

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**CURSO DE MEDICINA**

**MARIA GABRIELLA BATISTA DE ARAUJO SOUSA**

**IMPACTO COGNITIVO DE QUEDA EM IDOSA LONGEVA ATENDIDA PELA**  
**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

São Luís

2017

MARIA GABRIELLA BATISTA DE ARAUJO SOUSA

IMPACTO COGNITIVO DE QUEDA EM IDOSA LONGEVA ATENDIDA PELA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc. Yara Maria Cavalcante Portela

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2017

Sousa, Maria Gabriella Batista de Araujo

Impacto cognitivo de queda em idosa longeva atendida pela estratégia saúde da família. / Maria Gabriella Batista de Araujo Sousa. - Ufma, 2017. n.p.

Orientadora: Prof. Msc. Yara Maria Cavalcante Portela

Monografia (Graduação) Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, 2017.

1. Idoso Longevo. 2. Queda. I. Portela, Yara Maria

Cavalcante Portela (Orient.) II. Gama, Mônica Elinor Alves (Co.Orient.) II. Título

MARIA GABRIELLA BATISTA DE ARAUJO SOUSA

IMPACTO COGNITIVO DE QUEDA EM IDOSA LONGEVA ATENDIDA  
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada à Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Msc. Yara Maria Cavalcante de Portela  
Orientadora

---

Profª Dr. Monica Elinor Alves Gama  
Coorientadora

---

Profª Dr. Jacira do Nascimento Serra  
1ª Examinadora

---

Profª Msc. Inaldo de Castro Garros  
2º Examinador

---

Msc. Maria Zali Borges Sousa San Lucas  
3º Examinador

Dedico esse trabalho a todos os pacientes que cruzarão o meu caminho e a todas as pessoas que fizeram de mim o que sou.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao criador pela oportunidade de existir, agradeço pela possibilidade de escolher e pela capacidade de arcar com o peso das escolhas. Sou grata ao Pai Celestial por todo conhecimento fornecido, bênçãos derramadas e desafios que vieram e ainda vêm.

Agradeço ao meu Voinho, que com o seu trabalho incansável me permitiu fazer a faculdade que eu quis, e a minha Mãe, que alimentou meus sonhos, cortou as asas na hora certa e me deixou voar quando foi preciso. Agradeço pela dedicação, pela fé, pelo apoio, pelos erros e acertos. Agradeço por você me amar e me acolher.

Agradeço à família e aos amigos, que estavam comigo nas dificuldades e nos bons momentos. Torcendo pelo melhor, apontando caminhos e oferecendo a mão.

E finalmente agradeço ao Eu do passado, que tomou coragem e deu um passo grande mesmo quando teve medo, e chegou até aqui diferente do que era, mas com os mesmos sentimentos.

*Tudo é amor. Até o ódio, o qual julgas ser a antítese do amor, nada mais é senão o próprio amor que adoeceu gravemente.*

(André Luiz)

## RESUMO

A população idosa vem aumentando a nível mundial, inclusive em sua faixa etária mais longeva. Com o avanço da idade, aumenta o risco de incapacidade, declínio cognitivo e quedas. Nesse relato de caso apresenta-se idosa acima de 95 anos acompanhada pela atenção básica e avaliada com escalas geriátricas em 2014, 2015 e 2016. Inicialmente o desempenho cognitivo apresentou-se em nível adequado, apresentando episódio de queda no segundo ano de avaliação, acompanhada de queda da pontuação no Mini Exame do Estado Mental. Após retomada da deambulação o desempenho continuou baixo, ainda que em nenhum momento a paciente ou a família tenham referido piora cognitiva. Avalia-se aqui o impacto da queda na cognição da paciente, não associando o evento a impacto na vida diária da paciente, ainda que de acordo com o escore normatizado a alteração fosse considerada importante. A alteração cognitiva detectada em teste funcional com uma idosa acima dos 95 anos com baixa escolaridade, pouco afetou a sua percepção de saúde intelectual por parte dos familiares, possivelmente devido à baixa expectativa de desempenho esperada para a paciente.

Palavras Chave: Idoso Longevo; Impacto; Queda; Cognição.

## **ABSTRACT**

The population grew to a world-wide level, including in its older age group. With the advancing of the age, the risk of disability, cognitive decline and falls increases. In this case report presented an individual above 95 years assisted by the primary care and evaluated with geriatric scales in 2014, 2015 and 2016. Initially, the cognitive performance was at an adequate level, presenting one episode of fall on the second year of evaluation, Score no Mini Mental State Exam. After resuming, the operation or continuing low performance, although at the time the patient or a reference family worsens cognitive. It was verified that the impact of the fall in the patient's cognition weren't associated to referred cognitive loss, although according to the normalized score it was indeed not normal. Low cognition detected in functional test with an age above 95 years with low schooling, has a subjective perception of their health by the family, possibly due to the low expectation of performance expected for a patient.

Keywords: Longevous elderly; Impact; Fall; Cognition.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Indicadores de Saúde da Paciente.....	33
Tabela 2. Diagnósticos Prévios da Paciente .....	34

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	11
2.1. OS IDOSOS LONGEVOS E AS DOENÇAS CRÔNICAS.....	11
2.2. OS IDOSOS LONGEVOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
2.3. OS IDOSOS LONGEVOS E O DECLÍNIO COGNITIVO.....	15
2.4. OS IDOSOS LONGEVOS E OS EVENTOS DE QUEDA.....	18
3. OBJETIVOS.....	20
4. METODOLOGIA .....	21
5. RELATO DE CASO .....	22
6. DISCUSSÃO.....	27
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
ANEXOS.....	33
ANEXO 1 .....	33
ANEXO 2 .....	34

