

## MATRIZ DE GERENCIAMENTO - PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar estratégias para o enfrentamento da pandemia por coronavírus no idoso</li> </ul>	
Resultado esperado:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe apropriada</li> <li>• Idosos, cuidadores e familiares com as orientações recebidas e cuidados realizados</li> </ul>	
<b>O QUÊ</b>	<b>COMO</b>	<b>MATERIAL DE APOIO</b>
<b>PREMISSAS IMPORTANTES PARA AS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ A população idosa é o grupo de maior risco de complicações da doença</li> <li>▶ A letalidade é significativamente maior em idosos e em indivíduos com comorbidades</li> <li>▶ O risco de complicações é maior nas pessoas idosas dependentes com comorbidades múltiplas, particularmente nos idosos frágeis, que devem ser monitorados rigorosamente pelo sistema de saúde</li> <li>▶ Os idosos devem evitar sair de casa</li> </ul>		
<b>AÇÕES PREPARATÓRIAS</b>		
Alinhamento sobre a Pandemia do Coronavírus	Realizar alinhamento para toda a equipe sobre a pandemia relacionada ao idoso	Anexo 1 – A pandemia pela coronavírus e o idoso
Capacitação inicial	Realizar com as equipes de APS uma atualização relacionada a técnica de lavagem das mãos	
Análise situacional	Realizar diagnóstico situacional das pessoas idosas do território <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar na planilha de registro coletivo de pessoas idosas as que são dependentes que possuem comorbidade múltipla</li> <li>• Identificar na planilha de registro coletivo de pessoas idosas as que possuem comorbidades múltiplas</li> <li>• Organizar a planilha de registro coletivo relacionando todos os idosos da área de abrangência a partir da estratificação de risco, iniciando a relação dos nomes do</li> </ul>	Vídeo: Avaliação da Saúde do Idoso para definição da proporcionalidade terapêutica. Disponível em: <a href="https://youtu.be/_V_0RztmZrk">https://youtu.be/_V_0RztmZrk</a>  Vídeo: Fluxograma Acolhimento e Classificação de risco do idoso com COVID-

	maior risco para o menor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para as equipes que já usam o IVCF-20, organizar a planilha de acordo com a Classificação Clínico Funcional e Sociofamiliar, iniciando a relação dos nomes pelo idoso frágil, em fragilização e robusto, cruzando com a estratificação de risco das comorbidades</li> <li>• Elaborar plano de ação para a realização das atividades segundo a estratificação de risco</li> </ul>	19 na RAS.  Disponível: <a href="https://qrco.de/bbTxa">https://qrco.de/bbTxa</a>  Anexo 3- Fluxograma Idosos COVID-19
<b>MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS, HIPERTENSOS, DIABÉTICOS DE RISCO</b>		
Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar orientações nos domicílios sobre medidas protetivas</li> <li>• Checar se a pessoa idosa, cuidador e família entenderam todas as orientações.</li> <li>• Ensinar a técnica da lavagem das mãos</li> <li>• Chamar a atenção para que os idosos e familiares evitem que os pacientes saiam de suas residências para se dirigirem às Unidades, evitando aglomeração</li> <li>• Disponibilizar o telefone da UBS para qualquer necessidade que o idoso tiver</li> </ul>	Anexo 2- Quais são as medidas protetivas indicadas para os idosos de risco no domicílio
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar medicamentos sempre que possível no domicílio evitando a presença do idoso ou familiar na unidade</li> </ul>	
	Visita Domiciliar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• As visitas domiciliares devem ser mantidas</li> <li>• O papel do ACS neste momento é muito importante, principalmente para a comunicação adequada dos cuidados, esclarecimento de dúvidas e apoio às pessoas e famílias</li> <li>• Utilizar todos os profissionais disponíveis para a realização das visitas domiciliares de forma que todos os idosos, cuidadores e familiares, da área recebam as orientações em um menor espaço de tempo</li> <li>• O ACS e demais profissionais devem manter o distanciamento preconizado de 1,5m; não é necessário adentrar nos domicílios, podendo permanecer no portão ou varanda do domicílio</li> </ul>	
UBS	Se porventura a pessoa idosa chegar até a unidade de saúde:	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar o atendimento</li> <li>• Classificar a gravidade da síndrome gripal</li> <li>• Resolver a demanda o mais rápido possível para que possa deixar a unidade de saúde</li> <li>• Em casos de maior gravidade, transferir para o serviço de urgência ou hospitalar de referência</li> <li>• Entregar medicamento com distanciamento preconizado na fila de espera</li> <li>• Realizar as orientações de medidas protetivas e checar o entendimento</li> </ul>	
	Suspender temporariamente todas as atividades programadas para as pessoas idosas (consultas, exames, grupos)	
Farmácia	Revisar as regras para prescrição e entrega de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Validade da receita: minimamente 6 meses</li> <li>• Para medicamentos especiais seguir a orientação da assistência farmacêutica, vendo a possibilidade de temporariamente estender a validade das receitas</li> <li>• Ver possibilidade de prorrogar a validade das receitas expiradas por mais 90 dias</li> </ul>	
Monitoramento	Organizar o monitoramento das pessoas idosas dependentes com comorbidades múltiplas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir os profissionais responsáveis pelo monitoramento de cada pessoa idosa</li> <li>• Pactuar com o usuário e familiares a modalidade (via telefone, whatsapp)</li> </ul>	
<b>CAMPANHA DE VACINAÇÃO</b>		
Vacina	Considerando que o idoso é o maior público alvo para a campanha e ao mesmo tempo o maior grupo de risco para o coronavírus, é fundamental discutir estratégias para evitar a aglomeração de pessoas e o contato com usuários com síndrome gripal: <u>Plano A (ideal):</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas idosas dependentes ou com comorbidades múltiplas a vacinação deverá ser realizada no domicílio;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o percurso no território com prioridade para os idosos acamados e com critério de fragilidade;</li> <li>• Realizar orientações sobre medidas protetivas.</li> </ul> <p><u>Plano B:</u> Para os idosos que não são dependentes ou com comorbidades múltiplas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a possibilidade de vacinação descentralizada e itinerante no território, por microárea, em pontos de apoio baseados em equipamentos sociais (supermercados, centro de idosos, igrejas, escolas, etc.), preferencialmente em locais abertos e ventilados, com distanciamento de 1,5m preconizado na fila de espera</li> <li>• Realizar orientações sobre medidas protetivas.</li> </ul> <p><u>Plano C:</u> Para os idosos que não são dependentes ou com comorbidades múltiplas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organizar a campanha na unidade de saúde</li> <li>• realizar agendamento de grupos de idosos, por bloco de horas e por microárea;</li> <li>• para os idosos em atendimento na unidade por outros motivos, oportunizar a vacinação;</li> <li>• definir local específico para vacinação do idoso;</li> <li>• organizar a espera e a fila obedecendo ao distanciamento preconizado de 1,5m;</li> <li>• orientar adequadamente os idosos e acompanhantes;</li> <li>• ampliar o número de profissionais responsáveis pela vacinação;</li> <li>• Realizar orientações sobre medidas protetivas</li> </ul>	
<b>CONDUTA NA PRESENÇA DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS E RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS</b>		
	<p>Na presença de suspeita da infecção pelo coronavírus, deve-se EVITAR encaminhar o idoso frágil para atendimento de urgência (pronto socorro, UPA, etc.), onde o risco de contaminação é elevado e o acolhimento do paciente será conturbado neste momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver orientações do Anexo 1</li> </ul>	<p>Anexo 1 - A pandemia pela coronavírus e o idoso (itens 4 e 5)</p>
<b>MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI</b>		

