Resumo
IESC V

Saúde da pessoa idosa, dor, neuropatia, demências e saúde mental na Atenção Primária

1 · Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)
dimensões, escalas, "Is" e "Ms"

2 · Dor na APS
fisiologia, classificação, escalas, escada da OMS

3 · Maus-tratos contra a pessoa idosa
tipos, legislação, notificação

4 · Cuidador e Escala de Zarit
sobrecarga, prevenção, escores

5 · Sarcopenia
EWGSOP2, pontos de corte, tratamento

6 · Quedas
fatores de risco, testes, prevenção

7 · Neuropatia periférica
fibras, padrões, alarme, plano na APS

8 · Síndrome demencial
definição, investigação, tipos

9 · Reforma psiquiátrica
história, Lei 10.216, desinstitucionalização

10 · RAPS
componentes, CAPS, SRT, PTS, matriciamento

11 · Como a prova cobra
questões anteriores comentadas + revisão final

Memorize | Atenção / pegadinha | Na prática / conduta

0 Como funciona o IESC V

O eixo IESC (Integração Ensino-Serviço-Comunidade) une momentos teóricos em sala com campos práticos semanais nas unidades de saúde (CMS Cecília Donnangelo, em Vargem Grande, e CMS Harvey Ribeiro, no Recreio). A lógica de toda a disciplina é a mesma que aparece nas provas: o cuidado acontece na APS, de forma longitudinal, coordenada e centrada na pessoa.

Dimensão cognitiva (100 pts)

- Prova N1: 20
- Teste de Progresso (TPI): 30
- Prova N2: 35
- Prova N3: 15

Habilidades e atitudes (100 pts)

- Avaliação diária: 30 (assiduidade 10, postura e colaboração 10, conhecimentos e habilidades 10)
- Trabalho final: 30 (projeto prático em grupo 15 + resumo expandido individual 15)
- Diário de campo reflexivo: 25
- e-Portfólio DreamShaper: 10 · Memorial acadêmico: 5

REGRAS QUE VALEM NOTA

Progressão mínima de 70/100 em cada dimensão. O atestado justifica, mas não abona a falta, e deve ser enviado em até 72 horas pela Central do Aluno (assunto "Atestado IESC", copiando a coordenação e o preceptor). O resumo expandido tem no máximo 6 páginas (sem contar referências), com introdução terminando obrigatoriamente no objetivo e referências em ABNT.

1 Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

> A AGA é o "exame físico" da geriatria: um processo estruturado, sistemático e integrado que avalia o idoso em várias dimensões ao mesmo tempo, para montar um plano de cuidado individualizado. O foco deixa de ser a doença e passa a ser a funcionalidade, a independência e a qualidade de vida.

O conceito que a prova adora

A avaliação multidimensional não é a soma de aspectos isolados: ela investiga de forma integrada as dimensões clínica, funcional, cognitiva, emocional, nutricional, ambiental e social, reconhecendo a interação dinâmica entre capacidade intrínseca, autonomia e vulnerabilidade.

PEGADINHAS CLÁSSICAS (TODAS ERRADAS)

- "Organiza-se a partir das morbidades; funcionalidade e contexto social são secundários" → isso é o modelo biomédico. Funcionalidade e contexto são estruturantes.
- "Prioriza fragilidade e sarcopenia; cognição e social são consequências tardias" → os domínios podem coexistir, preceder um ao outro ou interagir nos dois sentidos.
- "Baseia-se principalmente em escalas de rastreio cognitivo e depressivo" → escalas são ferramentas auxiliares; a funcionalidade depende também de mobilidade, nutrição, ambiente e rede de apoio.

Dimensões avaliadas

Dimensão	O que olhar	Ferramentas
Clínica	Comorbidades, controle de HAS/DM, dor crônica, sinais vitais (incluindo dor 0–10 e HGT)	Anamnese, exame físico
Medicamentos	Polifarmácia (≥ 5 fármacos), iatrogenia, uso irregular, horários	Revisão da prescrição
Funcional	ABVD (banho, vestir, higiene, transferência, continência, alimentação) e AIVD (compras, finanças, medicações, telefone, transporte, cozinhar)	Katz (AVD), Lawton (AIVD, máx. 21)
Mobilidade	Marcha, equilíbrio, quedas, força	TUG, velocidade de marcha, SPPB
Cognitiva	Memória, atenção, linguagem, função executiva	MEEM (30), MoCA, CAM-COG, TFV, TDR
Emocional	Humor, luto, isolamento	EDG (Escala de Depressão Geriátrica)
Nutricional	Perda de peso, apetite, disfagia, panturrilha	MNA (triagem, 14 pts), antropometria
Ambiental	Iluminação, tapetes, barras de apoio, escadas	Visita domiciliar
Social/familiar	Com quem mora, cuidador, renda, rede de apoio, sobrecarga	Escala de Zarit (cuidador)

Escalas da AGA: o que cada uma mede

Escala	Mede	Referência usual
AVD (Katz)	Autocuidado básico	Quanto mais itens com ajuda, maior a dependência
AIVD (Lawton)	Vida independente na comunidade	21/21 = independente

MEEM	Rastreio cognitivo global	0–30; corte varia com a escolaridade
MoCA / CAMCOG	Cognição mais detalhada (MoCA é mais sensível ao comprometimento leve)	MoCA 0–30
TFV	Fluência verbal (animais em 1 min): linguagem e função executiva	Corte depende da escolaridade
TDR	Desenho do relógio: função executiva e visuoespacial	Pontuado até 10
EDG	Sintomas depressivos	Versão de 15 itens: acima de 5 sugere depressão
MNA	Estado nutricional	Triagem 12–14 normal; 8–11 risco; ≤ 7 desnutrição
TUG	Levantar, andar 3 m, voltar e sentar	Até 10 s normal; > 12 s risco de queda; ≥ 20 s alterado
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (usado no SUS)	0–6 robusto; 7–14 risco de fragilização; ≥ 15 frágil

Os "Is" e os "Ms" da Geriatria

"Is" (gigantes da geriatria)

- Iatrogenia
- Imobilidade
- Instabilidade postural
- Incapacidade cognitiva
- Incapacidade comunicativa
- Incontinência urinária
- Incontinência esfincteriana
- Insuficiência familiar
- Insuficiência financeira
- Incapacidade de se cuidar

"Ms" (5 Ms da geriatria)

- **M**ente: cognição, humor, delirium
- **M**obilidade: marcha, quedas
- **M**edicações: polifarmácia, desprescrição
- **M**ais importante: o que importa para a pessoa (objetivos e valores)
- **M**ulticomplexidade: multimorbidade e contexto

Roteiro da AGA (ficha usada em aula)