## 1. INTRODUÇÃO

A população mundial vem envelhecendo nas últimas décadas e o principal desafio que acompanha essa realidade é a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos mais velhos. A prevenção, cuidado e atenção integral à saúde do idoso são grandes armas que a sociedade dispõe para melhorar o processo de envelhecimento de seus membros. (SANTANA, DUARTE, *et al.*, 2016)

O aumento da expectativa de vida é uma realidade no Brasil e no Mundo, ainda que o envelhecimento saudável e com qualidade não seja uma certeza para todos. Observa-se que desde o século XX houve uma melhora importante nos parâmetros de saúde dos agrupamentos humanos, no entanto a distribuição dessas melhorias não foi equitativa nos diferentes países e contextos de vida. (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016)

Uma situação catastrófica para os parâmetros de saúde de um idoso é o evento de queda, ocorrência que muda a dinâmica da homeostase desse indivíduo. De acordo com ÁVILA (2007), podemos considerar o evento de queda como movimentação não intencional do indivíduo para um nível diferente do inicial, que evolui com a incapacidade de corrigir sua posição em tempo adequado, prejudicando sua estabilidade corporal multifatorialmente. (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017)

Os eventos de queda tomam uma maior proporção na população idosa, cujos corpos passam por transformações físicas, além de vivenciarem mudanças comportamentais e sociais no processo. (SANTANA, DUARTE, *et al.*, 2016) As causas da queda podem ser classificadas em dois grandes grupos: Os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos.

As causas extrínsecas de queda incluem as circunstâncias sociais e ambientais que se mostram como desafios para os idosos. Já as causas intrínsecas estão relacionadas a alterações fisiológicas ou patológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como doenças, diminuição de massa muscular, alterações visuais e auditivas, uso de fármacos e muitas outras. Os fatores intrínsecos de queda levam a inabilidade ou prejuízo na estrutura corporal ou mesmo na funcionalidade, dificultando ou chegando a impedir rapidez de comando dos reflexos posturais (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017)

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. OS IDOSOS LONGEVOS E AS DOENÇAS CRÔNICAS

Os indivíduos com mais de 80 anos, também conhecidos como idosos longevos, compõem uma parcela considerável do contingente de 26 milhões de pessoas na terceira idade que vivem atualmente no Brasil, perfazendo um total de 3 milhões de indivíduos, aproximadamente 1,7% da população nacional. (GRDEN, WEISE, *et al.*, 2015) Em outros países esse número também vem crescendo, de modo que as pessoas com 90 anos ou mais já perfazem 2% da população americana. (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009)

O envelhecimento populacional tem implicações diversas para a humanidade, sendo uma das conquistas da sociedade moderna e um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos indivíduos. As necessidades sociais e econômicas associadas à passagem do tempo vêm aumentando durante o século XXI e os idosos devem ser considerados como partes essenciais para a estruturação das sociedades, ainda que essa não seja a realidade vigente em todos os âmbitos. (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016)

O grupo etário constituído pelos idosos longevos é composto de maneira mais heterogênea em relação aos idosos mais jovens, pois encontramos alguns poucos com boas condições de saúde e um número relevante já portador de condições biológicas que aumentam o risco de vulnerabilidade e desfechos adversos de saúde como hospitalização e incapacidade. (GRDEN, WEISE, *et al.*, 2015)

No ano de 2010, viviam no Brasil 20,5 milhões de indivíduos na terceira idade, aproximadamente 39 idosos para cada grupo de 100 jovens. No ano de 2040 estima-se que essa população terá o dobro de integrantes que o contingente mensurado naquele ano, representando 23,8% do total da população brasileira, em uma proporção de 153 idosos para cada 100 jovens. Essa nova realidade demográfica, com uma quantidade muito maior de membros no topo da pirâmide etária, exige do sistema de saúde uma maior capacidade de responder às demandas presentes e futuras. (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016)

As doenças crônicas são uma realidade no quadro de saúde habitual dos indivíduos mais longevos. No relato de GRDEN, WEISE, *et al.* (2015) 98,2% dos pacientes mais idosos possuíam uma ou mais doenças crônicas, estando a maioria relacionada ao sistema circulatório, seguido de doenças do sistema osteomuscular e finalmente doenças endócrinas. Uma grande porcentagem de pacientes com comorbidades crônicas também foi encontrado no estudo 90+, pesquisa americana que acompanha idosos acima de 90 anos buscando conhecer

suas particularidades fisiológicas e patológicas. (PAGANINI-HILL, KAWAS e CORRADA, 2016)

O processo de envelhecimento e suas alterações biológicas predispõe o idoso a portar doenças crônicas, realidade da população mais longeva dessa faixa etária, que pode apresentar ainda outras patologias e complicações associadas ao quadro. Os dados de GRDEN, WEISE, *et al.* (2015) estão de acordo com as informações já disponíveis na produção científica brasileira referentes à capacidade funcional dos pacientes mais longevos, que apontam esse grupo de pacientes como vulneráveis a, em sua maioria, doenças do aparelho cardiovascular e hipertensão arterial sistêmica.

