Protocolo de orientação de atendimento ao paciente idoso no municipio de Itu

Aborgagem do idoso nos diversos niveis de atenção do SUS

Abordagem das especificidades do atendimento do idoso

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apresentação | | |
| Introdução O Brasil passa por um rápido e intenso processo de envelhecimento da sua população. De acordo com dados do IBGE, a **expectativa de vida ao nascer dos brasileiros** tem aumentado progressivamente e, **em 2016, alcançou uma média de 75,72 anos**. Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (IBGE, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14%.    À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo **aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT),** como diabetes, hipertensão, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração. As DCNT podem afetar a **funcionalidade** das pessoas idosas, de maneiras diferentes, pois a população não envelhece homogeneamente, da mesma forma. A principal questão é **avaliar como o envelhecimento impacta na funcionalidade** da pessoa idosa, tornando-a dependente de cuidados para o desempenho de suas atividades ou não.  A identificação de determinadas situações deve fazer com que as equipes da Atenção Básica considerem a necessidade de avaliar mais detalhadamente os indivíduos por elas acometidos. Entre os sinais de alerta destacam-se os seguintes:  √√ **M**ultimorbidades (≥ 5 diagnósticos).  √√ Polifarmácia (≥ 5 **m**edicamentos/dia).  √√ **M**ente: Comprometimento cognitivo (perda de memória, desorientação espacial e temporal) ou sinais e sintomas de transtorno de humor (depressão, ansiedade)..  Internações recentes (mais de duas internações nos últimos seis meses).  √√ **M**obilidade prejudicada: quedas recorrentes (duas ou mais nos últimos 12 meses), alteração de marcha e equilíbrio .  √√ Perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso)no último ano.  √√ Dificuldade de mastigação e/ou deglutição, engasgos e/ou tosses recorrentes.  √√ Incontinência esfincteriana (urinária e/ou fecal).  √√ Comprometimento sensorial (visão, audição).  √√ Dificuldades de comunicação.  √√ Isolamento social.  √√ Insuficiência familiar.  √√ Suspeitas de violência. |  |

**Direcionamento do fluxo**

A Atenção Básica é a porta de entrada prioritária dos usuários do SUS. **A pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica**, **independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção**, sendo a AB responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção. As UBS, compostas por equipes multiprofissionais, são responsáveis por ações de saúde individual e coletivas. No elenco de atividades e prioridades das equipes das UBS, encontram-se a identificação e o registro das condições de saúde da população idosa, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização, no território. O cuidado da pessoa idosa inicia-se com a **corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que atuam nos demais pontos de atenção dos diferentes componentes**, possibilitando as articulações necessárias para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde(RAS). Sendo assim, todos os médicos que atuam no SUS no atendimento ao publico adulto inevitavelmente atendem e acompanham pacientes **acima dos 65 anos, marco legal** para se considerar um indivíduo como idoso.

O Brasil tem hoje pouco mais de 2400 geriatras no SUS, número muito inferior ao proprosto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que deveria ser de um para cada mil idosos. Em nosso municipio, o CAIME (Centro de Atendimento ao Idoso Municipal Especializado), fundado em 2017, conta no momento com apenas dois médicos, para uma população estimada de ... . Considerando tal panorama, serão absorvidos para acompanhamento neste serviço (concomitante ao atendimento na UBS) os idosos que apresentarem uma maior fragilidade no que se refere à auto gestão de saude e auto cuidado.

Para aferição desta condição, será utilizado o instrumento **Indice de Vulnerabilidade clinico funcional 20 (IVCF20)**, questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), auto-percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Este pode ser aplicado pelo enfermeiro na UBS, na pré-consulta, já orientando o médico na hierquização do atendimento. (inserir imagem aqui)

A utilização de dois pontos de corte do IVCF-20, 7 e 15 pontos, foi a melhor estratégia capaz de conciliar, respectivamente, uma alta sensibilidade e uma alta especificidade na saúde pública, o que determinará a prioridade de atendimento no serviço especializado: ***abaixo de 7 pontos*** o idoso é considerado ROBUSTO e permanecerá sob o acompanhamento da atenção básica; **de 7 a 14 é denominado PRÉ-FRÁGIL** os profissionais da atenção básica deverão se atentar aos pontos de fragilidade acima mencionados, na tentativa de reversão ou estabilização dos sintomas apresentados e têm uma prioridade médiade acompanhamento, tendo consultas semestrais no serviço especializado; **acima de 15 pontos é considerado FRAGIL** e tem ALTA prioridade de atendimento na atenção secundaria.