1. Identificação
Com quem mora (sozinho, familiar, cuidador, ILPI), ocupação, espiritualidade

2. Escalas
AVD, AIVD, MEEM, EDG, MNA, TUG, TDR, TFV, MoCA, IVCF-20

3. Cuidado integrado
Queda, marcha, apetite, disfagia, humor, sono, comportamento, continência, visão, audição

4. QP, HDA, HPP
Medicações com dose e horário (ex.: 1-0-1)

5. Pilares integrativos
Hidratação, alimentação, autocuidado, atividade física, estresse, sono, relações, sexualidade, finanças, espiritualidade

6. Exame físico
Peso, altura, IMC, circunferência abdominal e da panturrilha; sinais vitais + dor

7. Impressão clínica
CCL, demência, quedas, disfagia, desnutrição, sarcopenia, insônia, polifarmácia

8. Conduta e retorno
Exames, prescrição, encaminhamento multiprofissional, monitorização, data de retorno

PLANO DE CUIDADO NA APS (RESPOSTA-MODELO DE QUESTÃO DISCURSIVA)

- Revisão medicamentosa (risco da polifarmácia) e desprescrição quando possível.
- Educação em saúde e estímulo à adesão terapêutica.
- Intervenções não farmacológicas: atividade física adaptada, grupos de idosos, adaptação do domicílio.
- Rastreio cognitivo se houver queixa de memória; avaliar humor e isolamento.
- Acompanhamento longitudinal pela equipe e articulação com equipe multiprofissional (antigo NASF: psicologia, fisioterapia, nutrição).
- Coordenação do cuidado pela APS, mesmo quando houver encaminhamentos.

2 Dor na Atenção Primária

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP). É pessoal e subjetiva: duas pessoas com a mesma lesão podem sentir dores completamente diferentes.

QUINTO SINAL VITAL

A dor é avaliada ao lado de PA, FC, FR e temperatura. Diferente deles, depende do relato do paciente, e por isso deve ser perguntada sistematicamente em todo atendimento.

BASE NORMATIVA NO SUS

PCDT da Dor Crônica, atualizado pela Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22/08/2024. Há também diretrizes sobre dor, sedação e delirium em hospitalizados.

A dor tem várias dimensões

Ela envolve aspectos fisiológicos (transdução, transmissão, modulação), sensoriais (onde e quanto dói), afetivos (medo, ansiedade, depressão), cognitivos (atenção, memória, significado), comportamentais (expressão facial, postura) e socioculturais. Na percepção, três componentes se somam:

Sensitivo-discriminativo

Intensidade, localização, duração, qualidade. Vai do nociceptor ao córtex somestésico.

Afetivo-motivacional

Medo, ansiedade, náuseas, sudorese, palidez, comportamento de fuga. Envolve o sistema límbico.

Cognitivo-avaliativo

Atenção, interpretação e significado. Explica por que o mesmo estímulo dói diferente em pessoas diferentes.

Fisiologia em quatro passos

Nociceptores

São terminações nervosas livres, com corpo celular no gânglio da raiz dorsal, conduzidas por fibras C (amielínicas, lentas) e Aδ (pouco mielinizadas, rápidas). São ativados por estímulo mecânico intenso, lesão tecidual (liberação de proteases, ATP e K^+), isquemia (acúmulo de H^+ pelo metabolismo anaeróbico) e química (histamina dos mastócitos).

Vias ascendentes

	Neoespinotalâmica	Paleoespinotalâmica
Tipo de dor	Aguda, rápida, bem localizada	Visceral, difusa, crônica, lenta
Lâmina de Rexed	I	V

Trajeto	Decussa logo → trato espinotalâmico lateral → núcleo VPL do tálamo → córtex somestésico primário	Trato espinorreticular → formação reticular → núcleos intralaminares do tálamo → várias áreas corticais
Organização	Somatotópica	Não somatotópica; componentes emocionais e autonômicos

Modulação

Teoria do portão (Melzack e Wall)

Fibras Aβ (tato) ativam interneurônios inibitórios da substância gelatinosa, que "fecham o portão" para as fibras C e Aδ. É por isso que esfregar o local machucado alivia.

Controle descendente ("portão alto")

A substância cinzenta periaquedutal (rica em receptores opioides) e os núcleos da rafe (serotonina) inibem o corno dorsal. Opioides exógenos potencializam esse sistema. A falha dele contribui para a dor crônica.

Classificação fisiopatológica

Tipo	Mecanismo	Pistas clínicas
Nociceptiva	Ativação normal dos nociceptores por estímulo lesivo	Começa com o estímulo, melhora quando a causa é removida, sem déficit sensitivo, proporcional ao estímulo
Neuropática	Lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central	Pode começar dias a anos depois, persiste sem a causa, há déficit sensitivo, queimação, choque, disestesias, alodínia
Mista	Os dois mecanismos juntos	Exemplo típico: dor oncológica (o tumor estimula nociceptores e destrói nervos)
Nociplástica	Nocicepção alterada sem dano tecidual ou neural evidente	Fibromialgia, enxaqueca, síndrome do intestino irritável

Somática superficial

Pele. Bem localizada, picada ou queimor.

Somática profunda

Músculo, tendão, osso, articulação. Difusa e profunda.

Visceral

Distensão de víscera. Difusa, opressiva, com náuseas e sudorese.

REFERIDA × IRRADIADA

Referida: sentida longe da origem, em dermátomo relacionado (face medial do braço no IAM, periumbilical na apendicite, ombro na irritação diafragmática). **Irradiada**: segue o trajeto da mesma raiz nervosa (lombociatalgia, cervicobraquialgia, neuralgias).

Avaliação: semiologia e escalas

Caracterize sempre: localização, irradiação, qualidade, intensidade, duração e evolução, além dos fatores de piora e de alívio. Quanto à duração: aguda < 1 mês, subaguda 1–3 meses, crônica > 3 meses.

Qualidade	Associações típicas
Latejante/pulsátil	Enxaqueca, abscesso, inflamação dentária, hipertensão intracraniana
Em choque	Neuralgia do trigêmeo, lombociatalgia, cervicobraquialgia, neuropatias
Em cólica	Cólica renal, intestinal, menstrual, obstruções
Em queimação	Úlcera péptica, esofagite de refluxo, neuropatia periférica
Constritiva (aperto)	Angina, infarto, espasmo muscular
Surda	Doença de víscera maciça (fígado, baço), neoplasias

Escalas para quem se comunica

- EVA: régua de 10 cm, de "sem dor" a "pior dor possível"
- Numérica 0–10: 0 sem dor; 1–2 leve; 3–5 moderada; 6–9 forte; 10 insuportável
- Faces: seis desenhos, útil em crianças e déficit cognitivo

Para quem não se comunica

- FLACC: Face, Legs (pernas), Activity, Cry (choro), Consolability. Cada item 0–2.

Exame sensitivo (suspeita neuropática)

- Algodão: tato, fibras Aβ
- Agulha: dor, fibras Aδ
- Quente/frio: fibras C
- Diapasão 128 Hz: vibração, Aβ

Compare com o lado oposto ou proximal × distal.

