

## Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional

Primary care screening of problems in the elderly and a proposal for a screening protocol with a multidimensional approach

Localización de problemas de ancianos en la atención primaria y propuesta de guión en la sala de evaluación diagnóstica preliminar con un enfoque multidimensional

Valéria Teresa Saraiva Lino <sup>1</sup>  
Margareth Crisóstomo Portela <sup>1</sup>  
Luiz Antonio Bastos Camacho <sup>1</sup>  
Nadia Cristina Pinheiro Rodrigues <sup>1</sup>  
Monica Kramer de Noronha Andrade <sup>1,2</sup>  
Gisele O'Dwyer <sup>1</sup>

### Resumo

*O objetivo foi examinar as características psicométricas de testes de triagem para idosos e propor um roteiro para a atenção primária. Etapas: (1) confiabilidade interaferidores para testes de desempenho e perguntas de autoavaliação para 8 funções; (2) sensibilidade e especificidade de questões para depressão e apoio social; (3) encontro de especialistas para seleção das atividades instrumentais da vida diária (AIVD); (4) elaboração do roteiro. A triagem durou 16 minutos. A confiabilidade interaferidores para os testes de desempenho foi excelente, mas pobre para perguntas. Depressão e apoio social apresentaram sensibilidade e especificidade satisfatórias (0,74/0,77 e 0,77/0,96). Quatro AIVD foram selecionadas por mais de 55% dos especialistas. Após os resultados, elaborou-se um roteiro que priorizou o uso de testes de desempenho, mantendo questões para humor, apoio social e AIVD. O estudo sugere maior reprodutibilidade de testes de performance em relação a perguntas. Para humor e apoio social, as questões podem constituir uma primeira etapa de triagem. O roteiro proposto possibilita o rápido rastreamento de problemas.*

*Triagem; Programas de Rastreamento; Idoso; Atenção Primária à Saúde*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
<sup>2</sup> Centro de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

### Correspondência

V. T. S. Lino  
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.  
valerialino@ensp.fiocruz.br

## Introdução

Mundialmente, aproximadamente 200 milhões de indivíduos apresentam dependência significativa para o desempenho de atividades cotidianas, situação com tendência crescente, inclusive no Brasil, devido à transição demográfica e epidemiológica. A maior concentração de idosos dependentes ocorre entre aqueles com mais de 80 anos, grupo etário que mais cresce <sup>1,2</sup>.

Designa-se como capacidade funcional a habilidade do indivíduo para realizar o autocuidado e de viver de forma independente, sendo aferida por meio do desempenho nas atividades básicas (AVD) e instrumentais da vida diária (AIVD). Tomar banho, fazer a higiene pessoal e alimentar-se, entre outras, constituem as AVD, ao passo que as AIVD incluem atividades como cuidar das próprias finanças, sair sozinho, usar o telefone e controlar os medicamentos. A capacidade funcional constitui um indicador de saúde e bem-estar mais completo do que a morbidade, pois se relaciona diretamente com a qualidade de vida. A detecção precoce de modificações no estado funcional possibilita a adoção de medidas passíveis de prevenir o seu declínio, por meio de intervenções sobre os aspectos clínicos, psicológicos e sociais que determinam a saúde dos idosos <sup>3</sup>.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) é uma abordagem multidimensional que usa os instrumentos específicos para examinar as diferentes funções, como capacidade funcional, visão, audição, mobilidade, humor, cognição, apoio social, entre outras. As ferramentas utilizadas incluem questionários, escalas ou testes de desempenho, aplicados pelo profissional de saúde, preenchidos pelo próprio indivíduo, ou por um parente <sup>4</sup>. A AGA encontra na atenção primária de saúde o espaço adequado para a sua implementação, em função da abordagem holística à saúde proporcionada pelo setor <sup>5</sup>. Entretanto, devido ao longo tempo para a administração desse procedimento e à elevada demanda por atendimentos na atenção primária de saúde, ela deveria ser direcionada àqueles com maior risco de incapacidade, tornando-se um desafio à utilização de uma estratégia de avaliação breve que oriente a realização da AGA.

Dentre as estratégias disponíveis para a triagem de idosos na atenção primária de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a avaliação multidimensional e adotam o instrumento de Moore & Siu <sup>6</sup> e a Avaliação Rápida Multidimensional da Pessoa Idosa (ARMI) <sup>7</sup>, respectivamente. Em ambos os casos, as ferramentas são compostas por testes de desempenho, perguntas ou partes

de escalas de avaliação geriátrica <sup>6,7,8</sup>, sendo que alguns itens ainda carecem de respaldo na literatura. No instrumento de Moore & Siu, a triagem de depressão utiliza apenas uma única pergunta, mas o valor deste tipo de avaliação foi questionado por Mitchell & Coyne <sup>9</sup>, que identificaram sensibilidade e especificidade globais iguais a 32 e 97%, respectivamente, em uma metanálise de estudos sobre a triagem de depressão com a pergunta única. Moore & Siu também examinam a visão para longe com o cartão de Snellen, porém o teste só é recomendado quando o indivíduo responde positivamente à pergunta sobre dificuldades visuais no cotidiano. Tal estratégia exclui idosos com problemas visuais que não tenham percepção sobre o próprio déficit. Além disso, ao rastrear problemas auditivos, a ferramenta indica o uso de um audioscópio portátil, instrumento importado e de difícil aquisição em muitos serviços. A ARMI, por sua vez, também utiliza uma única pergunta na avaliação do humor e recomenda o exame objetivo da visão apenas quando houver referência a problemas no cotidiano (dirigir, assistir à televisão). Só que, nesse caso, o instrumento sugere a aplicação do cartão de Jaeger, destinado exclusivamente à avaliação da visão para perto. E mais, na avaliação das AVD, a ARMI utiliza os itens “sair da cama” e “vestir-se”, embora a hierarquia biológica existente dessas funções determine que o declínio inicie pela dificuldade de tomar banho de forma independente, sendo a transferência uma das últimas a serem perdidas <sup>10</sup>. Por fim, a ARMI inclui o rastreamento de disfunção sexual com uma pergunta sobre a capacidade do indivíduo em sentir prazer nas relações sexuais, assunto de abordagem questionável para o momento de triagem.