Na realidade Brasileira, as doenças crônicas não transmissíveis são uma das prioridades na área da saúde coletiva. O país vem investindo em políticas de prevenção de agravos e incidência de doenças crônicas, mas em razão da história natural da evolução das patologias e suas consequências para o estado dos indivíduos, a realização de ações resolutivas e oportunas ainda pode ser caracterizada como um desafio para a população e o governo. (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016)

Atuar nesse perfil complexo de necessidades de saúde exige da máquina pública uma capacidade organizacional contínua e multidisciplinar, que assegure realização de ações e serviços capazes de promover, da melhor maneira possível, o bem-estar dessa população, por ser um grupo heterogêneo que exige mais do sistema de saúde em todos os seus âmbitos de atuação. Os idosos necessitam de cuidados específicos, muitas vezes de nível especializado e com direcionamento para as peculiaridades do envelhecimento, sem segregá-los do convívio em sociedade. (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016)

## 2.2. OS IDOSOS LONGEVOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A legislação brasileira vem buscando, com a nova realidade epidemiológica da população, adequar o sistema de Saúde às necessidades dos pacientes. Já contamos com dispositivos legais constitucionais que protegem o indivíduo idoso, incluindo suas necessidades na área de saúde pública, mas na realidade esse acesso universal é pouco operacionalizável nesse segmento etário. (GRDEN, WEISE, *et al.*, 2015)

O termo acesso à saúde tem definição complexa, mas se relaciona com a oferta dos serviços que podem facilitar ou dificultar sua utilização pelos potenciais usuários. Essas características podem ser sintetizadas como disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. Os idosos que são atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) compõe um grupo vulnerável que é usuário do Sistema Único de Saúde, direito universal garantido constitucionalmente. (GRDEN, WEISE, *et al.*, 2015) (DRUMMOND e ALVES, 2013)

A ESF coloca em pauta uma nova forma de comunicar-se com o paciente e a população, uma vez que busca promover a saúde e prevenção das doenças, e não apenas cura e reabilitação. Cada localidade tem suas prioridades baseadas nas necessidades das populações atendida por aquela unidade de promoção da saúde. Uma das atribuições da equipe é observar os fatores que influenciam a autonomia dos pacientes idosos, sendo a caderneta de saúde da pessoa idosa um dos aliados nessa busca. (DRUMMOND e ALVES, 2013)

A Atenção Básica promovida pelo SUS deve garantir não apenas a incorporação de mecanismos capazes de promover a melhoria da qualidade, do acesso e aumento da resolubilidade da atenção à pessoa idosa, mas também possibilitar o envolvimento dos profissionais de saúde nesse cuidado. Nesse aspecto da atenção à saúde, a universalização da caderneta de saúde da pessoa idosa é uma necessidade que ainda não foi completamente sanada pelo Ministério da Saúde. (LOUVISON e BARROS, 2009)

A implantação da caderneta ainda é um desafio para as equipes de saúde, que já convivem com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa desde 1999 com atualização em 2006 e com as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso desde 2002. Ao implementar uma política intersetorial para o atendimento de uma população, os desafios da atenção

integral, foco no usuário, facilidade de acesso são os principais impasses enfrentados pela equipe de saúde e gestores. (LOUVISON e BARROS, 2009)

Estudos Nacionais apontam que ainda se enfrenta a necessidade de melhor direcionar a atenção à saúde do Idoso, investindo em ações planejadas com capacidade de melhorar as condições de saúde e qualidade de vida desses pacientes. Se busca ainda, ter a capacidade de garantir maior acessibilidade e acompanhamento por profissionais de saúde, permitindo melhores condições de vida e saúde, de modo a facilitar o caminho para o envelhecimento saudável. (DRUMMOND e ALVES, 2013) (LOUVISON e BARROS, 2009) (ASSIS, MARTA, *et al.*, 2014)

### 2.3. OS IDOSOS LONGEVOS E O DECLÍNIO COGNITIVO

Com o avançar do tempo, o envelhecimento começa a cobrar o seu preço no estado de saúde dos indivíduos, inclusive no aspecto do seu desempenho cognitivo. Muitos estudos tentam compreender essa associação entre o envelhecimento, a cognição e os múltiplos fatores envolvidos no seu status individual entre os pacientes. (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015) (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009) (BOYLE, WILSON, *et al.*, 2013) (GARDNER, VALCOUR e YAFFE, 2013) (PAGANINI-HILL, KAWAS e CORRADA, 2016)

Muitos pesquisadores vêm, ao longo dos anos e das pesquisas, examinando fatores que podem estar associados com o risco de perda de capacidade cognitiva em idosos e suas deficiências associadas, mas poucos incluem dados advindos de avaliação com idosos com 90 anos ou mais. Esses fatores associados variam amplamente, indo de limitações físicas, nível de exercício físico, depressão, status cognitivo, comorbidades, quedas, autoavaliação subjetiva da saúde ou mesmo nível de interação social. (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009)

A demência aumenta exponencialmente com a idade, mesmo nas pessoas com 90 anos ou mais velhas. As opções terapêuticas que podem ser empregadas nessas situações são limitadas, de modo que a modificação do estilo de vida com intenção de evitar essa situação pode oferecer as melhores alternativas para controle da progressão do quadro ou mesmo da prevenção da doença. (PAGANINI-HILL, KAWAS e CORRADA, 2016)

Conhecer as bases da fisiopatologia da alteração cognitiva nas populações, principalmente entre os idosos longevos, é um dos pré-requisitos para mitigar o peso da demência na vida dos pacientes e cuidadores que convivem com essa doença. Além disso, o custo social e econômico dessa patologia ocupa uma fatia importante na administração dos gastos com saúde entre as populações e seus indivíduos mais longevos. (BOYLE, WILSON, *et al.*, 2013)

Ainda que o *Delirium* já esteja estabelecido como um forte preditor de declínio cognitivo entre pacientes mais velhos, ele tem um papel adicional, relacionado à injúria patológica, que de maneira ainda inexplicada em suas bases fisiológicas altera mais aceleradamente a função cerebral, nem sempre detectável em exame histopatológico do tecido. É possível que a demência que vem acompanhada de quadros de confusão mental

aguda, tenha um perfil patológico diferenciado quando comparada com a demência que não se faz acompanhar por quadros de *Delirium*. (DAVIS, MUNIZ-TERRERA, *et al.*, 2017)

Estudos apontam que os indivíduos já com declínio cognitivo, assim como pacientes já diagnosticados como portadores de transtornos demenciais, têm uma propensão maior a sofrerem quedas, o que justifica a necessidade de mais trabalhos que abordem esse tema. As quedas entre os pacientes mais idosos representam um sério problema de saúde pública, pela sua alta incidência e por representarem um fator essencial na avaliação do status e do estado de saúde do paciente. (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015)