Vocabulário que cai

Termo	Definição
Alodínia	Dor causada por estímulo que normalmente não dói (ex.: toque leve). Forte indicador de dor neuropática, investigar com o DN4.
Hiperalgesia	Resposta aumentada a um estímulo que já é doloroso
Hipoalgesia / analgesia	Resposta diminuída / ausente a estímulo doloroso
Hiper / hipoestesia	Sensibilidade aumentada / diminuída a qualquer estímulo
Parestesia	Sensação anormal (formigamento), espontânea ou evocada, não desagradável
Disestesia	Sensação anormal desagradável, espontânea ou evocada

Tratamento: escada analgésica da OMS

Degrau 1 · dor leve
Analgésico não opioide (dipirona, paracetamol) ou AINE, ± adjuvantes

Degrau 2 · dor moderada
Opioide fraco (tramadol, codeína) + não opioide, ± adjuvantes

Degrau 3 · dor intensa
Opioide forte (morfina, oxicodona, metadona, fentanil) + não opioide, ± adjuvantes

Adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes, relaxantes) podem entrar em qualquer degrau, principalmente na dor neuropática. Sobe-se de degrau quando a dor persiste apesar do uso adequado do degrau anterior.

CONDUTA NA DOR CRÔNICA (COMO A PROVA ESPERA)

- Sem sinais de alarme, o manejo é na APS. Encaminhar antes de tratar fragmenta o cuidado.
- Sempre associar medidas não farmacológicas: exercício supervisionado, orientação postural, educação em dor, terapia cognitivo-comportamental.
- Dor crônica leve: analgésico simples ou AINE + reabilitação.
- Dor moderada persistente apesar de não opioide: opioide fraco + não opioide + medidas não farmacológicas, monitorando eficácia e efeitos adversos.

SEMPRE ERRADO NA PROVA

Repouso absoluto ou prolongado (piora a dor musculoesquelética crônica e a funcionalidade); opioide forte logo de início; analgesia só "sob demanda" com orientação de reduzir atividade; encaminhamento ortopédico ou cirúrgico imediato sem sinais de gravidade.

Condições dolorosas mais frequentes no SUS: lombalgia (principal causa de afastamento do trabalho), cefaleias, dor oncológica (até 90% no câncer avançado), neuralgias (trigêmeo, pós-herpética) e síndrome dolorosa complexa regional.

3 Maus-tratos contra a pessoa idosa

A violência contra o idoso é frequente, subnotificada e acontece principalmente dentro de casa, praticada por familiares. A UBS é o lugar estratégico para identificar precocemente, porque conhece a família e o território.

Base legal

Norma	O que diz
Constituição, art. 229	Os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.
Constituição, art. 230	Família, sociedade e Estado devem amparar o idoso. Programas de amparo executados preferencialmente no lar. Transporte coletivo urbano gratuito para maiores de 65 anos.
Código Penal, art. 136	Maus-tratos: expor a perigo pessoa sob sua guarda, privando de alimentos ou cuidados. Detenção de 2 meses a 1 ano; lesão grave 1–4 anos; morte 4–12 anos.
Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)	Art. 3º: prioridade absoluta aos direitos do idoso. Art. 4º: nenhum idoso será objeto de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. Art. 98: abandono em hospital ou ILPI, detenção de 6 meses a 3 anos. Art. 99: expor a perigo a integridade do idoso, mesmas penas do art. 136.
Portaria GM/MS 264/2020	Notificação compulsória diante de suspeita ou confirmação. Violência doméstica: notificação semanal. Violência sexual e tentativa de suicídio: em até 24 h à Secretaria Municipal de Saúde.

CID-10 · T74 (SÍNDROME DE MAUS-TRATOS)

T74.0 abandono · T74.1 sevícias físicas · T74.2 abuso sexual · T74.3 abuso psicológico · T74.8 outras · T74.9 não especificada.

Tipos de violência

Tipo	Definição e sinais
Física	Uso da força para obrigar, ferir, causar dor, incapacidade ou morte. Equimoses, fraturas, lesões incompatíveis com a história.
Psicológica	Agressões verbais ou gestuais para aterrorizar, humilhar, restringir liberdade ou isolar. Familiar que responde pelo idoso, impaciência, idoso com medo, tristeza e choro sem causa.

Sexual	Ato ou jogo sexual por aliciamento, força ou ameaça. Recusa de ajuda no banho, medo de falar do corpo.
Negligência	Recusa ou omissão de cuidados devidos. Uma das formas mais presentes no país, quase sempre associada a outras. Desnutrição, higiene precária, ambiente sujo, medicação não dada.
Abandono	Ausência ou deserção dos responsáveis (família, instituição ou governo) em prestar socorro.
Financeira	Uso não consentido de recursos e patrimônio. Visitas só no dia da aposentadoria, cartão bancário retido, empréstimos no nome do idoso.
Medicamentosa	Administrar medicamentos de forma indevida (aumentar, diminuir ou suspender).
Autonegligência	O próprio idoso ameaça sua saúde ou segurança ao recusar cuidar de si.
Institucional	Falhas ou abusos dentro de instituições e serviços (não é violência doméstica).

Epidemiologia e fatores de risco

Números

- Cerca de 30% das denúncias do Disque 100, atrás apenas de crianças e adolescentes (~55%)
- Maior prevalência: residência
- Principal autoria: familiares (filhos, cônjuge, netos, cuidadores)

Fatores de risco

- Dependência funcional e financeira
- Sobrecarga do cuidador
- Vulnerabilidade social e isolamento
- Desvalorização do idoso e desconhecimento da lei

Como examinar e agir

Ouvir
História minuciosa com o idoso e com o acompanhante, se possível separados

›

Examinar
Exame físico completo; atenção a lesões incompatíveis com o relato

›

Registrar
Prontuário bem descrito (tem valor legal)

›

Notificar
Ficha SINAN diante de suspeita, sem precisar confirmar

›

Acompanhar
Rede de proteção e equipe multiprofissional

PAPEL DO MÉDICO

Criar vínculo com paciente e família, identificar sinais de alerta, conhecer as obrigações legais, descrever o exame com detalhe, orientar os familiares e garantir acompanhamento multidisciplinar. Canais de denúncia: Disque 100, Delegacia Especializada do Idoso (no Rio, DEAPTI), Conselhos do Idoso, Ministério Público, Defensoria Pública; em risco iminente, Polícia Militar (190).

LEMBRE

Os maus-tratos levam a isolamento, culpa, depressão, ideação suicida e morte antecipada. Muitos idosos não se sentem à vontade para pedir ajuda, e doenças prévias podem camuflar sinais de violência física.

4 O cuidador e a Escala de Zarit

O cuidador é o "pilar invisível" da assistência. Para a OMS e para os cuidados paliativos, paciente e família/cuidador formam uma unidade de cuidado: cuidar de quem cuida faz parte do plano terapêutico.

