

GERIATRIA

AGA: O QUE É, COMO E QUANDO UTILIZÁ-LA?



sanar
pós

AGA: O QUE É, COMO E QUANDO UTILIZÁ-LA?

1. Introdução.....	4
2. 2. Domínios avaliados na AGA e métodos de avaliação.....	4
2.1. Equilíbrio e marcha	5
2.2. Cognição.....	5
2.3. Humor e comportamento	7
2.4. Mobilidade	8
2.5. Comunicação	8
2.6. Estado nutricional	8
2.7. Suporte social, espiritualidade e autopercepção de saúde.....	9
2.8. Funcionalidade	10
2.9. Medicações e comorbidades	11
2.10. Déficit auditivo.....	11
2.11. Déficit visual	11
3. Avaliação multidimensional e multiprofissional	12
4. Diagnóstico em síndromes geriátricas.....	12
4.1. Avaliação de fragilidade e declínio funcional.....	12
<i>Referências.....</i>	<i>13</i>

AGA: O QUE É, COMO E QUANDO UTILIZÁ-LA?

Dra. Natália Garção

1. INTRODUÇÃO

Os idosos são um **grupo heterogêneo** de pacientes, pois o envelhecimento é um processo que ocorre de forma bastante diferente entre os indivíduos, uma vez que é influenciado por uma série de fatores como **genética, estilo de vida e ambiente**. Na prática, nos deparamos com vários perfis de idosos, desde pacientes frágeis e dependentes até os robustos e ativos. A **idade cronológica**, ou seja, aquela idade em anos a partir do nascimento, **traz pouca informação** e pode ser diametralmente oposta à idade biológica, que é aquela que de fato revelaria a vitalidade do nosso organismo.

Imaginemos **dois pacientes, ambos com 78 anos: um é ativo**, trabalha, não tem nenhuma comorbidade grave e toma poucos remédios. Já **o outro sofreu um AVC** e ficou com uma sequela motora importante e praticamente não consegue se locomover sozinho, é totalmente dependente e está iniciando um quadro de síndrome demencial. Comparando esses dois pacientes fica claro compreender que eles **possuem demandas de saúde completamente diferentes**. O **primeiro paciente** precisa de um seguimento que visa a promoção de sua saúde, no qual ele seja orientado a fazer os **rastreios pertinentes** e a manter **hábitos de vida saudáveis**.

Além disso é candidato a todas as medidas invasivas no contexto de uma intercorrência aguda.

Já para o **segundo paciente**, o foco é **reabilitação e controle de danos**: ele merece um **acompanhamento multidisciplinar e orientações de cuidados para os familiares**. No contexto de uma intercorrência aguda a proporcionalidade do cuidado deve ser considerada, uma vez que medidas muito invasivas podem ser extremamente iatrogênicas e promover a distanásia. Então, como podemos ver, mesma idade cronológica, **idades biológicas totalmente diferentes e cuidados em saúde também** completamente distintos.

Nos casos acima ainda foi fácil enxergarmos as prioridades e estabelecermos um plano de cuidado individualizado. Porém, na prática, **nem sempre é simples identificar quais exatamente são os pontos de maior atenção** e quais demandas são as mais importantes, isso porque várias são as alterações que podem se desenvolver ao longo do envelhecimento. Atendemos pacientes que trazem **várias queixas e sofrem diversas comorbidades**, apresentam polifarmácia – por vezes, nos deparamos com um compêndio

de problemas. Como entender o que deve ser priorizado? Como avaliar a funcionalidade do paciente? Como organizar um plano de cuidado no meio de tantas demandas? Como rastrear possíveis problemas de saúde associados ao envelhecimento?

A **avaliação geriátrica ampla** (AGA) é o método que foi desenvolvido para abordarmos a saúde do idoso de uma forma global. Por ela, é possível definir a condição clínica, psicológica, cognitiva e funcional, acessando assim diversos aspectos da saúde do paciente, não apenas suas comorbidades. Ela é um processo de avaliação **interdisciplinar** e **multidimensional** que nos auxilia na realização dos diagnósticos em geriatria e **evidencia os pontos de atenção**, permitindo que seja criado um plano de cuidado individualizado. Através do uso de escala e testes, conseguimos realizar uma análise objetiva e organizada de diferentes áreas da saúde.

Nesse contexto, seu objetivo é permitir a realização de um **diagnóstico global**, permitindo desenvolver um **plano de ação individualizado**. Ela busca identificar a capacidade funcional, determinar o **prognóstico** e **acessar diversas áreas da saúde do idoso** com impacto direto na sua **qualidade de vida e funcionalidade**, não apenas suas comorbidades.

2. DOMÍNIOS AVALIADOS NA AGA E MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

A AGA é uma abordagem multidimensional que contempla as dimensões **biológica, psicológica e social** do idoso, permitindo uma compreensão integrada de sua condição de saúde. Essa visão abrangente possibilita identificar **fatores de risco, necessidades de cuidado e estratégias** para preservar ou recuperar a funcionalidade.

Idealmente, por se tratar a AGA de um **processo multidisciplinar**, o paciente deve ser avaliado por uma equipe composta por **médico** (geralmente um geriatra), **enfermagem e assistência social** e, quando necessário, ser **encaminhado para as demais especialidades**, como fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionista, psicólogo, dentista, oftalmologista e fonoaudiologia. Sabemos que na prática nem sempre o acesso às demais especialidades está amplamente disponível, mas é sempre importante considerarmos e orientarmos os encaminhamentos quando rastreamos a **necessidade de uma avaliação mais pormenorizada**. Na impossibilidade de

várias avaliações, a regra é saber **priorizar a que teria maior benefício para o paciente.**

Domínios avaliados

- Capacidade funcional
- Risco de queda
- Cognição
- Humor
- Polifarmácia
- Suporte social
- Renda familiar
- Diretivas
- Nutrição/ alterações no peso
- Continência urinária e fecal
- Disfunção sexual
- Visão e audição
- Dentição
- Espiritualidade

2.1. Equilíbrio e marcha

As alterações de equilíbrio e marcha são **altamente prevalentes** em idosos e estão associadas a **eventos adversos graves**, como quedas, fraturas, incapacidade e mortalidade. A **queda** é reconhecida como uma **síndrome geriátrica**, podendo ocorrer **isoladamente** ou associada a condições como **sarcopenia**, perda de massa e função muscular, e **osteoporose**, que aumenta a fragilidade óssea.