Na Atenção Secundária (em nosso caso, no CAIME e nos serviços correlatos) será feita a abordagem aprofundada de aspectos mais especificos da geriatria e gerontologia, tais como ações de avaliação neuropsicológica; reabilitação cognitiva; reabilitação física; reabilitação fonoaudiológica; investigação de disfagia no idoso; diagnóstico diferencial de síndromes complexas, comio as demências, bem como o manejo de fármacos especiais.

**Urgencia e emergencia**

Considerando situações de urgencia /emergencia e necessidade de internação hospitalar, a integração de toda a Rede de Atenção é necessaria para o respeito às singularidades do paciente idoso. O reconhecimento de situações de delirium, de farmacos não apropriados para uso neste grupo etário, deve ser observado por todos os pontos da rede e principalmente em ocasiões em que o paciente não puder ser mantido em seu domicilio, o que pode sobremaneira afetar sua cognição.

Nesse contexto, cabe destacar que os Serviços de Acolhimento Institucional têm como unidades destinadas ao cuidado de idosos as Casas-Lar e as Instituições de Longa Permanênciapara Idosos (ILPI), de abrangência municipal e regional. Os objetivos específicos dessa modalidade consistem em incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária, desenvolver condições para a independência e o autocuidado, promover o acesso à renda e a convivência mista entre os residentes com diversos graus de dependência.

**Sindromes Clinicas mais frequentes em Geriatria**

**1. SUSPEITA DE DÉFICIT COGNITIVO (ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA)**

**Definição**: declínio envolvendo um ou mais domínios cognitivos ou alteração comportamental. Os déficits devem representar declínio em relação a um nível prévio de desempenho e interferir nas atividades de vida diária e independência.

**Diagnóstico**: clínico , requer história detalhada, corroborada por informante (familiar ou não) que conviva com o paciente. Deve-se sempre excluir quadro de delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica.

**Dados importantes na investigação de queixas cognitivas**: Início e evolução dos sintomas, áreas de prejuízo funcional. Caracterizar bem as queixas, confirmando por informante que tenha convívio com o paciente. Perguntar sobre abuso de álcool ou drogas, história de queda com traumatismo crânio encefálico, comorbidades (fatores de risco cardiovasculares) e medicamentos que faz ou fez uso (atentar para os que podem causar prejuízo cognitivo), avaliar se tem história psiquiátrica (esquizofrenia, depressão, ansiedade). Atentar se doenças agudas são a causa de delirium.

**Diagnósticos Diferenciais**: Depressão e Delirium são dois importantes diagnósticos diferenciais às demências devendo ser sempre excluídos.

O ***delirium***é definido como uma síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica, caracterizada por apresentar disfunção global da cognição, atenção e consciência, no ciclo sono-vigília e no comportamento psicomotor. Tem início agudo e curso flutuante. Dentre as causas de *delirium* em idosos, destacam-se os **processos infecciosos**, alterações metabólicas (hiponatremia, hipocalemia, hipoglicemia), afecções cardiovasculares, cerebrovasculares, hipóxia, além do uso de fármacos. ***Delirium* é considerado emergência médica**.

A depressão tem alta prevalência em idosos com mais de 65 anos, aumentando nos portadores de comorbidades. Na idade avançada ela pode apresentar-se com queixas cognitivas, podendo simular um quadro demencial. Além de história clínica minuciosa, sugere-se a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica para auxílio no diagnóstico diferencial.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escala de Depressão Geriátrica - GDS** | Pontuação | |
|  | Sim | Não |
| 1. Está satisfeito(a) com sua vida? | 0 | 1 |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades? | 1 | 0 |
| 3. Acha sua vida vazia? | 1 | 0 |
| 4. Aborrece-se com frequência? | 1 | 0 |
| 5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? | 0 | 1 |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça? | 1 | 0 |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? | 0 | 1 |
| 8. Sente-se desamparado com frequência ? | 1 | 0 |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | 1 | 0 |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? | 1 | 0 |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? | 0 | 1 |
| 12. Acha que vale a pena viver como vive agora? | 0 | 1 |
| 13. Sente-se cheio de energia? | 0 | 1 |
| 14. Acha que sua situação tem solução? | 0 | 1 |
| 15. Acha que tem muita gente em situação melhor? | 1 | 0 |
| **Total > 5 pontos = suspeita de depressão** |  |  |