Quem é o cuidador

- Familiar, amigo ou pessoa com vínculo
- Formal (remunerado e treinado) ou informal (sem remuneração nem formação)
- Perfil no Brasil: mulher, meia-idade ou idosa jovem, que reduziu ou abandonou o trabalho
- Funções: ABVD, medicações, consultas, suporte emocional

O que pesa

- Sobrecarga física, emocional, social e financeira
- Luto antecipatório
- Sobreposição de papéis (de filha a cuidadora)
- Ambivalência entre o prazer de cuidar e o desgaste
- Riscos: dor, HAS, insônia, depressão, ansiedade, isolamento

A sobrecarga funciona como um iceberg: na superfície aparecem esgotamento e depressão; embaixo estão isolamento social, falta de apoio e fatores sistêmicos.

Prevenção e apoio

1 · Treinamento prático do cuidador

2 · Reuniões familiares para dividir tarefas

3 · Apoio psicológico

4 · Incentivo ao autocuidado e lazer

O RACIOCÍNIO QUE A PROVA COBRA

Muitas vezes a sobrecarga vem do excesso de assistência quando bastaria supervisão, de medo, de falta de conhecimento e do sentimento de ser negligenciado pela família. A conduta é investigar os pormenores do cuidado, diferenciar assistência de supervisão, planejar delegação de tarefas, estimular a autonomia segura do idoso e valorizar os aspectos positivos do cuidado.

CONDUTAS ERRADAS

Manter assistência integral em tudo (aumenta a sobrecarga e a dependência do idoso); concentrar o cuidado numa única pessoa; só mandar "descansar mais" e tratar a insônia sem olhar a dinâmica familiar; encaminhar exclusivamente para a atenção terciária, retirando o acompanhamento da UBS.

Escala de Zarit (Zarit Burden Interview)

Instrumento validado no Brasil que mede a sobrecarga em saúde, vida social e pessoal, finanças e emoções. Permite acompanhar o cuidador ao longo do tempo e direcionar para a rede de apoio.

Versão completa · 22 itens (0–88)	
Até 21	Ausência ou pouca sobrecarga
21–40	Leve a moderada
41–60	Moderada a severa
61–88	Severa

Versão reduzida (SUS) · 7 itens	
0–14	Leve
15–21	Moderada
≥ 22	Grave

Na aula foi apresentada a versão simplificada: ≤ 21 ausência; 22–40 moderada; ≥ 41 severa.

QUESTÃO DE PROVA

Filha cuidadora de pai pós-AVC, Zarit-22 = 46 pontos → sobrecarga moderada a severa (faixa 41–60). Conduta: incluir a cuidadora em acompanhamento sistemático na APS, com escuta qualificada, orientação e apoio psicossocial, mantendo a coordenação do cuidado.

5 Sarcopenia

> Transtorno progressivo e generalizado da musculatura esquelética, com perda acelerada de massa, força e função muscular, associado a declínio funcional, fragilidade, quedas e morte (SBGG, 2022). É um dos "novos gigantes da geriatria".

Prevalência
SABE (SP): 15,4%. FIBRA (RJ): 10,8%. Maior em institucionalizados e acima de 80 anos.

Subdiagnóstico
Recebeu código no CID-10 em 2016. Menos de 5% dos casos aparecem no prontuário.

Despreparo
Cerca de 30% dos médicos não geriatras dizem não saber diagnosticar.

Classificação

Primária
Ligada apenas ao envelhecimento, sem outra causa evidente.

Secundária
Há outra causa além da idade:

- Desnutrição: baixa ingestão de energia e proteína, má absorção, anorexia
- Doenças: cardiorrespiratórias, oncológicas, neurológicas, endócrinas, osteoarticulares, hepáticas, renais
- Iatrogenia: hospitalização prolongada, polifarmácia, fármacos catabólicos
- Inatividade: leito, imobilidade, sedentarismo

Algoritmo EWGSOP2 modificado: o coração do tema

1 · Encontrar casos
SARC-CalF ≥ 11 (0–20): SARC-F + circunferência da panturrilha. Ou suspeita clínica: perda de peso, fraqueza, marcha lenta, dificuldade para levantar ou subir escada, quedas.

›

2 · Força
Preensão palmar < 27 kg (H) / < 16 kg (M), ou sentar-levantar 5× > 15 s.
Baixa força = **sarcopenia provável**

›

3 · Massa
DEXA, BIA, TC/RM ou equação de Lee. MMEA < 20 kg (H) / < 15 kg (M); IMMEA < 8,9 / < 6,4 kg/m².
= **sarcopenia confirmada**

›

4 · Gravidade
Marcha ≤ 0,8 m/s; TUG ≥ 20 s; SPPB < 8; 400 m ≥ 6 min.
= **sarcopenia grave**

Força baixa	Massa baixa	Desempenho baixo	Diagnóstico
Sim	–	–	Sarcopenia provável (já justifica intervir)

Sim	Sim	Não	Sarcopenia confirmada
Sim	Sim	Sim	Sarcopenia grave (maior risco de incapacidade)
Não	–	–	Reavaliar na próxima consulta

PEGADINHAS

- Massa baixa isolada, com força e desempenho normais, não fecha sarcopenia: o EWGSOP2 colocou a força como critério central.
- Velocidade de marcha não é o critério inicial: o desempenho físico define gravidade.
- Perda de peso + multimorbidade não substituem a medida objetiva de força e massa.

Tratamento

Exercício resistido: a intervenção com maior evidência

Parâmetro	Recomendação
Intensidade	Ideal 80% de 1RM; começar com 45% de 1RM se baixa tolerância
Volume	2 exercícios por grande grupo muscular, 3 séries de 8–10 repetições
Frequência	2 a 3 vezes por semana; melhores resultados em programas longos
Progressão	Aumentar a carga a cada 2 semanas, sempre individualizando

Nutrição

Proteína

- Prevenção (idoso saudável): 1,0–1,2 g/kg/dia
- Sarcopenia: 1,2–1,5 g/kg/dia
- Distribuir 25–30 g em cada refeição principal
- Aminoácidos essenciais: 10–15 g por refeição, com mais de 3 g de leucina (ativa a mTOR)
- HMB (metabólito da leucina): 3 g/dia

Energia e suplemento

- 30 kcal/kg/dia se peso adequado
- IMC ≤ 21: 32–38 kcal/kg/dia
- IMC ≥ 30: perder 0,5 kg/semana (8–10% em 6 meses)
- Suplementar se ingestão < 70% da necessidade: ≥ 400 kcal e ≥ 30 g de proteína por dia
- Exercício + suplemento melhora massa magra, força e marcha

MEDICAMENTOS E MICROBIOTA

Não há evidência para fármacos como primeira linha. Repor vitamina D se 25(OH)D < 20 ng/mL. Hormônios (testosterona, GH, estrógeno, DHEA) têm resultados controversos. No eixo músculo-intestino, a disbiose do envelhecimento alimenta o *inflammaging* (inflamação crônica de baixo grau), que acelera a degradação muscular.