Para identificar um **"caidor crônico"**, questiona-se se o paciente sofreu **duas ou mais quedas no último ano**, sendo que a resposta afirmativa caracteriza o risco elevado. A avaliação clínica deve ser complementada por **testes objetivos** que auxiliam na estratificação do risco e no **acompanhamento após intervenções** como fisioterapia ou exercícios de fortalecimento.

Quadro 01. Testes de avaliação funcional de equilíbrio e marcha.

Teste	Como realizar	O que avalia/ Observações
Timed Up and Go (TUG)	Levantar de uma cadeira, caminhar 3 m, retornar e sentar; cronometrar-se o tempo	Avalia mobilidade, equilíbrio e risco de quedas
Sentar e Levantar em 5 segundos	Contar quantas repetições são feitas no tempo estipulado	Avalia força de membros inferiores e resistência
Apoio unipedal e bipedal	Manter equilíbrio estático com olhos abertos e fechados	Avalia controle postural e equilíbrio
Circunferência de panturrilha	Medir no maior diâmetro da panturrilha	Estima massa muscular; marcador de sarcopenia
Hand Grip	Força de preensão palmar com dinamômetro; registrar melhor valor	Avalia força global e prognóstico funcional

Teste	Como realizar	O que avalia/ Observações
Velocidade de marcha	Cronometrar tempo para percorrer 4 m; calcular m/s	> 0,8 m/s indica melhor prognóstico funcional

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2. Cognição

A cognição é um dos **pilares da funcionalidade** no idoso e está diretamente ligada à sua autonomia, permitindo **compreender e resolver problemas do cotidiano**, planejar ações e interagir socialmente. Segundo o DSM-5, a avaliação cognitiva deve abranger:

- **Linguagem:** fluência verbal, gramática e compreensão semântica.
- **Função Executiva:** planejamento e execução de tarefas.
- **Atenção Complexa:** habilidade de manter e alternar foco entre atividades simultâneas.
- **Percepto Motor:** execução de praxias e motricidade fina.
- **Memória e Aprendizagem:** memória de curto e longo prazo e retenção de informações.
- **Cognição Social:** adaptação a normas sociais e adequação comportamental.

A **incidência de demência** aumenta com a idade, principalmente **acima dos 85 anos**, e há muitos pacientes que não são corretamente diagnosticados. Não existe uma recomendação oficial pela **US Preventive Services Task Force (USPSTF)** para rastreamento de demência em pacientes assintomáticos, mas é muito comum nos ambulatórios de geriatria fazer seguimento.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

A avaliação inicia-se com a investigação sobre a presença e a evolução do **esquecimento**, considerando a **auto-percepção** do paciente e a percepção dos familiares.

- **Esquecimento percebido pelos familiares:** quando o esquecimento é percebido mais pelos familiares do que pelo paciente ($F > P$), deve-se suspeitar de demência, situação em que pode haver falta de insight ou anosognosia.
- **Esquecimento percebido pelo paciente:** quando o paciente percebe mais o esquecimento do que os familiares ($F < P$), a causa mais provável é depressão ou ansiedade, podendo haver amplificação subjetiva dos déficits e dificuldade diagnóstica.
- **Esquecimento percebido por ambas as partes:** quando ambas as percepções são semelhantes ($F = P$), o quadro mais provável é de comprometimento cognitivo leve (CCL).

Além da intensidade, é importante identificar o **tipo de esquecimento**:

- **Memória de trabalho:** comum no envelhecimento, está associada a **deficits atentos, sensoriais, distúrbios do humor ou sono**. O paciente relata desatenção, esquecimentos de objetos ou compromissos pouco relevantes, e pode cometer pequenos erros domésticos (como deixar comida queimar). Geralmente, tem **baixo impacto nas atividades de vida diária**.
- **Memória episódica:** mais preocupante, pois **afeta tarefas complexas e sugere demência**. O paciente apresenta dificuldade para associar eventos a datas, descrever detalhes de acontecimentos, relembrar a idade de familiares, ou evita responder olhando para o acompanhante, **sinal do pescoço (Head Turning Sign)**, típico da **doença de Alzheimer**. A progressão gradual desses sintomas é fortemente **sugestiva de doença neurodegenerativa**.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO COGNITIVA

Diversos instrumentos práticos e validados no Brasil auxiliam na triagem e acompanhamento de alterações cognitivas:

- **Miniexame do Estado Mental (MEEM):** pontuação máxima de 30, ajustada pela escolaridade. Avalia noção de temporalidade e espacialidade, memória imediata e evocação, cálculo, linguagem e habilidade visuoespacial (desenho de pentágonos).

Figura 01. Ficha de avaliação do Minimental.

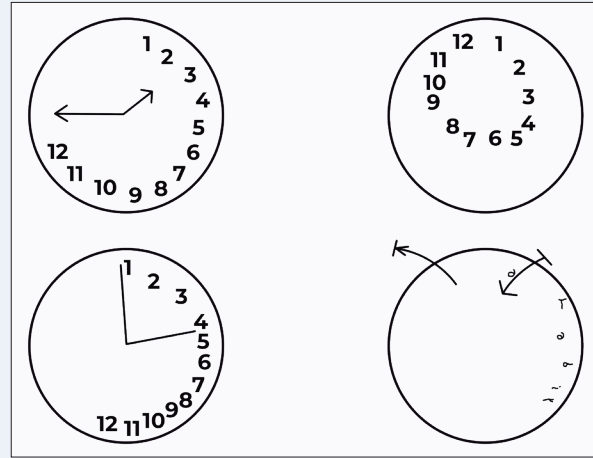
Orientação temporal (5 pontos)	Qual hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: carro, vaso, tijolo
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$
Memória e evocação (3 pontos)	Quais os 3 objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e Caneta
Repetir (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase com sentido
Ler e executar (1 ponto)	Ler comando "Feche seus olhos"
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com intersecção:

Fonte: Folstein et al (1975)

- **Fluência Verbal Semântica:** o paciente deve dizer o maior número possível de palavras dentro de uma categoria (animais, frutas) em um minuto, sem receber dicas. A capacidade de agrupar respostas por semelhança indica boa função cognitiva.

