

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA**

**MARTA APARECIDA GOULART**

**Perfil Clínico e Funcional do Idoso  
Atendido no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da  
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2011**

**Belo Horizonte**

**2013**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitor**

Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima Santos

## **FACULDADE DE MEDICINA**

### **Diretor**

Prof. Francisco José Penna

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

### **Coordenador**

Profa. Elza Machado de Melo

**MARTA APARECIDA GOULART**

**Perfil Clínico e Funcional do Idoso**  
**Atendido no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da**  
**Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito à obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Professora Elizabeth Costa Dias  
**Coorientador:** Professor Edgar Nunes de Moraes

**Belo Horizonte**

**2013**

Goulart, Marta Aparecida.  
G694p Perfil clínico e funcional do idoso atendido no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2011 [manuscrito]. / Marta Aparecida Goulart. - - Belo Horizonte: 2013.  
103f.  
Orientadora: Elizabeth Costa Dias.  
Co-Orientador: Edgar Nunes de Moraes.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Idoso Fragilizado. 2. Perfil de Saúde. 3. Avaliação Geriátrica. 4. Fatores Socioeconômicos. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Moraes, Edgar Nunes de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WT 141

Dedico este trabalho a todos os idosos, que são grandes exemplos de vida, especialmente, meus queridos pais.

Ao Instituto Jenny de Andrade Faria, pela oportunidade, por compartilhar saberes e pelo trabalho em prol dos idosos.

Ao meu marido, minha filha, familiares e colegas que estiveram presentes em todos os momentos de minha formação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e suas maravilhas.

À Professora Beth e Professor Edgar por compartilharem seus conhecimentos e tornarem possível a conclusão desta dissertação.

Ao Professor Horácio, que calmamente soube ensinar e foi de fundamental importância na realização deste estudo.

Ao Professor Rodrigo Santos pelas valiosas sugestões e contribuições.

À Professora Elza, por abrir caminhos à aprendizagem.

A todos os meus colegas de curso e, especialmente, à Dorotéia pelo companheirismo e por dividirmos os momentos de aperto.

À Suzana Mara, Danielle Campos, Izabela Nunes e Renata Soares cujas contribuições foram fundamentais na realização desse trabalho, à Madu pela atenção e carinho e todas as pessoas do IJAF e HC/UFMG que de alguma forma contribuíram para a concretização desse trabalho.

Aos grandes amores de minha vida, meu marido e minha filha, por compreenderem minha ausência.

Agradeço também, de forma muito especial, aos meus irmãos e irmãs por tudo que representam para mim.

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

## RESUMO

**Objetivos:** caracterizar o perfil clínico e funcional de amostra de idosos atendidos no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de dezembro de 2011 a novembro de 2012. **Material e Métodos:** trata-se de estudo descritivo, transversal cuja amostra constou de 894 idosos. Foram analisadas as variáveis sexo, idade, escolaridade e funcionalidade global, considerando a cognição, humor, mobilidade e comunicação. Também foram analisadas as doenças e condições de saúde mais frequentes, o número de medicamentos utilizados e de encaminhamentos realizados para o Serviço de Geriatria de Referência e de outras especialidades médicas. **Resultados:** entre os idosos 73,4% eram do sexo feminino; 18,8% tinham 60 a 69 anos, 40,5% entre 70 a 79 e 40,6% contavam 80 anos ou mais. Quanto à escolaridade 63,5% frequentaram apenas o ensino fundamental. A função mais comprometida foi a visão em 72,6% dos casos; a postura em 53,9% dos idosos; a cognição em 52,1%; o humor em 51,9% e a continência urinária em 50,4%. As doenças e condições de saúde mais frequentes identificadas foram hipertensão arterial em 74,5% dos atendidos, distúrbios de visão em 43,1% e depressão em 37,3% da população do estudo. Sobre os encaminhamentos realizados 45,4% foram para o Serviço de Geriatria de Referência. A maior parte dos idosos fazia uso de pelo menos um medicamento (44%). Ressalta-se que há inexistência de uniformidade no preenchimento dos planos de cuidado e uma proporção elevada de dados faltantes para as variáveis. **Discussão:** os resultados do estudo têm o potencial de contribuir para a melhoria do atendimento aos idosos no Centro Mais Vida, no sentido de identificar as principais enfermidades e agravos. Contudo, ressalta-se a necessidade de melhoria das informações para que possam ser feitas inferências mais robustas sobre os idosos atendidos. **Produtos originados desta dissertação:** esse trabalho deu origem a dois artigos submetidos a periódicos.

**Palavras-chave:** Idoso. Idoso frágil. Perfil clínico. Perfil Funcional.



## ABSTRACT

**Goals:** characterizing the clinical and functional profile of elderly sample in the Centre More Life of Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais, in the period between December 2011 to November 2012. **Material and methods:** this descriptive cross-sectional study, which sample consisted of 894 elderly people. Variables were analysed by sex, age, education and overall functionality, whereas cognition, mood, mobility and communication. There was also an analysis of the most common diseases and health conditions, the number of medications used and referrals made to the service of Geriatrics of Reference and other medical specialties. **Results:** among the elderly, 73.4% were female; 18.8% were 60 to 69 years old, 40.5% were between 70 to 79 and 40.6% were 80 years or older. Regarding schooling, 63.5% attended only elementary school. The function more compromised was the vision in 72.65 of the cases; posture with 53.9% of incidence; cognition in 52.1% of the cases; the mood at 51.9% and continence in 50.4%. Diseases and health conditions most frequently identified were hypertension in 74.5% of the attendances, vision disorders in 43.1% and depression in 37.3% of the population of the study. About the referrals made, 45.4% were for the service of Geriatrics of reference. Most of the elderly made use of at least one medicine (44%). It should be noted that there is a lack of uniformity in the completion of plans of healthcare and a high proportion of missing data for the variables. **Discussion:** the results of the study have the potential to contribute to the improvement of care for the elderly in More Life Centre, in order to identify the main illnesses and diseases. However, emphasized the need for improved information so that more robust inferences can be made about the elderly. **Products originated by this dissertation:** this work has resulted in two papers submitted to journals.