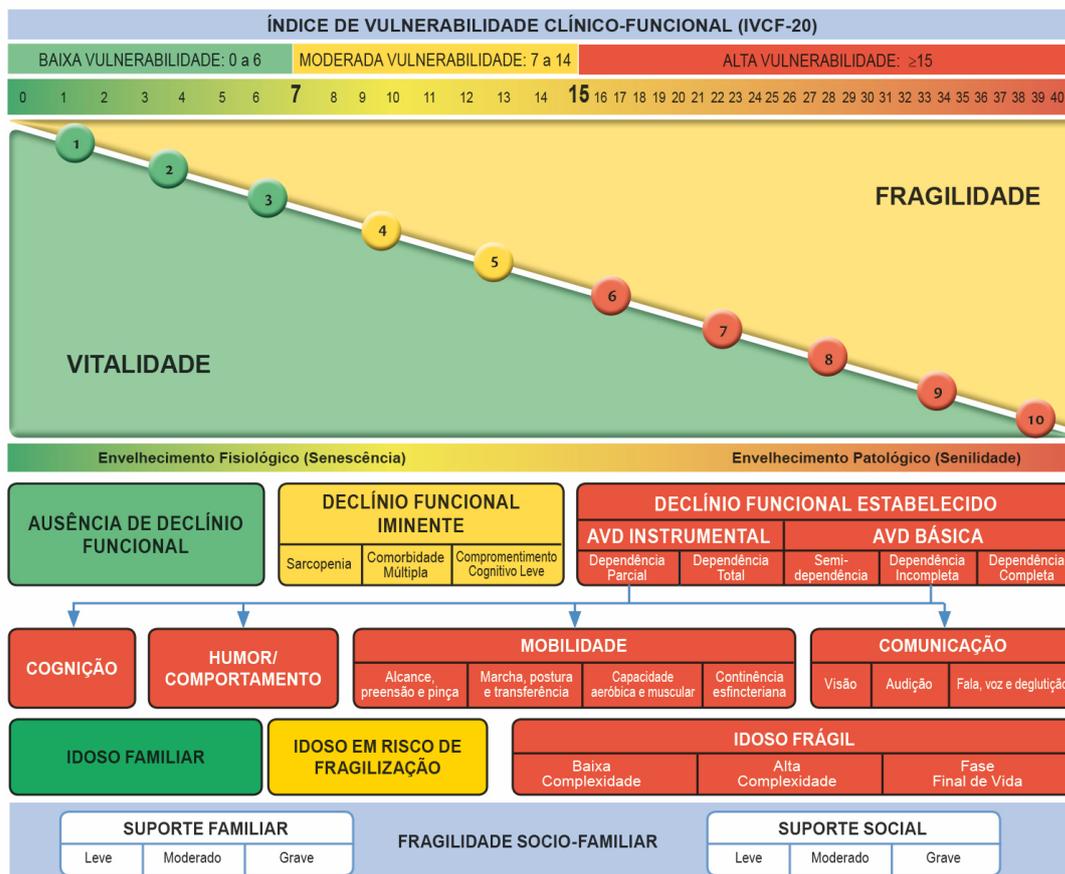
ILPI	<p>Os idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são frágeis, na sua grande maioria, e vivem em ambiente coletivo, onde o risco de contaminação e disseminação da doença é maior. Por outro lado, são idosos que necessitam do apoio familiar e tranquilização para o enfrentamento desta crise.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visita na ILPI;</li> <li>• Orientar as medidas protetivas, segundo Anexo 1.</li> </ul>	Anexo 1 - A pandemia pela coronavírus e o idoso (item 6)
<b>AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E PREVENÇÃO NA COMUNIDADE</b>		
Comunicação	<p>Reconheça a Comunidade como um importante parceiro no controle da Pandemia, esteja disponível para engajamento dela, empodere a Comunidade, proveja feedbacks.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir estratégias de comunicação com as pessoas e famílias da comunidade do território da UBS, com conteúdo, instrumentos educacionais e informativos sobre a pessoa idosa e a importância das medidas protetivas.</li> <li>• Utilizar whatsapp, telefone e outros meios para uma comunicação rápida com os usuários.</li> <li>• Reconheça dúvidas, questionamentos e percepções das famílias a respeito da doença, ouça os formadores de opinião incluindo diversos formatos de comunicação, proveja informação relevante, evite rumores, ambiguidade, avise prontamente os formadores de opinião a respeito de mudanças no cenário epidemiológico.</li> </ul>	
Mobilização	<p>Mobilizar a comissão local, conselho de saúde, lideranças comunitárias e equipamentos, como rádios comunitárias, para apoiar as ações de comunicação e vigilância no território relacionadas as medidas protetivas da pessoa idosa.</p>	



