária, por isso é considerado um teste de esforço submáximo e tem como objetivo avaliar a condição física do avaliando. (FERNANDES et al., 2012).

Este teste tem como objetivo medir a distância que um indivíduo pode andar rapidamente em uma superfície plana e dura num tempo de seis minutos. Também possibilita avaliar as respostas globais e integradas e todos os sistemas envolvidos durante o exercício, incluindo sistemas cardiovascular e pulmonar, circulação sistêmica e pulmonar e metabolismo muscular. (ATS, 2002; PEREIRA et al., 2012).

O exame não exige a presença médica, porém o aplicador do teste tem que ser treinado em suporte básico de vida (BLS). O teste deverá ser interrompido imediatamente, caso o idoso apresente qualquer indisposição. (ATS, 2002).

Quadro 6 – Teste de caminhada 6 minutos (TC6M)

(continuação)

Indicações	Contra- indicações	Equipamentos
Avaliar paciente com cardiopatias moderada à grave e pneumopatas crônicos quanto à: a) capacidade funcional, b) morbidade e mortalidade, c) intervenções médicas antes e após procedimento	Absolutas: Angina Instável, Infarto agudo do miocárdio recente. Relativas: a) Frequência cardíaca (FC) em repouso > 120bpm. b) Pressão arterial sistólica (PAS) > 180mmHg. c) Pressão arterial diastólica (PAD) > 100mmHg.	- Cronometro. - Cones para delimitação do circuito. - Esfignomanômetro. - Estetoscópio. - Oxímetro de pulso adequado para realização de atividades físicas.
Orientações		
- Realizar pelo menos 2 horas após as refeições.		
- Os pacientes deverão ser instruídos a usar roupas e calçados confortáveis.		
- Os pacientes deverão fazer um período de repouso de 10 min., nesse período avaliar a Pressão Arterial (PA) , saturação de O ₂ ,frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR).		
- Utilizar um corredor com comprimento mínimo de 30 metros e sem circulação de pessoas.		
- Caso a saturação de O ₂ , medido pelo oxímetro de pulso for inferior a 85% , utilizar oxigenoterapia e interromper o teste.		
O avaliador deverá aferir os dados vitais, novamente e calcular a distância da caminhada realizada pelo paciente.		

(conclusão)

Medição das variáveis

As variáveis que podem ser medidas pelo TC6M são:

- a) medida objetiva que corresponde à distância caminhada total;
- b) medidas subjetivas, podem incluir: fadiga, dispneia, esforço para realização das atividades diárias, medidas pela escala de Borg modificada (Anexo K). A saturação de O₂ arterial também pode ser medida, e para isso usa-se oxímetros de pulso portáteis e leves. Através da equação de Enright e Sherril calcula-se os valores da distância caminhada.

Fonte: Adaptado de Enright et al. (2003); ATS (2002).

Para se determinar o nível de distância de caminhada previsto para cada teste realizado ao paciente utiliza-se as equações (Figura 12). (MOREIRA; MORAES; TANNUS, 2001).

Os fatores como sexo, idade, peso, altura, índice de massa corpórea, presença de patologias musculoesqueléticas, como artrite, são variáveis independentes que quando associadas podem influenciar o resultado do teste. (ENRIGHT; SHERRIL, 1998).

Homens:

$$DP = (7.57 \times \text{altura cm}) - (5.02 \times \text{idade}) - (1.76 \times \text{peso Kg}) - 309\text{m.}$$

Subtrair 153m para obter o limite inferior de normalidade

Mulheres:

$$DP = (2.11 \times \text{altura cm}) - (2.29 \times \text{peso Kg}) - (5.78 \times \text{idade}) + 667\text{m.}$$

Subtrair 139m para obter o limite inferior de normalidade

DP = distância prevista no teste de caminhada de 6 minutos.

A partir do cálculo da distância caminhada, através dessas equações, obtêm-se os níveis de caminhada que são (Quadro 7):

Quadro 7 – Níveis de caminhada conforme o percurso em metros

Nível 1	< 300 m
Nível 2	Entre 300 e 375 m
Nível 3	Entre 376 e 450 m
Nível 4	>450 m

Fonte: Enright; Sherril (1998)

Figura 12 - Teste de caminhada 6 minutos



Fonte: TC6MINBRASIL (2012).

CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA

Os esfíncteres são estruturas musculares que produzem a contração da uretra para evitar a perda de urina.

A incontinência urinária pode manifestar-se entre os 50 e 60 anos, principalmente em mulheres. Para que ocorra uma micção corretamente, o músculo detrusor deve contrair e o esfíncter relaxar, simultaneamente. Caso isto não ocorra, ocorre a disfunção miccional, isto é, a incontinência urinária. (BARROS; LUCENA; ANSELMO, 2007; HEATH et al., 2014).

No processo de continência anal, a integridade de várias estruturas podem estar comprometidas, pois este mecanismo depende do sistema nervoso central. (MISICI, 2007). Para que a defecação ocorra, há uma integração entre a musculatura esfincteriana anal, dos músculos do assoalho pélvico, da presença do reflexo inibitório reto anal, da capacidade, sensibilidade e complacência retal, da consistência das fezes e também do tempo de trânsito intestinal. Algumas patologias, como por exemplo diarreias, síndrome do colón irritável, doenças inflamatórias intestinais, dentre outras, podem levar a incontinência anal. (QUINTÃO; OLIVIERA; GUEDES, 2010).

Identificar práticas de cuidado para gestão da incontinência ou manutenção da continência em idosos que recebem cuidados em casa, evidenciando os protetores e o *toilete*, são os mais utilizados na prática do dia a dia. [B2A] (ROE et al., 2011).

Incontinência Urinária

Conceitua-se incontinência urinária como “perda de urina involuntária em quantidade ou frequência suficiente para originar um desconforto social ou problema de saúde” (Figura 13). (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UMA-SUS/UFMA, 2014, p. 16).

Figura 13 - Consequências relacionadas a incontinência Urinária



*Isolamento social, depressão e vergonha
Fonte: elaborado pela autora (2016).

Quadro 8 - Classificação da incontinência urinária

Tipos de Incontinência	Conceito
Por Urgência	Ocorre perda urinária com desejo súbito e incontrolável de urinar.
Por esforço	Decorre de deficiência esfinteriana associada ou não à hipermotilidade do colo vesical, de modo que durante manobras de esforço (tosse, espirro), a pressão intravesical supera a pressão no nível de esfíncter gerando perdas.
Mista	Decorre da associação de incontinência por urgência à incontinência de esforço.
Paradoxal (transbordamento)	Manifesta-se clinicamente por perdas em gotejamento associados a globo vesical palpável (bexigoma).

Fonte: Mascarenhas (2010).

Avaliação do idoso Incontinente

A figura 14 mostra etapas de avaliação do idoso quanto a incontinência urinária.

Figura 14 – Etapas da avaliação do idoso

História Clínica	Exame Físico	Diário Miccional	Exames Complementares
<ul style="list-style-type: none"> • Investigar: • Diabetes • HAS • Tipo de medicamento • Mobilidade • Hábito intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar: • Patologias neurológicas • Restrição de mobilidade • Presença de cistocele e/ou retocele • Volume prostático • Massas tumorais • Fecaloma e ou bexigoma 	<ul style="list-style-type: none"> • O paciente ou cuidador deve anotar por um período de 3 à 7 dias o volume urinado, o horário de cada micção, a presença de perdas urinárias e os fatores que desencadearam (Anexo L). 	<ul style="list-style-type: none"> • Exames laboratoriais: • Urinálise, • Urocultura, • Glicemia • Creatinina sérica • Exames de Imagem: • Ecografia pélvica, • Ecografia renal, • Ecografia de prostata.

Fonte: Whitehead, Wald, Norton (2004).

Incontinência Fecal

É a incapacidade, em condições diferenciadas, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária. Trata-se de condição incapacitante, constrangedora e com repercussão socioeconômica significativa. (SANDS; MADSEN, 2014).

Tipos de incontinência fecal:

- Incontinência anal total: ocorre uma perda de controle sobre a eliminação de fezes sólidas.
- Incontinência anal parcial: ocorre perda de controle restrito a eliminação de gases ou fezes líquidas.

Diagnóstico

- Avaliar através da história clínica.
- Identificar o tipo de incontinência.
- Investigar consistência, frequência das fezes, sintomas como dor e sangramento, sensação de evacuação incompleta, presença de afecções anorretais (fístula e hemorroidas), prolapso genital, cistocele, retocele, condições que restringem a mobilidade e hábito intestinal.

Escore de Incontinência de Jorge e Wexner

É composto por cinco variáveis. Cada uma recebe uma pontuação atribuída pelo paciente de forma objetiva e varia de zero à quatro pontos, de acordo com a frequência em que ocorre o evento: **zero** (nunca); **um** (raramente, menos de duas vezes por mês); **dois** (as vezes, menos de uma vez por semana e 1 vez ou mais por mês); **três** (geralmente, menos de 1 vez por dia e 1 vez ou mais por semana); **quatro** (sempre, 1 vez ou mais por dia) (Anexo M). (JORGE; WEXNER, 1993).

Escala da qualidade de vida na incontinência fecal (FIQLS)

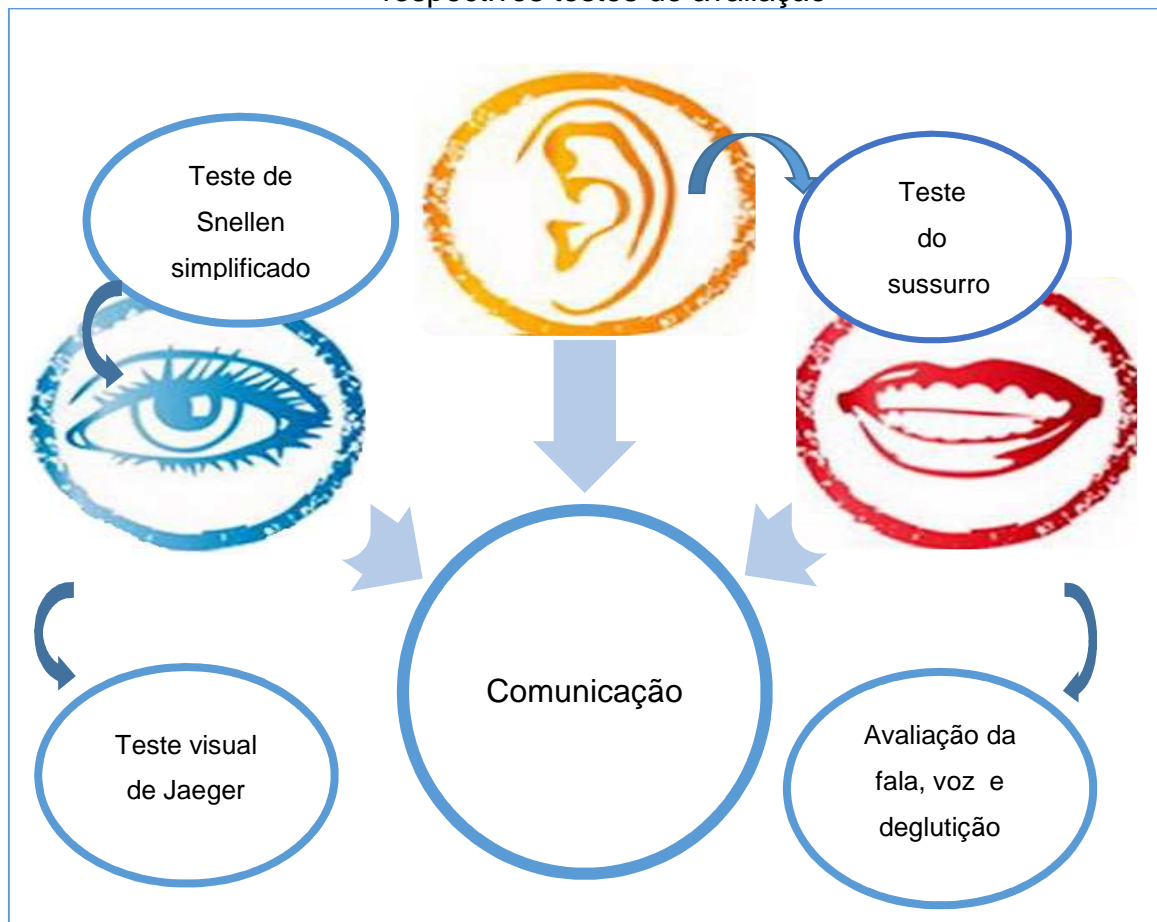
Questionário com linguagem simples que deve ser respondido pelo paciente. Os domínios representam grupos de itens que abordam o mesmo aspecto referente a qualidade de vida. (ROCKWOOD et al., 2000). É composto por 29 questões distribuídas em quatro domínios, abordando um aspecto da qualidade de vida: estilo de vida, comportamento, depressão e constrangimento, e foi validado para uso na população brasileira (Anexo N). (ROCKWOOD et al., 2000; YUSUFSAI et al., 2004).

COMUNICAÇÃO

A comunicação é um instrumento que estabelece um relacionamento de troca com o meio através das ideias, sentimentos e desejos, sendo fortalecido pelas motivações e possibilidades de intercâmbio e seu compartilhamento. (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008). Esta relação se dá através dos órgãos da visão, audição e fala e seus respectivos testes de avaliação (Figura 15).

A incapacidade de comunicação pode levar a uma perda ou restrição da participação social, levando a uma quebra no processo de decisões e independência do indivíduo.

Figura 15 - Relação da comunicação com os órgãos da visão, audição e fala e seus respectivos testes de avaliação



Fonte: Adaptado de Nunes (2014).

Visão

A acuidade visual se refere ao funcionamento normal ou disfuncional da visão. É o poder de resolução do sistema óptico à capacidade que o olho tem de perceber detalhes de imagens. O declínio da visão ocorre com o processo do envelhecimento, pois há alterações degenerativas da estrutura anatômica do olho. Um dos problemas mais presente é a diminuição da acuidade visual, da capacidade de adaptação noturna e aumento da sensibilidade da luz. (LINO, 2011).

Os testes de acuidade visual constituem importantes ferramentas para identificação precoce de possíveis alterações visuais, com foco nas ações de

prevenção. Dentre os diversos testes, o mais conhecido e utilizado é o Teste de Snellen. (LINO, 2011).

Teste de Snellen

Consiste em ler linhas de letras, cujo tamanho vai diminuindo, em um cartão pendurado a uma distância padronizada da pessoa a ser testada (Figura 16). Cada linha na tabela diz respeito a uma graduação que representa a acuidade visual (Anexo O). (BOWLING, 2015). A escala utiliza sinais em forma de Letra E, organizados de maneira padronizada, de tamanhos progressivamente menores, chamados optótipos. Em cada linha, na lateral esquerda da tabela, existe um número decimal, que corresponde à medida da acuidade visual. (BRASIL, 2008).