DISCURSIVA: FATORES PREDISPONENTES NUM CASO TÍPICO

Idade avançada, doenças crônicas (DM, HAS, osteoartrose), perda de peso não intencional, apetite reduzido ou desnutrição, quedas recorrentes, sedentarismo e isolamento social. Relevância clínica: é uma das principais causas de declínio funcional e aumenta o risco de quedas, fraturas, institucionalização e morte.

6 Quedas em idosos

Queda é um evento inesperado de ir ao chão ou a um nível mais baixo, sem trauma maior nem perda de consciência. Mais do que um acidente, a queda sinaliza fragilidade e declínio funcional.

30%
dos idosos caem pelo menos uma vez por ano

30,6%
das quedas terminam em fratura (num estudo brasileiro)

70%
passam a ter medo de cair depois de uma queda

São mais comuns em mulheres, acima de 80 anos, em frágeis e institucionalizados. Acontecem sobretudo no domicílio (quarto e banheiro), durante o dia, por tropeços, escorregões, tontura e desníveis. O controle postural depende de três sistemas que envelhecem: sensorial (visão, propriocepção, vestíbulo), motor (força, coordenação, tempo de reação) e cognitivo (atenção, planejamento).

Fatores de risco

Intrínsecos (do idoso)

- Idade > 80 anos
- Queda prévia (o maior preditor)
- Alteração de marcha e equilíbrio
- Sarcopenia
- Parkinson, AVC, demência
- Hipotensão postural
- Polifarmácia
- Sintomas depressivos
- Déficit visual

Extrínsecos (do ambiente)

- Iluminação insuficiente
- Tapetes soltos, fios no chão
- Escada sem corrimão
- Banheiro sem barras
- Piso escorregadio ou irregular, desníveis
- Móveis instáveis
- Calçado inadequado
- Uso errado de bengala ou andador

MEDICAMENTOS QUE DERRUBAM

Benzodiazepínicos, sedativos e hipnóticos, antipsicóticos, antidepressivos (sobretudo tricíclicos e ISRS), anticonvulsivantes e anti-hipertensivos (diuréticos, betabloqueadores, vasodilatadores). Polifarmácia (≥ 5 medicamentos) soma interações e efeitos adversos.

Consequências e síndrome do medo de cair

Fraturas (quadril/fêmur, punho, úmero), TCE, medo, ansiedade, depressão, isolamento, perda de autonomia, hospitalização e institucionalização. O medo de cair cria um ciclo vicioso:

Medo de cair
Pode surgir mesmo sem queda prévia

›

Restringe atividades

›

Descondiciona-mento
Perde força e equilíbrio

›

Mais quedas
Até síndrome da imobilidade

Avaliação

Anamnese da queda (contexto, frequência, gatilhos), exame físico (marcha, equilíbrio, força, sinais neurológicos, PA deitado e em pé), revisão de medicamentos e testes funcionais:

Teste	Indica risco quando
Timed Up and Go (TUG)	> 12 segundos
Escala de equilíbrio de Berg	< 45 pontos (14 tarefas)
Alcance funcional	< 15 cm
SPPB	Avalia força de MMII, equilíbrio e velocidade da marcha (< 8 alterado)

Prevenção multifatorial

Clínica
Ajustar ou retirar medicamentos, tratar comorbidades, corrigir visão e audição, manejar hipotensão postural.

Exercício
Fortalecimento, treino de equilíbrio, musculação adaptada, pilates, Tai Chi.

Ambiente
Retirar obstáculos, barras de apoio, boa iluminação, corrigir desníveis.

Cômodo	Adaptações
Banheiro	Barras junto ao vaso e ao chuveiro, tapete antiderrapante, vaso elevado, cadeira de banho
Quarto	Luz noturna, cama em altura que permita os pés no chão, telefone e interruptor ao alcance, caminho livre até o banheiro
Sala	Remover ou fixar tapetes, liberar circulação, eliminar fios
Escadas	Corrimão dos dois lados, boa iluminação, primeiro e último degrau marcados com fita colorida

RESPOSTA CERTA TÍPICA

Idoso com duas quedas, tontura ao levantar, 4 medicamentos, baixa visão e tapetes soltos: orientar retirada dos tapetes, revisar medicações, avaliar hipotensão postural e estimular exercícios de força e equilíbrio. A combinação de medidas funciona melhor do que qualquer medida isolada. Para o cuidador: supervisionar sem constranger, incentivar a autonomia segura e reconhecer sinais de alerta (tontura, confusão súbita, mudança na marcha).

ERRADAS

Repouso domiciliar "para não cair", suplemento vitamínico isolado, encaminhar direto ao ortopedista sem avaliar fatores clínicos e ambientais, ou seguir o acompanhamento de rotina sem intervir.

7 Neuropatia periférica

Disfunção ou lesão dos nervos periféricos (sensitivos, motores ou autonômicos). É uma síndrome, não um diagnóstico etiológico: reconhecer o padrão, encontrar a causa e prevenir incapacidade.

CASO DISPARADOR · DONA HELENA, 72 ANOS

DM2 há 16 anos, HAS, DRC leve, uso prolongado de metformina e omeprazol. Queimação e choques noturnos nos pés, sensação de "andar sobre algodão", uma queda ao levantar à noite, calosidade e fissura no calcâneo. Força preservada, aquileus reduzidos, vibração diminuída no hálux, monofilamento alterado, pulsos presentes.

O diabetes encerra a investigação? Não: metformina e omeprazol prolongados podem causar deficiência de B12, e DRC também lesa nervos. Risco imediato? Queda (perda de propriocepção) e úlcera no pé (perda da sensibilidade protetora + fissura).

Não confundir

Termo	Significado
Polineuropatia	Comprometimento difuso de vários nervos
Mononeuropatia	Um único nervo (ex.: túnel do carpo)
Radiculopatia	Lesão da raiz nervosa
Dor neuropática	Dor por lesão do sistema somatossensitivo

Fibras e sintomas

Fibra	Função	Quando lesada
Finas (Aδ e C)	Dor, temperatura, autonômica	Queimação, choques, alodínia
Grossas sensitivas	Vibração, tato, propriocepção	Desequilíbrio, ataxia, Romberg positivo
Motoras	Contração muscular	Fraqueza, atrofia, pé caído
Autonômicas	PA, sudorese, TGI, geniturinário	Hipotensão ortostática, disfunção sexual

FRASE PARA FIXAR

Fibras finas doem. Fibras grossas desequilibram. Fibras motoras enfraquecem. Fibras autonômicas desregulam.

Classifique antes de procurar a causa

"Meias e luvas"

Polineuropatia distal simétrica, de distal para proximal. A mais comum: diabetes, álcool, DRC.