## A PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO

A pandemia do COVID-19 é uma boa oportunidade de discutirmos as particularidades da infecção na pessoa idosa. As evidências atuais, resultantes da experiência de Wuhan, na China, e da Itália, mostram que a infecção pelo coronavírus atinge, igualmente, todos os ciclos de vida. Todavia, com diferenças significativas na sua apresentação clínica. Na criança, a doença é, usualmente, oligossintomática, simulando um quadro de resfriado comum ou, até mesmo, assintomática. À medida que a idade avança, a infecção torna-se mais clinicamente manifesta, aumentando o risco da presença de manifestações sistêmicas, como febre, prostração, mialgia, até culminar com insuficiência respiratória, causada pela pneumonia virótica, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e falência de múltiplos órgãos (Garnier-Crussard, 2020). A letalidade é significativamente maior em idosos e em indivíduos com comorbidades (câncer 5,6%, hipertensão arterial 6%, doença respiratória crônica 6,3%, diabetes mellitus 7,3% e doença cardiovascular 10,5%). Todavia, acreditamos que não devemos incluir todos os idosos no mesmo grupo de risco, pois as diferenças entre eles são significativas, mesmo tendo a mesma idade e as mesmas doenças. Infelizmente, não estão sendo discutidas essas diferenças entre os vários tipos de idosos, limitando a tomada de decisões protetivas para os idosos como um todo, independente do grau de susceptibilidade às complicações da doença. A infecção pelo coronavírus é um evento agudo que exige uma resposta adequada do organismo, diretamente relacionada à sua reserva homeostática ou capacidade intrínseca. Sabemos que a capacidade intrínseca ou vitalidade é extremamente variável entre os idosos e sua mensuração é difícil de ser feita na prática clínica. Daí optarmos pela valorização da capacidade funcional como principal parâmetro de vitalidade do idoso. Nesta perspectiva, desenvolvemos uma metodologia de Classificação Clínico-Funcional e Sócio-Familiar dos idosos (Moraes e Lanna, 2016) (Figura 1). Nesta classificação, quanto maior for a presença de condições crônicas de saúde, representadas pelas comorbidades múltiplas, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar), maior é a fragilidade do idoso e maior sua chance de desfechos adversos, particularmente, quando acometido condições agudas, como ocorre com a infecção pelo coronavírus e outras condições agudas (Anexo 1).

Figura 1 Classificação Clínico-Funcional e Sócio-Familiar do Idoso





Por sua vez, os idosos frágeis, representados na figura 1 pelas classes funcionais de 6 a 10, se subdividem em três subgrupos, de acordo com a probabilidade de ganho funcional e/ou de qualidade de vida:

- **Idosos com baixo potencial de melhora funcional (baixa complexidade):** são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. O objetivo das intervenções é evitar a piora funcional.
- **Idosos com alto potencial de melhora funcional (alta complexidade):** são idosos que apresentam elevado potencial de ganho funcional e/ou de qualidade de vida. Estes idosos são aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado.
- **Idoso Frágil em Fase Final de Vida:** apresenta dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses. Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e seus familiares.

Todos os parâmetros de saúde utilizados nesta classificação dos idosos são fundamentais para a definição das estratégias de enfrentamento da infecção pelo coronavírus na população idosa, da seguinte forma:

## 1. A POPULAÇÃO IDOSA É O GRUPO DE MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

*“Os idosos não são todos iguais, mesmo tendo a mesma idade”*

O risco de SRAG e de morte foi 3,26 (OR 2,08 a 5,11) e 6,17 (OR 3,26 a 11,67) maior em indivíduos com 65 anos ou mais, respectivamente ( $p < 0,001$ ). A presença de hipertensão arterial aumentou o risco de SRAG e morte em, respectivamente, 1,82 (OR 1,13 a 2,95) e 1,70 (0,92 a 3,14). Por sua vez, a presença de diabetes mellitus aumentou o risco de SARA e morte em, respectivamente, 2,34 (OR 1,35 a 4,05) e 1,58 (0,80 a 3,13) (Wu Chaomin et al, 2020). Os trabalhos não definem claramente o grau de fragilidade dos idosos. O critério adotado é exclusivamente a faixa etária e a presença de comorbidades, que são considerados parâmetros inadequados para se avaliar o grau de vulnerabilidade dos idosos. O idoso pode ser portador de hipertensão arterial ou diabetes mellitus e ser considerado robusto, desde