O objetivo deste trabalho foi analisar as propriedades psicométricas de diferentes instrumentos de triagem e propor uma estratégia para o rastreamento de problemas de saúde de idosos na atenção primária de saúde. Para atingir tal finalidade, realizou-se o exame da confiabilidade de instrumentos já utilizados em nosso meio e da validade de três testes para rastreamento de problemas de humor, apoio social e AIVD.

## Método

### Tipo de estudo e amostra

O estudo, do tipo transversal, foi realizado na Unidade de Atenção Primária da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), que atende aos moradores da região de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. Nessa região, residiam aproximadamente

36 mil pessoas em 2011, a renda média domiciliar girava em torno de R\$ 630 por mês, pouco maior do que o salário mínimo vigente à época, e mais de 50% dos residentes não foram além do Ensino Fundamental. A maioria das casas apresentava um único cômodo, quase 60% captavam água de rede não oficial e mais de 30% não estavam conectados à rede geral de esgoto<sup>11</sup>. A amostra, de conveniência, foi composta de usuários com 60 ou mais anos, atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), excluindo-se indivíduos com déficits sensoriais ou cognitivos avançados, assim como aqueles impedidos de se locomoverem. A base de cálculo para a amostra foi a prevalência de uma doença comum em idosos, selecionando-se a depressão, estimada em 20%<sup>12</sup>. Um coeficiente de kappa de 0,6 com intervalo de 95% de confiança foi usado para gerar uma amostra conservadora de 180 pessoas, usando-se o programa WinPepi, versão 2009 (<http://www.brixtonhealth.com/pepi4windows.html>). A versão 18 do SPSS (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos) foi usada nas análises realizadas no estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz (parecer nº 126/10).

### **Procedimentos**

O trabalho consistiu na realização da AGA, por uma geriatra, e da triagem, 7 a 15 dias depois, por uma profissional de nível superior (assistente social ou psicomotricista) treinada na aplicação dos testes do estudo. A estratégia adotada para a triagem envolveu a utilização de testes já utilizados em nosso meio, incluindo-se itens da ARMI<sup>7</sup>, do instrumento de Moore & Siu<sup>6</sup> e dois pequenos testes elaborados para triagem de apoio social e AIVD. A composição final da ferramenta de avaliação multidimensional incluiu 12 elementos, descritos a seguir.

A triagem das AVD foi semelhante à da ARMI, trocando-se apenas o item “sair da cama” por “tomar banho”, devido à hierarquia funcional<sup>10,13</sup>. Já a escala elaborada para triagem de AIVD incluiu as atividades “preparar refeições” e “fazer compras”, ambas presentes na ARMI e também indicadas por Roehrig et al.<sup>14</sup> como capazes de identificar 97,4% das pessoas com limitações em AIVD, em uma amostra de pacientes idosos com câncer. Os pesquisadores incluíram os itens relacionados a controle financeiro, medicamentoso e uso de meios de transportes para ampliar a capacidade de detecção de declínio em AIVD. As perguntas foram apresentadas de forma semelhante às do *Questionário de Atividades Funcionais*, de Pfeffer et al.<sup>15</sup>, em que a necessidade de assistência para a realização de qualquer função indica dependência.

Para a triagem de depressão utilizou-se o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2)<sup>16</sup>, instrumento com duas questões usado como a primeira etapa no rastreamento de depressão em idosos<sup>17,18,19</sup>, que interroga sobre a frequência de humor deprimido ou anedonia (perda da sensação de prazer na realização de atos antes prazerosos) nas duas semanas anteriores. Os escores variam de zero (nenhum dia) a três (quase todos os dias), havendo aumento da severidade da depressão na medida em que a pontuação aumenta. No estudo original, um escore igual ou maior que três revelou sensibilidade de 83% e especificidade de 92% para depressão maior. Neste trabalho, usou-se a versão adaptada para a língua portuguesa (<http://www.phqscreeners.com/select-screener>).

A triagem de apoio social foi realizada com um pequeno teste construído com quatro perguntas do questionário do *Medical Outcomes Study* (MOS)<sup>20</sup>. Os componentes da escala foram os itens que apresentaram elevada correlação item/escala dentro das dimensões apoio emocional, material e interação social positiva na versão brasileira<sup>21</sup>. Em função da relevância da incapacidade, os pesquisadores acrescentaram mais uma pergunta à dimensão apoio material. Assim, o instrumento passou a conter as seguintes questões: “Se você precisar, com que frequência você conta com alguém: a) em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? b) com quem fazer coisas agradáveis? c) que o ajude se ficar de cama? d) para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?”. As respostas possíveis a essas perguntas são: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, sendo pontuadas de 1 a 5, respectivamente. Apoio insatisfatório foi considerado quando a pessoa respondeu “nunca”, “raramente” ou “às vezes” em algum item, obtendo menos de 16 pontos no somatório. Um pré-teste revelou maior compreensão das perguntas quando elas eram desmembradas. Assim, perguntou-se, inicialmente, sobre a disponibilidade de alguém para apoiar o idoso, para, em seguida, inquirir sobre a frequência com que o indivíduo pensava dispor de tal apoio.