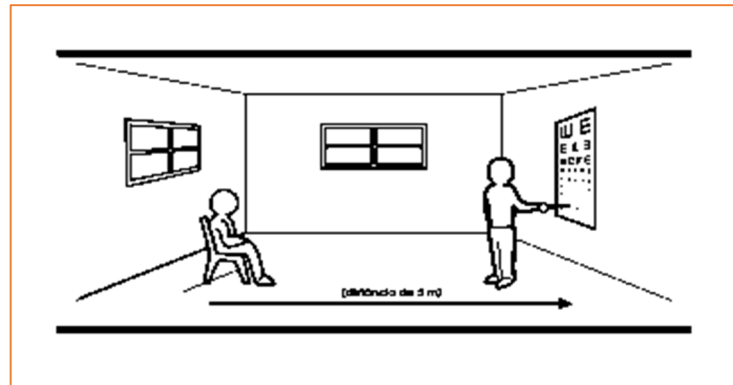
Material

- Escala de Snellen
- Lápis preto para apontar optótipos
- Impresso para anotação dos resultados
- Metro ou fita métrica
- Cadeira
- Cartão oclutor
- Fita adesiva

Etapas do teste

- A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada numa parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada;
- Posicionar a cadeira de maneira que as pernas posteriores da cadeira coincidam com a linha demarcada
- Manter o uso do óculos , durante o teste
- Utilizar o oclutor no olho esquerdo
- Apontar o optótipo com um lápis preto, iniciando do maior 20/200 para o menor 20/15 até o momento que a pessoa enxergue sem dificuldade. Então anotar até aonde o avaliado conseguiu visualizar .
- Repetir as etapas realizadas no olho esquerdo para o olho direito

Figura 16 – Execução do Teste de Snellen



Fonte: Brasil (2008).

Resultados

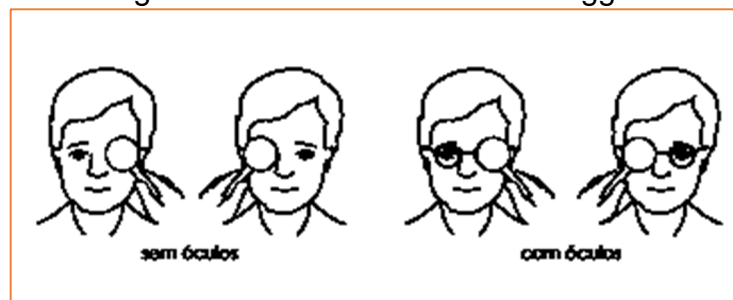
- **Critério de encaminhamento prioritário ao oftalmologista::**
 - ✓ Acuidade visual inferior a 0,1 em qualquer dos olhos.
- **Critérios para encaminhamento regular ao oftalmologista:**
 - ✓ Acuidade visual inferior ou igual a 0,7 em qualquer olho.

Teste visual do cartão de Jaeger

A avaliação da visão para perto, utiliza o cartão de Jaeger. Esse é disposto a 35 cm da pessoa. Caso o avaliado utilize óculos, o mesmo deve ser mantido durante a avaliação. As etapas devem ser repetidas tanto no olho esquerdo quanto no direito.

Os olhos devem ser ocluídos com a mão em forma de concha (Figura 17). As pessoas que lerem até o nível 20/40 serão consideradas sem disfunção. Quando identificadas alterações, o paciente deve ser encaminhado para avaliação com oftalmologista. (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

Figura 17 – Teste de visual de Jagger



Fonte: Brasil (2008).

Audição

A comunicação é um fator essencial na vida do ser humano. Para que esse processo ocorra através da linguagem falada, torna-se necessário a preservação da audição (CALAIS et al., 2008). Quando o idoso inicia com presbiacusia (deficiência auditiva), observa-se um impedimento para desenvolver seu pleno papel na sociedade, resultando numa resposta negativa no contexto social e emocional. (VERAS; MATTOS, 2007).

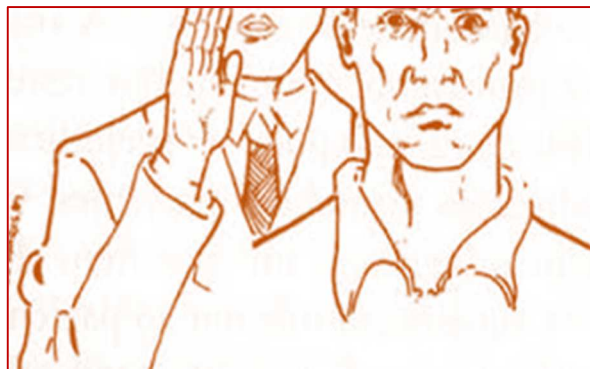
A audição pode ser avaliada através de perguntas simples como: compreende a fala em situações sociais? Consegue entender o que ouve no rádio e na televisão? Tem necessidade que as pessoas repitam o que lhe é falado? Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido na cabeça? Fala alto demais? Evita conversar? Prefere ficar só? Como também a utilização do teste do sussurro (*Whisper*). (SANTIAGO; NOVAES, 2009).

Teste do sussurro (*Whisper*)

O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa, a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples, como por exemplo “qual o seu nome”? (Figura 18).

Se o idoso não escutar deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume estar prejudicando a audição. Caso o conduto não apresente cerume, encaminha-lo para avaliação médica e para uma avaliação audiométrica. (ROSEN; REUBEN, 2011).

Figura 18 – Teste do Sussurro



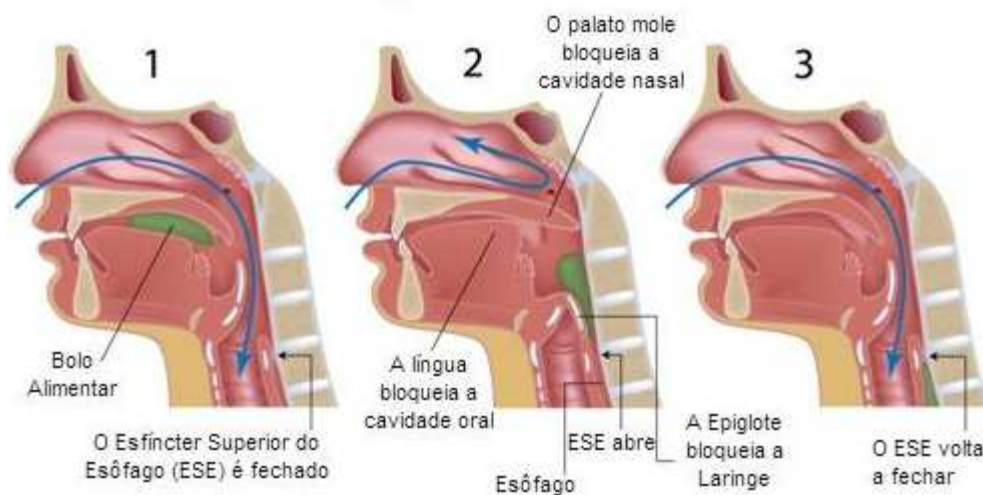
Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Avaliação da fala, voz e deglutição

O processo de avaliação da fala e da voz, deve ser rotineiro, evidenciando na respiração (capacidade, controle e coordenação da produção sonora) a fonação (intensidade e qualidade vocal), a ressonância (grau de nasalidade), a articulação (precisão articulatória e fonatória e coordenação motora) e a prosódia (ritmo e velocidade da fala espontânea. (MORAES, 2012).

A deglutição é uma sequência motora complexa que envolve a coordenação de músculos da boca, faringe, laringe e esôfago, interagindo com nervos específicos (trigêmeo, facial, vago, acessório, hipoglosso e glossofaríngeo), tendo como função transportar material da cavidade oral até o estômago, não permitindo a passagem de substâncias para a via aérea (Figura 19). (AIRES, 2012).

Figura 19 - Processo de deglutição



Fonte: TODAMATÉRIA (2016).

A disfagia é um distúrbio que dificulta ou impossibilita a ingestão segura, eficiente e confortável do alimento e da saliva. No idoso as causas da disfagia podem ocorrer pelo processo biofisiológico do envelhecimento e também pela maior prevalência de doenças associadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2011).

Alterações biofisiológicas na disfagia em idosos

- Redução da massa muscular e diminuição das unidades motoras funcionais
- Comprometimento sensorial na região laringofaríngea
- Declínio da força e da tensão muscular
- Aumento do tempo de contração dos músculos
- Perda da dentição natural, e também a perda da força mastigatória
- Próteses dentária mal adaptadas
- Redução da saliva

Consequências da disfagia em idosos

- Deficiência nutricional
- Desidratação
- Risco de bronco aspiração
- Isolamento social
- Depressão e ansiedade

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O processo do envelhecimento, desencadeia alterações fisiológicas, levando o organismo a diminuir a sua resposta de reagir satisfatoriamente às doenças e a fatores em que exige uma maior demanda do organismo, ocasionando um desequilíbrio homeostático, tendo como consequência a presença de múltiplas patologias. Baseado neste contexto, a *American Geriatric Society* (AGS, 2013) elaborou cinco recomendações para o manejo de pacientes geriátricos [D5]:

a) oferecer alimentação oral assistida, ao invés de tubos de alimentação percutânea para pacientes com demência avançada;

b) não usar antipsicóticos como primeira escolha para sintomas comportamentais e psicológicos da demência;

c) evitar o uso de medicação que leve a hemoglobina A1c menor que 7,5%. O controle moderado é a melhor escolha;

d) não utilizar benzodiazepínicos ou outros sedativos como primeira escolha para insônia, agitação ou delírio;

e) não usar antibióticos para tratar a bacteriúria.

Cada indivíduo apresenta o declínio funcional de maneira diferenciada em períodos diferentes e com sequencias diversificadas em relação a perda funcional. Infelizmente o envelhecimento biológico é irreversível, caracterizado pela vulnerabilidade às agressões do meio. (RIBEIRO; SANTOS; CAMPOS, 2008).

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam em interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais. Seja qual for o mecanismo e o tempo de envelhecimento celular, este não atinge simultaneamente todas as células, tecidos, órgãos e sistemas. (CARDOSO, 2009).

Torna-se necessário identificar as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, as diferenciando das síndromes geriátricas. Cada sistema tem seu tempo de envelhecimento, desde que não sofram interferências do processo da doença.

a) **Alterações da pele e anexos:** atrofia e afinamento da pele, diminuição da elasticidade e da absorção de água pela pele, hiperpigmentação, queratose seborreica, queda dos pelos e calvície, perda da pigmentação dos pelos, redução do tamanho e funções das glândulas sebáceas e sudoríparas e unhas frágeis. (CARDOSO, 2009).

b) **Alterações na composição e forma do corpo:** perda de massa muscular, diminuição do peso corporal, redução da força muscular, maior risco de desidratação aguda, achatamento dos discos intervertebrais, aumento da curvatura da coluna vertebral, disposição abdominal e visceral da gordura. (CARDOSO, 2009).

c) **Alterações do sistema gastrointestinal:** disfagia esofágica, declínio na produção do suco gástrico, constipação, má absorção no intestino delgado e a musculatura da deglutição torna-se frágil. (FERRIOLI; MORIGUTI; LIMA, 2006).

d) **Alterações do sistema cardiovascular:** hipertrofia do ventrículo esquerdo, espessamento das válvulas cardíacas (aorta e mitral), diminuição do débito cardíaco, da frequência e da complacência cardíaca, fibrilação atrial, aterosclerose, reserva funcional diminuída, diminuição da capacidade homeostática e sopro cardíaco. (SOUZA; SCHROEDER; LIBERALI, 2007).

e) **Alterações do sistema respiratório:** alterações posturais que promovem uma diminuição da capacidade de expansão da caixa torácica, bem como a compressão do diafragma e músculos acessórios da respiração. Perda da capacidade respiratória máxima, alteração do diâmetro da caixa torácica, alterações no reflexo da tosse, dificultando a limpeza brônquica e rigidez da parede torácica. (GORZONI; RUSSO, 2006).

f) **Alterações do sistema nervoso:** redução do tamanho e peso do cérebro, maior prevalência de demência, declínio de algumas funções cognitivas, processamento de informações mais lento, menor velocidade de condução nervosa e alteração nos reflexos. (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2006).

g) **Alterações do sistema geniturinário:** redução da filtração glomerular, esclerose dos vasos renais, incontinência urinária, prolapso uterino, ressecamento do canal vaginal, dispareunia (dor a penetração), redução na produção de testosterona, aumento do peso e tamanho da próstata, redução do número de espermatozoide, afrouxamento do tendão entre o pênis e o púbis, diminuindo o ângulo de ereção do pênis. (SOUZA; SCHROEDER; LIBERALI, 2007).

Saúde Bucal

A preocupação com a saúde bucal no processo de envelhecimento é de grande importância. Como todos os sistemas são interdependentes, um problema bucal como abscesso, periodontite, saburra lingual aumentada ou diminuição do fluxo salivar (xerostomia), má adaptação de próteses dentárias, presença de lesões e candidíase na cavidade oral, têm consequências na saúde geral, especialmente nas pessoas idosas e nos mais debilitados fisicamente. (MOREIRA et al., 2005; ROCHA, MIRANDA, 2013).

Dentre as rotinas de serviços odontológicos, observa-se que os idosos não tem hábito de visitarem o dentista regularmente, levando então a um retardo no diagnóstico das patologias. (VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

As atividades desenvolvidas para assegurar uma saúde bucal adequada aos idosos, principalmente nas unidades básicas de saúde, devem estar focadas na prevenção, tais como: orientações para hábitos dietéticos saudáveis, realização de um controle regular para a redução de irritações e injúrias mecânicas nas mucosas e

evidenciar através de educação em saúde os malefícios causados pelo uso de tabaco e álcool. (MAGALHÃES; MOREIRA; FERREIRA, 2004).

Existem alguns fatores de risco para doenças bucais em idosos, como: dificuldade de higiene bucal e das próteses, devido a um declínio geral, bem como distúrbios cognitivos; dificuldade motora e diminuição da acuidade visual; alterações do sistema que reduzem o fluxo salivar (desidratação, diabetes, depressão, etc.) e não realização de visitas regulares ao dentista. (CHALMERS, 2001).

Os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso, devem estarem cientes aos sinais de alerta em saúde bucal: dor, hemorragia, abscesso, traumatismo, lesão de tecidos moles, sendo necessário intervenção de um odontólogo. (SAINTRAIN; VIEIRA, 2008).

Capacidade para autocuidados: Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (IADHB)

A avaliação de idosos que apresentam incapacidades para as atividades da vida diária (AVD) deve ser complementada pela avaliação das atividades diárias de higiene bucal (ADHB). Nos casos em que não for possível a reabilitação para os autocuidados bucais, é necessário o treinamento dos cuidadores para esta atividade (Anexo P). (BAUER, 2001; VARGAS; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2011).

Índice de determinação de saúde bucal – GOHAI

Esse índice avalia a autopercepção de impacto pelo idoso, nas dimensões funcionais, psicológicas, sociais e de dor, segundo a frequência com que este foi percebido, nos três últimos meses. O instrumento original trabalha com cinco níveis de resposta para cada uma das 12 perguntas (sempre, repetidamente, algumas vezes, raramente e nunca). Para facilitar a aplicação e compreensão do paciente, sugere-se utilizar somente três alternativas: “sempre”, “algumas vezes”, ou “nunca” (Anexo Q). (ATCHISON; DOLAN, 1990).

SAÚDE NUTRICIONAL E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação nutricional é um critério importante na promoção da saúde do idoso. O seu estado nutricional está envolvido por diversas áreas da vida, como os aspectos socioeconômicos, culturais, até os fatores biológicos do processo de envelhecimento.

A desnutrição pode levar a redução na qualidade de vida de idosos, assim como um bom estado nutricional pode influenciar positivamente no estado físico e mental. [A1A] (RASHEED; WOOD, 2013). A realização de uma dieta equilibrada é fator para impedir a fragilidade e a desnutrição. [A1B] (DORNER et al., 2013).

Um fator preocupante na avaliação nutricional do idoso é a perda rápida de peso, que pode estar relacionado a doenças crônicas degenerativas, doenças ou alterações do trato digestivo, depressão, alterações cognitivas, dificuldade de deglutir, presença de disfagia, alterações no paladar, isolamento ou perda da capacidade funcional. (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

A avaliação nutricional deve estar embasada em critérios objetivos e subjetivos, levando em consideração os aspectos específicos dessa faixa etária, dentre eles destacam-se os dados antropométricos, como a avaliação do peso corporal juntamente com o índice de massa corporal (IMC), estatura, medida da circunferência da cintura, da panturrilha. A mini avaliação do estado nutricional e *Nutricional Screening Initiative* (NSI), juntamente com o inquérito alimentar, como a recordatório de 24hs (R24h), são parâmetros importantes para o diagnóstico precoce do estado nutricional. (PAULA et al., 2007; PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012).