que não tenha declínio funcional nas atividades de vida diária. Desta forma, sua capacidade intrínseca ou vitalidade é semelhante àquela observada no adulto, independentemente de sua idade. Os idosos robustos apresentam, provavelmente, a mesma chance de evolução favorável da doença, como é descrito nos adultos, de forma que **O SISTEMA DE SAÚDE DEVE OFERECER TODAS AS OPORTUNIDADES DE TRATAMENTO INVASIVO, CASO HAJA INDICAÇÃO**. A definição de critérios de exclusão de tratamento invasivo baseados exclusivamente na faixa etária do paciente é uma medida de alocação de recursos temerária, que não deveria ser preconizada. A reportagem mostrada no texto, descrita no jornal “The Telegraph”, daquilo que está ocorrendo na Itália é preocupante e acreditamos que poderíamos utilizar outras estratégias baseadas na saúde global do idoso e não somente baseado na idade ou na presença de doenças crônicas. Por sua vez, **OS IDOSOS FRÁGEIS, PARTICULARMENTE AQUELES IDOSOS E M FASE FINAL DE VIDA, DEVEM TER COMO FOCO PRINCIPAL A PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA**, na qual deve ser priorizado o conforto do paciente e de sua família. Nestes casos, não há indicação de tratamento invasivo, independentemente do motivo. A infecção pelo coronavírus deve ser tratada de forma sintomática, priorizando-se o alívio do desconforto do paciente e evitando-se a internação hospitalar e, particularmente, sua internação em Centros de

Tratamento Intensivo (CTI). Obviamente, a família deverá estar ciente da condição de saúde do idoso e concordar com as decisões da equipe de saúde. Assim, sugerimos que a tomada de decisões se fundamente na avaliação do grau de fragilidade multidimensional do idoso e, não simplesmente, na faixa etária ou na presença ou não de doenças.

Outra preocupação que devemos ter é a restrição absoluta de atividades extradomiciliares para os idosos robustos ou em risco de fragilização, particularmente no que se refere à realização de atividade física. O risco de agravamento do condicionamento físico e da sarcopenia é elevado, caso haja redução drástica de exercícios físicos que necessitem de



equipamentos difíceis de serem obtidos ou adaptados no domicílio. Enfim, devemos sempre avaliar a relação risco e benefício de qualquer medida protetiva, em todos os aspectos da vida.

## **2. COMO RECONHECER O GRUPO DE IDOSOS DE MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES DA DOENÇA**

Sugerimos a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) como instrumento de avaliação do grau de fragilidade do idoso, por tratar-se de instrumento desenvolvido e validado no Brasil, tendo como principal vantagem a simplicidade e rapidez na sua aplicação (5 a 10 minutos). Ressaltamos que o IVCF-20 foi reconhecido como um dos melhores instrumentos para reconhecimento da fragilidade em idosos (Faller et al, 2019). O instrumento é constituído por 20 questões, que abordam os principais determinantes da saúde do idoso, e cada uma delas recebe uma pontuação específica, dependendo da sua relevância clínico-funcional. A pontuação final varia de 0 a 40 pontos, e, quanto maior a pontuação, maior o grau de fragilidade e maior o risco de complicações, não apenas da infecção pelo coronavírus, mas por qualquer outra condição aguda de saúde. Os idosos com pontuação igual ou superior a 15 pontos representam o grupo de maior risco (alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional). Este grupo de idosos deve ser avaliado rigorosamente pela Atenção Primária em Saúde (APS) e, quando disponível, pela AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) para se definir melhor quais os diagnósticos e intervenções apropriadas à sua condição de saúde. Ênfase especial deve ser dada à presença de polifarmácia e ao uso de medicamentos inapropriados e de outras intervenções diagnósticas e terapêuticas consideradas fúteis, mas que podem agravar mais ainda sua condição de saúde (Anexo 2). Este grupo de idosos está mais susceptível ao Cuidado Pobre, caracterizado pela falta ou pelo excesso de intervenções (Mendes, 2018).

## **3. QUAIS SÃO AS MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS DE RISCO NO DOMICÍLIO**

A transmissão do COVID-19 se dá particularmente pelas vias respiratórias, de forma semelhante à influenza, através do contato pessoa a pessoa, via contaminação por gotículas respiratórias, oriundas da tosse e/ou espirros e/ou secreção nasal de indivíduos infectados. A transmissibilidade da infecção é mais rápida do que aquela observada na gripe-influenza, aumentando a velocidade do contágio entre as pessoas (Peeri, 2020). O risco de complicações é maior nos idosos, particularmente nos idosos frágeis, que devem ser monitorados rigorosamente pelo sistema de saúde e, principalmente, pela família. Inicialmente, recomenda-se a estratificação de risco da população para se definir quem é o indivíduo no qual é indispensável a aplicação de todas as medidas protetivas abaixo relacionadas:

- Evitar o contato com indivíduos com suspeita da infecção pelo coronavírus, como presença de febre, coriza, tosse ou qualquer sintomatologia aguda.
- Evitar contato com indivíduos que chegaram de viagem ao exterior.
- Evitar contato próximo com crianças, que podem apresentar a infecção pelo coronavírus de forma oligo ou assintomática. Caso este contato seja impossível de ser evitado, utilizar máscaras de proteção nas crianças. Deve-se destacar que a criança apresenta baixíssimo risco de ter complicações da doença, mas, seguramente, é um importante vetor de transmissibilidade para os idosos frágeis.
- Evitar contato físico, como beijos, abraços, apertos de mão, sempre que possível. Manter distância mínima de um metro nos contatos pessoais.
- Evitar levar as mãos aos olhos, nariz e boca.
- A lavagem das mãos deve ser obrigatória para todos os familiares/cuidadores do idoso frágil, que deve ser feita de forma correta, com duração mínima de 20 segundos. A lavagem das mãos deve ser recomendada para todos os familiares ou amigos que cheguem da rua.
- O uso de álcool gel não substitui a lavagem rigorosa das mãos, mas é uma boa alternativa, quando não for possível fazê-la. Lembrar-se que o álcool gel não remove as sujidades da mão ou o excesso de oleosidade.
- Evitar sair de casa, particularmente o uso de transporte coletivo.
- Evitar frequentar grupos de convivência ou de 3ª idade.
- Evitar aglomerações, festas ou qualquer situação que haja agrupamento de pessoas, mesmo que sejam familiares.
- Os familiares que chegarem da rua devem trocar de roupa e lavá-la ou colocá-la no sol, para reduzir o risco de contaminação. Se possível, tomar um banho antes de entrar em contato com idoso.
- A Atenção Primária à Saúde (APS) deverá monitorar DIARIAMENTE os domicílios onde residam idosos frágeis, via visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou equipe de enfermagem, ou através de ligação telefônica. Os familiares/cuidadores deverão ser ensinados a lavar as mãos de forma correta e toda vez que manipularem objetos oriundos de fora do domicílio.