**Keywords:** Elderly. Elderly frail. Clinical profile. Functional Profile.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Frequência da população estudada e amostral por Distrito Sanitário de Belo Horizonte.....	33
<b>Tabela 2</b>	Distritos Sanitários e número de Centros de Saúde, Belo Horizonte, 2012.....	34
<b>Tabela 3</b>	Perfil sócio demográfico dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.....	37
<b>Tabela 4</b>	Comprometimento da funcionalidade global dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011..	39
<b>Tabela 5</b>	Doenças e condições de saúde dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.....	40
<b>Tabela 6</b>	Número de medicamentos utilizados pelos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.....	42
<b>Tabela 7</b>	Número de encaminhamentos dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de vida diária
BH	Belo Horizonte
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Cia.	Companhia
CMC	Central de Marcação de Consulta
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cols.	Colaboradores
Crasi	Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso
CS	Centros de Saúde
DEPE	Diretoria de Ensino e Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
etc.	Et Cetera
et al.	Et alii
ex.	Exemplo
GM	Gabinete do Ministério
HC	Hospital das Clínicas
IJAF	Instituto Jenny de Andrade Faria
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Kilograma
LC	Linha de Cuidado
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
Nº	Número

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUGG	Núcleo de Geriatria e Gerontologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	Programa Saúde da Família
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SP	São Paulo
SISREG	Sistema de Regulação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB.	Tabela
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnATI/UERJ	Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Saúde do Idoso .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 Políticas públicas e organização da atenção à saúde do idoso no Brasil.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Modelos de atenção à saúde do idoso.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4 A regionalização da saúde em Minas Gerais .....</b>	<b>23</b>
<b>2.5 Belo Horizonte e a regionalização da saúde no SUS.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6 O Centro Mais Vida e o Hospital das Clínicas da UFMG.....</b>	<b>25</b>
<b>2.7 Avaliação geriátrica do idoso no Centro Mais Vida do HC/UFMG.....</b>	<b>27</b>
<b>2.8 O Plano de cuidados.....</b>	<b>28</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>31</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, traduzido no aumento do peso relativo das pessoas acima de 60 anos de idade, na população brasileira, ocorre de modo acelerado e resulta das transições demográfica e epidemiológica. Segundo as projeções estatísticas da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total. Nesse processo de transição da estrutura etária a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. No Brasil, vem ocorrendo desde 1960 e levará a mudanças drásticas do padrão da pirâmide populacional (MS, 2002; CAMARANO; PASINATO, 2004; OPAS, 2005; NASRI, 2008).

O fenômeno está relacionado à melhoria das condições de vida, ao aumento da esperança de vida ao nascer, à queda da fecundidade e da mortalidade e também à melhoria dos serviços de saúde (CARVALHO; WONG, 2008; CAMARANO; PASINATO, 2004; NASRI, 2008).

A transição demográfica é caracterizada pela mudança de uma situação de alta mortalidade e fecundidade, com predomínio de uma população jovem em expansão, para uma de baixa mortalidade e fecundidade. A transição epidemiológica resulta em mudança no perfil de saúde. É caracterizada pelo aumento das enfermidades crônicas não transmissíveis e pela importância crescente de diversos fatores de risco para a saúde, que demandam ações preventivas (MS, 2002).

Essas mudanças acarretaram novas demandas de atenção à saúde, em especial de ações preventivas de promoção e recuperação da saúde e aumento dos gastos com saúde da população idosa. Os maiores desafios decorrentes do envelhecimento da população serão, entre outros, a prevenção e o retardo de doenças e fragilidades (MS, 2002; VERAS, 2012a).

A assistência à saúde do idoso, por meio do modelo tradicional, não tem se mostrado adequada, uma vez que os idosos costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas resultantes de várias doenças concomitantes e insuficiência de um sistema fisiológico pode levar à insuficiência de outro. A abordagem médica é focada em uma queixa principal, sendo todas as queixas do paciente explicadas como se fossem uma única doença (MS, 2002).

A atenção ao idoso deve ser renovada de forma integrada e por meio de instrumentos capazes de disseminar conhecimentos e compartilhar experiências. Assim, a avaliação do idoso deve ser multidimensional de modo a contemplar as dimensões envolvidas no processo saúde-doença, para que os problemas de saúde considerados “decorrentes da idade” recebam abordagem adequada, por meio da elaboração do plano de cuidados. A prática geriátrica

moderna é fundamentada na identificação, avaliação e tratamento do idoso frágil, por se tratar do paciente que mais necessita de cuidados (LOURENÇO, 2010; MORAES, 2012).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência ao idoso, é feita com as Equipes de Saúde da Família, os Hospitais Gerais e os Centros de Referência à Saúde do Idoso. Em abril de 2002, por meio da Portaria nº 702/GM, foram estabelecidos os mecanismos de organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. A assistência ao paciente é exercida pelo médico clínico e equipe visando a independência e autonomia do paciente. Os casos selecionados de acordo com os critérios estabelecidos são atendidos pelo geriatra e equipe especializada por meio de referenciamento para os Núcleos ou Centros de Referência (MS, 2002; MG, 2006).