Instrumentos idênticos aos da AGA foram usados na triagem de alterações de visão<sup>22</sup>, audição<sup>23</sup>, mobilidade<sup>24</sup>, força<sup>25</sup>, incontinência urinária<sup>6</sup>, quedas<sup>26</sup>, nutrição<sup>27</sup> e estado de saúde autorreferido<sup>28</sup>.

O *Mini Exame do Estado Mental* identifica declínio cognitivo e foi utilizado na AGA para este fim. O teste pode ser usado para triagem cognitiva e já apresenta várias validações em nosso meio, atendendo às necessidades da atenção primária de saúde<sup>29,30</sup>.

As funções, os instrumentos e os objetivos do estudo em relação a cada item da estratégia de triagem são descritos na Tabela 1.

Levando-se em conta a importância das AIVD na avaliação dos idosos, o estudo previu um encontro de especialistas para opinarem sobre quais os itens são considerados mais importantes, caso a sensibilidade do instrumento fosse insatisfatória. Essa fase ocorreria após a análise das características psicométricas da ferramenta.

A última etapa de avaliação do instrumento de triagem envolveu a verificação da aplicabilidade com as duas profissionais que participaram desta fase, que opinaram sobre o tempo de realização da triagem e a compreensão das questões pelos idosos.

### Análise estatística

#### • Avaliação da confiabilidade interaferidores

Os testes já utilizados no Brasil foram submetidos apenas ao exame da confiabilidade interaferidores, etapa necessária antes da utilização de testes em contextos diferentes dos quais eles foram validados, devido à possibilidade de variações na interpretação dos resultados por diferentes observadores<sup>31</sup>. A confiabilidade foi medida pelo coeficiente de correlação intraclassa (CCI) para as variáveis contínuas e a estatística kappa foi usada para as categóricas, ajustando-se para a prevalência com a técnica PABAK (WinPepi, versão 2009; <http://www.brixtonhealth.com/pepi4windows.html>). O grau de confiabilidade foi dado de acordo com Landis & Koch<sup>32</sup>, considerando-se excelente concordância um kappa maior que 0,75, enquanto que abaixo de 0,40 a concordância é pobre, e entre 0,40 e 0,70 ela é

Tabela 1

Funções examinadas no estudo, ferramentas utilizadas na triagem e na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e objetivos de cada análise.

Função	Instrumento de triagem	AGA (padrão-ouro)	Objetivo do estudo
AVD	Dois itens de maior complexidade da escala de Katz <sup>10,13</sup>	Escala de Katz <sup>10</sup>	Adequar os itens da ARMI
AIVD	Escala com cinco perguntas	Questionário de Atividades Funcionais – escala de Pfeffer <sup>15</sup>	Analisar sensibilidade e especificidade
Humor	PHQ-2 <sup>16*</sup>	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica <sup>33</sup>	Analisar sensibilidade e especificidade
Apoio social	Escala com quatro perguntas	Dimensões de apoio material, emocional e interação social positiva do questionário de apoio social do <i>Medical Outcomes Study</i> <sup>20,21</sup>	Analisar sensibilidade e especificidade
Mobilidade	<i>Timed up and go</i> <sup>23</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Controle da micção	Duas perguntas do instrumento de Moore & Siu <sup>6</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Visão	Cartão de Snellen <sup>21</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Audição	Pergunta de autopercepção do déficit auditivo <sup>23</sup>	Pergunta de autopercepção do déficit auditivo <sup>23</sup> e teste do sussurro <sup>36</sup>	Analisar confiabilidade
Estado nutricional	Índice de massa corporal <sup>27</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Força	Força de preensão palmar de acordo com critérios de Fried et al. <sup>24</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Estado de saúde autorreferido	Pergunta de autopercepção de saúde <sup>28</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Quedas	Pergunta sobre quedas nos 12 meses anteriores <sup>26</sup>	Idem	Analisar confiabilidade
Cognição	-	MEEM <sup>29,30</sup>	Identificar declínio cognitivo

AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ARMI: avaliação rápida multidimensional do idoso; AVD: atividades de vida diária; DSM-IV: *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*; MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*; PHQ-2: *Patient Health Questionnaire-2*.

\* <http://www.phqscreeners.com/select-screener>.

de intermediária a boa. O CCI foi classificado da mesma forma.

- **Análise da validade de critério dos instrumentos de triagem de depressão, apoio social e AIVD**

A validade do PHQ-2 foi avaliada pela estimativa da sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do PHQ-2 em relação à entrevista estruturada do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria<sup>33</sup>. O escore do PHQ-2 foi usado como preditor de depressão, com base em um modelo de regressão logística simples. As estimativas de sensibilidade e especificidade foram obtidas baseando-se nos diferentes pontos de corte do escore de PHQ-2. Elaborou-se uma curva ROC (*receiver operator characteristic*) para o cálculo da área sob a curva (AUC), indicando-se o melhor par de valores de sensibilidade e especificidade pelo ponto no qual os valores ROC estavam mais próximos do ponto mais alto à esquerda da curva. O índice Youdex (sensibilidade + especificidade - 1) determinou o melhor ponto de corte para o modelo. O índice Youdex foi usado para prover uma avaliação de sensibilidade e especificidade, considerando-se igualmente a importância de ambas.

Para verificar a validade das escalas de apoio social e AIVD, calculou-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivo positivo e negativo dos testes em relação à AGA, utilizando-se apenas os resultados dos indivíduos sem comprometimento cognitivo.

## Resultados

Entre junho e dezembro de 2010, 185 idosos foram encaminhados para AGA, dos quais cinco foram retirados devido à incapacidade visual ou cognitiva grave. Retornaram para a triagem, que teve duração média de 16 minutos, 165 idosos (91,7%). Entre os 15 faltosos, três não tinham telefone e um desistiu do estudo. Os 11 restantes faltaram duas vezes, ultrapassando o período de tempo delimitado para a realização da triagem. Suas características sociodemográficas eram semelhantes às dos participantes da pesquisa.