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



- Deverá ser garantido o fornecimento de álcool gel para a proteção dos idosos, além da orientação para seu uso de forma adequada. Na presença de algum familiar com quadro gripal, a APS deve fornecer máscaras de proteção para familiar adoentado, com o objetivo de reduzir a transmissibilidade para o idoso.
- Evitar a realização de procedimentos eletivos em ambientes hospitalares e/ou outros pontos de atenção à saúde. Qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico eletivo, capaz de comprometer a reserva homeostática do idoso deve ser adiado.

#### 4. QUAL A MELHOR CONDUTA NA PRESENÇA DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS

- Na presença de suspeita da infecção pelo coronavírus, deve-se EVITAR encaminhar o idoso frágil para atendimento de urgência (pronto socorro, UPAs, etc), onde o risco de contaminação é elevado e o acolhimento do paciente será conturbado neste momento. Recomenda-se o uso de sintomáticos para febre e mialgia e ficar atento aos sinais de alerta de complicações da doença, como confusão mental, *delirium*, prostração, perda do apetite e, particularmente, dispneia. Nestes casos, o paciente deve ser avaliado pelo médico, que definirá o melhor tratamento.
- Deve-se dar preferência para uso de dipirona ou paracetamol para tratamento sintomático da febre e/ou mialgia. É proibido o uso de AINE, como ibuprofeno, AAS ou diclofenaco. Além do risco de reações adversas a medicamentos, tais fármacos poderiam agravar a infecção pelo coronavírus. As evidências da associação com o uso de IECA e BRA e maior gravidade da infecção pelo coronavírus ainda são insuficientes para qualquer mudança de conduta e, portanto, não devem ser recomendadas (Fang, 2020; Posicionamento da SBC, 2020).

#### 5. A IMPORTÂNCIA DA RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS

- Não há nenhum medicamento específico para o tratamento da infecção pelo coronavírus. O tratamento é absolutamente sintomático e suportivo.
- Não há vacinas para a doença. A vacinação anti-influenza, que foi adiada no Brasil pelo Ministério da Saúde, é adequada, com o objetivo de proteger a população do risco de infecção pelo vírus influenza, que pode dificultar o diagnóstico diferencial com a infecção pelo coronavírus. Outra vantagem é evitar a sobreposição destas doenças agudas na população idosa mais susceptível às complicações de ambas as doenças. Os idosos frágeis devem ser prioridade na campanha de vacinação anti-influenza e devem receber também a vacina anti-pneumocócica.
- Não há indicação do uso de vitaminas, suplementos nutricionais ou qualquer outro fármaco para aumentar a proteção contra a infecção.
- Deve-se manter o aporte adequado de nutrientes para todos os idosos, evitando-se ou proibindo-se dietas restritivas com o objetivo de perda de peso, durante esta fase mais aguda da epidemia pelo coronavírus.
- O aporte de líquidos deve ser otimizado, garantindo a ingestão mínima de cerca de 2 litros por dia, dependendo da orientação do médico assistente.
- Evitar a imobilidade dentro dos domicílios para se evitar a perda da massa muscular e outras complicações da imobilidade.
- Estimular o uso de redes sociais aos idosos que têm acesso, tentando minimizar o isolamento social.
- Um problema que a epidemia traz é uma pressão enorme sobre o sistema de saúde, especialmente nas unidades de terapia intensiva. Isso está ocorrendo na Itália. Os dados dos Estados Unidos, em tempos de calma, mostram que grande parte desses leitos é utilizada seja por pessoas que não são tão graves para beneficiar-se desses cuidados ou que são tão graves que não se beneficiam deles e que deveriam estar em cuidados paliativos (Mendes, 2019). As internações em CTI devem seguir protocolos rígidos de indicação, garantindo as vagas para os indivíduos que, indiscutivelmente, terão benefícios com a utilização deste recurso, independentemente da idade. Esta crise gera uma ótima oportunidade para esta discussão.



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



## 6. QUAIS SÃO AS MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI

Os idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são frágeis, na sua grande maioria, e vivem em ambiente coletivo, onde o risco de contaminação e disseminação da doença é maior. Por outro lado, são idosos que necessitam do apoio familiar e serenidade para o enfrentamento desta crise. Neste momento, orientamos as seguintes medidas restritivas (restrição humanizada):