Os Centros de Referência à Saúde do Idoso realizam atendimento por meio de uma equipe multiprofissional, com enfoque geriátrico/gerontológico, mediante coleta e registro das informações em instrumento validado com identificação dos problemas de saúde que orientarão o diagnóstico e o tratamento adequado (MS, 2002; MS, 2006).

Em 2010, a Secretaria Estadual da Saúde (SES/MG), Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) implantaram o Programa Mais Vida com objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, à partir da implantação de uma Rede de Atenção à Saúde da População Idosa no Estado. Dentro dos princípios e diretrizes do SUS, equidade, universalidade e integridade, suas ações incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) (HC/UFMG, 2012; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Com o envelhecimento populacional há uma maior demanda por serviços de prevenção e promoção à saúde da população idosa e formação de recursos humanos para a APS, com competências orientadas para as especificidades do idoso. Os serviços inovadores servirão de base para implantação de novas práticas. Nesse contexto, existe uma demanda por estratégias que viabilizem o envelhecimento ativo com cidadania (MOTTA; AGUIAR, 2006; ASSIS, 2010).

As estratégias de prevenção e monitoramento das condições de saúde de uma população e dos fatores associados a essas condições apresentam como um de seus objetivos a construção de uma base de dados sobre os doentes crônicos. Buscando melhorar a qualidade de vida e a abordagem terapêutica deve-se valorizar a informação epidemiológica em saúde coletiva. Essas informações podem prever eventos e possibilitar o diagnóstico precoce, retardando o aparecimento de agravos, como as doenças crônicas (VERAS, 2009).

Segundo Gondim et al. (2011), “as vigilâncias são componentes setoriais da promoção da saúde e estão submetidas aos mesmos desafios, num contexto em que predominam demandas sociais por melhorias no acesso e na qualidade do cuidado”.

Motta e Aguiar (2006), afirmam que “a atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas”. A prática interdisciplinar e multidimensional pode contribuir na produção do conhecimento e interferir na saúde da população. Mas o desenvolvimento de pesquisas e formação de recursos humanos para as vigilâncias em saúde ainda é um desafio, sendo necessária a cooperação entre serviços, universidades e institutos de pesquisa.

Conforme o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022”, em 2008, 63,0% (36 milhões) de morte no mundo aconteceram em razão das doenças crônicas não-transmissíveis. Destaca-se as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. No Brasil, as doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis por 72,0% das causas de óbito sendo 31,3% por doenças do aparelho circulatório, 16,3% por câncer, 5,2% por diabetes e 5,8% por doença respiratória crônica; atingindo indivíduos dos grupos vulneráveis, como os idosos, de forma mais intensa (MALTA et al., 2011).

Giacomin et al. (2008) realizaram estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Os resultados do trabalho reforçam a necessidade de políticas públicas que retardem ou reduzam incapacidades; havendo grande demanda por atividades de reabilitação. Para os autores, as condições crônicas associadas às incapacidades são passíveis de prevenção.

Esse estudo busca contribuir para dar maior visibilidade e aperfeiçoar a experiência pioneira do Centro Mais Vida, desenvolvida pelo Instituto Jenny de Andrade Faria, e auxiliar na busca de estratégias de prevenção das condições de saúde do idoso, monitoramento dos fatores associados a essas condições e a melhoria do atendimento; com impacto na qualidade do cuidado e no custo assistencial.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Saúde do Idoso

O processo saúde-doença é dinâmico, complexo e multidimensional e engloba dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas. O conceito de saúde, definido inicialmente como “estado de ausência de doenças”, vem sofrendo mudanças e em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituou como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (GODIM et al., 2011).

A Lei Orgânica de Saúde (LOS), Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi além da concepção apresentada pela OMS, incorporando a explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais (GODIM et al., 2011).

As condições de saúde incorporam certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida. Essas condições vão além de doenças e são de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde. No idoso as condições de saúde são representadas por doenças ou comorbidades e incapacidades, entre outras (MENDES, 2012; MORAES, 2012).

Mendes (2012), define condições de saúde como:

[...] circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (MENDES, 2012).

Estudos brasileiros têm demonstrado que a maioria dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica. Na maioria das vezes, esse idoso é portador de múltiplas doenças, que duram anos, exigindo cuidado constante, medicação contínua e exames periódicos. As internações hospitalares são mais frequentes com média de permanência maior (MS, 2002; BRASIL, 2006; OPAS, 2005; CAMARANO, 2006; VERAS, 2007).

Algumas doenças crônicas ameaçam a autonomia e independência do indivíduo e podem se tornar risco de vida. Em 1994, a OMS realizou um estudo no qual foi estimado que numa comunidade em que 75% dos indivíduos sobrevivem até 70 anos, cerca de um terço será portador de doenças crônicas e 20% terá algum grau de incapacidade associada (CAMARANO, 2006).