Informações obtidas do banco de dados do estudo 90+ informam que a partir de 90 anos de idade, o risco de deficiência ou algum tipo de incapacidade triplica a cada cinco anos. Esse risco é calculado individualmente, levando em conta as características de cada paciente, mas a sua progressão pode ser padronizada levando em conta fatores intrínsecos de cada faixa etária e o ritmo natural do envelhecimento. Para níveis de comparação, na oitava década de vida o risco de incapacidade duplica a cada cinco anos. (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009)

Outro aspecto importante do risco de incapacidade, ainda que aumentado em toda essa população em idade avançada, é de que o paciente do sexo masculino tem maiores chances de se recuperar de um quadro agudo de incapacidade do que pacientes do sexo feminino, ainda que reabilitação plena em indivíduos nessa faixa etária seja incomum. O resultado mais provável nesse grupo seria que o indivíduo portador da necessidade especial, caso seja do sexo feminino, viva mais que um paciente do sexo masculino na mesma idade e situação de saúde. (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012)

Em indivíduos com 90 anos ou mais, a alteração cognitiva é considerada um dos maiores preditores do risco de um paciente desenvolver algum tipo de deficiência ou de necessidade especial de saúde. O risco individual de desenvolver uma dessas condições continua único para cada idoso, ainda que seguramente já se possa afirmar, com bases científicas, que apenas o fato de o indivíduo estar na nonagésima década de sua existência aumenta esse risco individual. Especificamente, ter diagnóstico de demência, perda de memória ou baixo score no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), independente da faixa etária dentro terceira idade, mais do que dobra o risco de incapacidade basal ajustado. (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012) (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009)

A saúde cognitiva e o *status performance* físico de um idoso estão intimamente conectados. (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012) Os pacientes com alterações cognitivas têm menor probabilidade de manter sua saúde física, o que pode levar a um quadro de incapacidade. Contudo, não podemos afirmar que a alteração cognitiva leva ao declínio físico. Outra possibilidade é que pacientes com alterações cognitivas já apresentem dificuldades para desempenhar as suas Atividades da Vida Diária (AVD), mas ainda não o suficiente para requerer intervenção externa. Nesse caso, a definição de qual paciente é portador de declínio cognitivo pode ser simplesmente identificar os indivíduos com dificuldades em desempenhar as AVDs, situação que já carrega um fator de risco para incidente seguido de incapacidade física. (PAGANINI-HILL, KAWAS e CORRADA, 2016) (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009)

## 2.4. OS IDOSOS LONGEVOS E OS EVENTOS DE QUEDA

A incapacidade é um risco associado intrinsecamente ao processo de envelhecimento. Esse risco aumenta com a idade e com fatores individuais concernentes a cada paciente, como limitações físicas, nível de atividade física, depressão, status cognitivo, comorbidades, autoavaliação do estado de saúde e nível de interação social. (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012)

As alterações funcionais e patológicas do envelhecimento tendem a predispor os indivíduos da terceira idade ao risco de queda, que aumenta com o passar das décadas de vida. (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015) Um estudo mais aprofundado sobre os eventos de queda envolvendo idosos acima dos 90 anos é um desafio, já que esse tipo de avaliação nesse grupo seletivo de pacientes ainda é situação rara no meio científico. (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012)

No Brasil, em idosos mais jovens, a frequência de queda no último ano entre os pacientes com declínio cognitivo na terceira idade é de 42%, enquanto dentre os pacientes cognitivamente dentro da faixa da normalidade ajustada para escolaridade esse valor é de apenas 29%. (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015)

O fato dos pacientes com declínio cognitivo terem maior risco de sofrerem quedas pode ser explicado pela diminuição da capacidade em domínios cognitivos específicos, como a habilidade de executar e planejar ações, diminuição da gravação de novas memórias e diminuição da capacidade de atenção. (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017) (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015) (SANTANA, DUARTE, *et al.*, 2016)

Estudos desenvolvidos no Brasil utilizando o MEEM constataram a existência de algum grau de declínio cognitivo em cerca de 52% de pacientes idosos que sofreram queda. Pontuações baixas no Mini Exame do Estado Mental refletem maior risco da ocorrência de quedas, com pior desempenho em funções executivas e velocidade de processamento. (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017) (CRUZ, CRUZ, *et al.*, 2015)

Em estudo americano, 52% do total de pacientes com mais de 90 anos reportaram evento de queda no último ano, estando 32% no grupo daqueles que apresentavam recorrência do evento. Em análise univariada de riscos de queda o histórico médico envolvendo doenças cardíacas, acidente vascular encefálico, artrite, piora de acuidade visual, uso de medicação, depressão e alteração cognitiva, uso de órtese para deambulação, tipo de residência e

capacidade de responder ou não aos questionários da avaliação aplicada, influenciaram no risco individual predito de apresentar quadro de queda. (PAGANINI-HILL, GREENIA, *et al.*, 2017) (BERLAU, CORRADA, *et al.*, 2012)

No estudo 90+, um risco menor de desse evento em idosos longevos está associado a fatores anteriores à chegada a essa faixa etária. Os pacientes com risco 30% menor de passar por essa situação foram aqueles que praticavam ao menos 30 minutos de exercícios diários já na sexta e sétima décadas de vida, enquanto outros que iniciaram essa prática física posteriormente ou mesmo com nenhum relato de exercício físico regular apresentavam maior risco de desfecho com quedas. (PAGANINI-HILL, GREENIA, *et al.*, 2017)

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto cognitivo da queda em indivíduo grande idoso atendido pela estratégia de saúde da família em uma cidade do nordeste brasileiro.