Avaliação do peso corporal e altura

Para avaliação do peso corporal, deve-se ter o cuidado de aferir sempre que possível nas mesmas condições, pelo mesmo profissional e em balança devidamente calibrada. Esses parâmetros antropométricos servirão de base para cálculo do IMC.

A perda de peso é uma fator importante na avaliação de saúde do idoso. Dentro da classificação do idoso frágil, utiliza-se o cálculo em percentual através da fórmula (BLACKBURN et al., 1977):

$$\frac{\text{Peso habitual} - \text{peso atual}}{\text{Peso habitual}} \times 100$$

O quadro 9 apresenta a relação de perda de peso em relação ao tempo.

Quadro 9 - Perda de peso em relação ao tempo

Tempo	Perda Significativa de Peso (%)	Perda Grave de Peso (%)
1 Semana	1 – 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Fonte: Blackburn et al. (1977).

Orientações para avaliação do peso corporal

- Utilizar vestimentas leves
- Retirar adereços e calçados,
- Posicionar-se no centro da plataforma da balança, com o peso distribuído uniformemente entre os dois pés, mantendo-se ereta, sem movimentar-se e com os braços estendidos ao longo do corpo

Fonte: Souza et al. (2013).

A aferição da estatura é um dado muito importante em indivíduos idosos, apesar do comprometimento postural que pode ocorrer devido à idade. O estadiômetro é o instrumento adequado para avaliação da altura e o idoso deve estar descalçado, de frente para o avaliador, com calcanhares unidos, coluna vertebral ereta, com nádegas, ombros e cabeça junto ao antropômetro. Sua cabeça deverá formar um ângulo reto em relação ao estadiômetro, comprimindo levemente o cabelo. A leitura será efetuada através da leitura do cursor. (RAUEN et al., 2008; FAGUNDES et al., 2004).

Índice de Massa Corporal (IMC)

O cálculo do IMC do idoso não difere do adulto e é realizado pelo cálculo (LIPSCHITZ, 1994):

$$\frac{\text{Peso (em quilos)}}{\text{Altura}^2 \text{ (metros)}}$$

Devido a alterações associadas ao envelhecimento, o IMC diferencia dos parâmetros de outros grupos de indivíduos entre homens e mulheres (Quadro 10).

Quadro 10 – Índice de massa corporal para mulheres e homens acima de 65 anos

IMC	Peso
Baixo peso	< 22 kg/m ²
Peso adequado	> 22 e ≤ 27 kg/m ²
Sobrepeso / Obesidade	> 27 kg/m ²

Fonte: Lipschitz (1994).

Avaliação da circunferência da panturrilha

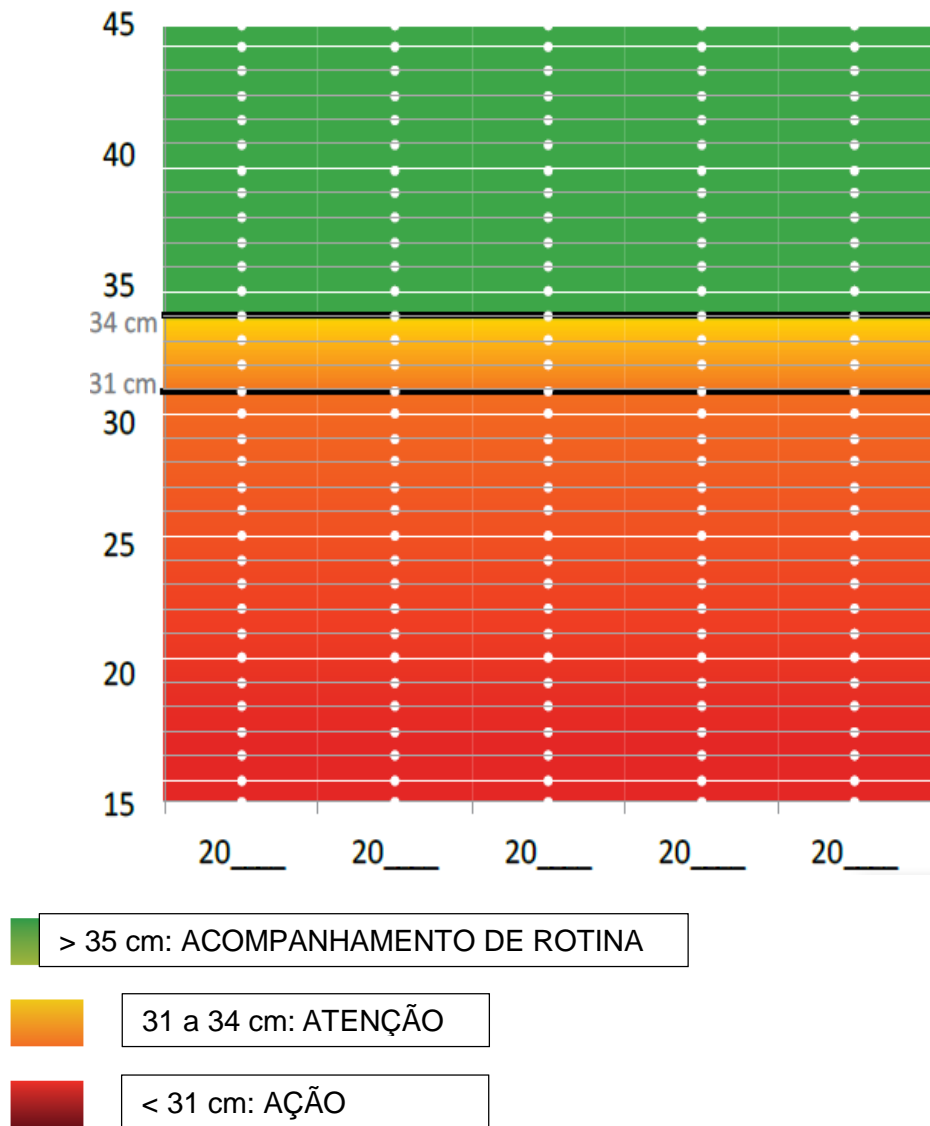
A medida do perímetro da panturrilha é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores do que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional e medidas menores que 34 cm podem significar uma tendência à sarcopenia (Figura 20 e 21). (BRASIL, 2014).

Figura 20 – Técnica de avaliação da circunferência da panturrilha



Fonte: REABMED (2016).

Figura 21 – Avaliação da circunferência da panturrilha



Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Medida da circunferência da cintura

Dentro dos parâmetros de avaliação da circunferência da cintura abdominal ainda há uma ausência de consenso, levando a dúvidas na tomada de aferição das medidas. (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

A medida da circunferência deve ser verificada no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela (Figura 17). Para indivíduos adultos, consideram-se como riscos aumentados para problemas cardíacos os pontos **≥ 80 cm para as mulheres e ≥ 90 cm para os homens**, sendo que estes mesmos pontos devem ser aplicados à população idosa. (YAMATTO, 2007; NAJAS; NEBULONI, 2005).

Figura 22 – Avaliação da circunferência abdominal



Fonte: Endocrinologia Online (2016).

Mini avaliação do Estado Nutricional (MAN)

O questionário da MAN é composto por 18 questões que avaliam as medidas antropométricas, a avaliação global, o questionário dietético simples e a avaliação subjetiva. É dividida em duas etapas, sendo a primeira denominada triagem, com seis questões e, a segunda, avaliação global, contendo 12 questões (Anexo Q). (PAULA et al., 2007; PAZ; FAZZIO; SANTOS, 2012).

Nutricional Screening Initiative (NSI)

O *Nutrition Screening Initiative* (NSI) é um questionário de 10 perguntas autoaplicável com a finalidade de identificar indivíduos com 65 anos ou mais e em risco nutricional e foi proposto para ser utilizado na atenção primária à saúde, com o objetivo de chamar a atenção sobre problemas nutricionais. (ALVARENGA et al., 2010).

O NSI é um instrumento simples, podendo ser aplicado tanto pelo profissional de saúde, quanto por um membro da família. Apesar de todas essas vantagens, no Brasil o seu uso ainda é restrito, porém em países como EUA, Espanha, Inglaterra, a sua aplicação é de ampla escala (Anexo S). (NAJAS; NEBULONI, 2005).

SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS (Hipertensão, Dislipidemia, Diabetes Mellitus e Obesidade)

A síndrome metabólica (SM) consiste em um complexo distúrbio provocado pela quebra da homeostasia corporal. O agrupamento de fatores de riscos inter-relacionados, cuja base é a resistência insulínica, contribui e favorece o

desenvolvimento de obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (DM) do tipo 2. (CORREIA et al., 2006).

O diagnóstico da SM é feito a partir da presença de pelo menos três das seguintes situações: circunferência abdominal (CA) maior que 102 cm nos homens e maior que 88 cm nas mulheres, dislipidemias (aumento dos níveis de triglicérides séricos ≥ 150 mg/dl e redução do HDL – Colesterol < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres), hipertensão arterial sistêmica (pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 85 mmHg), hiperglicemia ou o uso de medicação nos três últimos casos. (PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES; BALDO; MILL, 2010).

Com o aumento da idade existe risco maior para a SM, devido à tendência de maior prevalência de seus componentes entre os idosos. (RIGO et al., 2009). A SM aumenta com a idade, em homens e mulheres, alcançando 50% entre 60 e 69 anos. (BARBOSA et al., 2010).

Diabetes Mellitus

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016) o DM é conceituada como um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, caracterizado por hiperglicemia, resultando em efeitos danosos na ação e na secreção de insulina (Quadro 11).

Quadro 11 - Tipos, fatores de risco, sintomas, parâmetros diagnóstico e complicações do Diabetes Mellitus

(continuação)

TIPOS	FATORES DE RISCO	SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo 1: Ocorre destruição autoimune das células beta, situadas no pâncreas, tendo como resposta a deficiência absoluta de insulina. ▪ Tipo 2: Ocorre ao longo de um período variável, pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais frequente após os 40 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade > 35 anos ▪ Obesidade ▪ Antecedentes familiares ▪ Sedentarismo ▪ Parto de filhos com mais de 4Kg ao nascer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poliúria ▪ Polidipsia ▪ Polifagia ▪ Podem ocorrer: perda de peso, formigamento, disfunção erétil, perturbação da visão

(conclusão)

PARÂMETROS DIAGNÓSTICO

NORMAL: Glicemia de jejum < 100 mg/dl e Glicemia 2 horas após sobrecarga < 140 mg/dl.

GLICEMIA DE JEJUM INAPROPRIADA: Glicemia de jejum entre 100 mg/dl e 126 mg/dl. **INTOLERÂNCIA À GLICOSE:** Glicemia 2 horas pós sobrecarga, 140 mg/dl e < 200 mg/dl. **DIABETE MELLITUS:** Glicemia 2 horas pós sobrecarga, 200 mg/dl; Glicemia ao acaso acima de 200 mg/dl + sintomas clássicos; Glicemia de jejum: 126 mg/ml em mais de uma ocasião.

COMPLICAÇÕES**MICROANGIOPATIAS**

- ◆ Retinopatia diabética
- ◆ Nefropatia diabética
- ◆ Neuropatia diabética

MACROANGIOPATIAS

- ◆ Infarto agudo do miocárdio (IAM)
- ◆ Acidente vascular encefálico (AVE)
- ◆ Insuficiência arterial periférica dos MMII
- ◆ Pé diabético (alterações sensitivas, vasculares e mecânicas).

Fonte: SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes (2015/2016); American Diabetes Association (2014).

O envelhecimento associado a uma doença, como o DM, leva o indivíduo, progressivamente a prejuízos ainda maiores. O DM constitui uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade do hormônio exercer adequadamente seus efeitos, podendo levar ao desenvolvimento de doenças associadas e complicações, como retinopatia, nefropatia, neuropatia periférica, perda de mobilidade articular e força muscular. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Além disso, a função cognitiva parece também tornar-se comprometida em indivíduos portadores de DM. (ALVARENGA; PEREIRA, ANJOS, 2010).

Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica relacionada a vários fatores, sendo caracterizada por níveis elevados e mantidos de pressão. As alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e metabólicas são bem evidenciados na HAS. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A história e o exame clínico devem ser realizados com a atenção que exige a avaliação do idoso. Na aferição da pressão arterial são necessárias diversas avaliações e a variabilidade dos níveis pressóricos nesta faixa etária é muito grande (Quadro 12). O diagnóstico deve ser feito através de medições repetidas (pelo menos duas vezes em cada consulta, com intervalos de 1 a 2 minutos) e em duas ou mais visitas sistematizadas (em posição ortostática, sentado e deitado).

Quadro 12 - Classificação da Pressão Arterial Sistêmica de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe (normal-alta ou pré-hipertensão)	130 – 139	85 – 89
Hipertensão Estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão Estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial em adultos maiores de 18 anos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Não há provas suficientes para recomendar uma dose anti-hipertensiva exclusiva ou com combinação. No entanto, no tratamento da HAS em idosos, deve ser oferecido medicamentos que mantenham a Pressão Arterial Sistólica menor de 140 mmHg [A1A] (GOERES et al., 2014).

Outro fator que influencia na medida da pressão é o tamanho do manguito. Os manguitos utilizados devem ser adequados para o braço, que deve ser pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olecrano e o acrômio) e o comprimento, pelo menos 80% de sua circunferência média. (BRASIL, 2013a). (QUADRO 13).

Quadro 13 – Seleção do manguito conforme tipologia e circunferência do braço em adultos

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

Fonte: Brasil (2013b).

Dislipidemia

As alterações anormais de colesterol total (CT), Triglicerídeos (TG) e de lipoproteínas sanguíneas de alta e baixa intensidade estão presente nas dislipidemias (FERNANDES et al., 2011). A V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (DBDPA) (XAVIER et al., 2013) evidencia mais uma alteração além das citadas acima, o HDL baixo, sendo todos esses fatores considerados de risco para doenças do aparelho circulatório. Em idosos observa-se um discreto aumento ou moderado aumento de CT, TG e LDL- C.

Obesidade

A obesidade refere-se ao excesso de tecido adiposo no organismo, e é classificada como uma doença crônica, que somada as doenças cardiovasculares, osteomusculares, são fatores contribuintes para morbimortalidade, cerca de um terço da população adulta apresenta excesso de peso. (XAVIER et al., 2013).