O grupo se caracterizou por forte predomínio do sexo feminino e baixa escolaridade (Tabela 2), havendo 40 analfabetos (22,2%) e 36 pessoas consideradas com um ano de escolaridade, em função de conseguirem ler pelo menos uma frase sem nunca terem ido à escola (20%). Uma proporção discretamente maior de solteiros ou viú-

Tabela 2

Dados sociodemográficos e problemas de saúde identificados na Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) (n = 180).

Variável	Estimativa
Idade em anos [média (DP)]	73,1 (7,0)
Sexo feminino [n (%)]	132 (73,0)
Anos de estudos [média (DP)]	3,0 (2,9)
Estado civil: casados [n (%)]	81 (45,0)
Mobilidade – TUG [média (DP)]	12,5 (9,2)
IMC [média (DP)]	28,7 (5,4)
Quedas [n (%)]	42 (23,0)
Diminuição da audição [n (%)]	81 (45,0)
Diminuição da visão [n (%)]	82 (46,0)
Diminuição da força [n (%)]	
Mulheres	37 (28,0)
Homens	20 (41,0)
Incontinência urinária [n (%)]	40 (22,0)
Autopercepção de saúde [n (%)]	
Boa	100 (56,0)
Regular	60 (33,0)
Ruim	20 (11,0)
Apoio social insatisfatório [n (%)]	46 (25,6)
Doenças crônicas [n (%)]	
Hipertensão arterial	151 (83,9)
DAC	18 (10,0)
Diabetes	56 (31,1)
DPOC	21 (11,7)
Asma	13 (7,2)
Osteoartrose	78 (43,3)

DAC: doença arterial coronariana; DP: desvio padrão; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; IMC: índice de massa corporal; TUG: *timed up and go*.

vos também foi evidenciada. Apesar de a grande maioria perceber seu nível de apoio social como satisfatório ou avaliar a sua saúde como boa/regular, quase 30% foram diagnosticados com depressão.

A confiabilidade entre os aferidores para os itens de mensuração objetiva, como força muscular, visão, índice de massa corporal (IMC) e mobilidade (*timed up and go* – TUG) foi excelente, ao contrário do que ocorreu com incontinência urinária, autopercepção de saúde e perda de audição, todos avaliados por meio de perguntas. Para o item quedas, a confiabilidade foi satisfatória (Tabela 3). Os resultados desta etapa já foram publicados previamente<sup>34</sup>.

O cálculo de sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para os testes de triagem de depressão, apoio social e AIVD considerou apenas as

Tabela 3

Confiabilidade dos itens da triagem e da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) (n = 165).

Variável	CCI (IC)	Kappa (IC)	Kappa ajustado	Concordância simples (%)
Força	0,89 (0,85-0,92)			
Autopercepção de saúde		0,48 (0,36-0,60)	0,54 (0,40-0,68) *	71,0
TUG	0,81 (0,68-0,88)			
Quedas		0,60 (0,46-0,75)	0,72	92,1
IMC	0,94 (0,92-0,96)			
Incontinência urinária		0,49 (0,34-0,65)	0,62	81,2
Audição		0,54 (0,42-0,67)	0,55	77,4
Visão	0,87 (0,82-0,91)			

CCI: coeficiente de correlação intraclassa; IC: intervalo de confiança; IMC: índice de massa corporal; TUG: *timed up and go*.

\* Kappa ponderado.

respostas dos indivíduos sem declínio cognitivo. Os resultados são apresentados na Tabela 4. Para o PHQ-2, os valores de sensibilidade diminuíam na medida em que aumentavam os escores, ocorrendo os melhores valores com escores a partir de 1. O VPP de 50% indica que o diagnóstico de depressão não foi confirmado em 50% daqueles com escore igual a 1. Entretanto, o VPN de 90% indicou que apenas 10% daqueles com teste negativo sofriam do transtorno de humor depressivo, indicando maior utilidade do teste quando o escore foi igual a zero. A área sob a curva ROC foi igual a 0,77, sugerindo uma acurácia modesta. Os resultados desta etapa também já foram publicados anteriormente<sup>35</sup>. As propriedades psicométricas da escala de apoio social foram satisfatórias, ao contrário das de AIVD.

Como a sensibilidade e especificidade da escala de AIVD foram baixas, procedeu-se ao encontro de especialistas. Reuniram-se nove geriatras e gerontólogos, todos com experiência de mais de dez anos na especialidade, que selecionaram os quatro elementos considerados mais importantes para a manutenção da autonomia, de acordo com o questionário de Pfeffer et al.<sup>15</sup>. Os itens mais adequados para a triagem de AIVD foram: capacidade de controlar os próprios medicamentos (77,7%) e finanças (55,5%), lembrar de compromissos (55,5%) e andar pela vizinhança (55,5%).

Segundo as duas entrevistadoras, a triagem foi considerada exequível e útil para a obtenção de informações gerais a respeito dos usuários da atenção primária. O tempo de realização também foi adequado. Entretanto, a interpretação da frequência com que ocorriam os sintomas no PHQ-2 foi difícil para muitos idosos, que não

conseguiram entender a diferença entre algumas opções de resposta, como por exemplo: “vários dias”, “mais da metade dos dias”, “quase todos os dias”. Nesse mesmo questionário, o uso do termo “*perspectiva*” também gerou dificuldade de compreensão. Nas questões sobre apoio social, verificou-se que alguns homens entendiam a pergunta sobre “*disponibilidade de alguém com quem fazer coisas agradáveis*” como companhia para a realização de atividade sexual, havendo necessidade de esclarecimento.