Mononeuropatia múltipla

Assimétrica e dolorosa. Pensar em vasculite.

Fibras finas

Dor e queimação com ENMG normal nas fases iniciais.

Causas

Grupo	Exemplos
Metabólicas	Diabetes, pré-diabetes, DRC, hipotireoidismo, dislipidemia
Nutricionais	Deficiência de B12, tiamina, cobre; excesso de B6; pós-bariátrica
Tóxicas e medicamentosas	Álcool, quimioterápicos, metronidazol, nitrofurantoína, amiodarona
Imunes e infecciosas	Guillain-Barré, CIDP, vasculites, HIV, hepatites, hanseníase, sífilis

ATENÇÃO

"Complexo B" não deve ser prescrito sem critério: piridoxina (B6) em excesso causa neuropatia sensitiva.

Exame clínico

Anamnese

- Queimação, choque, alodínia, piora noturna?
- Tempo: dias, semanas ou anos?
- Tontura, sudorese, disfunção sexual?
- Quedas, marcha, sono, humor, funcionalidade
- Medicações, álcool, família, infecções

Exame mínimo

- Inspeção: atrofia, deformidade, calos, fissuras, úlceras
- Sensibilidade: monofilamento 10 g, diapasão 128 Hz, propriocepção
- Força: dorsiflexão, extensão do hálux, intrínsecos da mão
- Reflexos patelar e aquileu
- Pulsos pedioso e tibial posterior, enchimento capilar

MONOFILAMENTO DE 10 G

Detecta perda da sensibilidade protetora, prevenindo úlcera e amputação. Aplicar perpendicularmente até curvar, sem deslizar, em 4 pontos plantares de cada pé.

Sinais de alarme e investigação

EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Fraqueza ascendente rápida, disautonomia grave, suspeita de Guillain-Barré, úlcera com sepse ou isquemia aguda.

NEUROLOGIA URGENTE

Progressão em semanas, assimetria acentuada, déficit motor predominante, febre ou perda de peso.

PAINEL LABORATORIAL BÁSICO

- Glicemia e HbA1c
- B12 + ácido metilmalônico
- Hemograma, eletrólitos, ureia, creatinina
- TSH, função hepática
- Eletroforese de proteínas com imunofixação

ENMG se diagnóstico incerto, assimetria, déficit motor ou padrão atípico. ENMG normal não exclui fibras finas.

Plano de cuidado na APS

1 · Tratar a causa
Controle glicêmico, repor B12, suspender neurotóxicos, tratar tireoide e infecções

›

2 · Manejar a dor
Duloxetina, gabapentinoides ou tricíclicos selecionados. Dose baixa, titular devagar. Evitar opioides.

›

3 · Preservar função
Fisioterapia, equilíbrio, fortalecimento, órtese se pé caído, prevenir quedas

›

4 · Cuidar dos pés
Inspeção diária, hidratação, calçado adequado, nunca descalço

NO IDOSO

A amitriptilina tem forte efeito anticolinérgico e aumenta o risco de quedas (Critérios de Beers): revisar o benefício e considerar desprescrição. O objetivo é preservar a autonomia, não só reduzir a dor.

8 Síndrome demencial

Demência é um conjunto de sintomas com perda cognitiva progressiva (memória, linguagem, atenção, julgamento) e prejuízo funcional nas AVD e AIVD. Não faz parte do envelhecimento normal: deve ser investigada, acompanhada e manejada.

Abordagem diagnóstica

A · Anamnese

Com familiar ou cuidador: início, evolução e impacto funcional.

B · Exame físico e neurológico

Estado geral, sinais focais, marcha, reflexos.

C · Testes cognitivos

MEEM, MoCA, CAMCOG, Pfeffer (PFAQ), fluência verbal, relógio, TUG.

D · Laboratório e imagem

Hemograma, eletrólitos, TSH e T4L, B12 e ácido fólico, sorologias para sífilis e HIV. TC ou RM de crânio (atrofia, lesão vascular, hidrocefalia).

POR QUE ESSES EXAMES?

Para afastar causas tratáveis ou reversíveis: hipotireoidismo, deficiência de B12 ou folato, neurossífilis, HIV, hidrocefalia, além de depressão.

Condições que não são demência (mas confundem)

Condição	Ponto-chave
Comprometimento cognitivo leve (CCL)	Prejuízo cognitivo leve sem impacto funcional significativo. A funcionalidade preservada é o que separa CCL de demência.
Depressão	Pode simular demência ("pseudodemência")
Deficiência de B12 / folato	Reversível com reposição
Neurossífilis	Rastrear com sorologia

Tipos de demência

Tipo	Marca registrada
Alzheimer	A mais comum. Início insidioso, perda de memória recente.
Vascular	Após AVCs. Curso em degraus.
Mista	Alzheimer + vascular.

Corpos de Lewy	Alucinações visuais, parkinsonismo, flutuação cognitiva.
Doença de Parkinson	Demência tardia, depois dos sintomas motores (rigidez, bradicinesia).
Frontotemporal	Alteração de comportamento e linguagem, geralmente antes dos 65 anos.
Hidrocefalia de pressão normal	Tríade: alteração de marcha + demência + incontinência urinária. Potencialmente reversível.
Alcoólica	Comprometimento frontal e cerebelar.

DICA DE MEMORIZAÇÃO

Lewy = "vê coisas" (alucinações visuais) e flutua. Parkinson = primeiro o movimento, depois a cognição. Frontotemporal = "mudou de personalidade" e é mais jovem. HPN = "molhado, bamboleante e confuso" (incontinência, marcha, demência). Vascular = piora em degraus.

MENSAGEM DA AULA

A demência é um processo, não uma sentença. O cuidado é humanizado, interdisciplinar e integrativo e inclui família, cuidador e comunidade (o que conecta este tema com a sobrecarga do cuidador e com os maus-tratos).

9 Reforma psiquiátrica no Brasil

A reforma é a transformação do modelo asilar (manicômio, exclusão) para um cuidado comunitário, territorial, humanizado e baseado em direitos humanos. Seu lema é "cuidar em liberdade".

O que é saúde mental

Para a OMS, é um estado de bem-estar que permite à pessoa desenvolver suas habilidades, responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. É biopsicossocial: resulta da interação entre fatores biológicos (genética, neuroquímica, saúde física), psicológicos (emoções, experiências) e sociais (relações, ambiente, condições socioeconômicas).

Linha do tempo

Até os anos 1970
Modelo manicomial: exclusão, internações longas, violação de direitos

›

Anos 1980
Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inspirado na reforma italiana de Franco Basaglia

›

2001
Lei 10.216 (Lei Paulo Delgado): redireciona o modelo

›

2003
Lei 10.708: Programa De Volta para Casa

›

2011
Portaria GM/MS 3.088: institui a RAPS

Lei 10.216, de 6 de abril de 2001

Direitos humanos
Direitos sem discriminação, informação sobre a condição, tratamento em ambiente adequado, de preferência em serviço comunitário.