|  |
| --- |
| **Critérios de demência (transtorno neurocognitivo maior) – DSM-5** |
| A. Evidência de declínio cognitivo significativo comparado a desempenho prévio em um ou mais domínios cognitivos:   * aprendizado e memória * linguagem * funções executivas * atenção complexa * perceptivo-motor * cognição social |
| B. O déficit cognitivo interfere com a independência para atividades de vida diária. |
| C. O déficit cognitivo não acontece exclusivamente no contexto de *delirium* |
| D. O déficit cognitivo não é melhor explicado por outra desordem mental (depressão, esquizofrenia) |

**Exame Físico**

Importante para suporte na investigação de diagnósticos diferenciais e causas potencialmente reversíveis de demência. Nas fases iniciais há pouco comprometimento, mas pode haver evidências de parkinsonismo, sinais focais que poderão dar pistas de comprometimento vascular, presença de reflexos axiais primitivos comuns na doença frontal, alterações de marcha e incontinência urinária na hidrocefalia de pressão normal.

**Exames Complementares**

Com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo e fazer o diagnóstico diferencial, os seguintes exames são necessários: Hemograma, função tireoideana (t4L e TSH), Uréia, creatinina, glicemia e eletrólitos (sódio, potássio, cálcio), TGO, TGP, albumina, Gama GT, Vitamina B12 (normal >300pg/ml, limítrofe 200-300pg/ml e deficiência<200pg/ml), ácido fólico, VDRL (sífilis), Sorologia para HIV (apenas se há suspeita), Urina 1/ urocultura

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Características diferenciais de *delirium*, demência e depressão** | | | |
| Características | *Delirium* | Demências | Depressão |
| Início | Súbito | Insidioso | Frequentemente recente |
| Curso nas 24h | Flutuante | Estável | Tipicamente pior pela manhã |
| Consciência | Reduzida | Clara | Clara |
| Atenção | Desordenada | Normal (exceto se avançada) | Prejuízo mínimo, distrativo |
| Cognição | Geralmente prejudicada | Geralmente prejudicada | Memória prejudicada, ilhas de memória intactas |
| Orientação | Frequentemente  prejudicada | Frequentemente  prejudicada | Seletivamente  prejudicada |
| Alucinações | Frequente visual ou visuais e auditivas | Frequentemente ausentes | Ausentes (apenas em casos graves) |
| Idéias delirantes | Fugazes, pobreza  na sistematização | Frequentemente  ausentes | Ausentes, exceto  casos graves |
| linguagem | Frequentemente incoerente, rápida ou lenta | Dificuldade de encontrar palavras,  perseveração | Normal |

* **Fluxograma para encaminhamento**: Queixa de memória:
  + Se for um esquecimento de início agudo, confusão mental, associado ou não a alucinação deve-se encaminhar a emergência para excluir delirium ou injúria cerebral aguda.
  + Se a alteração cognitiva e/ou comportamental se iniciou dias ou meses após traumatismo crânio encefálico encaminhar a emergência para exame de imagem com intuito de descartar hematoma subdural.
  + Se a alteração cognitiva surgiu há meses ou anos, perguntar como é o esquecimento e se está interferindo no dia a dia, sempre avaliar tristeza e/ou desânimo e/ou ansiedade. Solicitar laboratório (já descrito em exames complementares) para excluir causas reversíveis de alteração de memória como hipotireoidismo, deficiência de B12, insuficiência hepática/renal, entre outros.
  + Se algum exame laboratorial estiver alterado, deve-se tratar. Porém, se após correção mantiver alteração da memória deve-se encaminhar a geriatria.
  + Se houver sinais de depressão ou ansiedade tratar (dar preferência a sertralina 50mg, iniciar meio comprimido nos primeiros sete dias e depois aumentar para 01 comprimido). Após dois meses com o antidepressivo reavaliar, se houver melhora do humor e mantiver esquecimento deve-se encaminhar à geriatria. Se ainda mantiver desânimo pode-se aumentar a dose do antidepressivo e reavaliar, se mantiver esquecimento encaminhar à geriatria.