Após a realização de todas as etapas anteriores, os pesquisadores consideraram inadequadas para a inserção no roteiro de rastreamento a escala de AIVD, cuja sensibilidade foi baixa, as perguntas de incontinência urinária e de autopercepção de déficit auditivo. A estratégia de triagem proposta, designada como RAPIDO (Rastreamento de Problemas de Idosos), é apresentada na Tabela 5. Para manter a investigação de déficit auditivo, o teste do sussurro<sup>36</sup> foi incorporado ao roteiro. Concomitantemente, apresenta-se a etapa da AGA que corresponde ao passo seguinte de uma alteração funcional identificada na triagem.

## Discussão

A utilização de instrumentos multidimensionais na avaliação de idosos é recomendada tanto pela OMS<sup>8</sup> quanto pelo Ministério da Saúde<sup>7</sup>. O roteiro apresentado neste estudo, ao rastrear múltiplos problemas de saúde, atende às recomendações dessas instituições no que diz respeito ao cuidado com os idosos. A média de 16 minutos torna a sua aplicação exequível nos serviços de

Tabela 4

Propriedades psicométricas do *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2) e dos instrumentos de apoio social e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (n = 142).

	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Apoio social	0,77	0,96	0,90	0,91
PHQ-2	0,74	0,77	0,50	0,90
AIVD	0,36	0,89	0,15	0,84

VPN: valor preditivo negativo; VPP: Valor preditivo positivo.

Tabela 5

Rastreamento de Problemas de Idosos (RAPIDO).

Função (instrumento de origem)	Descrição	Interpretação
<b>AVD</b> Escala de Katz (EIAVD)	Para tomar banho (leito, banheira ou chuveiro): (1) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho), ou recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (p.ex.: as costas ou uma perna). (2) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.  <i>Este item avalia se o indivíduo pega roupas nos armários e gavetas, inclusive peças íntimas e manuseia fechos (inclusive os de órteses e próteses, quando utilizadas).</i> Para vestir-se: (1) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda, ou pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (2) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.	1- independente 2- dependente TP [ ] Assinalou (2) em alguma questão – realização das funções com ajuda pessoal ou supervisão. Completar a EIAVD.
<b>AIVDs</b> <i>Functional Activities Questionnaire</i> (Pfeffer)	O(a) Sr(a) é capaz de: a) Cuidar dos seus próprios medicamentos? b) Cuidar do seu próprio dinheiro? c) Lembrar dos seus compromissos e acontecimentos familiares? d) Sair sozinho pela vizinhança e voltar para casa? Respostas: 0 – normal (ou, nunca fez, mas poderia fazê-lo agora); 1 – faz com dificuldade (ou, nunca fez e agora teria dificuldade); 2 – necessita de ajuda; 3 – não é capaz.	TP [ ] Assinalou 2 ou 3 em alguma pergunta. Completar a avaliação de AIVD. Considerar avaliação cognitiva.
<b>Mobilidade</b> <i>Timed up and go</i>	O paciente levanta-se de uma cadeira (com braços e encosto), caminha três metros e retorna à mesma, sentando-se. Tempo cronometrado em segundos.	TP [ ] Realização da tarefa em tempo superior a 20 segundos, indicando comprometimento significativo da mobilidade.
<b>Humor</b> PHQ-2	a) “Durante as duas últimas semanas, o(a) Sr(a) sentiu pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?” Sim ( ) Não ( ). b) “Durante as duas últimas semanas, o(a) Sr(a) se sentiu para baixo, deprimido (a) ou sem perspectiva?” Sim ( ) Não ( ). Se responder “sim” a alguma delas, pergunte: “Com que frequência?” (0) nenhuma vez; (1) vários dias; (2) mais da metade dos dias; (3) quase todos os dias.	TP [ ] Respondeu “sim” à pergunta (a) ou (b). Aplicar EDG ou outro instrumento para avaliação de depressão.
<b>Visão</b> Escala de Snellen	Cartão colocado a 5,5m de distância. O indivíduo deve usar seus óculos, se os tiver trazido.	TP [ ] Visão menor que 20/40 em qualquer olho. Considerar avaliação oftalmológica.
<b>Audição</b> Teste do sussurro	Teste do sussurro – a 60cm da orelha testada, faz-se uma pergunta sussurrada, cobrindo-se a orelha contralateral. Repete-se o procedimento do outro lado, utilizando-se outra pergunta.	TP [ ] Ausência de resposta a uma pergunta sussurrada, em pelo menos uma orelha. Investigar rolha de cerúmen, tratar e reexaminar. Considerar audiometria se persistir alterado.
<b>Quedas</b> Pergunta objetiva	“O(a) Sr(a) caiu duas ou mais vezes nos últimos 12 meses?”	TP [ ] Resposta afirmativa. Indivíduo considerado caído. Avaliação completa para quedas.

(continua)

Tabela 5 (continuação)

Função (instrumento de origem)	Descrição	Interpretação
<b>Força de preensão palmar</b> Com dinamômetro	Realiza-se uma aferição com cada mão, apoiada na mesa, registrando-se a medida mais alta.	TP [ ] Diminuição de força (Kgf) definida pelos critérios de Fried et al. <sup>25</sup> , de acordo com o sexo e o IMC*. Investigação de fatores associados à fragilidade e orientação para realização de exercício físico.
<b>Autopercepção de saúde</b> Pergunta objetiva	Diga que vai pedir ao indivíduo para dar uma opinião sobre a sua própria saúde. Pergunte: "Comparando-se com outras pessoas de sua idade, como acha que está a sua saúde atualmente?". Respostas possíveis: muito boa, bom, regular, ruim ou muito ruim.	TP [ ] Respondeu "ruim" ou "muito ruim".
<b>Nutrição</b> IMC	IMC (peso, em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura).	TP [ ] Risco de desnutrição: IMC < 22 Sobrepeso: IMC > 27 Obesidade: IMC ≥ 30kg/m <sup>2</sup> SC Considerar avaliação nutricional
<b>Apoio social</b> <i>Medical Outcomes Study</i>	Pergunte: "Se precisar, você conta com alguém: a) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? b) Com quem fazer coisas agradáveis? c) Que o ajude se ficar de cama? d) Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?". Para cada resposta afirmativa, pergunte: "Com que frequência você conta com essa(s) pessoa(s)? Respostas possíveis: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4), sempre (5). Pontuar cada resposta e somar para obter o escore final.	TP [ ] Escore menor que 16 (apoio social insatisfatório). Investigar rede de apoio