- Lavagem das mãos rigorosa e frequente por todos os funcionários das ILPIs, particularmente a equipe de enfermagem e os cuidadores de idosos. Todos os funcionários administrativos e das atividades de suporte (cozinha, farmácia, rouparia, etc) devem também lavar as mãos quando chegam na ILPI e quando manipulam produtos vindos da rua.
- Profissionais com sintomas respiratórios ou quadro suspeito ou confirmado de COVID-19 devem ser afastados pelo período recomendado. A instituição deve prever em seu plano de contingência a necessidade de substituição de tais profissionais.
- Os profissionais que chegarem da rua devem trocar de roupa, para reduzir o risco de contaminação. Se possível, tomar um banho antes de entrar em contato com idoso.
- Proceder a limpeza das superfícies de contato frequentemente, utilizando-se álcool a 70%.
- Ficar atento aos sintomas e sinais sugestivos de infecção aguda pelo coronavírus e proceder conforme descrito no item 4.
- O idoso institucionalizado com suspeita de infecção pelo coronavírus deve receber os cuidados seguindo-se todas as precauções de contato indicadas na presença de doença infecciosa altamente transmissível. Caso a ILPI não tenha condições de oferecer este tipo de cuidado, o idoso deverá ser encaminhado para os hospitais da rede, com o objetivo de reduzir o risco de contaminação dos outros idosos residentes na ILPI.
- As visitas devem ser restritas, com redução do tempo de visitação e proibindo-se a entrada de pessoas com sintomas agudos (febre, mialgia, tosse e qualquer sintomatologia compatível com a infecção pelo coronavírus) ou que tenham viajado para o exterior. Deve-se restringir a visitação de grupos de pessoas, como escolas, voluntários, acadêmicos de cursos de graduação, etc, exceto quando devidamente avaliados pela coordenação da casa.
- A lavagem das mãos dos visitantes deve ser rigorosa e monitorada pela equipe de enfermagem da ILPI.
- Não recomendamos a restrição total de visitas aos idosos residentes em ILPI, pelo risco de agravamento do sentimento de abandono e solidão, frequentes nestes idosos. A presença de algum familiar ou amigo próximo é de extrema importância para tranquilização destes idosos, que estão sendo “bombardeados” pelo alarmismo inerente à situação atual.
- Deve-se dar preferência para a visitação de familiares mais próximos do idoso residente na ILPI, garantindo a continuidade do vínculo e conforto deles.
- Não recomendamos a visitação de crianças às ILPIs, pois elas podem apresentar doença de forma oligo ou assintomática, funcionando como vetores do vírus. Casos excepcionais devem ser avaliados individualmente, tomando-se cuidado com as medidas de proteção.
- Considerar que essas recomendações podem ser modificadas a qualquer momento, adequando-se às necessidades impostas pela crise.



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



## Bibliografia

- Chaomin W, Xiaoyan D, Yanping C et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, march 13, 2020 (doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994).
- Faller JW et al. Instruments for the Detection of Frailty Syndrome in Older Adults: A Systematic Review. *PLOS ONE*, April 29, 2019 (doi: 10.1371/journal.pone.0216166).
- Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med* march 11 (doi:10.1016/Pll).
- Garnier-Crussard A, Forestier E, Gilbert T, Krolak-Salmon P. Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: What Are the Risk for Older Patients? *JAGS*, 00:1, 2020 (doi:10.1111/jgs.16407).
- Mendes EV. *Os Desafios do SUS*, Conass, 2019.
- Moraes EN, Reis AMM, Lanna FM. *Manual de Terapêutica Segura no Idoso*, Ed. Folium, 2019.
- Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: SAÚDE DA PESSOA IDOSA (2019). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.56 p.:il.
- Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero D. *A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty)*. *J Aging Res Clin Practice*, v.5 (1), p.24-30, 2016.
- Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Romero DEM. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saude Publica*. 2016; 50:81.
- Peeri NC, Shrestha N, Rahman S. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, 2020, 1–10 doi: 10.1093/ije/dyaa033.



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



### RESPONSÁVEIS PELO CONSENSO

- Edgar Nunes de Moraes (Geriatria)
- Flávia Lanna de Moraes (Geriatria/Medicina de Família e Comunidade)
- Maria Aparecida C. Bicalho (Geriatria)
- Rodrigo Ribeiro dos Santos (Geriatria)
- Marco Túlio Gualberto Pinto (Geriatria)
- Silvana Araújo Silva (Geriatria)
- André Augusto Jardim (Cardiologia/Saúde do Idoso)
- Eugênio Vilaça Mendes (Saúde Pública)
- Maria Emishinavaki (Saúde Pública)
- Priscila Rabelo Lopes (Saúde Pública/Enfermagem)
- Rúbia Barra (Saúde Pública)
- Tatiana de Carvalho Espíndola Pinheiro (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Fabiano Moraes (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Ana Paula Abranches Fernandes Peixoto (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Camila de Oliveira Alcântara (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Érika de Oliveira Hansen (Geriatria)
- Diana Carvalho Ferreira (Geriatria)
- Fernanda Gregory (Geriatria)
- Maura Aparecida Meira Maia (Geriatria)
- Daniel Carvalho Melo (Diretor Executivo da MedLogic)
- Ana Cristina Issa (Geriatria/Medicina de Família e Comunidade)
- Adriane Miró Vianna Benke Pereira (Saúde Pública/Saúde do Idoso)
- Jáder de Freitas Maciel Garcia de Carvalho (Geriatria)
- Juliana Alves do Carmo (Geriatria)
- Juliana Elias Duarte (Geriatria)
- Mariana Santos Lyra Corte Real (Geriatria)
- Rafael Alexandre de Barros Martins (Geriatria)
- Raquel de Souza Azevedo (Enfermagem/Gerontologia)
- Adriano Max Moreira Reis (Farmácia Clínica)
- Soraya Coelho Costa Barroso (Farmácia Clínica)
- Bárbaro Corrêa de Oliveira (Geriatria)
- Luciana Gouvea (Patologia Clínica)
- Áurea Lacerda Cançado (Patologia Clínica)
- Letícia Leta (Patologia Clínica)



## ANEXO 1 Classificação Clínico-Funcional do Idoso

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS	
<b>Estrato 1</b>	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
<b>Estrato 2</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado em sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.
<b>Estrato 3</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia. Neste grupo, não são incluídos fatores de risco.
<b>Estrato 4</b>	São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam algumas das situações abaixo relacionadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm.</li> <li>• Presença de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Transtorno Neurocognitivo Leve.</li> <li>• Presença de comorbidades múltiplas, definida como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3).</li> <li>○ Presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("illness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica.</li> <li>○ Polifarmácia: uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes.</li> <li>○ Internação recente, nos últimos 6 meses.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Estrato 5</b>	São idosos independentes para AIVD e ABVD, mas que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitações nas AAVD (Atividades Avançadas de Vida Diária), definida como aquelas atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.</li> <li>• Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m ≤ 0,8 m/s ou TUG ≥ 20s.</li> </ul>
<b>Estrato 6</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
<b>Estrato 7</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
<b>Estrato 8</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
<b>Estrato 9</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais e para banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho (dependência incompleta para AVD básica).
<b>Estrato 10</b>	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho (dependência completa).