- **Teste do Relógio:** avalia função executiva e organização visuoespacial. O paciente deve desenhar um relógio com todos os números, marcando 10h10min, sendo cada ponteiro colocado em quadrantes diferentes. Útil para monitorar evolução funcional, especialmente em demências.

Figura 02. Teste do Relógio.



Fonte: Acervo Sanar

Avaliação: 10 a 6 - desenho do relógio e números corretos

Pontuação	Critério
10	Ponteiro estão na posição correta
9	Leve distúrbio nos ponteiros
8	Distúrbios mais intensos nos ponteiros
7	Ponteiro completamente errados
6	Uso inapropriado dos ponteiros (uso de mostrador digital ou circulando números, apesar de repetidas instruções)

Avaliação: 5 a 1 - desenho do relógio e números incorretos

Pontuação	Critério
5	Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio. Ponteiros presentes de alguma forma
4	Distorção da sequência numérica, números faltando ou colocados fora dos limites do relógio
3	Números e mostrador não correlacionados. Ausência de ponteiros
2	Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas o desenho apresenta vaga semelhança com um relógio
1	Não tentou ou não conseguiu representar um relógio

- **Montreal Cognitive Assessment (MoCa-B):** mais sensível que o MEEM para alterações iniciais, especialmente em indivíduos com alta escolaridade. Avalia linguagem, nomeação, atenção, evocação e habilidades visuoespaciais.

- **Bateria breve:** composta por estímulos visuais, minimizando o impacto da escolaridade. Avalia memória de curto prazo e aprendizagem, sendo útil para diferenciar doença de Alzheimer de demência vascular e acompanhar evolução longitudinal.

A escolha do instrumento depende do contexto clínico, do tempo disponível e da escolaridade do paciente. Idealmente, os testes devem ser repetidos em avaliações subsequentes para detecção precoce de declínios e monitoramento de resposta a intervenções, como estimulação cognitiva ou tratamento farmacológico.

Todos estes testes servem como forma de **rastreio**, sendo que o **diagnóstico deve seguir os critérios específicos de cada doença**. Por vezes, esses testes não são suficientes para realizar uma avaliação cognitiva adequada, principalmente em indivíduos altamente escolarizados que possuem uma alta reserva cognitiva. Nos casos em que a **suspeição de alteração cognitiva** (presença de queixa cognitiva associada à alteração da funcionalidade) é alta, mas a **triagem inicial é negativa**, torna-se necessária a **aplicação de testes neuropsicológicos mais elaborados**.

2.3. Humor e comportamento

O **humor** é um componente fundamental para a **preservação da autonomia** e para o **desempenho das atividades de vida diária**. Alterações no humor, como depressão e ansiedade, têm impacto direto na motivação, interação social, qualidade de vida e adesão a tratamentos. Além disso, transtornos de humor podem **simular síndromes demenciais** ou coexistir com elas, o que reforça a necessidade de avaliação cuidadosa e acompanhamento longitudinal.

A **depressão no idoso não é consequência natural do envelhecimento** e sua prevalência não aumenta obrigatoriamente com a idade, embora seja uma condição **relativamente frequente**, estimada entre 8% e 16%, e **muitas vezes negligenciada**. O espectro de alterações de humor varia desde a tristeza isolada até a depressão maior, que se caracteriza por humor persistentemente deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações biológicas (sono, apetite, energia), e duração de meses a anos, com repercussões significativas na vida do indivíduo.

É importante destacar que **quadros demenciais podem iniciar com sintomas de depressão ou ansiedade**, e pacientes com depressão grave podem apresentar déficits cognitivos que regredem após tratamento adequado. Por outro lado, **doenças crônicas e limitações físicas** podem gerar isolamento social e predispor à depressão, enquanto fatores ambientais, como dificuldade de transporte ou barreiras arquitetônicas, podem **contribuir para a manutenção do quadro**.

A **apresentação clínica** da depressão no idoso muitas vezes **difere do esperado**: nem sempre há choro ou verbalização de tristeza; frequentemente, manifesta-se **como isolamento, perda de prazer em atividades antes apreciadas e autoexclusão**. Uma vez que o rastreio esteja positivo, deve-se realizar o diagnóstico através dos critérios do DSM-5.

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO HUMOR

A detecção precoce é essencial e deve combinar **observação clínica com instrumentos estruturados**. As escalas **mais utilizadas** são:

- **Escala de Depressão Geriátrica (GDS – Geriatric Depression Scale)**: validada no Brasil nas versões de **4, 5, 10 e 15 itens**, sendo esta última a mais utilizada em pesquisas e na prática clínica.

Figura 03. Escala de depressão geriátrica, também conhecida como GDS ou Yesavage.

Perguntas	SIM	NÃO
Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
Você sente que sua vida está vazia?	1	0
Você se aborrece com frequência?	1	0
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
Você se sente cheio de energia?	0	1
Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você	1	0
TOTAL	—	—
Interpretação:		
> 5 pontos: sugestiva de depressão		

Fonte: Yesavage et al² (1982)

A **GDS-15** possui boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,81) e ponto de corte ≥ 6 apresenta sensibilidade de 90,9% e especificidade de 64,5% para episódio depressivo maior (DSM-IV). Pode ser usada para rastreamento e monitoramento da gravidade, embora as respostas individuais tenham menor estabilidade teste-reteste, sendo o escore total o indicador mais confiável.

- **Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)**: consiste em **duas perguntas rápidas**; resultado positivo indica necessidade de prosseguir para o PHQ-9.
- **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**: avalia a **presença e gravidade dos sintomas depressivos**, podendo ser usado para rastrear, diagnóstico e acompanhamento da resposta ao tratamento. Pontuações mais altas indicam maior intensidade dos sintomas.