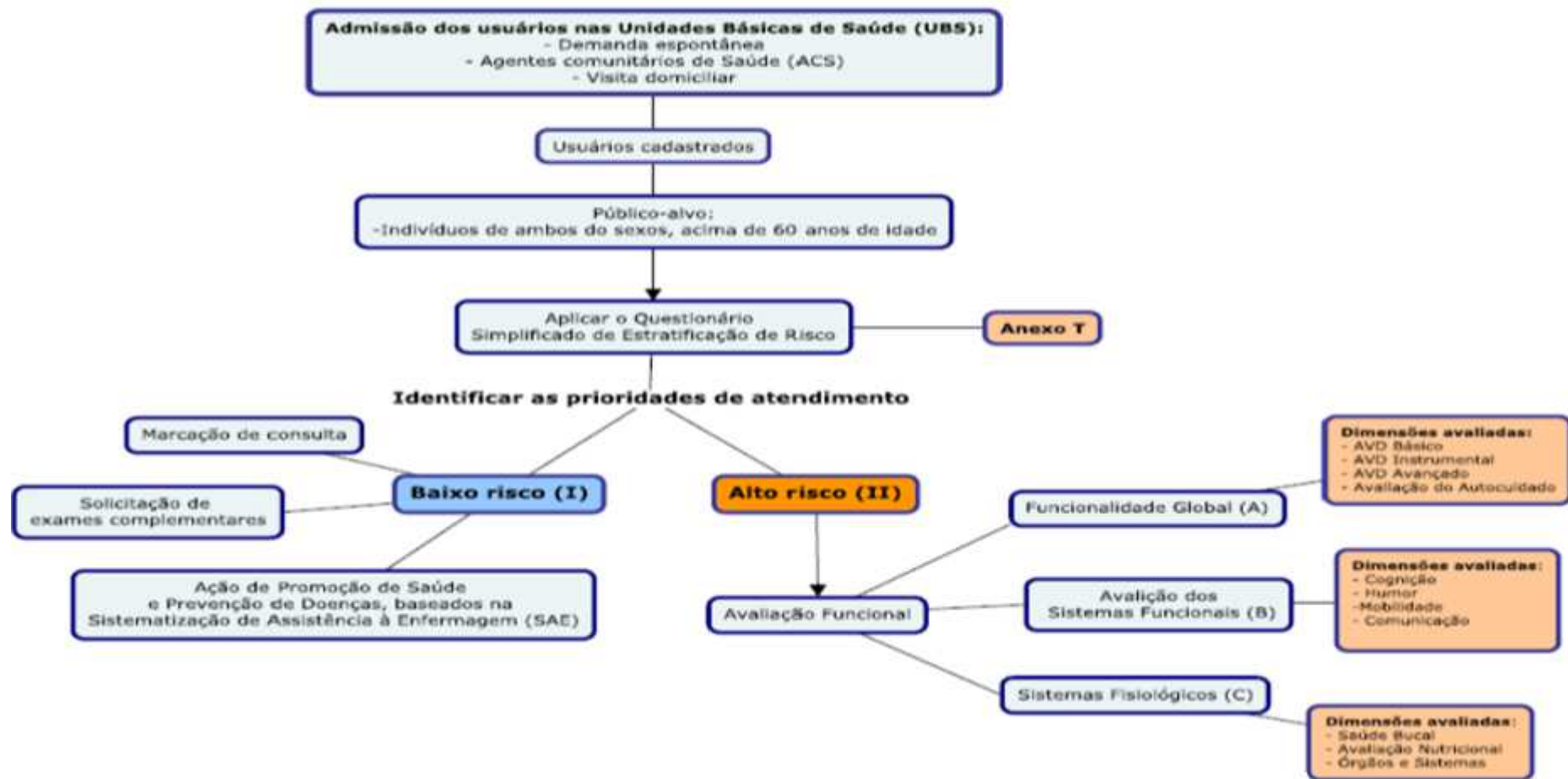
É considerado obeso o indivíduo que apresenta IMC acima de 27 kg/m². O nível de definição de obesidade não se diferencia na população idosa, apesar de uma tolerância maior dos idosos com o aumento de IMC, podendo assim a obesidade ser definida em um patamar de IMC mais elevado nesta faixa etária. (STEVENS, 2000).

ALGORITMOS

Os algoritmos demonstrados a seguir apresentam o fluxo de atendimento ao idoso na atenção básica (Figura 23), Fluxo de atendimento de alto risco com dimensões baseadas na funcionalidade da população idosa (Figura 24) e - Rede de Assistência à Saúde do Idoso no Município de Balsas – MA (Figura 25).

Figura 23 - Fluxo de atendimento ao idoso na Atenção Básica a Saúde no Município de Balsas – MA

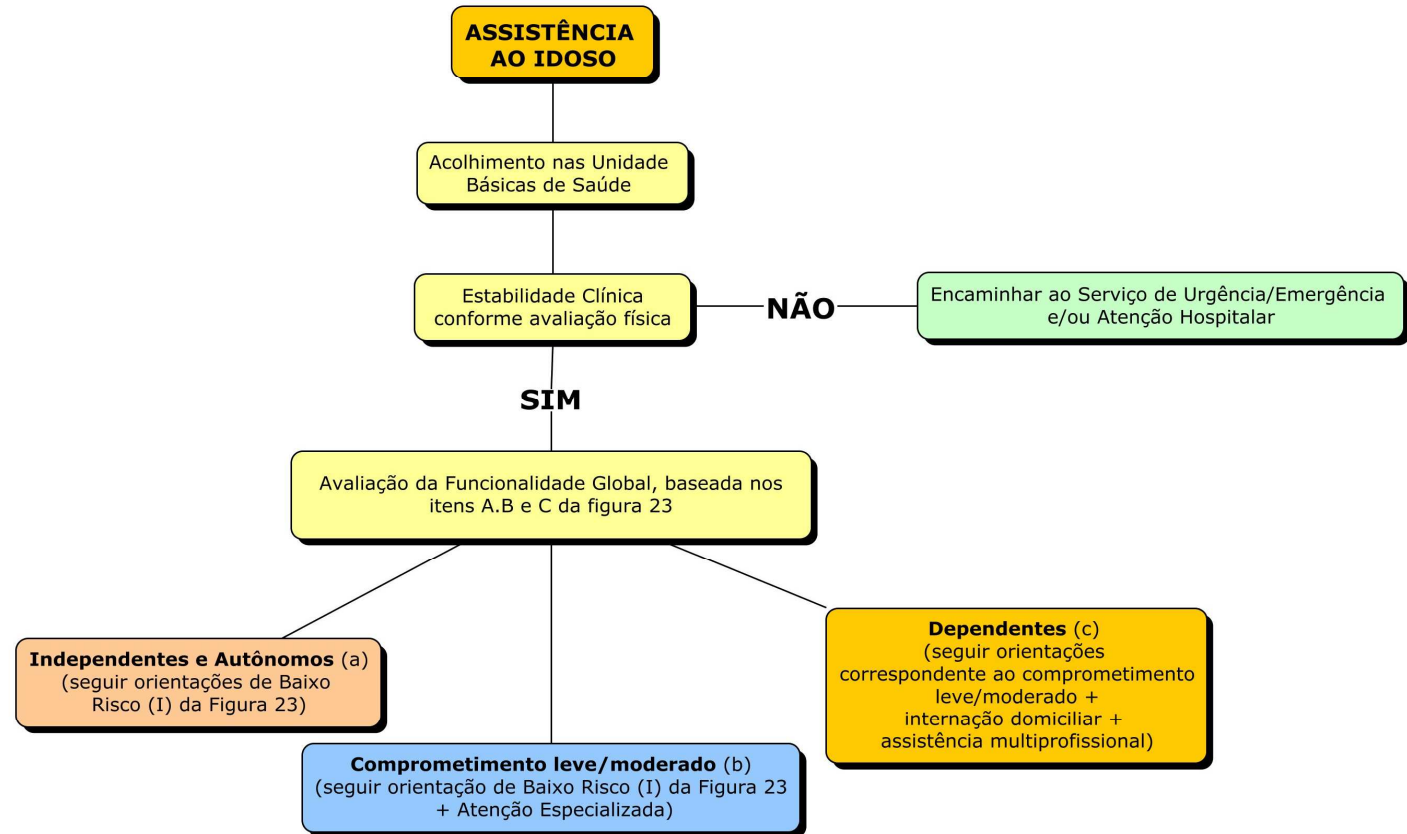
Fluxo de Atendimento ao Idoso na Atenção Básica à Saúde no Município de Balsas/MA



Fonte: elaborada pela autora (2016)

Figura 24 – Fluxo de atendimento de alto risco com dimensões baseadas na funcionalidade da população idosa

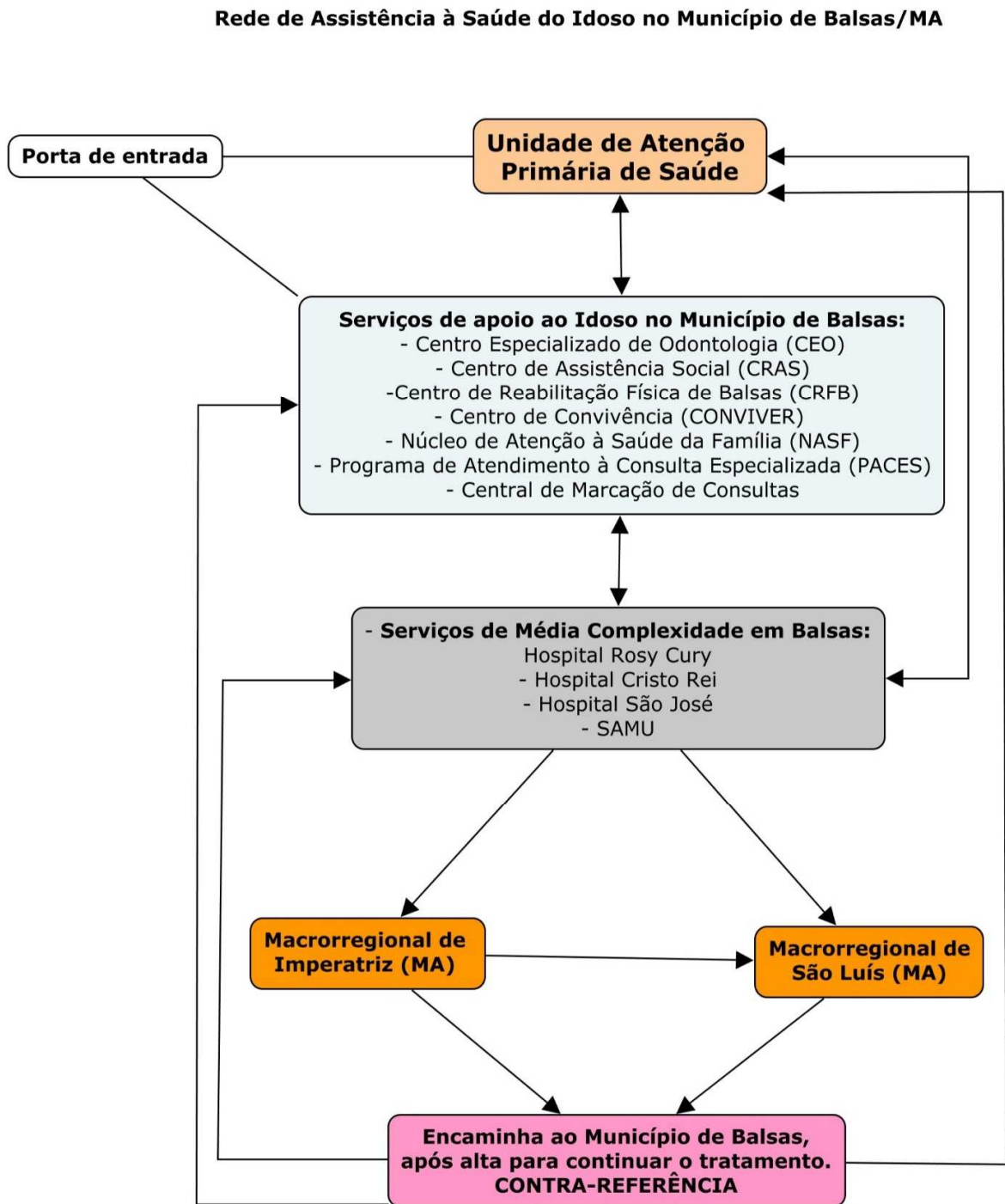
Fluxo de atendimento de alto risco com dimensões baseada na funcionalidade da população idosa



- (a) **Independentes e autônomos:** desempenham suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, de forma independente.
 (b) **Comprometimento leve/moderado:** necessita de ajuda para sua mobilidade. Comunica-se, mas pode demonstrar dificuldade no entendimento, muitas vezes necessita de familiares para interpretação.
 (c) **Dependentes:** dependentes das AVD's, podendo estar restrito ao leito ou com dificuldade importante de locomoção.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

Figura 24 - Rede de Assistência à Saúde do Idoso no Município de Balsas – MA



Fonte: elaborado pela autora (2016).

PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A elaboração deste protocolo tem como objetivo sistematizar a assistência do cuidado aos idosos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Balsas - Maranhão, interligando e fortalecendo a rede de assistência ao público alvo.

O planejamento de implantação do protocolo tem como objetivo aprimorar o planejamento de qualquer atividade, aperfeiçoando a tomada de decisão, sobre os principais elementos que orientarão a implementação do plano. No quadro 14 está descrito o plano de ação para implantação do protocolo clínico assistencial de enfermagem a saúde do idoso nas Unidades Básicas de Saúde da Família (Balsas/MA).

Quadro 14 - Plano de ação para implantação do protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Balsas-MA

O QUE	QUEM	ONDE	QUANDO	COMO
Apresentar o protocolo assistencial para o gestor municipal de saúde.	Ana Maria Marques	Sala de Reuniões da SMS ^a	A ser definido com a Gerência	Apresentação em Power Point, máximo 30 minutos
Fazer a programação da capacitação da equipe de saúde da família.	Ana Maria Marques	Sala de Reuniões da coordenação da ESF ^b	A ser definido	Programar conforme a escala de atividades de trabalho, desenvolvida diariamente na ESF
Validar o protocolo assistencial.	Câmara técnica do COREN-MA 4 enfermeiros expertises a definir	Sala de Reuniões da subseção - Balsas ,do COREN-MA	A ser definido	Utilizando a metodologia do AGREE II
Aprovar a utilização do protocolo	Câmara técnica do COREN-MA 4 enfermeiros expertises a definir	Sala de Reuniões da subseção - Balsas ,do COREN-MA	A ser definido	Encaminhar protocolo para o gestor municipal de saúde
Teste piloto na ESF	Ana Maria Marques	ESF Tresidela	A ser definido	Treinamento da equipe da ESF em Power Point e aplicação do protocolo nas famílias cadastradas com idosos
Capacitar os enfermeiros	Ana Maria Marques	ESF	A ser definido	Notebook, palestras, atividades práticas

^a Secretaria Municipal de Saúde. ^b Estratégia de Saúde da Família.

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

INDICADORES DE RESULTADO

Os indicadores de resultados são de grande importância para os processos de monitoramento e avaliação, visto que evidencia o acompanhamento de metas, embasamento e análise crítica dos resultados obtidos, bem como apoio no processo de tomada de decisão, resultando numa melhoria contínua dos processos organizacionais. (BRASIL, 2013).

Para os indicadores pactuados, torna-se necessário a avaliação anual, que comporão o Relatório Anual de Gestão, no qual esses resultados serão disponibilizados através do Ministério da Saúde pelo site www.datasus.gov.br, e no Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO). (BRASIL, 2015b). Após, esses dados serão migrados para o sistema de apoio a elaboração do relatório anual de gestão do SUS (SargSUS). (BRASIL, 2016) Os indicadores de controle são apresentados no quadro 15.

Quadro 15 - Indicadores de resultados sugeridos para controle dos resultados após implantação do protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso nas Unidades básicas de saúde da família do município e Balsas-MA

Diretriz para saúde do idoso	Indicadores
Garantia de atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção	Prevalência de idosos na área de abrangência
	Prevalência de hospitalizações acima de 60 anos
	Taxa anual de mortalidade > 60 anos
	Taxa anual de mortalidade por quedas e complicações
	Prevalência de idosos com dependência total (ABVDs)
	Prevalência de idosos com dependência parcial
	Prevalência de idosos com demência
	Prevalência de idosos com incontinência urinária e fecal
	Prevalência de quedas em idosos
	Proporção de idosos que vivem em domicílios adequados

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

VALIDAÇÃO

Este protocolo será validado por um grupo avaliador da câmara técnica do Conselho Regional de Enfermagem do Maranhão (COREN-MA).