É necessário o estabelecimento de critérios que auxiliem na identificação do idoso com uma condição subclínica, passível de intervenção preventiva. Nesse caso a autonomia e independência funcional do idoso será preservada por mais tempo. O idoso com bom estado de saúde pode ter independência funcional, sendo capaz de gerir sua própria vida e decidir seus interesses (MS, 2002; MS, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI - Portaria 1.395/GM), publicada em 1999 pelo Ministério da Saúde (MS), considera como principal problema do idoso a perda da sua capacidade funcional, isto é, perda de suas habilidades físicas e mentais necessárias à realização de atividades diárias básicas e instrumentais e conseqüentemente de sua autonomia. As Atividades de Vida Diária (AVD) são as tarefas do cotidiano realizadas pelo paciente e se dividem em básica, instrumental e avançada, podendo ser realizadas pelo idoso de forma independente ou estarem comprometidas (CAMARANO, PASINATO, 2004; MORAES, 2012).

A autonomia depende da cognição (capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano) e do humor (motivação necessária para os processos mentais). A independência está relacionada à mobilidade (capacidade de deslocamento do indivíduo) e comunicação (capacidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio) (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; MORAES, 2012).

Hekman (2006) chama a atenção para os idosos frágeis, que são extremamente vulneráveis a uma piora na sua capacidade funcional. A fragilidade é diferente de incapacidade e tem sido definida como uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, que resulta em declínios cumulativos de múltiplos sistemas fisiológicos causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos. A presença de comorbidades é frequentemente utilizada como um marcador de fragilidade. São incluídos nos marcadores de fragilidade os declínios associados ao envelhecimento na massa corporal magra, força, resistência, equilíbrio, capacidade de marcha e pouca atividade. Para constituir fragilidade múltiplos componentes devem estar presentes (HEKMAN, 2006; MORAES, 2008).

O idoso que é independente para as AVD e portador de condições clínicas mais simples é classificado como robusto. Nos idosos frágeis o declínio funcional pode ser estabelecido ou iminente. Idosos com declínio funcional estabelecido apresentam comprometimento em um ou mais domínios: cognição, postura, mobilidade, continência esfinteriana e comunicação (MORAES, 2012).

Os idosos com declínio funcional iminente são os que possuem 80 anos e mais, portadores de polipatologia ou mais de 5 diagnósticos; polifarmácia ou utilização de mais de 5 drogas por dia; história de internações recentes; emagrecimento significativo não intencional no último ano (em torno de 4,5Kg ou  $\geq 5\%$  do peso corporal total); ou risco psicossociofamiliar elevado também denominado de insuficiência familiar. Esses idosos têm maior risco de desenvolver incapacidades (MORAES, 2012).

Os idosos frágeis podem ainda ser classificados como de alta complexidade se forem portadores de condições múltiplas, com alto grau de complexidade clínica, poli-incapacidades ou dúvida diagnóstica ou terapêutica. Tem-se ainda o idoso em fase final de vida, com alto grau de dependência física e baixa expectativa de sobrevivência (MORAES, 2012).

Estudos têm demonstrado a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos e condições de saúde na capacidade funcional dos idosos. Esses fatores são essenciais para o planejamento de estratégias de atenção à saúde e acompanhamento das demandas e desafios de interesse público. A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, uma vez que está relacionada à capacidade do indivíduo de permanecer na comunidade e desfrutar de sua independência até às idades mais avançadas. A prevenção e o controle das doenças crônicas podem melhorar as atividades e, conseqüentemente, promover o bem-estar desta população. Há necessidade de ampliar o acesso às unidades básicas de saúde pelos idosos portadores de condições crônicas e, daqueles com mais de 80 anos e dos portadores de incapacidade funcional (RODRIGUES et al., 2009; ALVES, LEITE, MACHADO, 2010; ARAÚJO et al., 2003).

## **2.2 Políticas Públicas e Organização da Atenção à Saúde do Idoso no Brasil**

A Política Nacional do Idoso (PNI - Lei 8.842), publicada em 1994, tem por objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, partindo do princípio fundamental de que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas”. O setor de saúde deve prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Secretaria de Estado de Assistência Social estabeleceu normas de funcionamento de serviços sociais de atendimento ao idoso brasileiro, com proposta de mudança dos paradigmas nas várias modalidades de atendimento, definindo parcerias, promovendo a integração intersetorial e a corresponsabilidade do Estado, da sociedade e da família (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A PNSI apresenta dois eixos norteadores: medidas preventivas com destaque para a promoção da saúde e, atendimento multidisciplinar específico para a população idosa. (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741) assegura aos idosos todas as oportunidades e facilidades para promoção da saúde física e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

À partir da Portaria GM/MS Nº 702, de 12 de abril de 2002, foram implementados os Centros de Referência em Assistência a Saúde do Idoso (CraSI). A Portaria SAS/MS Nº 249, de 12 de abril de 2002, estabelece as normas para cadastramento desses centros. O Centro de Referência deve possuir um Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso com atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar (MS, 2002).