AIVD: atividades instrumentais da vida diária; AVD: atividades da vida diária; EIAVD: *Escala de Independência em Atividades da Vida Diária*; IMC: índice de massa corporal; PHQ-2: *Patient Health Questionnaire-2*; TP: triagem positiva (indica alteração no exame e implica a realização de procedimentos adicionais inerentes à Avaliação Geriátrica Ampla).

\* Critérios de Fried et al. para mulheres: IMC(kg/m<sup>2</sup>SC)/força associada à fragilidade (Kgf): IMC ≤ 23 e força ≤ 17; IMC de 23,1 a 26 e força < 17,3; IMC de 26,1 a 29 e força < 18; IMC > 29 e força ≤ 21. Para homens: IMC ≤ 24 e força ≤ 29; IMC de 24,1 a 28 e força ≤ 30; IMC > 28 e força ≤ 32.

saúde, que sofrem pressão de grandes demandas de atendimento. Além disso, a aplicação por um profissional de saúde contornou a dificuldade de avaliação de uma população com baixa escolaridade, representativa dos usuários do sistema público de saúde. A abordagem por profissionais de áreas diferentes sugere que a utilização deste roteiro pode ser realizada por qualquer membro da equipe de saúde, com nível superior, que tenha recebido capacitação prévia.

A confiabilidade interaferidores de todos os testes de desempenho foi excelente, ao contrário de mais da metade das características avaliadas por meio de perguntas. Uma explicação plausível para tais diferenças reside no fato de que os resultados de testes de desempenho dependem basicamente do treinamento do examinador e da padronização dos instrumentos utilizados, sendo que a opinião do examinando não interfere nos resultados. Tal necessidade já foi demonstrada por Pirozzo et al.<sup>36</sup> em revisão sistemática sobre a validade do teste do sussurro para triagem de problemas auditivos, ao verificarem maior confiabilidade com a padronização de procedimentos para o exame. As questões de autoavaliação são inerentemente subjetivas e suscetíveis

a problemas de comunicação. Fatores socioculturais, incluindo o nível de escolaridade, podem influenciar as respostas, reduzindo a concordância tanto entre os observadores como entre as observações.

A triagem para problemas auditivos por meio de pergunta já foi recomendada no Brasil<sup>23</sup>. Entretanto, a ocorrência de perda auditiva ocorre gradualmente e pode contribuir para uma baixa percepção do problema, levando a uma resposta negativa quando se usa a autoavaliação<sup>37</sup>. A maioria dos trabalhos que recomenda tal forma de triagem levou em conta os resultados de estudos que avaliaram sensibilidade e especificidade do método. Nós identificamos apenas um estudo de concordância entre examinadores da pergunta única sobre déficit auditivo, cujo coeficiente de kappa foi igual a 0,65<sup>38</sup>. É possível que a baixa escolaridade tenha concorrido para reduzir ainda mais a concordância interaferidores do nosso trabalho.

A confiabilidade da pergunta de autopercepção de saúde foi analisada em um grupo de mais de 9 mil americanos, obtendo-se um índice de kappa ponderado igual a 0,56. As maiores discrepâncias foram identificadas em indivíduos

com baixa escolaridade e em minorias étnicas, sugerindo que as desigualdades sociais determinam vieses<sup>39</sup>. Em nossa amostra, a baixa escolaridade pode ser responsável pela reduzida confiabilidade.

Também houve baixa concordância no item incontinência urinária, fato que poderia ser explicado pelo ambiente da avaliação, pouco propício à comunicação de questões pessoais potencialmente causadoras de estigmas sociais<sup>40</sup>. É possível que no contexto de uma consulta, onde as características socioculturais da pessoa examinada sejam consideradas, haja uma melhor comunicação e menos constrangimento aos idosos.

A pergunta sobre quedas já demonstrou boa confiabilidade anteriormente<sup>41</sup>. Neste trabalho, a concordância interafetores atingiu valores considerados bons. Como esse evento é marcante na vida de uma pessoa, associando-se ao declínio funcional, restrição de atividades e fraturas<sup>42</sup>, pode-se esperar uma informação mais precisa a respeito da sua ocorrência, mesmo em indivíduos com baixa escolaridade.

A triagem de depressão com instrumentos reduzidos tem sido recomendada quando se dispõe de uma segunda etapa, em função da baixa acurácia deste tipo de abordagem<sup>43</sup>. Os valores obtidos na validação de critério do PHQ-2 não foram encorajadores. Entretanto, nossos resultados são consistentes com aqueles encontrados por Phelan et al.<sup>17</sup>, entre idosos americanos, em que os valores de sensibilidade e especificidade foram iguais a 0,75 e 0,67, respectivamente. É possível que os tamanhos das nossas amostras tenham contribuído para a redução da acurácia do teste, já que em outros trabalhos a sensibilidade e a especificidade do teste ultrapassaram 0,80 e 0,78, respectivamente<sup>16,43</sup>. Além disso, a diferença de escolaridade entre as nossas amostras, equivalente ao Ensino Médio completo no grupo americano e inferior ao Fundamental no brasileiro, pode explicar os diferentes pontos de corte dos dois estudos, pois, conforme relato das nossas entrevistadoras, houve dificuldade para o entendimento das opções de resposta. O efeito da escolaridade na sensibilidade do PHQ-2 já foi relatado por Cutler et al.<sup>44</sup>. O elevado valor preditivo negativo indica que 90% daqueles com testes negativos poderiam ser considerados livres da doença. Entretanto, o baixo valor preditivo positivo indica que o PHQ-2 é insuficiente para a triagem de depressão, requerendo uma segunda etapa para todos aqueles com pontuação diferente de zero. No Brasil, a *Escala de Depressão Geriátrica*<sup>45,46</sup>, com 15 questões, tem sido amplamente utilizada e pode ser recomendada para esse fim.