REFERÊNCIAS

ABREU, Sandra Souza Ehms; CALDAS, Célia Pereira. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-330, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000400012>.

AGS CHOOSING WISELY WORKGROUP. American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. **J Am Geriatric Soc.**, Malden; v. 61, n. 4, p. 622–631, Apr 2013.

AIRES, Margarida de Mello; et al. **Fisiologia**, 4ª ed. Rio de Janeiro Koogan, 2012

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, June 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1046-1051, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400027>.

ALVARENGA, Patrícia P.; PEREIRA, Daniele S.; ANJOS, Daniela M. C.. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 6, p. 491-496, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000600007>.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, GERIATRICS SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF AND ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. **J Am Geriatr Soc.**, Malden; v. 49, n. 5, p. 664-672, May 2001.

ANGEVAREN, Maaikje et al. Actividad física y optimización del estado físico para mejorar la función cognitiva en personas mayores sin deterioro cognitivo comprobado (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ANJOS, Gilberto Luppi dos et al. Proporção dos gastos com medicamentos em relação à aposentadoria de idosos residentes em área urbana de Jundiaí, São

Paulo. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 109-116, 2009. Disponível em: <<http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume3-numero3/artigo03.pdf>>. Acesso em: 23 jun 2016.

ATCHISON, Kathryn A.; DOLAN, Teresa A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dent Educ.**, Stanford, v. 54, n. 11, p. 680-687, Nov. 1990.

ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. **Am J Respir Crit Care Med.**, New York, v. 166, n. 1, p. 111-117, 2002.

BALANCE AND MOBILITY. CME credit available from Harvard Medical School. [April 2014]. **Continuing Education**. Harvard Health Publications. Harvard Medical School. Publicado em April 2014. Disponível em: <<http://www.alosafoundation.org/modules/falls-mobility/>>. Acesso em: 16 mai 2016.

BARBOSA, José Bonifácio et al . Síndrome metabólica em ambulatório cardiológico. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 46-54, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000100009>.

BARROS, Jaqueline Diniz; LUCENA, Antônio Carlos Tavares de; ANSELMO, Caroline Wanderley Souto Ferreira. Incontinência Urinária de Esforço em Atletas do Sexo Feminino: Uma Revisão da Literatura. **Anais Faculdade Medicina Universidade Federal Pernambuco**, Recife, v. 52, n. 2, p. 173-179, 2007.

BAUER, Janet G. The index ADOH: concept of measuring self-care functioning the elderly. **Spec Care Dentist**, v. 21, n. 2, p. 63-67, Mar-Apr 2001.

BECK, Aaron T. et al. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**, Berlin, v. 4, n. 6, p. 561-571, Jun. 1961. Disponível em: <<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=487993>>. Acesso em: 05 mai. 2016. [http:// dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004).

BLACKBURN, George L. et al. Nutrition and metabolic assessment of hospitalized patient. **JPEN J Parenter Enteral Nutr.**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977.

BORGES, Sheila de Melo. **Relação entre função visual e capacidade funcional na velhice**. 2006. 101 fl. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

BOWLING, Brad. **Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach**. 8th Edition. London: England, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=polit>>. Acesso em 08 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. **Sistema de Informação Atenção Básica (SIAB)**, 2015a. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em: 15 mai 2016.

BRASIL. **Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO)**, 2015b. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/cadastrar_usuario.php?sisid=182>. Acesso em 22 jun 2016.

BRASIL. **Sistema de Apoio à Construção da Relatório de Gestão (SargSUS)**, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>.

BRUCKI, Sonia M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, Sept. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

CABRAL, Kelem de Negreiros et al. Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in community- dwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 27, Jan. 2013.

CALAIS, Lucila Leal et al . Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 12-19, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342008000100005>.

CARDOSO, Andrea Ferreira. Particularidades dos idosos uma revisão sobre fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 13, n. 130, Mar 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 26 jun 2016.

CHALMERS, Jane M. **The oral health of older adults with dementia** (community-dwelling and nursing home residents). 2001. 403 fl. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Dental School, University of Adelaide, Adelaide, Australia. 2001.

CHAUDHURI, Shomir; THOMPSON, Hilaire; DEMIRIS, George. Fall Detection Devices and their Use with Older Adults: A Systematic Review. **J Geriatr Phys Ther.**, Philadelphia; v. 37, n. 4, p. 178–196, Oct-Dec. 2014.

CHO, Be-long; SCARPACE, Diane; ALEXANDER, Neil B. Tests of stepping as indicators of mobility, balance and fall risk in balance impaired older adults. **J Am Geriatr Soc.**, Malden, v. 52, n. 7, p. 1168-1173, jun. 2004. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52317.x>

CIPRIANO, Joseph J. **Manual fotográfico: testes ortopédicos e neurológicos**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CLOSE, Jacqueline C. T. et al. Can a tailored exercise and home hazard reduction program reduce the rate of falls in community dwelling older people with cognitive impairment: protocol paper for the i-FOCUS randomized controlled trial. **BMC Geriatrics**, London; v. 14:89, Jul. 2014.

CORREIA, Flora et al. Prevalência da Síndrome Metabólica: comparação entre os critérios ATPIII e IDF numa população feminina com obesidade severa. **Acta Med Port**, Porto, n. 19, p. 286-294, mai 2006.

COSTA, Elisa Franco de Assis; MONEGO, Estelamaris Tronco. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 20 abr 2016.

CRUZ, Ivana Beatrice Manica da; RIBEIRO, Euler Esteves; VIEGAS, Karin. **Fundamentos do Método Científico Aplicada Às Pesquisas Gerontológicas**. Ijuí: Editora Unijuí. 2014.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J., et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). **Age Ageing**, v. 43, n. 6, p.748-759, Nov. 2014. Epub 2014 Sep 21. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu115>.

CUNHA, Gabriel de Vasconcelos; VALLE, Estevão Alves; MELO, Rodrigues Ávila de. O exame físico do idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 94, p. 910 .

DANIEL, Fernanda de Noronha Ribeiro et al. Functional autonomy of elderly women enrolled in a physical activity program. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá; v. 34, n. 3, p. 151-156, July Dec., 2012. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i2.8387>.

DELVILLE, Carol L.; MCDOUGALL, Graham. A Systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. **Issues Ment Health Nurs**, v. 29, n. 2, p. 1002–1017, Sep. 2008. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840802274867>.

DORNER, Thomas E. et al. Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay "buddies": study protocol of a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London; v. 13:1232, Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-1232>.

DOZEMAN, Els et al. Depression and anxiety, an indicated prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme. **BMC Geriatrics**, London; v. 7: 6, Dec. 2007. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-7-6>.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; ANDRADE, Claudia Laranjeira de; LEBRAO, Maria Lúcia. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, Jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.

ENDOCRINOLOGIA ONLINE. **Obesidade Abdominal e Risco Cardiovascular**. 2016. Disponível em: <<http://www.endocrinologiaonline.com.br/obesidade%20abdominal.htm>>. Acesso em: 16 mai 2016.

ENRIGHT, Paul L. et al. The 6-min walk test – a quick measure of functional status in elderly subjects. **Chest**, Glenview, v. 123, n. 2, p. 387-398, Feb. 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369215324466>>. Acesso em 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1378/chest.123.2.387>.

ENRIGHT, Paul L.; SHERRILL, Duane L. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. **Am J Respir Crit Care Med**, New York, v. 158, n. 5, p. 1384-1387, Nov 1998. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm.158.5.9710086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&#.V3LqXWgrLRY>. Acesso em: 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.158.5.9710086>

FABBRICOTTI, Isabelle Natalina et al. Integrated care for frail elderly compared to usual care: a study protocol of a quasi-experiment on the effects on the frail elderly, their caregivers, health professional and health care cost. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 31, Abr. 2013.

FAGUNDES, Andhressa Araújo et al. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FARAG, Inez et al. A systematic review of the unit costs of allied health and community services used by older people in Australia. **BMC Health Serv Res.**, London; 13:69, Feb. 2013.

FERNANDES, Pâmela Matias et al. Teste de Caminhada de Seis Minutos: avaliação da capacidade funcional de indivíduos sedentários. **Rev Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 185-191, maio/junho 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n3/v25n03a03.pdf>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FERNANDES, Rômulo Araújo et al., Prevalência de dislipidemia em indivíduos fisicamente ativos durante a infância, adolescência e idade adulta . **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v. 97, n. 4, p. 317-323, 2011.

FERRIGNO, Iracema S. Vergotti. **Terapia da mão.** 2ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2008.

FERRIOLI, Eduardo; MORIGUTI, Júlio C.; LIMA, Nereida Kilza da Costa. O envelhecimento do aparelho digestório. In: FREITAS, Elizabete V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 636-639.

FERREIRA, Mirna Luz Costa. **Intersectorialidade:** um desafio na implementação da Política Nacional do Idoso no Estado do Rio de Janeiro. 2003. 128 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

FIGUEIREDO, Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de; LIMA, Kênio Costa; GUERRA, Ricardo Oliveira. Instrumentos de avaliação de equilíbrio corporal em idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.**, v. 9, n. 4, p. 408-413, out-dez. 2007.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.**, Amsterdam, v. 12, n. 3, p. 189–198, Nov. 1975.

FONSECA, Francielli Brito da; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-373, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200020>.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade e política.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. P. 264-287.

FRANCO, Johanna M. **Preensão pinça de ponta.** 2010. Disponível em: <<http://educaja.com.br/2010/02/artigos-de-johanna-m-franco.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FRANCO, Johanna M. **Preensão pinça lateral**. 2010. Disponível em: <<http://educaja.com.br/2010/02/artigos-de-johanna-m-franco.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FRANCO, Johanna M. **Preensão palmar com indicador extensão**. 2010. Disponível em: <<http://johannaterapeutaocupacional.blogspot.com.br/2013/05/escala-de-preensao-de-lapis-e-giz-de.html>>. Acesso em: 16 mai 2016.

FREIRE, Manoela Ávila et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. **J Bras Psiquiatr.**, v. 63, n. 4, p. 281-289, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0281.pdf>>. Acesso em: 16 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dischinger. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla**. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 900- 909.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana de; MIRANDA, Roberto Dischinger; NERY, Maria R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 610-617.

GATES, Nicolas J. et al. Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A Systematic Review. **BMC Geriatrics**, London; v. 11:55, Set. 2011.

GOBBO, Stefano et al. Effects of exercise on dual-task ability and balance in older adults: A systematic review. **Arch Gerontol Geriatr.**, Amsterdam; v. 58, n. 2, p. 177–187, Mar-Apr 2014.

GOERES, Leah M. et al. Pharmacotherapy for hypertension in older adults: a systematic review. **Drugs Aging.**, v. 31, n. 12, p. 897-910, Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-014-0219-8>.

GOMEZ PORTILLA, A. et al . Prevalencia y tratamiento de la patología oncológica en el anciano: El reto que se avecina. **Rev. esp. enferm. dig.**, v. 100, n. 11, p. 706-715, nov. 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 jun. 2016.

GONZALEZ, Hector M. et al. Depression care in United States. **Arch. Gen. Psychiatr.**, Chicago, v. 67, n. 1, p. 37-46, Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887749/>>. Acesso em: 26 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.168>.

GORENSTEIN, Clarice; ANDRADE, Laura Helena. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in

Brazilian subjects. **Braz J Med Biol Res.**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 453-457, Apr. 1996.

GOERES, Leah M. et al. Pharmacotherapy for hypertension in older adults: a systematic review. **Drugs Aging**, Switzerland, v. 31, n. 12, p. 897-910, Dec 2014. <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-014-0219-8>.

GORZONI, Milton Luiz; RUSSO, Marco Ricardo. O envelhecimento respiratório. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 596- 599.

GUIA DO IDOSO. **Teste de Romberg**. Maio 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=c4Wf_kN8-4M>. Acesso em: 15 jun 2016.

HAMILTON, Max. The assessment of anxiety state by rating. **British Journal of Medical Psychology**, London, New York, v. 32, n. 1, p. 50-55, Mar. 1959.

HART, Lawrence E. et al. The relationship between exercise and osteoarthritis in the elderly. **Clin J Sport Med**, Philadelphia, v. 18, n. 6, p. 508-521, Nov. 2008.

Disponível em:

<<http://journals.lww.com/cjsportsmed/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=11000&article=00005&type=abstract>>. Acesso em: 16 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1097/JSM.0b013e3181865ed4>.

HEATH, Amanda et al. Stress Urinary Incontinence in Female Athletes. **Journal of Women's Health Physical Therapy**, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 104-109, sept-dez 2014. <http://dx.doi.org/10.1097/JWH.0000000000000016>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2010. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 abr 2016.

JENI, Janni. **Posturafacile**. 2016. Disponível em: <<http://www.posturafacile.it/2013/03/test-romberg-posturale/>>. Acesso em 24 jun 2016.

JORGE, José Márcio Neves; WEXNER, Steven D. Etiology and management of fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, Clitherall, v. 36, n. 1, p. 77-97, jan. 1993.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 21, n. 185, p. 914-919, Sep. 1963.

KELLER, Ingrid et al. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. Geneva, World Health Organization, 2002.

LECH, Osvandré et al. Membro superior: abordagem fisioterapêutica das patologias ortopédicas mais comuns. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

LINO, Valéria Teresa Saraiva. Triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária com um instrumento multidimensional. 2011, 125 fl. Tese

(Doutorado em Ciências na área da Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, Amsterdam, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar 1994.

LOURENCO, Roberto Alves et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200025>.

LYONS, Ronan A. et al. Modificación del ambiente doméstico para la disminución de lesiones (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

McCABE, Marita P. et al. A study protocol to investigate the management of depression and challenging behaviors associated with dementia in aged care setting. **BMC Geriatrics**, London; v. 13:95, 2013.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, R. O. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. **Rev. bras. fisioter.**, v. 9, n. 1, p. 17-23, 2005. Disponível em: <<http://www.crefito3.com.br/revista/rbf/rbfv9n1/pdf/FATORES%20ASSOCIADOS%20%20%20ALTERA%20%20%20MOBILIDADE.pdf>>. Acesso em: 23 mai 2016.

MAGALHÃES, Claudia S.; MOREIRA, Allison N., FERREIRA, Efigênia F. Cárie dentária e tratamentos específicos. In: CAMPOSTRINI, Eliana. **Odontogeriatría**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p.161-167.

MANGIONE, Carol M. Vision. In: OSTERWEIL, Dan; BRUMMEL-SMITH, Kenneth; BECK, John (Editors). **Comprehensive geriatric assessment**. New York: Mc Graw Hill. 2000. p. 285-294.

MARANHÃO-FILHO, Pericles A.; COSTA, Álvaro de Lima. **Neurologia - Pingos e Respingos**: Mais de 1.000 Questões Comentadas. Rio de Janeiro: Revinter. 2000.

MARTOS MARTÍN, Antonio J. **Variables mediadoras en la relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional**. 2005. Tese. [Doutorado] – Pós-Graduação em Psicologia, Universidad de Granada, Granada, 2005.

MASCARENHAS, Teresa. Disfunções do pavimento pélvico: incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. (Coord). **Manual de Ginecologia**. V. 2, Lisboa: Permanyer Portugal. 2011, capítulo 30, p. 97-139.

MASCARENHAS, Teresa. **Disfunções do Pavimento Pélvico**: Incontinência urinária e prolapso dos órgãos pélvicos. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. **Manual de Ginecologia**. Portugal: Permanyer Portugal, 2011. V. 2, cap. 30.