No âmbito do SUS, o Pacto pela Vida (2006) definiu algumas estratégias e atribuiu à Área Técnica Saúde do Idoso do MS o acompanhamento das ações e a interface com outras áreas. Dentre outras, foram definidas as ações de acolhimento e assistência farmacêutica, sendo:

- Acolhimento: reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde; utilização do sistema de agendamento e marcação de consulta e da referência e contra-referência;
- Assistência Farmacêutica: qualificação da dispensação e do acesso da população idosa aos medicamentos. Através do Programa Farmácia Popular do Brasil ampliou-se o acesso aos medicamentos para hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, Doença de Parkinson, osteoporose e glaucoma; além de fraldas geriátricas o que beneficia a população idosa (MS, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH), propõe a concretização dos princípios do SUS nos serviços. O Acolhimento é um dos dispositivos utilizados na operacionalização da PNH e na saúde, é a forma de ouvir todos os que procuram o serviço. São ouvidas suas necessidades acolhendo-os e dando respostas mais adequadas. No acolhimento aos idosos os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população (MS, 2006).

As ações direcionadas ao idoso devem estimular o respeito à individualidade, autonomia, independência, o fortalecimento dos laços familiares entre outros fatores. Deve-se ter a perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, efetiva participação social do idoso etc., a fim de assegurar o envelhecimento ativo e saudável. O acolhimento requer um atendimento a todos com atenção, postura eficaz, segurança e ética. O trabalho deve ser realizado de forma a proporcionar um vínculo de respeito entre a equipe e o

usuário. Considerando-se as particularidades, os idosos devem ser tratados como pessoas que necessitam da atenção individual, que esta fase da vida exige (MG, 2006).

Para Filho, Uchoa e Lima-Costa (2006) o envelhecimento populacional tem implicações sobre os serviços de saúde, em termos de capacidade de demanda e de custeio. Os problemas crônicos de saúde dos idosos fazem com que eles utilizem muito os serviços de saúde e consumam um grande número de medicamentos. De acordo com os autores ocorre uso elevado de medicamentos entre idosos com pior estado de saúde (pior auto-avaliação de saúde e maior número de condições crônicas).

As fortes associações encontradas entre consumo de medicamentos, condições de saúde e uso de serviços de saúde reforçam o reconhecimento da importância do medicamento na atenção à saúde do idoso. O rápido envelhecimento populacional brasileiro e os riscos potenciais do uso de medicamentos em idade mais avançada reforçam a necessidade de que a assistência farmacêutica ao idoso seja uma preocupação constante dos planejadores em saúde, a fim de garantir o acesso ao medicamento e o uso com qualidade (FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006).

Em BH, a oferta de atenção primária do sistema de saúde tem dificuldades de ampliar o acesso do usuário, quando se considera o aspecto geográfico. Os serviços de urgência são mais procurados que a APS, mesmo nos casos em que seus problemas seriam resolvidos nesse serviço. Os usuários citam como limitação das UBS a não resolução de suas demandas, o atendimento lento e a não marcação de consultas para o mesmo dia, sendo necessário um planejamento com diagnóstico situacional, estudo das causas do problema visando organizar melhor a demanda (PIRES, 2009).

### **2.3 Modelos de Atenção à Saúde do Idoso**

Nos países em desenvolvimento, a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e epidemiológica de dupla ou tripla carga de doenças e o modo como se estruturam as respostas sociais às necessidades das populações. A situação de saúde em que ocorre predomínio de condições crônicas, não pode ser respondida por sistemas voltados para condições agudas e para a agudização de condições crônicas e organizado de forma fragmentada. Essa incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde para ser superada envolve a implantação das redes de atenção à saúde (RASs) (MENDES, 2010; MENDES, 2012).

A concepção de RAS foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. No Decreto Presidencial explicita-se que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2012).

As RAS implicam em atenção contínua nos níveis primário, secundário e terciário; com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. Conforme evidências as RAS podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação do usuário, além de reduzir custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O envelhecimento ativo e o cuidado integral constam das ações de promoção da saúde. Incluem também ações de incentivo à ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos; criação de programas para formação do cuidador da pessoa idosa e com condições crônicas. Para o cuidado integral são previstas ações que visem ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

Na última década houve redução de 20,0% aproximadamente nas mortalidades por DCNT. A expansão da APS e a melhoria da assistência poderiam ter contribuído para essa redução. O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde inclui o reforço da articulação da APS e os demais níveis de atenção e as redes de serviços (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

De acordo com a “Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção de Doenças Crônicas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o atual modelo de assistência à saúde não se mostrou eficaz para lidar com a prevenção e gestão das doenças crônicas. Acessibilidade e disponibilidade dos serviços, acesso a medicamentos essenciais, equipes multidisciplinares são fatores considerados essenciais. As doenças devem ser gerenciadas desde a prevenção passando pela detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e assistência paliativa (OPAS, 2007).

“Modelo de atenção à saúde é o sistema lógico que organiza o funcionamento da rede de atenção à saúde, articulando a população, segmentada e estratificada conforme o risco, com estrutura operacional” (MORAES, 2012).

Em 2003, Veras propôs um modelo reformulando a estrutura do sistema de porta de entrada utilizado nas unidades de saúde. Nesse modelo o idoso é captado, avaliado e referenciado adequadamente utilizando um instrumento específico para a identificação de risco, que permite priorizar o atendimento dos que mais necessitam de um serviço geriátrico, com suporte interdisciplinar, promovendo a reabilitação e diminuindo os riscos de hospitalização.