o Se não há sinais de depressão ou *delirium* e há alteração cognitiva que interfere no dia a dia, encaminhar para avaliação da geriatria.

# TRATAMENTO DA DEMÊNCIA:

Primeira escolha: anticolinesterásicos, para melhorar qualidade de vida e desempenho funcional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Drogas inibidoras da colinesterase (anticolinesterásicos) | | | |
|  | **Donepezila** | **Galantamina** | **Rivastigmina** |
| Dose-alvo | 10mg 1x/dia | 24mg 1x/dia | 6mg 2x/dia |
| Posologia | Iniciar 5 mg à noite e aumentar após 2 semanas para 10mg noite | Iniciar 8mg à noite e aumentar após 2 semanas para 16mg e depois 24mg | Iniciar 1,5mg 2x/dia e a cada 2 semanas aumentar para 3mg 2x, 4,5 mg 2x até 6mg 2x |
| Metabolização | Hepática | Hepática | Hepática |
| Excreção | Renal e hepática | Renal e hepática | Renal |
| Efeitos adversos | Náusea, vômito, taquicardia, síncope | Náusea, vômito, taquicardia, síncope | Náusea, vômito, taquicardia, síncope |

Em estágios moderados e avançados há benefício com uso da memantina (antagonista glutamatérgico N-metil D-aspartato)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicação | Dose | Posologia | Efeitos colaterais |
| Memantina | 10mg, 2x/dia | Iniciar com meio comprimido 1x/dia e a cada semana ir aumentando meio cp, ate atingir 20 mg. | Náusea, vômito, taquicardia, síncope. |

**2. INSTABILIDADE POSTURAL COM QUEDAS**

* **Definição:** deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais e comprometendo a estabilidade. Excluem-se dessa definição: episódios de síncope, acidentes vasculares encefálicos, atropelamentos, acidentes em exercício de alta *performance* e causas violentas
* Importante: perguntar quantas quedas apresentou nos últimos 12 meses. Medir sempre pressão arterial sentada e em pé para descartar hipotensão postural.
* **Fatores de risco Intrínsecos para quedas**: sexo feminino, idade maior ou igual a 75 anos, isolamento social, história prévia de quedas e/ou fraturas, Acidente Vascular Cerebral, Parkinson, déficit cognitivo, depressão, medo de cair, tontura, hipotensão postural, incontinência urinária, osteoartrose, deformidade nos pés, déficit visual, polifarmácia, uso de psicotrópicos, diminuição da capacidade físico-funcional.
* **Fatores de risco Extrínsecos para quedas**: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, via pública mal conservada com buracos e irregularidades, calçados inadequados (meias, chinelos, salto alto, sapato desamarrado ou largos), dispositivo auxiliar de marcha e órteses mal adaptadas ou com uso inadequado.
* **Estratégias para prevenção de quedas**:
  + Exercício físico orientado por educador físico ou fisioterapeuta (treinar força, marcha e equilíbrio) sendo a frequência de 1-3 vezes por semana por 12 semanas.
  + Modificações ambientais: diminuindo os fatores de risco extrínsecos
  + Ajuste de medicação: ajuste dose de psicotrópicos
  + Reposição de vitamina D quando deficiente (<30ng/ml)
  + Correção dos déficits visuais
  + Correção da hipotensão postural
  + Educação em quedas: orientar pacientes e cuidadores
* **Encaminhar à geriatria**: pacientes com 2 (duas) ou mais quedas no último ano associadas a fatores de risco como uso de psicotrópicos, declínio cognitivo, sequela de AVC.
* **Encaminhar à neurologia**: suspeita de Parkinson

**4. POLIFARMÁCIA**

* **Definição:** uso concomitante de 5 (cinco) ou mais medicações

O uso simultâneo de vários medicamentos em idosos deve ser sempre avaliado com cautela, pois ao mesmo tempo, que podem contribuir para a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida, se utilizados de forma incorreta, podem comprometê-las. Assim, ao prescrever medicamentos, deve-se estar atento a essa relação risco-benefício.