Cuidado em liberdade
Tratamento prioritariamente em liberdade. Internação é exceção, só quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

Desinstitucionalização
Fechamento gradual de leitos psiquiátricos e criação de serviços substitutivos na comunidade.

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ≠ DESOSPITALIZAÇÃO

Não é só fechar hospital. É uma transformação cultural, social e assistencial com quatro frentes: redução planejada de leitos, criação de serviços territoriais, reinserção social e mudança da representação social da loucura. Passa-se do tratamento da doença para o cuidado da "existência-sofrimento" da pessoa em relação com a sociedade.

Princípios da Política Nacional de Saúde Mental

Liberdade | Dignidade | Direitos humanos | Território | Inclusão social | Integralidade

Determinantes sociais e estigma

O sofrimento psíquico não é só individual ou biológico. Desigualdade (pobreza, desemprego, moradia, insegurança alimentar), discriminação (racismo, machismo, LGBTfobia), violência, fatores ambientais, precarização do trabalho e fragmentação social aumentam a vulnerabilidade.

Como o estigma aparece

- Estereótipos sobre "loucura" e linguagem pejorativa
- Exclusão de espaços sociais
- Descrédito dos relatos
- Reduzir a pessoa ao diagnóstico

O que ele provoca

- Atraso na busca por ajuda (chega-se em fase avançada)
- Abandono do tratamento
- Isolamento, dificuldade de trabalho e estudo
- Autoestigma

O estigma atinge também a família, os serviços e as equipes, e pode ser mais persistente e prejudicial do que a própria condição.

Desafios atuais

Desafio	Em resumo
Desfinanciamento crônico	Compromete expansão, estrutura e equipes completas
Retrocessos	Incentivo a comunidades terapêuticas, ambulatórios especializados e internações ameaça a volta do modelo manicomial
Cobertura insuficiente	Municípios pequenos sem serviços da RAPS
Formação profissional	Ainda biomédica e hospitalocêntrica
Intersetorialidade	Integrar educação, cultura, assistência social, habitação e combate às discriminações

Avanços recentes: aumento de 27% no orçamento da RAPS em 2023, previsão de crescimento de mais de 5% ao ano, coordenação pelo Desmad (Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas) do Ministério da Saúde.

10 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

> A RAPS é o arranjo organizacional da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, instituída pela Portaria GM/MS 3.088/2011. Atende pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, num modelo aberto, comunitário e territorial. É referência internacional reconhecida pela OMS.

Princípios

- Direitos humanos: autonomia e liberdade
- Equidade: reconhece os determinantes sociais
- Atenção humanizada, centrada nas necessidades
- Atuação em rede: cuidado contínuo e integral

Como se entra na rede

- Demanda espontânea na UBS ou no CAPS, sem encaminhamento
- Encaminhamento por serviços de saúde, assistência social, educação, Conselho Tutelar, Justiça
- Crise: qualquer ponto da rede; SAMU 192
- Unidade de Acolhimento, SRT e leito em hospital geral exigem encaminhamento da rede

Os componentes da RAPS

Componente	Pontos de atenção
Atenção primária	UBS (acolhimento, identificação precoce, casos leves e moderados), Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura. Porta de entrada preferencial.
Atenção especializada	CAPS em suas modalidades; equipes multiprofissionais especializadas (eMAESM)
Urgência e emergência	SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 h, prontos-socorros: manejo inicial e referenciamento
Atenção residencial de caráter transitório	Unidades de Acolhimento (adulto e infantojuvenil); comunidades terapêuticas
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa De Volta para Casa
Reabilitação psicossocial	Geração de trabalho e renda, cooperativas sociais

CAPS: o ponto estratégico

Serviços abertos ("portas abertas"), comunitários e de base territorial, com equipe multiprofissional, para transtornos mentais graves e persistentes e uso de álcool e drogas.

Modalidade	Público e característica
CAPS I e II	Transtornos mentais graves; diferem pelo porte populacional
CAPS III	Transtornos graves, funciona 24 h, com acolhimento noturno
CAPS AD	Álcool e outras drogas
CAPS AD III	Álcool e drogas, 24 h
CAPS AD IV	Álcool e drogas, 24 h com porta aberta (grandes centros)
CAPS i	Crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes

Em 2022 havia 2.836 CAPS em 1.910 municípios. Cobertura nacional de 1,33 CAPS por 100 mil habitantes: maior no Nordeste (1,70) e menor no Norte (0,97).

Outros dispositivos

eMAESM

Equipes multiprofissionais para transtornos prevalentes de gravidade moderada (ansiedade, humor, dependência). Referenciadas pela APS e pelos CAPS; tipos I, II e III. Boa alternativa para municípios pequenos.

Unidades de Acolhimento

Moradia provisória por até 6 meses para pessoas com problemas pelo uso de drogas em vulnerabilidade. Acesso exclusivo via CAPS.

Serviços Residenciais Terapêuticos

Moradias permanentes para egressos de longas internações sem suporte familiar. Tipo I: moradores mais autônomos. Tipo II: maior dependência. Maior concentração no Sudeste.

De Volta para Casa

Lei 10.708/2003. Auxílio-reabilitação psicossocial mensal para quem teve internação psiquiátrica de 2 anos ou mais.

Consultório na Rua

Equipe multiprofissional que cuida da população em situação de rua no próprio território.

Centros de Convivência

Socialização, cultura, arte, esporte e geração de renda, abertos à comunidade.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Conjunto de condutas terapêuticas e psicossociais construído para cada usuário, considerando contexto familiar, social e projeto de vida. É dinâmico e norteia o cuidado no CAPS e na rede.

Modalidade	Frequência
Intensivo	Atendimento diário: crise ou sofrimento grave
Semi-intensivo	Até 12 dias por mês: precisa de atenção direta para se reestruturar
Não intensivo	Até 3 dias por mês: não precisa de suporte contínuo

Matriciamento (apoio matricial)

Construção compartilhada do cuidado: equipes especializadas (CAPS, eMAESM) dão suporte técnico às equipes da APS. Objetivos: ampliar a capacidade de intervenção dos não especialistas, garantir corresponsabilização pelos casos e qualificar o cuidado em toda a rede.

DESAFIOS DA RAPS

- Déficit de leitos: 0,07 por mil habitantes, contra meta de 0,30 (dez vezes abaixo da média da OCDE). Melhor no Sul, pior no Norte.
- Crise noturna: muitos CAPS III não acolhem casos novos à noite; ampliar CAPS AD IV.
- SRT precisam se adaptar ao envelhecimento dos moradores.
- Municípios pequenos: eMAESM pode ser mais efetiva que CAPS.