Em substituição ao modelo de atendimento que tem o hospital como peça central do sistema, Veras (2009) propôs desenvolver uma política com foco na manutenção da capacidade funcional, em programas de prevenção, na detecção precoce de doenças, no monitoramento de doenças crônicas, no sistema de médico personalizado, entre outras medidas. Esse modelo baseia-se em práticas preventivas, para a detecção precoce de agravos de saúde, independente da condição funcional. Os cuidados são oferecidos ao idoso de acordo com o grau de necessidade. Um modelo de atenção à saúde do idoso eficiente deve possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos. A ênfase deve ser conferida aos níveis básicos, com vistas a ofertar condições de promover um envelhecimento ativo (VERAS, 2011).

Berlezi et al., em 2011, desenvolveram um projeto de extensão universitária, no Município de Ijuí-RS, onde foi proposto um modelo de atenção ao idoso em situação de fragilidade e com risco médio a alto de internação ou reinternação hospitalar. Segundo os autores o grande desafio da implantação do modelo proposto está na capacidade da equipe de saúde de atuar de forma interdisciplinar e na integridade da atenção ao idoso. É fundamental o planejamento de todas as ações, a discussão individualizada dos casos e acompanhamento pela equipe.

Veras (2012a), relata as experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso, visando também demonstrar às operadoras médico-hospitalares brasileiras que é hora de mudar. Segundo Veras (2012a), nos Estados Unidos o maior problema dos modelos assistenciais é o foco exclusivo na doença e os programas realizados numa lógica hospitalocêntrica. No Reino Unido é priorizada a promoção da saúde, o cuidado

e a manutenção da autonomia. Os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth, recebem benefícios financeiros para a prática de exercícios e existem formas de triagem básica e avaliação de saúde em clínicas de diagnóstico e academias parceiras dos programas.

Uma vez que doenças crônicas não regredem, Veras (2012b), coloca como a melhor opção a estruturação de modelos que funcionam de modo integrado e que sejam capazes de dar conta do cuidado, caso contrário, o problema nunca será resolvido e os recursos serão utilizados inadequadamente. Um modelo de atenção à saúde do idoso eficiente deve estar bem estruturado quanto às ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos (VERAS, 2012b).

Mendes (2011), apud Moraes (2012), propôs um modelo de atenção às condições de saúde para utilização no SUS, estruturado em cinco níveis, considerando a estratificação por risco da população e o tipo de intervenção. O processo foi baseado no Modelo de Atenção Crônica, proposto em 1998 por Wagner, representando uma solução multidimensional. O modelo proposto foi subdividido em dois campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. Foi proposta a reorganização do sistema de atenção à saúde, redirecionamento do cuidado, suporte às decisões, auto cuidado apoiado, sistema eletrônico de informações clínicas robusto e a utilização de serviços e recursos comunitários.

Conforme Wong e Carvalho (2006), o envelhecimento ativo é uma forma de amenizar o risco de um desequilíbrio fiscal uma vez que idosos ativos e saudáveis consomem menos recursos. É descrito pelos autores a importância de redes sociais de apoio aos idosos. As redes sociais podem contribuir para o bem-estar dos mesmos sendo esta uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e melhoria das condições de vida. Estas redes devem incluir principalmente a família e os parentes mais próximos.

O cuidado deve conjugar ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação, o que exige pluralidade de saberes, trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e de preferência em rede. É necessário um profissional criativo e que saiba comunicar-se com os usuários e com os demais profissionais do serviço (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Os baixos índices de resolutividade do SUS, a insatisfação dos usuários e de muitos profissionais dos serviços vem expressar, entre outros fatores, o descaso com a área das relações interpessoais. Reconhecer o SUS como ordenador de recursos humanos na área da saúde exige mudanças curriculares, revisão do processo de trabalho e de gestão em saúde (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).



No cenário das políticas públicas na área da saúde, a formação dos profissionais de saúde demanda mudanças. A escola é um espaço privilegiado de conhecimento e discussão. É necessário potencializar as relações possíveis de serem desenvolvidas entre professores e estudantes que representarão no futuro as relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, isto é, entre quem cuida e quem é cuidado (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

As ações de promoção da saúde implicam o desenvolvimento de tecnologias que exigem o desenvolvimento de métodos e técnicas e instrumentos de comunicação social e marketing sanitário. Com o princípio de socialização de conhecimento acerca de estratégias e práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida, a Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ), tem subsidiado a formação de novos sujeitos das práticas de saúde (CALDAS, 2010).

O Ministério da Saúde, desde 2009, tem ampliado a comunicação e educação em saúde por meio de tecnologias mais participativas, rápidas e populares. Para o MS as mídias sociais, com suas novas formas de interação e utilização da internet, foram grandes aliadas no enfrentamento de crises, mobilização para campanhas e esclarecimentos específicos à população. Observa-se um ganho fundamental para o campo da saúde pública no Brasil, entretanto, ainda existe uma grande parcela da população brasileira que está excluída digitalmente e privada de outros benefícios relacionados à saúde (CUNHA et al, 2010).

#### **2.4 A regionalização da saúde em Minas Gerais**

A descentralização é um dos princípios do SUS que guarda maior transversalidade com os demais, sendo estruturante das políticas de saúde nacionais, por meio da articulação e cooperação entre União, Estados e Municípios (BELTRAMMI, 2008).

Em MG, a regionalização da assistência foi uma das diretrizes constitucionais adotadas para a organização do SUS, permitindo a descentralização dos serviços. Em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e, posteriormente, de 2002, foi estabelecido o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG), tendo em vista a qualidade do atendimento e adequação dos recursos financeiros (MALACHIAS; LELES; JUNIOR, 2010).

O PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias, conforme consenso com as três esferas de governo e com base em conceitos, critérios e metodologias próprias. O objetivo do plano é garantir o acesso a todos os níveis de atenção, com atendimento o mais próximo da residência

do usuário do sistema, sendo que os serviços de APS seriam em seu município, o de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade (MALACHIAS; LELES; JUNIOR, 2010).

Foi proposta a implantação de 13 Centros de Referência que seriam os Centros Mais Vida, visando a habilitação dos profissionais da rede pública de saúde, para a atenção global e multidisciplinar do idoso e descentralização da atenção, por meio da rede de atenção à saúde do idoso (SES/MG, 2008).

Estes centros deveriam contar com equipe multiprofissional, disponibilizando ações interdisciplinares para a população idosa de risco, com suporte técnico aos profissionais da equipe, conectados em rede aos pontos de atenção, tendo como porta de entrada a APS. O propósito seria oferecer abordagem global e multiprofissional, tendo como estratégias a intervenção precoce, a promoção, a recuperação da saúde da população idosa e a identificação de situações de vulnerabilidade (SES/MG, 2008).

O processo de territorialização considera que a inserção espacial de uma população resulta em diferenças marcantes nas condições de vida e morte e também nas suas formas de organização e recursos aplicados. A regionalização da saúde busca um novo modelo de gestão que tem o foco no território e na responsabilidade sanitária, na melhoria dos processos de trabalho, na qualificação e utilização da informação e no planejamento como instrumento organizador da gestão (TEIXEIRA et al., 2012).

## **2.5 Belo Horizonte e a regionalização da saúde no SUS**

A regionalização é uma das estratégias nucleares da descentralização. Os Estados assumem um papel decisivo, se responsabilizando em dar condições para que os Municípios consigam desempenhar de forma plena e articulada seu papel como ente federativo. Os Municípios, por sua vez, devem enfrentar de forma decisiva suas realidades adversas, a fim de conhecer de forma assertiva quais suas reais necessidades a serem compartilhadas no âmbito regional. O fortalecimento da célula municipal é o alicerce do pacto federativo. Sem ele, nem Estados, nem a União lograriam êxito diante do desafio da regionalização que guardem transversalidades com este núcleo da descentralização do SUS (BELTRAMMI, 2008).

A SMSA/BH, organiza os serviços de saúde em nove Distritos Sanitários (DS), os quais correspondem às administrações regionais (Unidades de Planejamento). Dessa forma é definido o espaço geográfico, populacional e administrativo de abrangência dos DS. Cada

Distrito tem unidades básicas, os Centros de Saúde (CS), unidades secundárias (Policlínicas, Centros de Referência em Saúde Mental etc), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), além da rede hospitalar pública e contratada (PBH, 2010).

As áreas de abrangência dos 147 CS são delimitadas em função da circulação ou fluxo de trabalhadores da saúde e da população num território. Sua estruturação se orienta pela existência de barreiras geográficas impeditivas de uma livre circulação. Trata-se de um território no qual se determina a corresponsabilidade pela saúde entre população e serviço, uma referência espacial de organização da prática de atenção à demanda (PBH, 2010).

Os CS são divididos em microáreas (subdivisão desta área de abrangência) de acordo com a homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, reúnem espaços onde se concentram grupos populacionais internamente homogêneos levando em consideração condições objetivas de existência. Considerando as características do grupo populacional residente, o objetivo dos CS é a condução da vigilância à saúde com ações interdisciplinares e intersetoriais. A microárea tem como unidades internas de análise e acompanhamento, a moradia, espaço de vida de uma microunidade social, a família nuclear ou estendida. Na moradia ocorrem as intervenções de saúde, visando à promoção do bem-estar da população (PBH, 2010).

## **2.6 O Centro Mais Vida e o Hospital das Clínicas da UFMG**

A UFMG realiza a gestão do HC há mais de 80 anos. O HC/UFMG foi inserido progressivamente no SUS e adquiriu importância fundamental como serviço de referência para pacientes complexos da rede municipal, metropolitana e estadual (HC/UFMG, 2012).

A UFMG trabalha com a perspectiva de que os processos de gestão possam promover maior qualificação do trabalho em saúde, tendo a integralidade do cuidado como eixo orientador dos modelos assistenciais de ensino, pesquisa e de gerenciamento (COSTA et al., 2010).

Para Costa et al. (2010) o papel social exercido pelo Hospital Universitário é caracterizado pela inserção na rede como uma estação de cuidados, responsável pelo desenvolvimento de um modelo assistencial que atenda às demandas do SUS, às especificidades de instituição formadora de diferentes profissionais, sob controle e avaliação das centrais de regulação entre outros. O HC/UFMG é um hospital universitário federal, em processo contínuo de transformação, em que as diretrizes políticas do projeto institucional buscam construir novas práticas assentadas na concepção de rede de cuidado e ensino em

saúde, preservando os pilares da missão organizacional e de sua participação na UFMG (HC/UFMG, 2012).

O HC/UFMG é referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade, e atua como campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia. A totalidade dos pacientes atendidos é proveniente do SUS, sendo cerca de 40% do interior do Estado de MG (HC/UFMG, 2012).

Atualmente, o complexo hospitalar é formado por um edifício central, o Hospital São Vicente de Paulo e 07 prédios anexos para atendimento ambulatorial, sendo o IJAF de atenção à saúde do idoso e da mulher (HC/UFMG, 2012).