Idoso tem maior susceptibilidade a uma cascata iatrogênica que ocorre quando um efeito adverso de um fármaco é interpretado incorretamente como nova condição médica que exige nova prescrição, sendo o paciente exposto ao risco de desenvolver efeitos prejudiciais adicionais relacionados ao tratamento potencialmente desnecessário.

Portanto, é importante rever se as medicações que o paciente está em uso são realmente necessárias e se o sintoma dele pode estar relacionado com alguma delas (Exemplo: dor muscular com estatina e/ou fibrato, tosse com enalapril ou captopril, edema de membros inferiores com anlodipino, sonolência com antidepressivo tricíclico, entre outros).

Ao iniciar nova medicação, fazer sempre em doses baixas e ir aumentando gradativamente conforme necessidade. Sempre rever se os horários de tomada da medicação estão corretos, deixar os que causam sonolência para noite e os que podem causar insônia para manhã

Devido a potenciais malefícios de algumas medicações quando utilizadas em idosos, em 1991 Beers et al. propuseram os Criterios deBeers para prescrição no paciente idoso. Ao longo dos anos estes critérios foram atualizados periodicamente com a introdução de novos medicamentos e o conhecimento da interação entre diferentes patologias e as medicações ou doses terapêuticas. Os critérios de Beers foram adaptados para o Brasil em 2016 pelo Consenso Brasileiro de Medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos.

A seguir segue um resumo dos principais medicamentos a serem evitados nos pacientes idosos:

**Anti-histamínicos de primeira geração** (Clorfeniramina, dexclorfeniramina, difenidramina, hidroxizina, meclizina, prometazina, triprolidina) pelo risco de sedação e efeitos anticolinérgicos. Optar pelo uso dos anti-histamínicos de segunda geração: loratadina, desloratadina, fexofenadina, ebastina.

**Antidepressivos tricíclicos** : altamente anticolinérgicos, sedativos, risco de hipotensão ortostática. Exceção: podem ser apropriados para tratamento de dor e/ou depressão grave.

**Benzodiazepínicos** aumentam o risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas e fraturas. Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, transtorno de ansiedade grave, distúrbios do sono REM.

**Bloqueadores alfa 1** (doxazosina, prazosina) pelo alto risco de hipotensão postural.

**Alfa agonistas de ação central** para tratamento de rotina da hipertensão (Clonidina, Metildopa, Reserpina) pelo alto risco de efeitos adversos ao Sistema Nervoso Central (SNC)., podem causar bradicardia e hipotensão ortostática.

Aspirina > 150mg/dia: risco de sangramento sem aumento benefício

Digoxina >0,125 mg/dia: risco intoxicação digitálica

**Diuréticos de alça (furosemida)** para edema de tornozelos sem insuficiência cardíaca, ou como monoterapia para hipertensão arterial

**Espironolactona > 25mg/dia** em pacientes com insuficiência cardíaca ou clearance de creatinina <30ml/min

**Glibenclamida** pelo alto risco de hipoglicemia

**Metoclopramida** por efeitos extrapiramidais

**Óleo mineral** pelo alto risco de broncoaspiração

**Inibidores Bomba Próton** (omeprazol, pantoprazol) em dose plena por mais de 8 semanas, risco de osteoporose, fratura, demência, insuficiência renal.

**Relaxantes Musculares** (carisoprodol, ciclobenzaprina, orfenadrina) pela sedação e risco de fraturas.

**Uso prolongado de AINE não seletivos da COX 2** (ibuprofeno, diclofenaco, cetoprofeno) pelo alto risco de hemorragia digestiva

Uso prolongado (> 3 meses) de corticosteroides sistêmicos

**Macrolídeos** (exceto a azitromicina) **ou o** [**ciprofloxacino**](https://reference.medscape.com/drug/cipro-xr-ciprofloxacin-342530) não devem ser prescritos junto com a [varfarina](https://reference.medscape.com/drug/coumadin-jantoven-warfarin-342182) pelo risco de sangramento.