A escolha da escala deve considerar **tempo disponível, familiaridade do profissional com o instrumento e condição clínica do paciente**. Contudo, deve-se ressaltar que o **diagnóstico definitivo** deve seguir os critérios para **Depressão Maior do DSM-5**:

- **Cinco ou mais dos sintomas abaixo** presentes na maior parte do dia, por pelo menos duas semanas, representando mudança em relação ao funcionamento anterior.
- **Pelo menos um sintoma central dentre**:
 - ▶ Humor deprimido
 - ▶ Anedonia (perda de interesse ou prazer)
- **Sintomas adicionais**:
 - ▶ Alteração significativa de peso ou apetite (> 5% em 1 mês);
 - ▶ Insônia ou hipersonia;
 - ▶ Agitação ou retardo psicomotor observáveis;
 - ▶ Fadiga ou perda de energia;
 - ▶ Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva/inapropriada;
 - ▶ Dificuldade de concentração ou indecisão;
 - ▶ Pensamentos recorrentes de morte, ideação ou tentativa de suicídio.

- Os **sintomas causam sofrimento** clinicamente significativo ou **prejuízo funcional social**, profissional ou em outras áreas importantes.
- **Não são atribuíveis a efeitos fisiológicos** de substância ou **condição médica**.
- Não são explicados por outro transtorno mental.
- Ausência de episódio maníaco ou hipomaníaco prévio.

Aspectos práticos na avaliação do humor no idoso

- **Avaliar impacto funcional:** verificar se a alteração de humor afeta atividades de vida diária.
- **Investigar causas reversíveis:** depressão secundária a doenças crônicas, dor, isolamento ou efeitos adversos de medicamentos.
- **Observar apresentações atípicas:** fadiga, queixas somáticas e retraimento social podem predominar sobre sintomas clássicos.
- **Realizar acompanhamento longitudinal:** permite diferenciar flutuações de humor de quadros persistentes e identificar evolução para síndromes demenciais.

2.4. Mobilidade

A mobilidade é um dos **pilares da independência física**, englobando a capacidade de deslocamento, a manipulação do meio e as transferências posturais. Sua **preservação é fundamental** para que o idoso mantenha **autonomia e qualidade de vida**. Esse domínio depende da integridade e do funcionamento harmônico de **quatro subsistemas** principais:

1. **Capacidade aeróbica e muscular**, que sustenta força e resistência para as atividades diárias.
2. **Função de membros superiores**, incluindo alcance, preensão e pinça.
3. **Marcha, postura e transferências**, garantindo deslocamento seguro e estável.
4. **Continência esfíncteriana**, cuja perda interfere na mobilidade e pode levar ao isolamento social.

AVALIAÇÃO DE MOBILIDADE

Primeiramente, a abordagem da mobilidade no idoso deve ser abrangente e periódica, pois **limitações nesse domínio impactam diretamente a capacidade funcional** e aumentam o risco de quedas, hospitalizações e perda de independência. Uma das formas de avaliar a mobilidade é através da avaliação da marcha.

A avaliação da marcha deve fazer parte de todo exame geriátrico, com foco na **prevenção de quedas** e na **manutenção da independência**. Recomenda-se a aplicação de testes simples e validados, como o **Timed Up and Go Test** e o **Get Up and Go Test**.

- **Timed Up and Go Test (TUG):** o paciente inicia recostado em uma cadeira (assento a 46 cm do chão), com braços apoiados. Ao sinal, deve **levantar-se sem apoio, caminhar três metros em passos seguros, girar 180°, retornar e sentar-se novamente**. O teste é cronometrado desde o comando até o momento em que o paciente se senta novamente.
 - ▶ **< 10 segundos:** risco mínimo de queda, não há necessidade de avaliação adicional, mesmo que exista algum distúrbio de marcha.
 - ▶ **10 a 20 segundos:** geralmente independentes; se não houver histórico de quedas ou marcha anormal, não é necessária investigação complementar.
 - ▶ **≥ 20 segundos:** indicativo de instabilidade postural e alto risco de quedas, exigindo avaliação específica.

O teste fornece dados sobre **força** de membros inferiores, **equilíbrio e estratégias de movimento**, podendo ser aplicado em qualquer ambiente.

- **Get Up and Go Test (avaliação qualitativa):** complementa o TUG, analisando o **desempenho qualitativo nas fases do movimento**:
 - ▶ **Equilíbrio:** sentado, ao levantar, nos primeiros segundos em pé e durante o giro de 180°.
 - ▶ **Locomoção:** início e manutenção da marcha, incluindo cadência, base, comprimento e altura da passada, desvio de trajeto e balanço dos braços.

Essa análise detalhada auxilia na **identificação do tipo e da causa de distúrbios da marcha**, orientando intervenções específicas.

2.5. Comunicação

A comunicação é a **capacidade de estabelecer interações produtivas com o meio**, permitindo a troca de informações, a expressão de necessidades, ideias e sentimentos, além de favorecer a participação social. Uma **comunicação eficiente é essencial para a autonomia** e para a adesão ao tratamento, pois **facilita a compreensão das orientações médicas** e o engajamento no cuidado.

As **habilidades comunicativas** envolvem principalmente **linguagem, audição e produção/motricidade orofacial** (fala e voz, mastigação e deglutição). A **visão** pode ser considerada uma **quarta função comunicativa**, atuando de forma compensatória quando há déficit nas outras habilidades, como no uso da linguagem, ou de forma complementar, auxiliando na interpretação de sinais e expressões faciais.

O **comprometimento da linguagem** está geralmente associado a **alterações nas áreas de Broca e Wernicke**, localizadas na região temporo-parietal esquerda, e pode ocorrer em doenças que afetam as funções cognitivas. Já a **motricidade orofacial**, além de ser responsável pela fala e voz, também participa do processo de deglutição; sua alteração pode levar à **disfagia orofaríngea**, condição que aumenta o risco de **pneumonia aspirativa** em idosos frágeis.

Estima-se que cerca de **20% dos indivíduos acima de 65 anos** apresentem algum problema de comunicação. Como essas habilidades dependem do funcionamento adequado dos órgãos sensoriais e eferentes, a avaliação deve incluir rotineiramente testes de visão, audição e motricidade orofacial.

AVALIAÇÃO DA FONAÇÃO

A análise da **produção oral** deve ser feita rotineiramente, observando:

- **Respiração:** capacidade, controle e coordenação com a emissão sonora.
- **Fonação:** intensidade e qualidade vocal.
- **Ressonância:** grau de nasalidade.
- **Articulação:** precisão articulatória e coordenação motora.
- **Prosódia:** ritmo e velocidade da fala espontânea.