MAZO, Giovana Zarpellon et al. Aptidão física, exercícios físicos e doenças osteoarticulares em idosos. **Revista Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas (RS), v. 17, n. 4, p. 300-306, Ago 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1882>>. Acesso em: 12 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.12820/RBAFS.V.17N4P300-306>.

MENEZES, Ruth Losada de; BACHION, Maria Márcia. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1209-1218, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>.

MISICI, Roberto. Fisiologia da Defecação. In: REGADAS, Francisco Sérgio Pinheiro; REGADAS, Sthela M. Murad. **Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico**. Atlas de Ultra-sonografia Anorretal Bi e Tridimensional. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

MONTES, Augusto Profeta dos. **Apostila sobre o envelhecimento**. Disponível em: <<http://augustoprofetadosmontes.blogspot.com.br/2012/10/apostila-sobre-o-envelhecimento.html>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

MONTORIO, Ignacio; IZAL, María Fernández de Trocóniz. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. **Int Psychogeriatr.**, Cambridge, v. 8, n. 1, p. 103-112, 1996.

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

MORAES, Andréa Gomes et al. Comparação do equilíbrio postural unipodal entre crianças e adultos. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 571-577, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092014000400571&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092014000400571>.

MOREIRA, Maria Auxiliador Carmo; MORAES, Maria Rosedália de; TANNUS, Rogério. Teste da Caminhada de Seis Minutos em Pacientes com DPOC durante Programa de Reabilitação. **J Pneumol**, v. 27, n. 6, p. 295-300, nov-dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v27n6/a02v27n6.pdf>>. Acesso em: 26 mai 2016.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>.

MORTON, Natalie; BERLOWITZ, David; KEATING, Jennifer L. A systematic review of mobility instruments and their measurement properties for older acute medical patients. **Health and Qual Life Outcomes**, London; v. 6:44, Jun. 2008.

MY WALL PAPER. **THE TIMED UP AND GO TUG TEST**. Disponível em: <http://www.mywallpaper.top/the-timed-up-and-go-tug-test.html>. Acesso em 16 maio 2016. Postado em July 6, 2016.

NAJAS, Myriam; NEBULONI, Clarice Cavalero. Avaliação do estado nutricional. In: RAMOS, Luiz Roberto; CENDOROGLO, Maysa Seabra. **Guia de Geriatria e Gerontologia**. Barueri: Manole; 2005. p. 299-314.

NEAL, Martin, BRIGGS, M. Terapia de validación para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

NERI, Anita Liberalesso (Org). **Palavras-chave em Gerontologia**. 4. ed. Campinas: Alinea, 2014.

NITRINI, Ricardo et al. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de neurologia geral. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 65, n. 2-A, p. 299-303, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n2a/a21v652a.pdf>>. Acesso em: 20 jun 2016.

NITRINI, Ricardo et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. **J Int Neuropsychol Soc**, Cambridge, v. 10, n. 4, p. 634-638, Jul. 2004. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=231689&fileId=S1355617704104062>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NITRINI, Ricardo et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 457-465, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n4/01.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NUNES, Ana Maria Pereira. Motivação para o autocuidado: um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. **Texto Contexto Enferm.**; Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 53-66, 1993.

NYMA, Samuel R.; VICTOR, Christina R. Older people's recruitment, sustained participation, and adherence to falls prevention interventions in institutional setting: a supplement to the Cochrane systematic review. **Age Ageing**, Oxford; v. 40, n. 4, p. 430-436, 2011.

O'DWYER, Siobhan T. et al. Protocol for bodies, fine minds: a randomized controlled trial on the affect of exerciser and cognitive training on cognitive functioning in the older adults. **BMC Geriatric**, London, v. 23, n. 7, May 2007. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-7-23>

PAIXAO JR., Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E.. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>.

PAULA, Hudsara Aparecida Almeida et al. Avaliação do estado nutricional de pacientes geriátricos. **Rev Bras Nutr Clin**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 280-285, 2007.

PAULO, Débora Lee Vianna; YASSUDA, Mônica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev. Psiquiatric. Clin.**, São Paulo; v. 37, n. 1, p. 23-26, Jan. 2010.

PAZ, Ramyne de Castro da; FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães; SANTOS, Ana Lilian Bispo dos. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. **Revisa**, Chácaras Anhaguera Valparaíso de Goiás (GO), v. 1, n. 1, p. 9-18, Jan-Jun 2012.

PEREIRA, Fabíola Meister et al. Desempenho funcional de pacientes com fibrose cística e indivíduos saudáveis no teste de caminhada de seis minutos. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 735-744, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000600006>.

PEREIRA, Isabella Barbosa et al. Associação entre índice glicêmico e carga glicêmica dietéticos e síndrome metabólica em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-576, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300017>.

PEREZ, Mariângela. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-37, 2008. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=188#citar>. Acesso em: 20 mai 2016.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITAO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>.

QUINTAO, Maria das Graças; OLIVEIRA, Sandra Amara Silva; GUEDES, Helisamara Mota. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 191-201, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200004>.

RASHEED, Solah; WOODS, Robert T. Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Res Rev**, v. 12, n. 2, p. 561-566, Mar 2013. Epub 2012 Dec 8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.11.003>.

RAUEN, Michelle Soares et al . Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 303-310, Jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000300005>.

REABMED. **Medida de panturrilha**. 2016. Disponível em: <http://reabmed.com.br/index.php?route=product/product&product_id=193>. Acesso em 16 mai 2016.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; SANTOS, F.H, CAMPOS, A.L. Envelhecer: alterações fisiológicas nesta nova etapa de vida. In: RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; RIBEIRO, Mirtes. **Promoção à Saúde no Envelhecimento**. Diamantina: Fundaepe; 2008. p.63-73.

RIGO, Julio Cesar et al . Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 2, p. 85-91, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000800004>.

ROCKWOOD, Tood H. et al. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, Clitherall, v. 43, n. 1, p. 9-17, jan. 2000.

ROCHA, Danielle Aline; MIRANDA, Alexandre Franco. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 181-189, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100018>.

RODRIGUES, Sérgio Lamêgo; BALDO, Marcelo Perim; MILL, José Geraldo. Associação entre a razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 186-191, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. Epub June 18, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000073>.

RODRIGUES, Adriana Bonachela; YAMASHITA, Érica Tiemi; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 443-451, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000400004>.

ROE, Brenda et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. **J Adv Nurs**, Malden (MA), v. 67, n. 2, p. 228-250. Feb 2011. Epub 2010 Nov. <http://dx.doi.org/24.10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x>. Acesso em 23 jun 2016.

ROGERS, Michael E. et al. Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. **Prev Med.**, Amsterdam, v. 36, n. 3, p. 255-264, Mar 2003.

ROMERO-AYUSO, Dulce; MORUNO-MIRALLES, Pedro. Valoración funcional. In: ROMERO-AYUSO, Dulce; MORUNO-MIRALLES. **Terapia ocupacional: teoría y técnicas**. Madrid: Elsevier; 2003. p. 237- 245.

RUBENSTEIN, Laurence Z, et al. Screening for under nutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional Assessment (MNA-SF). **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Oxford, v. 56, n. 6, p. M366-M372, Jun 2001.

SANDS, Dana R.; MADSEN, Mari A. Fecal Incontinence. In: BECK, David et al. (Eds.). **The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery**. 3, ed. Springer: New York, 2011, p. 309-321.

SANTIAGO, Livia Maria; NOVAES, Cristiane de Oliveira. Auto-avaliação da audição em idosos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, supl. 1, p. 98-105, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000500015>.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1127-1132, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400008>.

SKINNER, Mary. A literature review: Polypharmacy protocol for primary care. **Geriatr Nurs.**, Philadelphia, v. 36, n. 5, p. 367-371.e4, Sep-Oct. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio (Org.). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf>. Acesso em: 12 jun 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, suppl. 1, p. I-III, 2010. Disponível em:

<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 03 mar 2016.

SOUZA, Fernanda Ramos de; SCHROEDER, Priscila de Oliveira; LIBERALI, Rafaela. Obesidade e Envelhecimento. **Rev Bras Obes Nutr Emag**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 24-35, Mar-Abr. 2007.

SOUZA, Raphaela et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100009>.

SPRUIT-VAN EIJK, Monica et al. Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol. **BMC Geriatrics**, London, v. 10:15, May 2010. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-15>.

STAUDINGER, Ursula M.; FLEESON, William. Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? **Development and Psychopathology**, v. 8, n. 4, p. 867-885, 1996. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=4495232>>. Acesso em: 16 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007471>

STAUDINGER, Ursula M. et al. **Self, personality, and life regulation**: facets of psychological resilience in old age. In: BALTES, Paul B., MAYER, Karl Ulrich. (eds.). The Berlin aging study: aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press, p. 302-328, 1999.

STEVENS, June. Impact of age on associations between weight and mortality. **Nut Rev**; Oxford, v. 58, n. 5, p. 129-137, mai 2000. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-4887.2000.tb01847.x>

STIJNEN, Mandy M. N. et al. Early detection of health problems in potentially frail community- dwelling older people by general practices-project old: design of a longitudinal, quasi-experimental study. **BMC Geriatrics**, London; v. 13: 7, Nov. 2013.

SUN, Fei; NORMAN, Ian J.; WHILE, Alison E. Physical activity in older people: a systematic review. **BMC Public Health**, London;, 13:449, May. 2013.

SUNDERLAND, Trey et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **J Am Geriatr Soc**, Malden, v. 37, n. 8, p. 725-729, Aug. 1989.

SHUMWAY-COOK, Anne; WOOLLACOTT, Marjore H. **Motor Control**: Translating Research Into Clinical Practice. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.

TABELA DE SNELLEN. **Wikipédia**. Enciclopédia online. Acesso em: 16 mai 2016.

TAPPENDEN, Paul et al. The Clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. **Health Technology Assess.**, Southampton; v. 16, n. 20, p. 1-72, 2012.

TC6MINBRASIL. **Teste de Caminhada de 6 Minutos**. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-da3RxQUMLk>>. Acesso em: 14 mai 2016.

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFEVRE, Fernando. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 207-213, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 23 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000200016>.

TERI, Linda et al. Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. **Gerontologist**, Oxford, v. 45, n. 6, 802–811, Dec. 2005.

THE HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**. 1998. [Internet]. New York; 2005. [acesso 2016 abr 25]. Disponível em: <http://www.hartfordign.org/>

TINETTI, Mary E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. **J Am Geriatr Soc.**, Malden, v. 34, n. 2, p. 119-126, Feb. 1986.

TODAMATÉRIA. **Digestão**. 2016. Disponível em: <<http://www.todamateria.com.br/digestao/>>. Acesso em: 16 mai 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: principais agravos e riscos à saúde**/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014.

VALETE-ROSALINO, Cláudia Maria; ROZENFELD, Suely. Triagem auditiva em idosos: comparação entre auto-relato e audiometria. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 193-200, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992005000200013>.

VAN DALEN-KOK, Annelore H. et. al. Association between pain, neuropsychiatric symptoms, and physical function in dementia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, London; v. 15, n. 49, 18 p., Nov. 2015.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. **Saúde Bucal: Atenção ao idoso**, Belo Horizonte, Nescon, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

VERAS, Renato Peixoto; MATTOS, Leila Couto. Audiologia do envelhecimento: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 73, n. 1, p. 128-134, Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

72992007000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992007000100021>.

VOUKELATOS, A. et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. **BMC Geriatrics**, London; v. 11: 24, May. 2011.

XAVIER, Hermes Toros et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.

WETZELS, Raymond et al. Intervenciones para mejorar la participación del paciente anciano en los episodios de atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

WHITEHEAD, William E.; WALD, Arnold; NORTON, Nancy. Priorities for treatment research from different professional perspectives. **Gastroenterology**, v. 126, n. 1, supl. 1, p. S180-S185, Jan 2004.

YAMATTO, Talita Hatsumi. Avaliação Nutricional. In: TONIOLO NETO, João; PINTARELLI, Vitor Last; YAMATTO, Talita Hatsumi. **A Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na prática Hospitalar**. Barueri: Manole; 2007. p 23.

YANAMADALA, Mamata; WIELAND, Darryl; HEFLIN, Mitchell T. Educational interventions to improve recognition of delirium: a systematic review. **J Am Geriatr Soc**, Malden; v. 61, n. 11, p. 1983–1993, Nov. 2013.

YESAVAGE, Jerome A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, Amsterdam, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

YUSUF, Sonia Ahlaim Ibrahim et al. Avaliação da qualidade de vida na incontinência anal: validação do questionário FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life). **Arq. Gastroenterol.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 202-208, Sept. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032004000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-28032004000300013>.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) – ÍNDICE DE KATZ

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente para uma parte do corpo	1 ()	0 ()
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	1 ()	0 ()
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)	1 ()	0 ()
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	1 ()	0 ()
5. Continência	Controla completamente urina e fezes	1 ()	0 ()
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)	1 ()	0 ()
SCORE			
Independência 6 pontos	Dependência parcial 4 pontos	Dependência Importante 2 pontos	

Fonte: *Hartford Institute for Geriatric Nursing* (1998).

ANEXO B

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDS) – ESCALA DE LAWTON-BRODY

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	Pontuação
1. Consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3. Consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4. Consegue preparar suas próprias refeições?*	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5. Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7. Consegue lavar e passar sua roupa?*	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8. Consegue tomar seus remédios na dose e horário corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9. Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Escore de comparação temporal do indivíduo		___/27

* As questões 4 e 7 podem ter variações conforme o sexo e sofrer adaptações como subir escadas ou cuidar do jardim.

Fonte: Freitas, Miranda (2006).

ANEXO C

ESCALA DE CAPACIDADE MOTIVACIONAL PARA O AUTOCUIDADO (ECDAC - SUBESCALA III)

Itens		Sempre (a)	Muitas Vezes (b)	Poucas Vezes (c)	Nunca (d)
1	Senhor(a) gosta de si ?	4	3	2	1
2	Pensa primeiro em si?	4	3	2	1
3	Considera-se um peso para alguém?	1	2	3	4
4	Considera-se incapaz de ajudar outras pessoas na realização de alguma coisa?	1	2	3	4
5	Faz as coisas que são necessárias para manter saudável?	4	3	2	1
6	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar seu estado de saúde?	4	3	2	1
7	Interessa-se em aprender sobre sua condição de saúde?	4	3	2	1
8	Preocupa-se em comer apenas os alimento que mantem saudável?	4	3	2	1
9	Precisa de ajuda de outros para fazer os seus cuidados necessários a sua saúde?	1	2	3	4
10	Considera as recomendações que são dadas para ter uma vida saudável ou para conviver com sua doença	4	3	2	1
11	Aceita sua condição de saúde ou situação de portador de doença crônica	4	3	2	1
Subtotal					
Total:					
Resultado ECDAC- subescala III					
(a)	Comportamento motivacionais positivo para o auto cuidado				40 - 44
(b)	Déficit moderado de motivação para o autocuidado				31 – 39
(c)	Déficit severo de motivação para o autocuidado				12 - 30
(d)	Nenhuma motivação para o autocuidado				0 - 11

Fonte: Nunes (1993).

ANEXO D
AVALIAÇÃO COGNITIVA

TESTE DO RELÓGIO



Pontuação	Representação
10	relógio, números e hora certos
9	relógio e números certos, leve erro nos ponteiros (por exemplo, ponteiro das horas sobre o 2)
8	relógio e números certos, erros mais intensos nos ponteiros
7	relógio e números certos, ponteiros completamente errados
6	relógio e números certos, uso inapropriado dos ponteiros, código digital
5	números em ordem inversa ou concentrados em um lado
4	números faltando ou desenhados fora do círculo
3	números e relógio não estão conectados
2	vaga semelhança com um relógio
1	não tentou ou não conseguiu desenhar um relógio

Fonte: Sunderland et al. (1989).