O ciprofloxacino e a [teofilina](https://reference.medscape.com/drug/theo-24-theochron-theophylline-343447) não devem ser associados devido ao aumento da [toxicidade da teofilina](https://emedicine.medscape.com/article/818847-overview).

Para pacientes com diminuição da função renal, o uso do ciprofloxacino está associado a aumento do risco de ruptura de tendão e aumento dos seus efeitos no sistema nervoso central.

A associação de sulfametoxazol-[trimetoprima](https://reference.medscape.com/drug/primsol-proloprim-trimethoprim-342571) pode aumentar o risco de [hiperpotassemia](https://emedicine.medscape.com/article/240903-overview) nos pacientes com diminuição da função renal, que estejam tomando inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina.

* **Encaminhar à geriatria**: Idosos com polifarmácia associado à fragilidade e/ou déficit cognitivo e/ou instabilidade postural com quedas.

**Otimizando recursos e tratamento**

A campanha Choosing Wisely (CW) foi lançada em 2012 para conscientizar profissionais da saúde – independentemente da área de atuação e especialidade – a reconsiderar certas condutas acerca da utilização exagerada ou imprópria de recursos, questionando assim a eficácia de uma série de procedimentos. Ela surgiu a partir de um relevante estudo da Harvard Medical School e Beth Israel Deaconess Medical Center, que apontaram que cerca de 60% dos exames laboratoriais são desnecessários ou subutilizados, além do que muitos procedimentos dispensáveis podem causar malefícios.

Neste contexto, ressaltamos as dez principais orientações CW em Geriatria:

1. Não prescreva medicamentos com o intuito de manter HbA1c < 7,5 em idosos com prejuizo cognitivo. e/ou funcional. O risco de hipoglicemia é extremamente danoso para o idoso. Alvos razoaveis seriam 7 a 7,5 em idosos em expectativa de vid alonga, 7,5 -8,0 < 10 anos e 8,0-8,5 com multimorbidades e menor expectativa de vida.
2. Não indicar contenção mecanica para idosos com sintomas neurpisquiatricos relaciuonados ao delirium.
3. Não recomendar rastreio de cancer de mama, colorretal ou de prostata para pessoas com expectativa de vida inferior a 10 anos
4. Não indique BENZODIAZEPINICOS ou antihistamoinicos para tratar insonia no idoso – ha grande risco de quedas, fraturas e morte
5. Não prescrever inibidores de acetilcolinesterase para idosos com demencia sem reavaliação frequente do potencial beneficio e efeitos adversos destas drogas.
6. .Não prescreva um novo medicamento sem antes realizar uma revisão criteriosa dos farmacos em uso – ATENÇÃO À POLIFARMACIA E INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA.
7. Não indique rastreio, tratamento ou intervenção invasiva sem antes considerar o estado funcional do paciente, sua expectativa de vida e o compartilahemtno da decisão com o paciente ou seu representante legal.
8. Não mantenha condagem vesical de demora quando sondagem vesical de alivio por uma alternativa plausivel
9. Não prescreva polivitaminicos, reposição vitaminica ou hormonal em idosos assintomaticos.
10. Não prescreva bloqueadores de bomba de protons de forma continua para pacientes com pirose, epigastralgia ou proteção gastrica, por induzir má absorção de ferro e B12.

Referencias

* Freitas, Elizabete Viana de: Tratado de Geriatria e Gerontologia – 4. Ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017
* Oliveira, M.G., et al. Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente inapropriados para idosos – Geriatr Gerontol Aging. Vol. 10 num 4.p.168-81
* Atualização dos Critérios de Beers de uso de medicamentos inapropriados em idosos - *Medscape* - 8 de fevereiro de 2019.
* Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS, XXX congresso Naciondal de secretarias Municipais de saude , Maio 2014
* Orientações tecnicas para a Implementaçãode Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.- Ministerio da Saude - Brasilia 2018
  + Choosing Wisely Brasil ; https://www.choosingwisely.com.br/