Esses elementos ajudam a identificar **alterações funcionais e neurológicas**, além de orientar intervenções fonoaudiológicas quando necessárias.

2.6. Estado nutricional

A avaliação do estado nutricional é fundamental na AGA, pois a **massa muscular** está diretamente relacionada à **mobilidade, à estabilidade postural e à prevenção de quedas**.

O ideal é que essa avaliação seja conduzida por um nutricionista, mas, na ausência desse profissional, podem ser utilizadas **ferramentas específicas de rastreio**.

Fatores que influenciam o risco nutricional no idoso

- Sexo masculino (em alguns contextos)
- Aspectos sociais:
 - ▶ Perda do cuidador habitual
 - ▶ Perda da motivação para preparar refeições
 - ▶ Dietas inadequadas
 - ▶ Excesso de carboidratos
 - ▶ Anorexia

Além disso, os **critérios de Índice de Massa Corporal (IMC)** para idosos **diferem dos adultos jovens**. A desnutrição é considerada quando abaixo de 22, enquanto os índices entre 22 e 27 indicam a faixa de normalidade e valores acima disso indicam obesidade. O cálculo do é realizado **sempre que possível**, servindo como indicador do estado nutricional. Quando o IMC não pode ser obtido, utiliza-se a **circunferência da panturrilha como medida substitutiva**.

A **Mini Avaliação Nutricional (MAN)** é uma ferramenta validada e disponível online para triagem, que deve incluir perguntas relacionadas à **ingestão alimentar, perda de peso recente, mobilidade, estresse psicológico** ou doença aguda nos últimos três meses, fatores que podem impactar negativamente o estado nutricional. Outro aspecto avaliado são os **problemas neuropsicológicos**.

Quadro 02. Itens da mini avaliação nutricional.

Item avaliado	Perguntas / Critérios	Classificação
Ingestão alimentar (últimos 3 meses)	Houve redução? Houve falta de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigar ou deglutir?	Mantida Reduzida
Perda de peso recente	Avaliar magnitude da perda	> 3 kg 1–3 kg Inexistente
Mobilidade	Nível de independência	Restrito ao leito Deambula apenas em casa Ativo normalmente
Estresse psicológico ou doença aguda (últimos 3 meses)	Presença de eventos clínicos ou emocionais recentes	Sim Não
Problemas neuropsicológicos	Alterações cognitivas ou emocionais	Ausentes Demência ou depressão leve Demência ou depressão grave

Fonte: Elaborado pela autora.

A **soma das pontuações** fornece o **escore final** de triagem, que varia de 0 a 14 pontos. Os valores obtidos permitem classificar o idoso em três categorias: **estado nutricional normal** (12–14 pontos), **sob risco de desnutrição** (8–11 pontos) ou **desnutrido** (0–7 pontos). Esse instrumento é,

portanto, uma ferramenta prática para a detecção de problemas nutricionais em idosos, possibilitando intervenções precoces e prevenindo complicações relacionadas à fragilidade e à perda funcional.

2.7. Suporte social, espiritualidade e autopercepção de saúde

O **suporte social** é um dos **determinantes** mais **importantes** da saúde e do **bem-estar do idoso**, influenciando tanto a qualidade de vida quanto às decisões clínicas. Na avaliação geriátrica ampla, é fundamental investigar:

Itens a serem avaliados no suporte social

- Arranjo domiciliar: com quem e onde o paciente vive
- Rede de apoio: familiares, amigos, vizinhos, cuidadores formais
 - ▶ Em alguns casos, principal suporte vem de vizinhos: necessidade de estratégias específicas de acompanhamento
- Situação financeira: capacidade de custear tratamento, medicamentos e deslocamento
- Acesso a serviços de saúde: distância até unidades de atendimento, disponibilidade

O **acesso inadequado aos serviços de saúde** pode **modificar condutas** médicas e até contraindicar determinados tratamentos. Por exemplo, um paciente com **alto risco de neutropenia febril** que mora distante de centros especializados pode ter a quimioterapia suspensa devido à impossibilidade de atendimento rápido em caso de complicação, correndo risco de morte não pelo câncer, mas pela infecção associada.

Em relação à **espiritualidade** e a **religiosidade**, estas são dimensões cada vez mais valorizadas na medicina, com evidências de **efeito protetor** contra doenças cardiovasculares e transtornos mentais, como depressão e ansiedade. No entanto, a forma como o paciente vivencia sua fé, chamada de **cope religioso**, pode ser **positiva** (fortalecendo o enfrentamento) **ou negativa** (aumentando sentimentos de culpa, medo ou desesperança). Nos casos de cope negativo, a equipe deve atuar para ressignificar essa vivência, contando com o **apoio de psicólogos, capelães ou outros profissionais especializados**.

A **abordagem da espiritualidade** deve ser feita de forma **respeitosa e sistemática**, independentemente das crenças pessoais do médico, especialmente em um país com grande diversidade religiosa. Uma ferramenta útil é a **Escala FICA**, validada no Brasil e usada internacionalmente.

Quadro 03. Escala FICA na avaliação da espiritualidade do paciente.

Dimensão	O que investiga	Exemplos de aplicação
F – Fé e Crença	Se o paciente possui crenças religiosas ou espirituais e sua importância	“Você tem alguma fé ou crença que lhe dá sentido na vida?”
I – Importância/ Influência	Como essas crenças influenciam a vida e decisões de saúde	“Sua fé influencia suas escolhas no tratamento?”
C – Comunidade	Se participa de comunidade religiosa e apoio social/emocional decorrente	“Você participa de alguma comunidade ou grupo religioso?”

Dimensão	O que investiga	Exemplos de aplicação
A – Ação no Tratamento	Como o paciente gostaria que sua espiritualidade fosse considerada no cuidado	“Gostaria que sua equipe de saúde envolvesse um líder religioso em seu cuidado?”