Este Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso, a fragilidade também é multidimensional e resulta da presença de fatores de risco clínico-funcionais e/ou familiares, capazes de predispor ao declínio funcional, institucionalização, internação e óbito. Do ponto de vista clínico funcional, os principais fatores de risco são:

- **Fatores de risco tradicionais:** dislipidemia, fumo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e a própria senescência.
- **Doença crônico-degenerativas estabelecidas:** hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular (AIT e AVE), doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, artrite, osteoporose, câncer, dentre outras.
- **Comorbidades múltiplas:** presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica; presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("illness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica; polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos diferentes) ou internação recente nos últimos 6 meses.
- **Sarcopenia:** doença generalizada e progressiva da musculatura esquelética, associada a desfechos adversos, como maior risco de quedas, fraturas, dependência física e mortalidade.
- **Comprometimento cognitivo leve:** presença de declínio cognitivo percebido pelo paciente e, usualmente, pelo informante, confirmado pela testagem cognitiva, mas que não está associado a declínio funcional nas AVD, não preenchendo os critérios para demência.



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



- **Incapacidades funcionais:** a presença das grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar são fatores de favorecem mais ainda o declínio funcional, retroalimentando a fragilidade multidimensional.

Do ponto de vista sócio-familiar, os principais fatores de risco são:

- Morar sozinho.
- Residir em instituição de longa permanência para idosos (ILPI).
- Ausência de companheiro ou cônjuge.
- Viuvez recente.
- Ausência de familiares ou amigos com disponibilidade para atender o idoso, em caso de necessidade ou, nos idosos dependentes, ausência de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário.
- Ausência de visitas de familiares ou amigos com regularidade.
- Ser responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa.
- Analfabetismo.
- Ser dependente do benefício de prestação continuada (BPC) ou não ter acesso à renda própria capaz de garantir a própria subsistência.
- Não possuir moradia própria ou ter moradia própria condições precárias de organização e higiene.
- Não participar de alguma atividade de socialização extradomiciliar, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, etc.



## ANEXO 2

<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20</b>		<i>www.tvcf-20.com.br</i>	Pontuação
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>			
<b>IDADE</b>	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>2</sup>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<b>AVD Instrumental</b>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>(Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item 4 de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.)</i>	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	
	<b>AVD Básica</b>	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COGNIÇÃO</b>		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>HUMOR</b>		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>MOBILIDADE</b>	Alcança, proenhe e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ) ;</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul> <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
<b>PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)</b>			



Universidade Federal de Minas Gerais.  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.  
Instituto Jenny de Andrade Faria.



O IVCF-20 apresenta caráter multidimensional, pois avalia 15 dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico) e também pelo agente comunitário de saúde (ACS). Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como sendo um dos quatro melhores instrumentos de reconhecimento do idoso frágil, dentre 51 instrumentos existentes no mundo. O estudo concluiu que o IVCF-20 apresenta propriedade clinométricas robustas, além de ter caráter multidimensional. Em termos de Saúde Pública, recomendamos a seguinte estratificação de risco da população idosa:

- **Pontuação de 0 a 6 pontos:** idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional.
- **Pontuação de 7 a 14 pontos:** idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional.
- **Pontuação  $\geq 15$  pontos:** idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional.

# FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO COM SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS NA RAS



**IDOSO COM SÍNDROME GRIPAL**  
 Aplicar protocolo de Manejo do COVID-19 na ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (MS 2020)  
 Escuta ativa e acolhimento do paciente, cuidador e/ou familiar.  
 A conduta depende da gravidade da doença aguda e do estrato clínico-funcional do idoso até 2 semanas antes do início dos sintomas.  
 A idade não deve ser utilizada como parâmetro principal para a decisão clínica.

- Isolamento social humanizado, com uso de máscara (14 dias).
  - Uso de sintomáticos para dor e febre: dipirona ou paracetamol. Evitar uso de ibuprofeno e qualquer outro AINE.
  - Prescrição do oseltamivir (influenza), conforme protocolo.
  - Hidratação oral frequente.
- Monitoramento Telefônico (14 dias)
- Idosos estratos 1 a 5: 48h/48h
  - Idosos Frágeis (estratos 6 a 10): 24/24h

Presença de **DEPENDÊNCIA FUNCIONAL** em Atividades de Vida Diária (AVD) instrumentais (estratos 6 ou 7) e/ou básicas (estratos 8, 9 ou 10)



**PRESENÇA DE SINAIS/SINTOMAS DE GRAVIDADE**  
 Presença de dispnéia e/ou critérios de gravidade, acrescidos da presença de delírium e/ou piora rápida do estado geral.

Considerar a hipótese de tratamento paliativo e domiciliar nos idosos estratos 9 e 10, com o apoio do Programa Melhor em Casa.

Medidas iniciais de suporte para estabilização clínica e encaminhamento para hospital, UPA ou pronto-socorro

**MANEJO DO IDOSO COM INFECÇÃO GRAVE PELO COVID-19 EM AMBIENTE HOSPITALAR**

**CASOS LEVES**  
 Atenção Primária à Saúde



**Estratos 1, 2, 3, 4 e 5**  
 IDOSO ROBUSTO ou PRÉ-FRÁGIL

**Estratos 6, 7, 8, 9 e 10**  
 IDOSO FRÁGIL  
 Dependência Funcional

**MANEJO CLÍNICO CONFORME PROTOCOLOS ESPECÍFICOS**  
 Considerar referenciamento para unidade de terapia intensiva. Considerar ventilação mecânica, medidas de ressuscitação cardiorrespiratória, conforme deterioração do quadro clínico.