TESTE DE RECONHECIMENTO DE FIGURAS

Percepção Visual e Nomeação:

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: "que figuras são estas?"

Percepção visual correta: _____

Nomeação correta: _____

Memória Incidental (MI):

Esconda as figuras e pergunte: "que figuras eu acabei de lhe mostrar?" (Tempo máximo de evocação: 60 segundos).

Memória Imediata 1:

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar estas figuras" (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer)

Aprendizado (Memória Imediata 2):

Mostre a figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar estas figuras" (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes).

Esconda as figuras e pergunte: "que figuras eu acabei de lhe mostrar?" (Tempo máximo de evocação: 60 segundos)

Teste de Fluência Verbal:

"Você deve falar todos os nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar". Anote o número de animais lembrados em 1 minuto.

RESULTADO

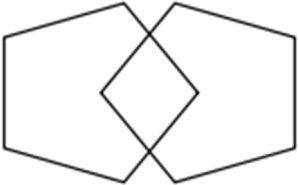
- **Resultado esperado:** citar 14 a 15 animais.
- **Idoso com demência:** apresenta escores baixo, e tende a interromper as palavras após 20 segundos
- **Idoso deprimido:** Podem apresentar escores baixos, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto.



Fonte: Nitrini et al. (1994; 2004; 2007).

ANEXO E

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o idoso o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(A) faz cálculos?	Sim (vá para a questão 4a)	1
		Não (Vão para a questão 4b)	1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (Fazer no total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente.	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco.	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	1
		Caneta	1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita	1
		Dobre-o ao meio	1
		Ponha-o no chão	1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “ feche os olhos ”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: Folstein, Folstein, McHugh (1975).

RESULTADO

- Pontuação total = 30 pontos

Notas de Corte:

- Analfabetos = 19 pontos
- 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos
- 4 a 7 anos de escolaridade = 24 pontos
- > 7 anos de escolaridade = 28 pontos

ANEXO F

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Fonte: Yesavage et al. (1982).

INTERPRETAÇÃO

- Contar 1 ponto, para cada resposta negativa ou depressiva.
- **Exame normal:** de 0 a 5 pontos.
- **Indícios de quadro depressivo leve:** de 5 a 10 pontos.
- **Provável depressão severa:** acima de 11 pontos.

1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
2. Você deixou muito de seus interesses e atividades?	0	1
3. Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4. Você se aborrece com frequência?	0	1
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6. Você tem medo que algum mal vai lhe acontecer?	0	1
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8. Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Você se sente com mais problemas de memória que a maioria?	0	1
11. Você acha maravilhoso está vivo?	1	0
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13. Você se sente cheio de energia?	1	0
14. Você acha que sua situação é sem esperança?	0	1
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL		
Total > 5 = suspeita de depressão.		

ANEXO G

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

1	<p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste.</p> <p>2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>
2	<p>0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>2 Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>
3	<p>0 Não me sinto um fracasso.</p> <p>1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p> <p>3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p>
4	<p>0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>2 Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p>
5	<p>0 Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>1 Eu me sinto culpado às vezes.</p> <p>2 Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto sempre culpado.</p>
6	<p>0 Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>1 Acho que posso ser punido.</p> <p>2 Creio que vou ser punido.</p> <p>3 Acho que estou sendo punido</p>
7	<p>0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>1 Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>2 Estou enjoado de mim.</p> <p>3 Eu me odeio.</p>
10	<p>0 Não choro mais que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava.</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo.</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.</p>
11	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente me sinto o tempo todo irritada(o).</p> <p>3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.</p>
12	<p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p>
13	<p>0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.</p> <p>1 Adio minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Não consigo mais tomar decisões.</p>

14	<p>0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos. 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos. 3 Considero-me feio.</p>
15	<p>0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes. 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa. 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.</p>
16	<p>0 Durmo tão bem quanto de hábito. 1 Não durmo tão bem quanto costumava. 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.</p>
17	<p>0 Não fico mais cansado do que de hábito. 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava. 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>
18	<p>0 Meu apetite não está pior do que de hábito. 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser. 2 Meu apetite está muito pior agora. 3 Não tenho mais nenhum apetite</p>
19	<p>0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. 1 Perdi mais de 2,5 kg. 2 Perdi mais de 5,0 kg. 3 Perdi mais de 7,5kg.</p> <p>Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()</p>
20	<p>0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde. 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.</p>
21	<p>0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual. 1 Estou menos interessado por sexo que costumava. 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
SOMATÓRIO:	

Fonte: Gorenstein, Andrade (1996).

INTERPRETAÇÃO

Escore Final: somatório dos 21 (vinte um) itens.

- **Nenhuma depressão geriátrica ou depressão mínima:** Escores finais < 11 pontos.
- **Depressão leve à moderada:** Escores finais de 12 a 19 pontos.
- **Depressão moderada à grave:** Escores finais de 20 a 35 pontos.
- **Depressão grave:** Escores finais entre 35 a 63 pontos.

ANEXO H

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A)



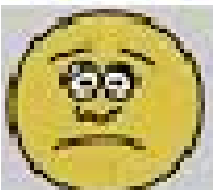

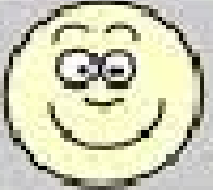
	Nenhum 0	Leve 1	Médio 2	Forte 3	Máximo 4
1.Humor: Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.					
2.Tensão: Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.					
3.Medos: De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.					
4.Insônia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.					
5.Dificuldades Intelectuais: Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.					
6.Humor deprimido: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.					
7.Somatização motoras: Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.					
TOTAL PARCIAL					
8.Somatização sensoriais: Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.					
9.Sintomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.					
10.Sintomas respiratórios: Sensações de opressão ou constrictão no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.					

11.Sintomas gastrointestinais: Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômito, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação, cólicas.					
12.Sintomas geniturinários: Polaciúria, urgência da micção, amenorreia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.					
13.Sintomas neurovegetativos: Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonteiras, etc.					
14.Comportamento na entrevista: tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.					
TOTAL GERAL					
<p style="text-align: center;"> < 12 = Ansiedade normal. > 12 e < 18 = Reação patológica ligeira. > 18 e < 25 = Ansiedade patológica moderada. > 25 = Ansiedade patológica grave. </p>					

Fonte: Freire et al. (2014).

ANEXO I

ESCALA DE INVESTIMENTO PESSOAL DA VIDA

1	2	3	4	5
Muito Pouco Satisfeito	Pouco Satisfeito	Mais ou Menos Satisfeito	Muito Satisfeito	Muitíssimo Satisfeito
				

					
1. Sua saúde	1	2	3	4	5
2. Seu funcionamento intelectual	1	2	3	4	5
3. Seus passatempos e interesse	1	2	3	4	5
4. Suas relações com amigos e conhecidos	1	2	3	4	5
5. Sua sexualidade	1	2	3	4	5
6. O bem-estar de sua família	1	2	3	4	5
7. Sua independência	1	2	3	4	5
8. Sua vida como um todo	1	2	3	4	5
9. A morte e o morrer	1	2	3	4	5

Fonte: STAUDINGER et al. (1999).

ANEXO J

TESTE DE TINETTI

EQUILIBRIO	
a) Sentado	0 - escorrega 1 - equilibrado
b) Levantado	0 - usa os braços 1 - sem os braços
c) Tentando levantar	0 - incapaz 1 - 1 ou + tentativas 2 - única tentativa
d) Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	0 - desequilibrado 1 - com suporte 2 - sem suporte
e) Em pé	0 - desequilibrado 1 - com suporte/base de sustentação >9cm 2 - sem suporte/base de sustentação pequena
f) Teste em 3 tempos (o examinador empurra levemente o esterno da pessoa idosa, que deve ficar com os pés juntos)	0 - começa a cair 1 - agarra ou balança (braços) 2 - equilíbrio
g) Olhos fechados (idoso em pé com os pés juntos)	0 - desequilíbrio 1 - equilíbrio
h) Girando 360 graus	0 - passos descontínuos 1 - passos contínuos 2 - equilíbrio
i) Sentando	0 - inseguro/cai da cadeira 1 - usa os braços 2 - seguro
Total equilíbrio: _____ /16	
MARCHA	
a) Início:	0 - hesita/tentativas 1 - não hesita
b) Comprimento/altura:	
<i>Pé direito:</i>	0 - não passa da posição 1 - passa da posição 0 - não encosta no chão 1 - encosta no chão
<i>Pé esquerdo:</i>	0 - não passa da posição 1 - passa da posição 0 - não encosta no chão 1 - encosta no chão
c) Simetria do passo:	0 - comprimento diferente 1 - comprimento igual
d) Continuidade do passo:	0 - não 1 - sim
e) Direção:	0 - marcado desvio 1 - desvio leve/moderado/com apoio 2 - sem apoio
f) Tronco:	0 - oscila/com apoio 1 - flexão de joelhos ou costas/abertura de braços 2 - sem oscilação/flexão ou abertura
g) No andar:	0 - tornozelos separados 1 - tornozelos quase se tocam
Total marcha _____ /28	

Escore < que 19 indica risco 5 vezes maior de quedas

Fonte: Tinetti (1986).

ANEXO K

ESCALA DE BORG ADAPTADA

Nível de intensidade	Condições de esforço	Frequência cardíaca
		60
0	Repouso	70
		80
1		90
2	Muito leve	100
3		110
4		115
5	Leve	120
6		130
7	Moderado	140
8		160
9	Intenso	180
10	Exaustivo	200

Fonte: Vivacqua (1992).

ANEXO L
DIÁRIO MICCIONAL

HORÁRIO	VOLUME URINADO	PERDAS	FATOR DESENCADEANTE
0 h – 3 hs			
3 h – 6 hs			
6 h – 9 hs			
9 h – 12hs			
12 h –15 hs			
15 h –18 hs			
18 h –21 hs			
21 h – 24 hs			
Total 24 hs			

ANEXO M**ESCORE DE INCONTINÊNCIA DE JORGE E WEXNER**

Tipo de incontinência	Frequência					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Geralmente	Sempre	Contagem
Sólida	0	1	2	3	4	
Líquida	0	1	2	3	4	
Gasosa	0	1	2	3	4	
Uso de absorventes	0	1	2	3	4	
Alteração no estilo de vida	0	1	2	3	4	

Fonte: Jorge; Wexner (1993).

Some os pontos da coluna de pontuação para descobrir a contagem total. O total possível varia de 0 a 20 pontos, com pontuações mais elevadas indicando sintomas mais graves.

0 = nunca 20 = incontinência completa

Nunca – 0

Raramente - < 1/mês

Algumas vezes - < 1/semana, >= 1/mês

Regularmente - < 1/dia, >= 1/semana

Sempre - >= 1/dia

ANEXO N

ESCALA DA QUALIDADE DE VIDA NA INCONTINÊNCIA FECAL (FIQLS)

Questão 1 - Em geral você diria que sua saúde é:					
Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim()					
Questão 2 – Para cada um dos itens abaixo, por favor, indique, marcando com um X na coluna correspondente a quanto tempo o item abaixo o preocupa devido à perda de fezes.					
Se qualquer um dos itens lhe preocupa por outras razões que não pela perda de fezes, marque a alternativa “nenhuma das respostas”.					
	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nenhuma Vez	Nenhuma Resposta
Devido a perdas de fezes:					
a. Tenho medo de sair.	1	2	3	4	
b. Evito visitar amigos ou parentes.	1	2	3	4	
c. Evito passar a noite longe de casa.	1	2	3	4	
d. É difícil para eu sair e fazer minhas coisas como ir ao cinema ou à igreja.	1	2	3	4	
e. Evito comer antes de sair.	1	2	3	4	
f. Quando estou fora de casa tento ficar sempre que possível próximo ao banheiro.	1	2	3	4	
g. É importante eu planejar o que vou fazer de acordo com meu funcionamento intestinal.	1	2	3	4	
h. Evito viajar.	1	2	3	4	
i. Fico preocupado em não ser capaz de chegar ao banheiro a tempo.	1	2	3	4	
j. Sinto que não tenho controle do meu intestino.	1	2	3	4	
k. Não consigo controlar a minha evacuação a tempo de chegar ao banheiro.	1	2	3	4	
l. Perco fezes sem perceber.	1	2	3	4	
m. Tento evitar a perda de fezes, ficando próximo ao banheiro.	1	2	3	4	

Questão 3 – Devido à perda de fezes, indique até quando o problema o incomoda. Se qualquer dos itens abaixo o preocupa por outras razões, marque a alternativa “nenhuma resposta”.

	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nenhuma Veze	Nenhuma Resposta
Devido a perdas de fezes:					
a. Fico envergonhado(a).	1	2	3	4	
b. Não posso fazer muitas coisas que quero fazer.	1	2	3	4	
c. Fico preocupado(a) em perder fezes.	1	2	3	4	
d. Sinto-me deprimido(a).	1	2	3	4	
e. Fico preocupado(a) se as outras pessoas sentem cheiro de fezes em mim.	1	2	3	4	
f. Acho que não sou uma pessoa saudável.	1	2	3	4	
g. Tenho menos prazer em viver.	1	2	3	4	
h. Tenho relação sexual com menor frequência do que gostaria.	1	2	3	4	
i. Sinto-me diferente das outras pessoas.	1	2	3	4	
j. Sempre estou pensando na possibilidade de perder fezes.	1	2	3	4	
k. Tenho medo de ter sexo.	1	2	3	4	
l. Evito viajar de carro ou ônibus.	1	2	3	4	
m. Quando vou a um lugar novo procuro saber onde está o banheiro.	1	2	3	4	

Questão 4 – Durante o mês passado em me senti tão triste, desanimado, ou tive muito problemas que me fizeram pensar que nada valia a pena.

1. () Extremamente (a ponto de quase desistir)
2. () Muitas vezes
3. () Com frequência
4. () Algumas vezes o suficiente para me preocupar
5. () Poucas vezes
6. () Nenhuma vez

ANEXO O

ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E E O L C F T D	11	

Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Tabela_de_Snellen

ANEXO P

ÍNDICE DE ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE BUCAL (IADHB)

Pacientes dentados		Pacientes desdentados reabilitados com próteses removíveis	
Atividades avaliadas	Pontos	Atividades avaliadas	Pontos
Abrir a pasta de dente		Abrir a pasta de dente	
Colocar pasta na escova		Colocar pasta na escova	
Levar a escova à boca		Levar a escova à boca	
Escovar os dentes		Escovar os dentes	
Cuspir a saliva		Cuspir a saliva	
Usar fio dental		Usar fio dental	
Limpar a escova		Limpar a escova	
Total de pontos		Total de pontos	

Referência de pontuação de acordo com autonomia do idoso para atividades diárias de higiene bucal: 0 – independente; 1 – necessita de adaptações ou auxílio; 2 – totalmente dependente.

Referência de pontuação

- 0 – independente
- 1 – necessita de adaptações ou auxílio
- 2 – totalmente dependente

Pontuar os itens de higiene bucal realizados pelo idoso. Quanto mais baixa a pontuação obtida, maior será a sua independência para as ADHBs.

Fonte: Bauer (2001).

ANEXO Q

ÍNDICE DE DETERMINAÇÃO DE SAÚDE BUCAL – GOHAI

Quão frequentemente nos últimos três meses:	Pontos
1. Limita o tipo ou a quantidade de alimentos que come devido a problemas com os dentes ou próteses?	
2. Tem problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?	
3. Foi capaz de engolir confortavelmente?	
4. Seus dentes ou próteses o impediram de falar como queria?	
5. Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	
6. Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou próteses?	
7. Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou próteses?	
8. Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à boca?	
9. Preocupou-se com seus dentes, gengivas ou próteses?	
10. Sentiu-se nervoso ou tomou consciência de problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	
11. Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com dentes ou próteses?	
12. Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	
Total	

Atenção: a resposta NUNCA corresponderá a 5 pontos, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 1 ponto. Para as perguntas 3, 5 e 7, pontuar invertidamente, em função da pergunta: a resposta NUNCA corresponderá a 1 ponto, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 5 pontos.