#### 4. METODOLOGIA

Esse trabalho é um relato de caso que consiste de análise e compilação de dados do prontuário individual de idosa longeva, avaliada anualmente em ambiente doméstico pela equipe de saúde da família de uma cidade de pequeno porte na região Nordeste do Brasil.

O armazenamento do prontuário na unidade envolve o prontuário familiar, que abrange indivíduos pertencentes a uma mesma família que residem em um ambiente doméstico único, de modo que familiares que residem em outro endereço possuem um prontuário familiar distinto com a sua própria residência. No prontuário familiar avaliado para esse trabalho existia inicialmente apenas a ficha da idosa avaliada, porém posteriormente passou a constar em seu conteúdo a ficha individual do cuidador da paciente, ainda que apenas a ficha da paciente tenha sido avaliada para a execução desse trabalho. No período investigado a equipe ainda não contava com a implementação efetiva da caderneta de saúde do Idoso.

A equipe de saúde responsável pela paciente tem em sua meta de cuidado em atenção básica uma visita anual residencial aos idosos acima de 80 anos, objetivando aplicar escalas geriátricas de avaliação cognitiva e física nessa visita, uma visita mensal para avaliação do estado geral de saúde e adaptando qualquer quantidade extra de atendimentos à necessidade individual do paciente, chegando a visitas semanais ou diárias em alguns casos, ainda que a aplicação das escalas seja apenas anual.

Esse trabalho consistiu na avaliação do relato do atendimento anual da paciente de três anos consecutivos, buscando os dados da avaliação das escalas geriátricas e informações de saúde apontadas pela equipe nesse momento de atenção à saúde, não levando em conta dados das outras visitas da equipe à paciente, por não envolverem essa avaliação padronizada que pode ser comparada com outras avaliações semelhantes feitas em outros anos.

## 5. RELATO DE CASO

Idosa, acompanhada desde 1996 pela equipe de saúde da atenção básica, do sexo feminino, com 99 anos, natural e residente de um mesmo estado do Nordeste brasileiro. Viúva. Trabalhou como lavradora e artesã durante aproximadamente 60 anos. Atualmente, realiza apenas trabalhos domésticos em seu lar. Analfabeta. Católica.

A paciente é entrevistada sequencialmente pela equipe da Estratégia Saúde da Família em ambiente domiciliar, com aplicação de escalas geriátricas para mensuração da saúde física e cognitiva desde 2014, continuou sendo avaliada nesses parâmetros no ano de 2015 e 2016. Continua o seguimento clínico até a presente data.

Na primeira avaliação, o atendimento foi realizado com a indivíduo de, na ocasião, 96 anos de idade, buscando-se conhecer sua identificação, queixas, antecedentes tanto pessoais quanto familiares e situação social.

No primeiro contato, a paciente não relatou queixas de saúde.

Em seus antecedentes mórbidos pessoais, referiu ser hipertensa, dislipidêmica e portadora de diabetes *mellitus* tipo dois há mais de dez anos. Relatou ainda história de osteoporose e osteoartrite, sem conseguir definir precisamente o início destas comorbidades. Assinalou, por fim, perda auditiva discreta nos últimos cinco anos e incontinência urinária leve há dois anos.

Paciente em uso de Losartana Potássica (50 mg) e Hidroclorotiazida (25 mg), ambos duas vezes ao dia, para controle da hipertensão arterial sistêmica. Para tratamento do diabetes, usa Metformina (850 mg) uma vez ao dia. Relata utilizar anti-hipertensivos e antidiabéticos seguindo a prescrição de médico assistente de um serviço de referência Cardiologia ao qual recorre. Por conta própria, paciente faz uso de suplemento vitamínico com cálcio (250 mg), uma vez ao dia. Relatou ainda uso noturno de Diazepam (5 mg), prescrito por médico assistente da Estratégia Saúde da Família.

Idosa relatava e portava consigo calendário vacinal atualizado. Possui histórico de cirurgia prévia única (perineoplastia) realizada aos seus 72 anos de idade, tendo como indicação incontinência urinária. Relata ter permanecido três dias internada em enfermaria nesta ocasião.

Como antecedentes fisiológicos, paciente grande multípara. Relata 14 gestações. Nestas, 12 partos normais. Houve dois abortos, ambos no primeiro trimestre de gestação.

Ao se discutir sobre seus antecedentes familiares, indivíduo relata mãe, pai e alguns irmãos falecidos de causas desconhecidas. Refere todos os filhos vivos e hígidos.

Em seus hábitos de vida, relata atividade física ocasional, fazendo caminhada menos de 3 vezes por semana, com duração aproximada de menos de uma hora de exercício por ocasião, com auxílio de bengala.

Ao se conhecer sua história social, destaca-se o fato de a paciente residir sozinha. Discorre que prefere optar por não possuir cuidadores fixos ou familiares morando em sua residência. Recebe, entretanto, auxílio na realização das atividades domésticas e em algumas Atividades Instrumentais da Vida Diária e Atividades da Vida Diária.

Ao exame físico, encontrava-se vigil e orientada auto e alopsiquicamente. À inspeção de sua pele, paciente não apresentava lesões elementares dignas de destaque. Normocorada e hidratada. Não apresentava edema periférico ou linfonodomegalias palpáveis. Como dados antropométricos, possuía IMC de 26 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da panturrilha esquerda de 30 cm. Ao exame sensorial, teste do sussurro alterado. Não apresentava deficiência visual.

Na avaliação cognitiva, o escore obtido no Mini Exame do Estado Mental foi de 18 pontos. O valor é considerado normal para idosos não alfabetizados. No teste de fluência verbal, pontuou 12 animais. Este resultado é também adequado para faixa etária e escolaridade.