Fonte: Adaptado de Esporcatte et al.³ (2020)

Ainda, em **contextos culturais específicos**, como no atendimento a **pacientes indígenas**, o **respeito a figuras espirituais**, como o xamã, é fundamental. Há casos em que é autorizada a presença do xamã no hospital para a realização de práticas que tenham significado para o paciente, **promovendo conforto e adesão ao tratamento**.

Por fim, a **autopercepção de saúde** é uma ferramenta simples, mas de alto valor preditivo. A pergunta “De zero a dez, que nota o senhor daria para a sua saúde hoje?” fornece informações relevantes, especialmente quando a resposta é baixa (por exemplo, nota 5), mesmo em pacientes aparentemente saudáveis. Uma **percepção negativa de saúde está associada a piores desfechos** no período de um ano, incluindo maior risco de surgimento de doenças, internações e mortalidade. Pacientes com baixa autopercepção **devem**

ser acompanhados mais de perto, com atenção especial à identificação de fatores físicos, emocionais e sociais que possam estar influenciando essa percepção.

2.8. Funcionalidade

Dentro da AGA, um dos objetivos mais importantes é avaliar como está a capacidade funcional do idoso. Entende-se por capacidade funcional o conjunto de **habilidades físicas e mentais** necessárias para manter uma vida autônoma e independente. Na prática, reconhecer a funcionalidade do paciente é muitas vezes **mais importante do que saber sua idade cronológica**, pois ela se correlaciona com suas reservas funcionais e sua idade biológica.

A funcionalidade reflete **como o idoso vive e interage com seu ambiente**. É avaliada por seu desempenho em **atividades básicas da vida diária**, como atos de autocuidado que incluem o banho, o vestir-se e **atividades instrumentais da vida diária**, que correspondem a tarefas mais complexas como preparar refeições, utilizar transporte e administrar finanças e medicamentos. Neste sentido, quando identifica-se uma alteração funcional, é fundamental que se identifique a causa para que seja feita uma **intervenção a fim de proporcionar qualidade de vida** ao idoso.

Quadro 04. Escala de Katz para a avaliação das atividades básicas de vida diária.

Área de Funcionamento	Independente (I) Dependente
<i>Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que se aplica (a palavra "ajuda" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal).</i>	
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)	
() Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho).	(I)
() Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna).	(I)
() Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(D)
Vestir-se (pega roupa, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fecho, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)	
() Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.	(I)
() Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	(I)
() Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.	(D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas)	
() Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).	(I)
() Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para se limpar ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.	(D)
() Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica.	(D)
Transferências	
() Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador).	(I)
() Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.	(D)
() Não sai da cama.	(D)
Continência	
() Controla inteiramente a micção e a evacuação.	(I)
() Tem “acidentes” ocasionais.	(D)
() Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.	(D)

Área de Funcionamento	Independente (I) Dependente
Alimentação	
() Alimenta-se sem ajuda.	(I)
() Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.	(I)
() Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.	(D)
0 – independente em todas as seis funções; 1 – independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 – independente em quatro funções e dependente em duas funções; 3 – independente em três funções e dependente em três funções; 4 – independente em duas funções e dependente em quatro funções; 5 – independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 – dependente em todas as seis funções.	

Fonte: Katz et al.⁴ (1963); Lino et al.⁵ (2008)

Causas de alterações funcionais

- Limitação motora: dificuldades de deambulação
- Limitação física: amputações ou deformidades, podendo ser compensadas por órteses e próteses
- Alterações de humor: depressão e ansiedade que levam ao isolamento
- Déficits cognitivos: comprometimento de memória e raciocínio
- Déficits sensoriais: visão e audição prejudicadas, que reduzem a interação social
- Doenças descompensadas: como dispneia crônica
- Barreiras sociais: insegurança, dificuldades de transporte ou calçadas inadequadas

2.9. Medicações e comorbidades

A investigação sobre medicamentos **deve ser ativa**, pois muitos idosos **não relatam uso irregular, alterações de dose ou introdução recente de fármacos**. A abordagem deve ser acolhedora, perguntando de forma natural: *"Há alguma medicação que o senhor às vezes esquece de tomar, não gosta, evita ou que o faz sentir mal?"*, o objetivo é **favorecer a adesão e o empoderamento no tratamento**, evitando julgamentos.

É importante investigar especificamente o uso de **medicamentos analgésicos e inalatórios**, visto que muitos não consideram como um fármaco e deixam de informar ao médico durante a consulta. No caso dos analgésicos, é importante avaliar o uso de **corticóides de depósito**, visto que estão associados à **insuficiência de adrenal e tonturas**.

A **reconciliação medicamentosa** é recomendada, solicitando que o paciente traga todas as medicações, inclusive prescrições antigas e receitas de pronto-socorro, para **revisão detalhada**. Essa prática é especialmente importante na **polifarmácia** (uso de cinco ou mais medicamentos), situação que **aumenta o risco de quedas**, interações medicamentosas, internações e mortalidade.

2.10. Déficit auditivo

A detecção precoce favorece a **adaptação ao uso de aparelhos auditivos**. Em perdas avançadas, a adaptação torna-se difícil, pois o paciente passa a perceber sons não habituais (vento, água, ruídos de fundo), o que pode **gerar incômodo**.

Além disso, a **perda auditiva neurosensorial**, comum no envelhecimento, **compromete a percepção de sons agudos e a discriminação de palavras**, podendo ser **confundida com**

demência ou até contribuir para seu desenvolvimento devido ao isolamento social e à **falta de estimulação cerebral**, que pode levar à atrofia neuronal.

AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

O **rastreamento auditivo** deve ser realizado anualmente em idosos, utilizando métodos simples, como o **teste do sussurro** e a **otoscopia** para detecção de rolha de cerúmen.

O teste do sussurro é rápido, não requer equipamentos e avalia a **compreensão de sons de baixa intensidade** (30 dB) e alta frequência.

- **Procedimento:** o examinador permanece fora do campo visual do paciente (para evitar leitura labial), a cerca de **60 cm de distância**, comprimindo o tragus da orelha contralateral. Após expiração completa, sussurra uma sequência de **três letras ou números aleatórios** (ex.: "5, B, 6"). Antes do teste, confirma-se que o paciente compreende a tarefa utilizando voz alta e um número simples.
- **Interpretação:** cada orelha é testada separadamente, com **combinações diferentes**. O teste é **positivo** se o paciente não repetir corretamente os três estímulos, indicando necessidade de **audiometria**, exceto se houver recusa ao uso de prótese auditiva.