As quatro questões utilizadas para o rastreamento de apoio social insatisfatório demonstraram boa acurácia. Considerando-se a importância do apoio social como condicionante de saúde<sup>47</sup>, torna-se evidente a necessidade da identificação de idosos com este tipo de vulnerabilidade. O uso de instrumentos de fácil manuseio possibilita à equipe de saúde diagnosticar e intervir, oportunamente, por meio da organização de redes de apoio e ações individualizadas, acarretando reflexos positivos nas vidas dos idosos.

A baixa ocorrência de dependência em AVD era esperada, em função dos critérios de exclusão do estudo. A utilização das atividades mais complexas parece apropriada para a inserção em um instrumento de triagem, dada a sua hierarquia biológica, ao contrário do que sugere a ARMI<sup>7</sup>, cuja avaliação de AVD inclui a atividade de transferência, função perdida tardiamente na vigência de um processo de dependência. Já em relação às AIVD, observa-se que a prevalência de dependência aqui encontrada foi semelhante à de outro estudo<sup>48</sup>. É interessante notar que o grupo de especialistas selecionou atividades comprovadamente capazes de prever o risco de declínio cognitivo e dependência. Pérès et al.<sup>49</sup> demonstraram que dez anos antes do diagnóstico clínico de demência, indivíduos que posteriormente desenvolveram a doença já apresentavam declínio em duas das seguintes atividades: uso do telefone e de transportes, controle financeiro e medicamentoso (OR = 2,59; IC95%: 1,24-5,38). Considerando-se apenas a capacidade de administrar as finanças, duplicou o risco de demência naqueles que já apresentavam alteração na linha de base, evidenciando a importância desta atividade (OR = 2,15; IC95%: 1,13-4,08).

Esta pesquisa apresenta algumas limitações. Tendo sido realizada com amostra de conveniência e em uma unidade de atenção primária, sua validade externa fica limitada e seus resultados só podem ser extrapolados para uma população semelhante. A utilização de uma reunião de especialistas para a seleção das AIVD a serem incluídas na ferramenta de triagem, e não de um painel nos moldes tradicionais, poderia comprometer o resultado desta estratégia. Entretanto, o fato de serem profissionais de diversas áreas, com vasta experiência na atuação com idosos, propiciou uma seleção adequada de atividades preditoras de declínio funcional. Apesar dessas limitações, o trabalho apresenta pontos fortes. As avaliações utilizaram instrumentos padronizados, adaptados à nossa cultura, além de outros cujas características psicométricas foram testadas durante o estudo, todos adequados para a atenção primária. A baixa escolaridade dos participantes nos permite inferir que esta abordagem é propi-

cia para os usuários idosos da rede pública brasileira, cuja atuação preferencial é voltada para as camadas da população mais vulneráveis do ponto de vista socioambiental.

### Considerações finais

Como o envelhecimento frequentemente acarreta alterações funcionais insidiosas, instrumentos de rastreamento de condições desencadeadoras de declínio funcional permitem inter-

venções precoces, de maior impacto potencial e possibilidade de melhor planejamento das ações na área da saúde. Estratégias de avaliação rápida permitem examinar uma grande parcela da população-alvo, facilitando a referência para os serviços médicos existentes. Esse tipo de abordagem atende às proposições da OMS e do Ministério da Saúde para a triagem de idosos. A estratégia aqui apresentada, por rastrear de forma objetiva a maioria das funções, é menos sujeita a variações relacionadas ao indivíduo examinado.

### Colaboradores

V. T. S. Lino contribuiu com a concepção do artigo, redação, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final. M. C. Portela contribuiu com a concepção e projeto, revisão e aprovação final da versão a ser publicada. L. A. B. Camacho, N. C. P. Rodrigues e M. K. N. Andrade contribuíram com a análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final. G. O'Dwyer contribuiu com a interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final.

### Referências

1. National Alliance for Caregiving. Caregiving in the USA. [http://www.caregiving.org/data/Caregiving\\_in\\_the\\_US\\_2009\\_full\\_report.pdf](http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf) (acessado em 15/Abr/2015).
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377:1949-61.
3. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: Porto CC, organizador. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 166-97.
4. Elon R, Phillips C, Looe J, Denman S, Woods A. General issues and comprehensive approach to assessment of elders. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 1-39.
5. Rubenstein LZ, Alessi CA, Josephson KR, Trinidad Hoyle M, Harker JO, Pietruszka FM. A randomized trial of a screening, case finding, and referral system for older veterans in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:166-74.
6. Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100:438-43.
7. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19).
8. World Health Organization. Age-friendly primary health care (PHC) centres toolkit. [http://www.who.int/ageing/publications/upcoming\\_publications/en/](http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/) (acessado em 01/Jan/2015).

9. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57:144-51.
10. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9.
11. Carvalho MAP, Pivetta F. The integrated territory of health care in Manguinhos: we are all apprentices. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
12. Li C, Friedman B, Conwell Y, Fiscella K. Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:596-602.
13. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da *Escala de Independência em Atividades da Vida Diária* (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* 2008; 24:103-12.
14. Roehrig B, Hoeffken K, Pientka L, Wedding U. How many and which items of activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) are necessary for screening. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007; 62:164-71.
15. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr. CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37:323-9.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41:1284-92.
17. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, Logerfo J, et al. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam Pract* 2010; 11:63.
18. Richardson TM, He H, Podorski C, Tu X, Conwell Y. Screening depression aging services clients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18:1116-23.
19. de Lima-Osório F, Vilela-Mendes A, Crippa JA, Loureiro SRL. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45:11.
20. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
21. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:703-14.
22. Mangione CM. Vision. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck J, editors. *Comprehensive geriatric assessment*. New York: McGraw-Hill; 2000. p. 285-94.
23. Valete-Rosalino CM, Rozenfeld S. Auditory screening in the elderly: comparison between self-report and audiometry. *Braz J Otorhinolaryngol* 2005; 71:193-200.
24. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:142-8.
25. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M146-56.
26. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VTS, Santos VH. Quedas em idosos: prevenção. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Conselho Federal de Medicina; 2008.
27. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21:55-67.
28. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância e fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
29. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52:1-7.
30. Almeida OP. Mini mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 1998; 56:605-12.
31. Hasselmann MH, Lopes CS, Reichenheim ME. Measurement reliability in a study on family violence and severe acute malnutrition. *Rev Saúde Pública* 1998; 32:437-46.
32. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
33. Del-Ben CM, Villela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23:156-9.
34. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Rodrigues NCP. Reliability of screening tests for health-related problems among low-income elderly. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2691-6.
35. Lino VT, Portela MC, Camacho LA, Athie S, Lima MJB, Rodrigues NC, et al. Screening for depression in low-income elderly patients at the primary care level: use of the patient health questionnaire-2. *PLoS One* 2014; 9:e113778.
36. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ* 2003; 327:967.
37. Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BEK. Accuracy of self-reported hearing loss. *Audiology* 1998; 37:295-301.
38. Tomioka K, Ikeda H, Hanaie K, Morikawa M, Iwamoto J, Okamoto N, et al. The Hearing Handicap Inventory for Elderly-Screening (HHIE-S) versus a single question: reliability, validity, and relations with quality of life measures in the elderly community, Japan. *Qual Life Res* 2013; 22:1151-9.
39. Zajacova A, Dowd JB. Reliability of self-rated health in US adults. *Am J Epidemiol* 2011; 174: 977-83.
40. Sjostrom M, Stenlund H, Johansson S, Umeffjord G, Samuelsson E. Stress urinary incontinence and quality of life: a reliability study of a condition-specific instrument in paper and web-based versions. *Neurourol Urodyn* 2012; 31:1242-6.
41. Yamaji S, Demura S. Reliability and fall experience discrimination of cross step moving on four spots test in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil* 2013; 94:1312-9.

42. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 9:CD007146.
43. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med* 2010; 8:348-53.
44. Cutler CB, Legano LA, Dreyer BP, Fierman AH, Berkule SB, Lusskin SI, et al. Screening for maternal depression in a low education population using a two item questionnaire. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:277-83.
45. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17:37-49.
46. Paradelo EM, Lourenco RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:918-23.
47. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev* 2012; 33:137-52.
48. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1177-85.
49. Pérès K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF, et al. Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:37-44.

## Abstract

*The objectives were to examine psychometric properties of a screening test for the elderly and to propose a protocol for use in primary care. The method consisted of four stages: (1) inter-evaluator reliability for performance tests and self-assessment questions for eight functions; (2) sensitivity and specificity of questions on depression and social support; (3) meeting of experts to select instrumental activities of daily living (IADL); and (4) elaboration of the protocol. Screening lasted 16 minutes. Inter-evaluator reliability was excellent for performance tests but poor for questions. Depression and social support showed satisfactory sensitivity and specificity (0.74/0.77 and 0.77/0.96). Four IADL were selected by more than 55% of the experts. Following the results, a screening protocol was elaborated that prioritized the use of performance tests, maintaining questions on mood, social support, and IADL. The study suggests better reproducibility of performance tests when compared to questions. For mood and social support, the questions may provide a first screening stage. The proposed protocol allows rapid screening of problems.*

*Triaje; Mass Screening; Aged; Primary Health Care*

## Resumen

*El objetivo fue examinar características psicométricas de test de evaluación diagnóstica preliminar para ancianos y proponer un guión para la atención primaria. Etapas: (1) fiabilidad entre evaluadores para el test de desempeño y preguntas de autoevaluación para 8 funciones; (2) sensibilidad y especificidad de cuestiones para depresión y apoyo social; (3) encuentro de especialistas para selección de las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD); (4) elaboración del guión. La evaluación preliminar diagnóstica duró 16 minutos. La fiabilidad entre evaluadores para los test de desempeño fue excelente, pero pobre en preguntas. Depresión y apoyo social tuvieron sensibilidad y especificidad satisfactorias (0,74/0,77 y 0,77/0,96). Cuatro AIVD fueron seleccionadas por más de un 55% de los especialistas. Tras los resultados, se elaboró un guión que priorizó el uso de test de desempeño, manteniendo preguntas sobre humor, apoyo social y AIVD. El estudio sugiere mayor reproductibilidad de pruebas de rendimiento en relación con las preguntas. Para humor y apoyo social, las preguntas pueden constituir una primera etapa de evaluación preliminar diagnóstica. El guión propuesto posibilita la rápida localización de problemas.*

*Triaje; Tamizaje Masivo; Anciano; Atención Primaria de Salud*

---

Recebido em 02/Jun/2015  
Versão final rerepresentada em 07/Set/2015  
Aprovado em 18/Fev/2016