Em avaliação funcional e de risco de fragilidade, relatou perda de peso não mensurada, redução da força de preensão, diminuição da quantidade de atividade física, redução da velocidade de marcha e aumento da fadiga relatada no último ano, com alto risco para síndrome da fragilidade. Apresentava dependência parcial na realização das atividades da vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária. Na escala de depressão geriátrica (GDS) pontuou três dentre 15 itens, obtendo escore negativo para depressão, além de auto percepção da saúde com pontuação de 21 (de 24 pontos possíveis). Obteve-se, assim, escore negativo para depressão.

Na segunda avaliação, cerca de um ano após a primeira, deparou-se com paciente de, então, 97 anos.

Nesta ocasião, relatou como queixa principal uma queda da própria altura, ocorrida há cinco dias. A idosa referiu ter caído dentro da própria residência, durante realização de atividade rotineira do cuidado doméstico, sem queixa de lipotimia ou vertigem precedente ao evento. Nega ter esbarrado em qualquer objeto no momento da queda, não sabendo relatar com segurança os detalhes do ocorrido. Negou ainda amnesia, êmese ou náusea após o acidente. Não relatou, desta forma, situação sugestiva de traumatismo crânio-encefálico.

Paciente buscou ajuda médica de urgência após episódio de queda. À realização de exames de imagem solicitados no atendimento, obteve-se diagnóstico radiológico de fratura proximal estável de fêmur esquerdo. Por recomendação médica e limitação funcional naquele momento, encontrava-se com membro inferior esquerdo imobilizado em tratamento conservador. Havia permanecido internada por três dias em enfermaria de outro município. Após alta, a idosa permaneceu acamada, em sua residência, referindo dor mesmo após uso de medicação analgésica, avaliada com intensidade de cinco em escala numérica de dor de um a dez. Com relato de imobilidade há cinco dias, restrição ao leito e em uso de fralda geriátrica. Não realizava, desde a queda, qualquer tipo de atividade física. Referiu, por fim, instabilidade postural iniciada dois meses antes do evento de queda.

Diante da momentânea incapacidade de realizar as atividades cotidianas e instrumentais, paciente passou a receber cuidado presencial de familiares, que se mudaram para sua casa após o evento. As medicações da paciente haviam sido alteradas durante a internação. No manejo da hipertensão arterial, a Losartana Potássica (50mg) foi mantida em uso por duas vezes ao dia e a Hidroclorotiazida (25 mg) teve posologia reduzida para uma vez ao dia. A conduta medicamentosa para o diabetes *mellitus* tornou-se mais rigorosa, com Metformina (850 mg) agora por duas vezes durante o dia. Suspendeu-se a suplementação de cálcio e uso de benzodiazepínico. Acrescentou-se, por fim, o uso de Cetoprofeno (100 mg), um comprimido a cada 24 horas, por cinco dias. Na ocasião, a paciente estava no segundo momento de administração desta medicação.

Ao exame físico, a paciente apresentava na avaliação antropométrica uma circunferência de panturrilha direita de 29 cm. O IMC não pôde ser calculado. Ao exame sensorial, teste do sussurro alterado e relato de baixa acuidade visual. Apresentava rouquidão e dificuldade de deglutição. Em membro inferior esquerdo, presença de aparelho gessado em toda sua extensão, pele íntegra, sem sinais de lesões por pressão.

Na avaliação cognitiva, obteve 15 pontos no MEEM. Houve, assim, redução de três pontos em relação a teste anterior e indicativo de risco de alteração cognitiva. No teste de fluência verbal, indicou corretamente onze animais. Houve, assim, desempenho um ponto abaixo da nota de corte para desempenho adequado. Referiu ainda incontinência urinária, instabilidade postural e imobilidade. Relatava fadiga, parada da realização de atividades físicas e diminuição da força de preensão. Na aplicação da GDS, a pontuação obtida foi de quatro pontos, ainda sem suspeita de depressão. A autopercepção de saúde continuava positiva, obtendo 20 pontos em 24.

Uma nova avaliação cognitiva em domicílio foi realizada um ano após o evento de queda. Atendeu-se, então, uma idosa de 98 anos, com fratura proximal de fêmur esquerdo consolidada através de tratamento conservador. Paciente já deambulava, porém com auxílio de bengala. Residia agora em novo endereço, com um dos filhos.

Relatava dor leve em local de consolidação de fratura, com intensidade de valor três em uma escala de zero a dez. Relatava agora realização de atividade física em intensidade e frequência próximas ao que realizava antes da queda, com pequenas caminhadas em área próxima à residência, menos de três vezes pela semana, informando que realizava aproximadamente menos do que uma hora de exercício físico por vez.

Relatava dependência importante para realizar as atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida cotidiana, ainda em uso diário de 100 mg de losartana potássica, 25 mg de hidroclorotiazida e 1700 mg de metformina, com posologia mantida em relação à consulta anterior.

Ao exame físico, avaliou-se paciente deambulando com apoio de órtese. Em medidas antropométricas, paciente apresentava circunferência da panturrilha direita e esquerda de 30 cm e IMC inferior a 22.

Ao exame sensorial, alteração no teste do sussurro e relato de baixa acuidade visual. Durante a avaliação cognitiva, a idosa apresentou pontuação 14 ao Mini Exame do Estado Mental e enumerou corretamente dez animais durante o teste de fluência verbal. Negou instabilidade postural, imobilidade e referiu persistência da incontinência urinária leve.

Relatava melhora da fadiga em relação ao exame anterior, além de manutenção da força de preensão em relação ao quadro anteriormente referido. GDS neste momento apresentou pontuação de quatro pontos, não indicando depressão. Manteve-se auto percepção

da saúde com nota 20 de 24. Família e paciente negaram qualquer queixa de alteração cognitiva ou memória durante a avaliação.