**Estratos 6 e 7**

Aplicar ferramentas de avaliação prognóstica: SPIC-TBR, GSF, CriSTAL

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL?**

Não / Sim

**Estrato 8**

Presença de fragilidade significativa. Definir objetivos do cuidado com foco no tratamento de condições reversíveis. Medidas invasivas devem ser evitadas.

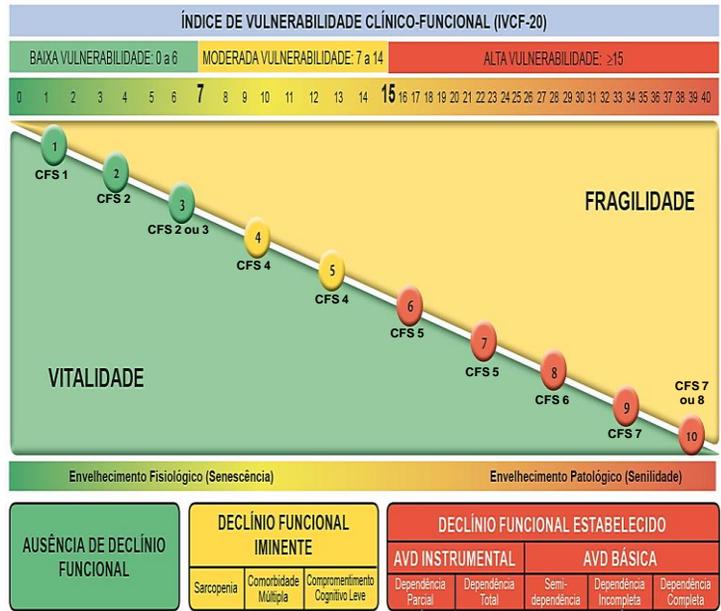
Melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

Sim: Manter as medidas terapêuticas até alta hospitalar.

Não: Alto grau de fragilidade, com baixo potencial de reversibilidade clínica. Não há indicação de ventilação mecânica, internação em CTI/UTI, hemodíalise e manobras de RCP.

Alto grau de fragilidade, com baixo potencial de reversibilidade clínica. Não há indicação de ventilação mecânica, internação em CTI/UTI, hemodíalise e manobras de RCP.

Definir Plano Avançado de Cuidados (PAC). Registrar em prontuário o quadro clínico de indicação de Cuidados Paliativos e o registro da abordagem do PAC. Ajustar a comunicação com familiares. Foco no conforto do paciente e familiares.



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO FUNCIONAL DO IDOSO (MORAES ET AL.)

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional	Descrição
1	Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas. Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. Envelhecimento livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditoras de desfechos adversos.
2	Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas. Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo ou diabetes mellitus controlada e sem lesão de órgão alvo e/ou apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.
3	Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas. Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/sma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia.
4	Idosos independentes para todas as AVDs avançadas, instrumentais e básicas. Apresentam algumas das situações: - Presença de evidências de redução da capacidade aeróbica/muscular: perda de peso significativa, fadiga/baixa, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm - Presença de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Transtorno Neurocognitivo Leve - Presença de comorbidades múltiplas: - 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("íllness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica. - Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos das classes diferentes. - Internação recente, nos últimos 6 meses
5	Idosos independentes para AVD e ABVD. Apresentam: - Limitações nas AVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais) - Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbica/muscular: VM-4m ≤ 0,8 m/s ou TUG 2 20s.
6	Idosos que apresentam: - Independência para AVD e - Declínio funcional parcial nas AVD (dependência parcial)
7	Idosos que apresentam: - Independência para AVD e - Declínio funcional em todas as AVD (dependência completa)
8	Idosos que apresentam: - Dependência completa nas AVD e - Semitendências nas AVD (comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou usar o banheiro))
9	Idosos que apresentam: - Dependência completa nas AVD e - Dependência incompleta para ABVD (banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho)
10	Idosos que apresentam: - Dependência completa para ABVD - Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho



**IVCF-20 ON-LINE**

- EQUIPE RESPONSÁVEL**
- Edgar Nunes de Moraes (Geriatría/Clinica Médica)
  - André Filipe Junqueira dos Santos (Cuidados Paliativos/Geriatria)
  - Tatiana de Carvalho Espindola Pinheiro (Cuidados Paliativos/Geriatria)
  - Camila Alcântara (Cuidados Paliativos/Geriatria)
  - Flávia Lanna de Moraes (Geriatría / Medicina de Família e Comunidade)
  - Maria Aparecida Camargos Bicalho (Geriatría/Clinica Médica)
  - Rodrigo Ribeiro dos Santos (Geriatría/Clinica Médica)
  - Fabiano Moraes (Cuidados Paliativos/Geriatria)
  - Marco Túlio Gualberto Cintra (Geriatría/Clinica Médica)
  - André Augusto Jardim (Cardiologia/Saúde do Idoso)
  - Adriane Miró Vianna Benke Pereira (Clinica Médica/Saúde do Idoso)
  - Ana Paula Abranches (Cuidados Paliativos/Geriatria)
  - Rúbia Barra (Saúde Pública)
  - Priscila Rabelo Lopes (Enfermagem/Saúde Pública)
  - Marco Antônio Matos (Saúde Pública)
  - Fábio Junior Modesto e Silva (Atenção Domiciliar)
  - Sarah Ananda Gomes (Cuidados Paliativos)