CRISE NA RAPS

Acolhimento imediato, humanizado e com escuta ativa em qualquer ponto da rede; resposta articulada (CAPS 24 h, UPA, SAMU, hospital geral) priorizando o território e evitando internações desnecessárias; preservar ao máximo a autonomia do usuário nas decisões.

11 Como a prova cobra

A N1 de 2026.1 trouxe casos clínicos longos, quase sempre ambientados na UBS ou em visita domiciliar. Repare no padrão: a alternativa certa é a mais integral, multidimensional e centrada na APS; as erradas costumam ser biomédicas, fragmentadas, extremas ("exclusivamente", "imediato", "repouso absoluto") ou que tiram a coordenação da UBS.

AGA

Idosa de 84 anos com multimorbidade, perda de peso, quedas, esquecimento, tristeza, mora sozinha, 9 medicamentos.

Certa: avaliação integrada das dimensões clínica, funcional, cognitiva, emocional, nutricional, ambiental e social, com interação entre capacidade intrínseca, autonomia e vulnerabilidade.

DOR

Mulher de 56 anos, lombalgia há 2 anos, dor 6/10, alívio parcial com dipirona, sem sinais de alarme.

Certa: opioide fraco + analgésico não opioide + medidas não farmacológicas (atividade física orientada, educação em dor), monitorando eficácia e efeitos adversos.

Erradas: opioide forte com repouso; só sob demanda e reduzir atividade; encaminhar antes de tratar.

DOR

Homem de 55 anos, lombalgia há 9 meses, dor crônica leve.

Certa: AINE + reabilitação (exercício supervisionado, orientação postural, TCC).

Erradas: opioide forte e repouso absoluto; ortopedista imediato; só paracetamol sem mais nada.

SARCOPENIA

Idoso de 82 anos: preensão baixa + massa magra apendicular baixa + marcha < 0,8 m/s.

Certa: sarcopenia grave, com maior risco de incapacidade.

Erradas: massa isolada basta; marcha é o critério inicial; perda de peso define sarcopenia secundária sem medida.

CUIDADOR

Filha superprotetora, exausta, que não deixa o pai andar sozinho e não divide tarefas.
Certa: investigar os pormenores do cuidado, diferenciar assistência de supervisão, identificar medos e sentimento de negligência, planejar delegação, estimular autonomia segura e valorizar o que há de positivo.

ZARIT

Zarit-22 = 46.
Certa: sobrecarga moderada a severa; acompanhamento sistemático na APS com escuta qualificada, orientação e apoio psicossocial.

QUEDAS

Idoso de 78 anos, duas quedas, tontura ao levantar, 4 medicamentos, baixa visão, tapetes soltos.
Certa: retirar tapetes, revisar medicações, avaliar hipotensão postural, exercícios de força e equilíbrio.

MAUS-TRATOS

Idosa de 78 anos com equimoses, higiene precária, sozinha o dia todo sem comer, filho responde por ela, família depende da aposentadoria.
Certa: violência física, negligência e possível violência psicológica; agravo frequente, geralmente praticado por familiares, associado à dependência funcional e financeira.
Erradas: "evento raro"; "principal prevalência em ILPI"; "violência institucional".

DISCURSIVA · AGA

Idoso de 74 anos com HAS, DM, osteoartrite, depressão leve, esquecimento, uso irregular de 5 medicamentos, isolamento, renda limitada.
A) Dimensões: clínica, funcional (mobilidade, quedas, AVD/AIVD), cognitiva (rastreio), psicológica (depressão, isolamento), social e familiar (rede, renda, sobrecarga da esposa), medicamentos.
B) Plano: revisão medicamentosa, educação e adesão, atividade física adaptada e grupos, acompanhamento longitudinal, equipe multiprofissional, coordenação do cuidado.

DISCURSIVA · SARCOPENIA

1) Definição: perda progressiva e generalizada de massa, força e desempenho muscular. Relevância: principal causa de declínio funcional, com mais quedas, fraturas, institucionalização e mortalidade.
2) Fatores do caso (citar pelo menos 5): idade avançada, doenças crônicas, perda de peso, apetite reduzido, quedas, sedentarismo, isolamento social.

Revisão relâmpago: números para levar à prova

Item	Valor
Dor crônica	> 3 meses (aguda < 1; subaguda 1–3)
Escala numérica de dor	1–2 leve · 3–5 moderada · 6–9 forte · 10 insuportável
Diapasão / monofilamento	128 Hz / 10 g em 4 pontos plantares
Polifarmácia	≥ 5 medicamentos
Zarit-22	≤ 21 · 21–40 · 41–60 · 61–88
Zarit reduzida (7 itens)	0–14 leve · 15–21 moderada · ≥ 22 grave
SARC-CalF	≥ 11 sugere sarcopenia
Preensão palmar	< 27 kg homem · < 16 kg mulher
Sentar e levantar 5×	> 15 s
Massa muscular apendicular	< 20 kg H · < 15 kg M (índice < 8,9 / < 6,4 kg/m²)
Gravidade da sarcopenia	Marcha ≤ 0,8 m/s · TUG ≥ 20 s · SPPB < 8 · 400 m ≥ 6 min
Proteína	1,0–1,2 g/kg (prevenção) · 1,2–1,5 g/kg (sarcopenia)
Risco de queda	TUG > 12 s · Berg < 45 · alcance < 15 cm
Idosos que caem por ano	~30%
Notificação de violência	Doméstica: semanal · sexual e tentativa de suicídio: até 24 h
Leis-chave	10.741/2003 (Estatuto do Idoso) · 10.216/2001 (Reforma) · 10.708/2003 (De Volta para Casa) · Portaria 3.088/2011 (RAPS)
Unidade de Acolhimento	Até 6 meses, acesso via CAPS
PTS	Intensivo diário · semi-intensivo até 12 dias/mês · não intensivo até 3 dias/mês
Leitos psiquiátricos	0,07 por mil (meta 0,30)

CHECKLIST FINAL

- ✓ Funcionalidade é o centro da avaliação do idoso, não a doença.
- ✓ A APS coordena o cuidado mesmo quando encaminha.
- ✓ Repouso e "não fazer nada" quase nunca são a resposta.
- ✓ Na sarcopenia, a força vem primeiro; massa confirma; desempenho gradua.
- ✓ Queda é multifatorial: remédio + ambiente + exercício.
- ✓ Violência contra idoso: frequente, doméstica, familiar, notifica-se na suspeita.
- ✓ Cuidador é parte do plano: Zarit, escuta, divisão de tarefas, autonomia segura do idoso.
- ✓ Neuropatia: classificar o padrão, não parar no diabetes, cuidar dos pés, evitar opioides e tricíclicos no idoso.
- ✓ Demência exige prejuízo funcional; CCL não. Sempre afastar causas reversíveis.
- ✓ Saúde mental: cuidar em liberdade, internação é exceção, CAPS é estratégico, UBS é porta de entrada.