## 6. DISCUSSÃO

Relata-se aqui caso de idosa que após evento de queda e fratura proximal do fêmur apresentou declínio de desempenho importante em Mini Exame do Estado Mental, mantendo a pontuação abaixo do preconizado como normal após a recuperação da capacidade de deambular, ainda que nem a família ou a paciente tenham referido qualquer perda cognitiva importante.

Os eventos de queda, associados com a demência e fratura proximal de fêmur, são considerados um dos maiores problemas clínicos e de saúde pública em indivíduos da terceira idade pela sua alta incidência, consequências para o estado de saúde do paciente, além dos elevados custos assistenciais (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017). No Brasil, cerca de 51% dos idosos acima de 85 anos sofreram quedas no último ano (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016). Dentre os indivíduos mais longevos que sofrem queda, 50% relatam alterações sensoriais, sendo 36% alterações visuais e 14% alterações auditivas (ALENCAR, PINHEIRO, *et al.*, 2017), situação que a paciente já referia antes da queda.

O baixo desempenho cognitivo também é um fator fortemente associado ao risco de quedas, sendo a pontuação obtida no Mini Exame do Estado Mental um instrumento de rastreio de fácil e ampla utilização por profissionais de saúde. (ALVARENGA e FLORES, 2016) Ainda assim, a definição de um ponto de corte para idosos não alfabetizados é tema de discordância entre autores. Nesse trabalho adotaremos o ponto de corte para idosos analfabetos como valor de 18 pontos, em consonância com a nota adotada no trabalho que normatizou o uso desse instrumento de rastreio no Brasil. (BRUCKI, NITRINI, *et al.*, 2003)

A cognição de um indivíduo é associada não apenas à diminuição da capacidade funcional do idoso, à presença de doenças, deficiências ou problemas de saúde. (ALVARENGA e FLORES, 2016) A autopercepção da saúde é obtida através do julgamento individual sobre o seu estado de saúde, processo diretamente relacionado à capacidade cognitiva. Uma percepção negativa tem chances maiores de estar associada a um baixo desempenho cognitivo, ainda que pacientes com capacidade cognitiva prejudicada com autoavaliação positiva, tendam a apresentar casos mais graves de demência. (FREITAS, CAMPOS, *et al.*, 2010)

Nesse caso, avaliamos idosa que, durante toda a evolução do quadro manteve boa percepção da sua saúde, mesmo quando o resultado do teste de avaliação de desempenho

cognitivo foi baixo, embora saibamos que baixa escolaridade tem grande impacto negativo nos resultados. Esse resultado tende a discrepar mais da realidade principalmente em idade mais avançada, de modo que idosos com menor ou nenhuma educação formal tendem a superestimar ou subestimar em excesso o seu quadro de saúde. (ALVARENGA e FLORES, 2016)

Quando idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família são avaliados, pode-se observar nessa população o predomínio de pacientes do sexo feminino, com baixa ou nenhuma escolaridade, que com o avançar da idade apresentam maior dificuldade de responder às questões do MEEM. (ALVARENGA e FLORES, 2016) (ASSIS, MARTA, *et al.*, 2014) (DRUMMOND e ALVES, 2013)

Sabe-se que a incapacidade funcional aumenta de prevalência em indivíduos mais velhos dentro da sua faixa etária. De acordo com dados do 90+ *study*, há um aumento do prejuízo nas atividades da vida diária em cerca de 89% dos indivíduos entre 95 e 99 anos de idade. (BERLAU, CORRADA e KAWAS, 2009) A perda funcional pode ocorrer devido a quadro de comprometimento físico ou cognitivo, ou mesmo ambos, sendo a informação dos familiares ou dos cuidadores essencial no diagnóstico diferencial. Por outro lado, uma menor demanda cognitiva aplicada sobre esse grupo de idosos, que não costuma trabalhar e estão mais restritos ao domicílio por motivos médicos, tende a subestimar a percepção do declínio cognitivo. (GARDNER, VALCOUR e YAFFE, 2013)

A idade, como fator isolado, tem efeito muito pequeno nas alterações anuais do resultado individual do MEEM, sendo responsável por queda de 0.01 pontos ao ano antes dos 85 anos, e acima dessa idade a queda se acelera em pequena escala, já que a queda passa a ser de 0.05 pontos por ano. As menores taxas de declínio cognitivo são encontradas nas populações de idosos que não têm relato de demência ou de sinais patológicos indicativos de demência. (DAVIS, MUNIZ-TERRERA, *et al.*, 2017)

Os índices patológicos das causas de demência são reconhecidamente grandes determinantes do declínio cognitivo na velhice, ainda assim quando avaliamos múltiplos índices patológicos ligados a vários tipos de apresentação da doença, eles explicam apenas 41% da variação do declínio cognitivo entre os indivíduos. De modo que a maior parte da variação de desempenho individual continua inexplorada. (BOYLE, WILSON, *et al.*, 2013)

Uma das possibilidades para a explicação desse fenômeno seria a influência de marcadores inflamatórios, ainda que não se encontrem estudos que demonstrem a sua relação com a cognição, após controle os índices patológicos de doença demencial. Um dos conceitos atualmente explorados que podem ajudar a entender essa evolução patológica é a de diferenças individuais na habilidade de tolerar ou responder a patologias, conhecida como reserva cognitiva, que poderia explicar a flutuação individual de patologia envolvendo demência entre idosos. (BOYLE, WILSON, *et al.*, 2013)

O declínio cognitivo associado com o envelhecimento consiste primariamente em mudanças leves na memória e na velocidade do processamento de novas informações, de maneira não progressiva e que não afetam a vida diária, de modo que se possa definir que a idade afeta o aprendizado, mas não a retenção de memórias. A concordância entre os resultados de avaliação clínica e relato do paciente ou dos acompanhantes é uma situação fortemente sugestiva de demência. Mas os resultados podem ser discordantes, de modo que quando os testes apontam um baixo desempenho cognitivo do paciente e não exista relato de problemas, podemos estar nos deparando com um estado confusional agudo, baixa escolaridade ou avaliação inadequada por parte da família. (KNOPMAN, 2016)

Nessa avaliação, o Mini exame do estado mental tem papel importante ao avaliar o desempenho desses pacientes, ainda que diferença de até dois pontos na reavaliação anual do score tenha relevância clínica incerta, podendo representar erros na medição ou alterações sem significado clínico. (KNOPMAN, 2016)

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse relato de caso foi possível identificar alteração em teste de avaliação cognitiva prévia, sem queixas de alteração de desempenho nesse aspecto por parte da paciente ou da família e sem alteração no padrão das atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária antes da queda e após retomada da deambulação. A mudança nos resultados não teve impacto na vida diária da paciente, ainda que de acordo com o escore normatizado a alteração fosse considerada importante.