Resultado

- NUNCA corresponderá a 5 pontos
- ALGUMAS VEZES a 3 pontos
- SEMPRE a 1 ponto.

Para as perguntas 3, 5 e 7, pontuar invertidamente, em função da pergunta: a resposta NUNCA corresponderá a 1 ponto, ALGUMAS VEZES a 3 pontos e SEMPRE a 5 pontos. Cada pessoa pode ter pontuação de 12 à 60 quanto > valor,

Fonte: Atchison; Dolan (1990).

ANEXO R

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - MAN

TRIAGEM	
<p>A- Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? <input type="checkbox"/> 0 = diminuição severa da ingestão <input type="checkbox"/> 1 = diminuição moderada da ingestão <input type="checkbox"/> 2 = sem diminuição da ingestão</p>	<p>J - Quantas refeições faz por dia? <input type="checkbox"/> 0 = uma refeição <input type="checkbox"/> 1 = duas refeições <input type="checkbox"/> 2 = três refeições</p>
<p>B - Perda de peso nos últimos meses <input type="checkbox"/> 0 = superior a três quilos <input type="checkbox"/> 1 = não sabe informar <input type="checkbox"/> 2 = entre um e três quilos <input type="checkbox"/> 3 = sem perda de peso</p>	<p>K - O paciente consome: . : ▪ pelo menos.uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? Sim () não () ▪ duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? Sim () não () • carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () não <input type="checkbox"/> 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim» <input type="checkbox"/> 0,5 = duas respostas «sim» <input type="checkbox"/> 1,0 = três respostas «sim»</p>
<p>C - Mobilidade <input type="checkbox"/> 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas <input type="checkbox"/> 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa <input type="checkbox"/> 2 = normal</p>	<p>L - O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? <input type="checkbox"/> 0 = não <input type="checkbox"/> 1= sim</p>
<p>D - Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? <input type="checkbox"/> 0 = sim <input type="checkbox"/> 2 = não</p>	<p>M - Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? <input type="checkbox"/> 0,0 = menos de três copos <input type="checkbox"/> 0,5 = três a cinco copos <input type="checkbox"/> 1,0 = mais de cinco copos</p>
<p>E - Problemas neuropsicológicos <input type="checkbox"/> 0 = demência ou depressão graves <input type="checkbox"/> 1 = demência leve <input type="checkbox"/> 2 = sem problemas psicológicos</p>	<p>N - Modo de se alimentar <input type="checkbox"/> 0 = não é capaz de se alimentar sozinho <input type="checkbox"/> 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade <input type="checkbox"/> 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade</p> <p style="text-align: right;">(conclusão)</p>
<p>F - Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²) <input type="checkbox"/> 0 = IMC < 19 <input type="checkbox"/> 1 = 19 ≤ IMC < 21 <input type="checkbox"/> 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<p>O - O paciente acredita ter algum problema nutricional? <input type="checkbox"/> 0 = acredita estar desnutrido <input type="checkbox"/> 1 = não sabe dizer <input type="checkbox"/> 2 = acredita não ter problema nutricional</p>
<p>Somatório dos pontos triagem:</p>	
<p>Escore de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12 pontos ou mais normal; desnecessário continuar a avaliação 11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação</p>	<p>P - Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? <input type="checkbox"/> 0,0 = não muito boa <input type="checkbox"/> 0,5 = não sabe informar <input type="checkbox"/> 1,0 = boa <input type="checkbox"/> 2,0 = melhor</p>

AVALIAÇÃO GLOBAL	
G - O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) () 0 = não () 1 = sim	Q - Circunferência do braço (CB) em cm () 0,0 = CB < 21 () 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 () 1,0 = CB > 22
H - Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? () 0 = sim () 1 = não	R Circunferência da panturrilha (CP) em cm () 0 = CP < 31 () 1 = CP ≥ 31
I - Lesões de pele ou escaras? () 0 = sim () 1 = não	
Somatório dos pontos Avaliação Global	
Somatório triagem + Avaliação Global	
Interpretação (pontuação máxima = 30) > 23,5 – nutrido > 17 < 23,5 – risco de desnutrição < 17 – desnutrição	

Interpretação dos Resultados (score)

- **Subtotal 1ª parte**= máximo 14 pontos
 - ✓ ≥ 12 pontos: Estado nutricional satisfatório, desnecessário continuar avaliação
 - ✓ ≤ 11 pontos: Possibilidade de desnutrição, continuar a avaliação
- **Subtotal 2ª parte**= máximo 16 pontos
- **Total**= máximo 30 pontos (somatório de triagem + avaliação global)
 - ✓ ≥ 24 pontos: bom estado de nutrição
 - ✓ 17 à 23,5 pontos: risco de desnutrição
 - ✓ < 17 pontos: desnutrição

Fonte: Rubenstein (2001).

ANEXO S

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE – NSI

QUESTÕES		
1	É portador de alguma doença que limite a comida ingerida?	() 1- Sim () 0 - Não
2	Come poucas frutas, verduras e/ou produtos lácteos?	() 1- Sim () 0 - Não
3	Tem comido menos quantidade ultimamente, falta de apetite?	() 1- Sim () 0 - Não
4	Bebe mais de três copos de cerveja, vinho ou bebida destilada por dia?	() 1- Sim () 0 - Não
5	Tem problema bucal ou de dentição que dificulte a alimentação?	() 1- Sim () 0 - Não
6	Possui condições financeiras para comprar alimentos?	() 1- Sim () 0 - Não
7	Faz as refeições sozinho na maior parte das vezes?	() 1- Sim () 0 - Não
8	Ingere 3 ou mais remédios sob prescrição médica ou não por dia?	() 1- Sim () 0 - Não
9	Emagreceu ou engordou pelo menos 5Kg nos últimos 6 meses?	() 1- Sim () 0 - Não
10	Possui algum problema de saúde (físico) que o incapacite de fazer compras? (alimento)	() 1- Sim () 0 - Não
Somatório dos pontos		
Escore: 0 a 2 pontos = risco baixo 3 a 5 pontos = risco moderado > 6 pontos = risco alto		

Fonte: NAJAS; NEBULONI (2005).

ANEXO T

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

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

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

Fonte: Adaptado de Brasil (2006)

ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data: ____ / ____ / ____ U.B.S: _____

IDENTIFICAÇÃO

1. Dados de Identificação:

Nome: -----
 Idade: ----- Data de Nascimento: -----
 Sexo: () M () F
 Profissão----- Aposentado: () Sim () Não
 Município de nascimento/UF -----
 Sabe ler e escrever?() sim () não
 Escolaridade () nenhuma () de 1 a 3 anos () de 4 a 7 anos () 8 anos ou mais
 Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado () Outros
 Raça/cor : ()branca ()preta ()parda ()amarela ()indígena Qual etnia? -----
 Endereço: -----
 Ponto de Referencia: -----
 Telefone: -----
 Cuidador: ----- Grau de parentesco: : -----

2. Dados Antropométricos:

Peso: (Kg)-----
 Altura: (cm)-----
 Circunferência da cintura: (cm)-----
 IMC: (Kg\m²)-----
 Circunferência da Panturrilha esquerda: (cm)-----
 Outros: -----

3. Parâmetros Vitais :

Pressão Arterial: (mmHg) -----
 Pulso: (bpm) -----
 Respiração: (irpm) -----
 Temperatura axilar: -----
 Outros: -----

4. Dados Bioquímicos:

Glicemia de jejum: (mg\dl) -----
 Triglicérideo: (mg\dl) -----
 HDL-c: (mg\dl) -----
 LDL: (mg\dl) -----
 Teste de Tolerância a Glicose: (mg\dl) -----
 Hemoglobina Glicada : (%) -----
 Outros -----

5. Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

- Aplicar o **Anexo T** , deste protocolo.

Dimensões avaliadas	Procedimentos Clínico assistencial
Nutrição	Perda de peso > de 4kg ou IMC alterado para obesidade ou desnutrição: Aplicar o MAN (Anexo R); aplicar o NSI (Anexo S). Avaliar os parâmetros de valores do IMC (Quadro 10). Avaliar perda de peso em relação ao tempo (Quadro 9). Avaliar parâmetros de valores da circunferência da panturrilha (Figura 21).
Visão	Dificuldade Visual (dirigir, ver TV, realizar as AVD): Aplicar o Cartão Jaeger, (Figura 17) se dificuldade de ler além de 20/40, encaminhar ao oftalmologista.
Audição	Dificuldade de audição: Aplicar o teste do Sussurro (Figura 18), na ausência de cerume e resposta negativa ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
Incontinência	Perda de Urina: Investigar as etapas de avaliação do idoso incontinente (Figura 14). Aplicar o Diário Miccional (Anexo L).
Atividade Sexual	Ausência de libido: Orientações sobre as alterações da sexualidade Identificação de disfunção fisiológica e/ ou psicológica
Humor/depressão	Relato de tristeza/ desânimo: Estimular o diálogo. Aplicar a escala de Depressão Geriátrica (Anexo F). Inventário de Beck para depressão (Anexo G). Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton (Anexo H). Escala de investimento pessoal da vida (Anexo I).
Cognição e Memória	Dificuldade de repetir nomes de objetos Aplicar o MEEM (Anexo E). Teste do relógio de fluência verbal (Anexo D). Encaminhamento a serviços especializados, para confirmação diagnóstica.
Função dos MMSS	Incapacidade de tocar a nuca com ambas as mãos ou de apanhar um lápis sobre a mesa Aplicar o Teste de alcançar as costas (Figura 5). Teste de flexão de antebraço (Figura 6). Avaliar as funções básicas das mãos.
Função dos MMII	Dificuldade de locomoção, de amplitude de movimento, de marcha e equilíbrio: Aplicar o Teste de equilíbrio Unipodálico (Figura 2). Teste de <i>time up and go test</i> (Figura 3). Escala de Tinnet (Anexo J). Teste de Romberg (Figura 4).
Atividades Diárias	Limitação de realizar as atividades diárias: Aplicar o índice de Katz (Anexo A). Escala de Lawton (Anexo B). Aplicar em conjunto o Índice de Atividades Diárias de Higiene Bucal (Anexo Q).

Domicílio	Avaliar presença de tapetes, escadas e ausência de suporte (corrimão) em banheiros. Instituir adaptações necessárias.
Queda	Avaliar história de quedas nos últimos 12 meses: Quantas vezes? Sofreu fraturas? Caminha com dificuldades? Necessita de ajuda para se locomover?
Suporte Social	Identificar a rede social do idoso, de suporte para o idoso.

6- Plano de Cuidados do Idoso

Funções		Diagnóstico Funcional		Obs
		Sem comprometimento	Com comprometimento	
			Leve/ moderado	Grave
AVDs	Básico			
	Instrumentais			
Humor				
Mobilidade	Alcance/ Preensão/ Pinça			
	Postura/ Marcha/ Transferência			
	Capacidade Aeróbica			
	Continência urinária			
	Continência Fecal			
Comunicação	Visão			
	Fala/ voz/ motricidade			
Orgãos e sistemas	Saúde bucal			
	Estado nutricional			

Utilizar as escalas de avaliações, contidas no protocolo
Utilizar os algoritmos do protocolo como apoio no plano de cuidados

Situações de Risco		
	Sim	Não
• Idade > 80 anos		
• Polipatologia ≥ 5 doenças		
• Subnutrição ou emagrecimento recente		
• Vulnerabilidade social		
• Declínio funcional		
• Polifarmácia		
• Declínio funcional nas AVDs instrumentais		
• Declínio funcional nas AVDs básica		
• Incapacidade cognitiva		
• Sinais de depressão		
• Sinais de instabilidade postural/ imobilidade		
• Sinais de incontinência esfinteriana		
• Sinais de incapacidade comunicativa		
Implementação do Plano de Cuidado		
	Sim	Não
O idoso necessita de encaminhamento a serviços especializados?		
Se afirmativo selecionar os serviços e preencher os impressos de encaminhamento		
Serviços de Apoio	Serviços de Média Complexidade	
<input type="checkbox"/> CEO <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> C.R. F.B <input type="checkbox"/> CONVIVER <input type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> PACES <input type="checkbox"/> Central de Marcação de Consultas <input type="checkbox"/> Farmácia Básica <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:----- ----- -----	<input type="checkbox"/> Hospital Rosy Cury <input type="checkbox"/> Hospital Cristo Rei <input type="checkbox"/> Hospital São José <input type="checkbox"/> Outros. Especificar:----- ----- -----	
Anotações:		
Profissional		

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título			
Autor(es)			
Ano publicação			
Periódico (v./nº/pág. inicial e final)			
Objetivo(s)			
CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS			
Delineamento / Tipo de Estudo	<input type="checkbox"/> Revisão sistemática* <input type="checkbox"/> Revisão sistemática com metanálise* <input type="checkbox"/> Revisão sistemática de estudos de coorte <input type="checkbox"/> Ensaio clínico randomizado <input type="checkbox"/> Estudos de coorte <input type="checkbox"/> Resultado terapêutico “tudo ou nada” <input type="checkbox"/> Estudos ecológicos <input type="checkbox"/> Estudos caso-controle <input type="checkbox"/> Relato de casos <input type="checkbox"/> Opinião de especialistas		
*Critério de seleção do estudo			
P			
I			
C			
O			
Tipo de intervenção			
Amostra / Participantes	Seleção	<input type="checkbox"/> Randomizada	<input type="checkbox"/> conveniência
		<input type="checkbox"/> cego	<input type="checkbox"/> intencional
	Amostra inicial		Amostra final

	Critérios de inclusão				
	Critérios de exclusão				
Análise de dados					
Principais Resultados					
Conclusão					
Grau de recomendação (GRADE)	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 1C	Nível de Evidência
	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 2A	<input type="checkbox"/> 2B	<input type="checkbox"/> 2C	
		<input type="checkbox"/> 3A	<input type="checkbox"/> 3B		
	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 4			
<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> 5				
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
Inclusão do estudo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não					

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Maria Marques de Carvalho, mestranda do Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS, sob orientação da prof^a Dr^a Karin Viégas, estou realizando uma pesquisa sobre pesquisa **“Protocolo clínico assistencial de enfermagem à saúde do idoso na Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Balsas - MA”**. O objetivo deste estudo é elaborar um protocolo assistencial através de revisão sistemática.

Se você concordar em participar deste estudo, sua participação será avaliar um protocolo, juntamente com outros membros do grupo avaliador.

O instrumento de avaliação apresenta 23 questões, divididas em seis domínios e duas questões da avaliação global. A avaliação é composta por uma escala de Likert com 7 pontuações, sendo 1 (discordo totalmente) e 7 (concordo totalmente), para as quais solicito que indique o seu nível de concordância. A duração desta avaliação é estimada em no máximo duas horas para a leitura do protocolo assistencial e preenchimento do instrumento de avaliação.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não acarretando qualquer penalidade ou dano pessoal ou profissional e não há qualquer despesa ou compensação financeira.

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisadas em caráter estritamente científico, e em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei contatar o pesquisador Ana Maria Marques de Carvalho no telefone (99)9820-21308 ou pelo e-mail aninhacabofrio_one@hotmail.com. Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do participante	Data
Ana Maria Marques de Carvalho	
Nome do responsável pelo estudo	Assinatura
Karin Viégas	
Nome do orientador	Assinatura