2.11. Déficit visual

As **principais alterações visuais** em idosos incluem o **glaucoma**, caracterizado pela perda progressiva da visão periférica, que resulta em um padrão conhecido como "visão em túnel"; a **degeneração macular relacionada à idade**, que se manifesta por uma mancha central escura no campo visual; a **retinopatia diabética** e a **retinopatia hipertensiva**, ambas associadas ao aparecimento de múltiplos pontos de perda visual; e a **catarata**, que ocasiona visão turva e opaca.

Além dessas condições, destacam-se os **erros de refração**, como miopia, astigmatismo e hipermetropia, que, embora sejam **corrigíveis**, **permanecem frequentemente negligenciados**. Nesse contexto, a **avaliação oftalmológica anual** é fortemente recomendada, constituindo medida fundamental para a **prevenção** e a **intervenção precoce** das alterações visuais.

AVALIAÇÃO DA VISÃO

A **triagem visual** deve ser feita em todos os idosos, preferencialmente com uso de lentes corretivas, quando indicado:

- **Reconhecimento de faces a 4 metros:** incapacidade de reconhecer confirma déficit visual e a necessidade de avaliação oftalmológica.
- **Teste de Snellen a 5 metros:** paciente identifica a orientação das hastes da letra "E" (cima, baixo, direita, esquerda). Visão < 0,3 (< 20/60) indica déficit visual importante.
- **Leitura de jornal ou revista a 25 cm:** dificuldade nessa tarefa confirma necessidade de avaliação oftalmológica.

3. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL E MULTIPROFISSIONAL

Na prática clínica, **a avaliação do idoso deve ser multidimensional**, abrangendo diversos aspectos de sua saúde física, mental, funcional e social. O ideal é que esse processo seja conduzido por uma **equipe multiprofissional**, na qual **cada integrante** - psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros - **realiza sua avaliação específica**. Após a coleta das informações, a equipe se reúne para discutir e **elaborar um plano de cuidado integrado**, contemplando ações de curto, médio e longo prazo.

Quando **não há disponibilidade de uma equipe multiprofissional completa**, o próprio **geriatra** pode assumir a responsabilidade pela **avaliação inicial** e pela definição dos **encaminhamentos necessários**. Nessa circunstância, uma pontuação muito baixa na avaliação nutricional indica a necessidade de encaminhamento ao nutricionista, a fim de possibilitar o planejamento alimentar individualizado. Da mesma forma, a presença de alterações no equilíbrio e na marcha demanda indicação de fisioterapia. Além disso, o médico geriatra pode **oferecer orientações iniciais** relacionadas à **alimentação**, à **prática de exercícios** e à **prevenção de quedas**, enquanto se aguarda a intervenção da equipe.

4. DIAGNÓSTICO EM SÍNDROMES GERIÁTRICAS

A elaboração de diagnósticos em síndromes geriátricas requer uma análise minuciosa da **funcionalidade do idoso**, distinguindo-se de forma clara os conceitos de autonomia e independência. A **autonomia** refere-se à **capacidade de tomar decisões no cotidiano**, estando diretamente relacionada à preservação da cognição e do estado de humor. Já a **independência** corresponde à **habilidade de executar ações diárias**, dependendo principalmente da mobilidade e da capacidade de comunicação.

Por exemplo, é possível que um paciente mantenha a **independência física**, deslocando-se e comunicando-se de maneira satisfatória, mas apresente **comprometimento da autonomia** em decorrência da **deterioração cognitiva**, como ocorre nos estágios iniciais de uma **demência**. Por outro lado, o inverso também pode ser observado: um idoso com **limitações motoras graves**, restrito ao leito, pode ainda **preservar sua autonomia**, demonstrando **capacidade de decisão sobre a própria vida** e acionando o **auxílio necessário** sempre que demandado.

Quando a incapacidade de tomar decisões decorre de déficit cognitivo, falamos em **incapacidade cognitiva**. Alterações graves de humor, como a **depressão maior**, também podem reduzir temporariamente essa capacidade, nesses casos, o **tratamento pode restituir a função**. Já nas doenças neurodegenerativas, a perda tende a ser irreversível.

No **campo da execução**, comprometimentos de mobilidade, instabilidade postural, incontinência urinária ou fecal e déficits de comunicação, por exemplo, após AVC com disartria e afasia, ou por perda auditiva severa podem **limitar a independência**. Outros fatores relevantes incluem **iatrogenia** e **insuficiência familiar**, quando a rede de apoio não consegue oferecer os cuidados necessários. A avaliação da capacidade aeróbica, da postura, da massa muscular e da força de preensão palmar também ajuda a **identificar limitações e riscos**.

4.1. Avaliação de fragilidade e declínio funcional

A fragilidade no idoso é um **processo contínuo** que transita **da vitalidade para a perda progressiva de reserva biológica**, podendo evoluir do envelhecimento fisiológico para o envelhecimento patológico. Nesse percurso, observa-se desde a **ausência de declínio funcional** até o **declínio funcional iminente**, frequentemente associado a sarcopenia e comorbidades, e, por fim, o **declínio funcional estabelecido**, com comprometimento de AVD instrumentais e depois das AVD básicas, avançando de dependência parcial para completa.

Assim, a fragilidade pode ser **classificada de acordo com uma escala visual** que distingue **vitalidade** (zona verde), **risco de fragilização** (zona amarela) e **alta complexidade** (zona vermelha).