Desse modo, a alteração cognitiva detectada em teste funcional com uma idosa acima dos 95 anos com baixa escolaridade, pouco afetou a sua percepção de saúde intelectual por parte dos familiares, possivelmente devido à baixa expectativa de desempenho esperada para a paciente.

Futuros trabalhos podem ajudar a melhor identificar o impacto de causas comuns de demência em populações e identificar processos que contribuam para o declínio cognitivo nas idades mais avançadas, já que não foram encontrados estudos que avaliem o impacto da queda na cognição dos indivíduos, apenas estudos que avaliam o impacto da alteração do desempenho intelectual no risco e ocorrência de queda dos indivíduos idosos longevos.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, P. V. N. D. et al. Fatores de risco associados às quedas em idosos e reflexões acerca de sua prevenção: um estudo de revisão. **Archives of Health Investigation**, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 28-31, Janeiro 2017. ISSN ISSN 2317-3009.

ALVARENGA, M. M.; FLORES, A. S. Avaliação de depressão e déficit cognitivo em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **Journal of Nursing**, Recife, v. 10, n. 8, p. 2915-2922, Agosto 2016. ISSN ISSN: 1981-8963.

ASSIS, V. G. et al. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 153-163, 2014.

ÁVILA, K. N. D. **Avaliação cognitiva de uma população de idosos internados por fratura proximal do fêmur decorrente de queda**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 112. 2007. (A958a).

BERLAU, D. J. et al. Disability in the Oldest-old: Incidence and Risk Factors in The 90+ Study. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 159-168, Fevereiro 2012. ISSN PMC3266513/NIHMS268834.

BERLAU, D. J.; CORRADA, M. M.; KAWAS, C. The Prevalence of Disability in the Oldest-old is High and Continues to Increase with Age: Findings from The 90+ Study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 2009. n. 24 v. 11 p. 1217-1225.

BOYLE, P. A. et al. Much of late life cognitive decline is not due to common neurodegenerative pathologies. **Annals of Neurology**, Setembro 2013. 74(3): 1-21.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 03, p. 777-781, Setembro 2003. ISSN ISSN 1678-4227.

CRUZ, D. T. D. et al. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 386-393, 2015. ISSN 10.1590/1414-462X201500040139.

DAVIS, H. J. et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life - A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies. **JAMA Psychiatry**, 18 Janeiro 2017. E1-E8.

DRUMMOND, A.; ALVES, E. D. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 727-738, 2013.

FREITAS, D. H. M. D. et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, janeiro 2010. v. 37, n. 1, p. 32-35.

GARDNER, R. C.; VALCOUR, V.; YAFFE, K. Dementia in the oldest old: a multi-factorial and growing public health issue. **Alzheimer's Research & Therapy**, 2013. n. 5 v. 4, p. 5-27.

GRDEN, C. R. B. et al. Características Sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1505-1512, Outubro-Dezembro 2015.

KNOPMAN, D. S. The initial recognition and diagnosis of dementia. **PubMed**, Minneapolis, 2016. Online File.

LOUVISON, M. C. P.; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 47, p. 09-15, Abril 2009. ISSN 1518-1812.

MIRANDA, M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Junho 2016.

PAGANINI-HILL, A.; KAWAS, C. H.; CORRADA, M. M. Lifestyle factors and dementia in the oldest-old: The 90+ Study. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 30, n. 1, p. 21-26, 2016.

SANTANA, V. S. et al. Fraturas em pessoas idosas: Um estudo sobre os fatores de risco. **Interfaces Científicas**, Aracaju, v. 5, n. 1, p. 21 - 32, Junho 2016. ISSN E-ISSN 2316-3801.

## ANEXOS

## ANEXO 1

Tabela 1. Indicadores de Saúde da Paciente

	<b>1º Atendimento</b>	<b>2º Atendimento</b>	<b>3º Atendimento</b>
<b>MEEM</b>	18 pontos	15 pontos	14 pontos
<b>Fluência Verbal</b>	12 pontos	11 pontos	10 pontos
<b>AVD's</b>	Dependência Parcial	Dependência Grave	Dependência Grave
<b>Síndromes Geriátricas</b>	1 síndrome	3 síndromes	2 síndromes
<b>Avaliação Subjetiva de Fragilidade</b>	4 itens	5 itens	4 itens
<b>GDS</b>	3 pontos	4 pontos	4 pontos

## ANEXO 2

Tabela 2. Diagnósticos Prévios da Paciente

<b>Diagnóstico Prévio</b>	<b>1º Atendimento</b>	<b>2º Atendimento</b>	<b>3º Atendimento</b>
Hipertensão Arterial Sistêmica	X	X	X
Diabetes Mellitus	X	X	X
Perda Auditiva	X	X	X
Acuidade Visual Diminuída		X	X
Osteoartrite	X	X	X
Osteoporose	X	X	X
Dislipidemia	X	X	X
Incontinência Urinária	X	X	X
Instabilidade Postural		X	X
Índice de Massa Corporal <22			X