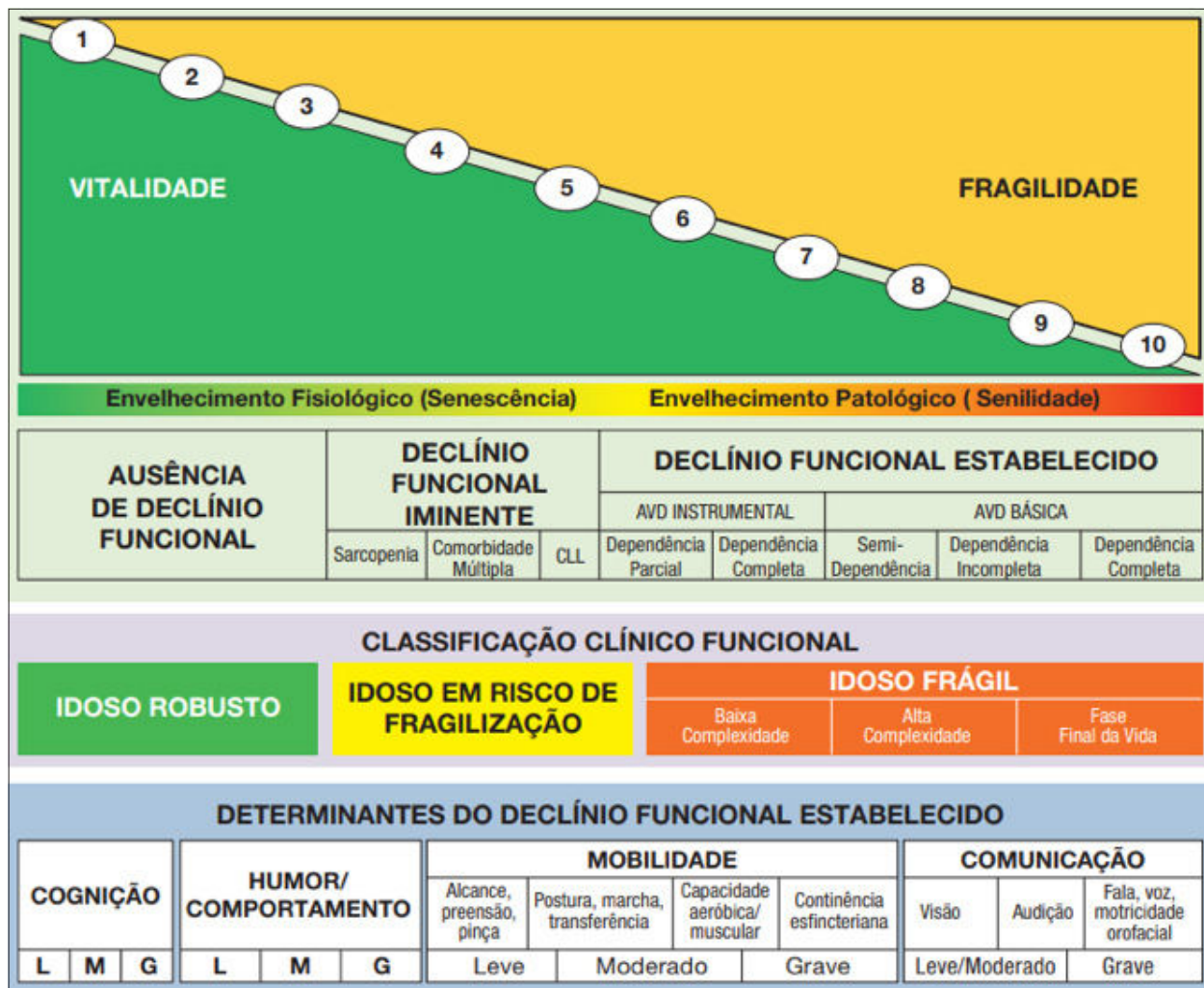
Em relação à gravidade, ela é determinada por **domínios que se influenciam mutuamente: cognição, humor/comportamento, mobilidade** (alcance, preensão, marcha, transferência, capacidade aeróbica/muscular, continência) e **comunicação** (visão, audição, fala/motricidade orofacial).

O **reconhecimento precoce dessas mudanças** orienta intervenções multidimensionais, como exercícios, práticas corretas de nutrição, revisão medicamentosa e apoio psicossocial, com o objetivo de **retardar o declínio, reduzir complicações e preservar autonomia**.

Neste íterim, a presença de **grandes síndromes geriátricas**, também conhecidas como os 5 'Is' da geriatria, que se referem a **iatrogenia, incontinência** (fecal e/ou urinária), **imobilidade, instabilidade postural e insuficiência cerebral** (alteração cognitiva), são condições que podem ocorrer com os idosos ao longo do seu processo do envelhecimento e geram **impacto na sua qualidade de vida** e, por vezes, na sua funcionalidade.

Essas condições não apenas **aumentam a complexidade do manejo clínico**, mas também elevam o **risco de iatrogenia** e frequentemente impõem a necessidade de **cuidados prolongados**. Em grande parte dos casos, tais cuidados são assumidos pela família, a qual pode desenvolver um quadro de **insuficiência familiar** em decorrência da **sobrecarga física, emocional e financeira**.

Figura 04. Escala visual-analógica de fragilidade do idoso.

Fonte: Adaptado de Secretaria de Saúde do Paraná⁶ (2018)

REFERÊNCIAS

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4.
- Esporcatte R, Avezum A Jr, Moreira-Almeida A, Pinto IMF, Moriguchi EH. Espiritualidade: do conceito à anamnese espiritual e escalas para avaliação. Rev Soc Cardiol Estado São Paulo. 2020;30(3):306-14 [Internet]. [citado 2025 set 3]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1223672/14539786341602079571pdfpt02_revis-tasocesp_v30_03.pdf
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. JAMA. 1963;185(12):914-9.
- Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública. 2008;24(1):103-12.
- Paraná. Secretaria da Saúde. Avaliação multidimensional do idoso: 2018 – atualização [Internet]. Curitiba: Secretaria da Saúde do Paraná; 2018 [citado 2025 set 2]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacao-multidimensional_2018_atualiz.pdf
- Moraes EM, Marino MC, Santos RR, et al. Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2018. v.1. p.12 [Internet]. [citado 2025 ago 25]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultidimensional_2018_atualiz.pdf
- Mini Nutritional Assessment (MNA®). Mini nutritional assessment [Internet]. [citado 2025 set 2]. Disponível em: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-portuguese-brazil.pdf>
- Précima DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891. doi:10.5935/abc.20190204.
- Sgnaolin V, Sgnaolin V, Schneider RH. Implicações da avaliação geriátrica ampla na qualidade de vida em pessoas idosas com câncer: uma revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2021;24(1):e200286. doi:10.1590/1981-22562021024.200286.
- American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2014.