O HC/UFMG presta serviço especializado ao idoso desde 1996, a partir da criação do Ambulatório de Geriatria e em 1999 tornou-se o Núcleo de Geriatria e Gerontologia (NUGG-HC), responsável pela integração das ações voltadas para o envelhecimento. As atividades do ambulatório foram ampliadas, reforçando o caráter interdisciplinar, com a incorporação da fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, educação física, psiquiatria, entre outras (MORAES; MARINO, 2010).

O IJAF é a sede do Programa Mais Vida e possui uma área construída de 2.000m<sup>2</sup>, com 27 consultórios adaptados e informatizados, ginásio de reabilitação de fisioterapia com piscina para hidroterapia, sala de reabilitação cognitiva, mini-casa para treino de atividades de vida diária domiciliares, sala para densitometria óssea, moderno auditório com capacidade para 60 pessoas, além de diversas salas de aula para dinâmica de grupo e capacitação. Tem a capacidade de atendimento de 1.000 primeiras consultas/mês, 800 consultas subsequentes/mês e 600 consultas/sessões de reabilitação/mês, totalizando 2.400 procedimentos na forma de consultas por mês (HC/UFMG, 2012).

A SES/MG, em parceria com SMSA/PBH, e o HC/UFMG em setembro de 2010, credenciou o NUGG-HC, como CENTRO MAIS VIDA DA MACRORREGIÃO CENTRO I para o município de Belo Horizonte, com a atribuição de desenvolver o Programa MAIS VIDA (HC/UFMG, 2012).

A Rede Mais Vida é considerada prioridade do Governo Estadual na área da saúde, e tem como finalidade a melhoria da qualidade de vida do idoso, busca a manutenção da capacidade funcional e autonomia do indivíduo por meio da promoção de hábitos saudáveis de vida e do diagnóstico precoce, visando diminuir as incapacidades. É uma rede composta por equipes da APS, Centro de Atenção Secundária à Saúde (Centro Mais Vida), hospitais de

referência, redes de reabilitação, cuidados paliativos, hospital dia e atenção domiciliar (HC/UFMG, 2012; SES/MG, 2010).

As especialidades médicas disponíveis são geriatria, psicogeriatrics, clínica médica, reumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, patologia clínica, medicina paliativa e acupuntura e as especialidades não médicas são: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, farmácia, nutrição, neuropsicologia, odontologia e musicoterapia. Oferece também assistência domiciliar e acompanhamento de idosos residentes em instituições de longa permanência filantrópicas (HC/UFMG, 2012).

O Centro Mais Vida é um ponto de atenção secundária da rede de atenção à saúde do idoso e atua de forma especializada para o idoso de alto risco ou o idoso frágil, referenciado pela equipe da APS (SES/MG, 2010).

A relação de parceria entre os especialistas e os médicos da APS (sistema de referência e contrareferência) é realizada por meio de uma comunicação fluida, em que o médico da APS consulta o especialista em caso de dificuldade de fazer um diagnóstico, metas de tratamento não atingidas e tratamento muito especializado. Deve ser definido pelo médico da APS a razão pela qual está solicitando a consulta; fazer as perguntas que gostaria de ver respondidas pelo especialista; listar os procedimentos que está fazendo, principalmente os medicamentos; relacionar os resultados que tem obtido; e dizer o que espera que o especialista faça (HC/UFMG, 2012).

O Programa Mais Vida realiza a consulta inicial de todo idoso com objetivo de avaliá-lo de forma multidimensional, definindo suas condições de saúde sendo elaborado um plano de cuidados. A marcação de primeiras consultas é feita pela APS junto ao Sistema de Regulação (SISREG) ou Central de Marcação de Consultas (CMC). O paciente após avaliação é contrareferenciado com o seu plano de cuidados definido. Os idosos frágeis de baixa complexidade são reencaminhados para a atenção primária, que será responsável pela implantação do plano de cuidados, com apoio matricial feito pela equipe Mais Vida (MORAES, 2012).

## **2.7 Avaliação geriátrica do idoso no Centro Mais Vida do HC/UFMG**

O atendimento ao idoso frágil no Centro Mais Vida é realizado conforme o fluxo de encaminhamento e integra os serviços da rede pública da Macrorregião Centro I. Ao receber o idoso referenciado da APS a operacionalização do trabalho ocorre por meio da participação de toda a equipe multiprofissional, desde a porta de entrada até a elaboração do plano de

cuidados estabelecido mediante detecção dos problemas de saúde. Cada setor do trabalho interdisciplinar apresenta critérios de encaminhamento definidos considerando a abordagem multidimensional adotada no serviço (MORAES, 2012b).

Considerando a complexidade dos problemas que afetam os indivíduos idosos, a avaliação geriátrica deve ser de maneira organizada e sistemática. Na avaliação clínica e funcional do idoso avalia-se as incapacidades relacionadas à independência e autonomia para realização das atividades de vida diária (funcionalidade global), presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação) relacionando-os com as síndromes geriátricas. Dentre outras, deve-se considerar a presença de disfunções dos sistemas fisiológicos principais e doenças relacionadas. É importante ter informações fidedignas sobre o estado de saúde do idoso (MORAES, 2012b).

O funcionamento da cognição, humor, mobilidade e comunicação deve ser avaliado pelos geriatras rotineiramente. A perda dessas funções leva à incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, isto é, às “grandes síndromes geriátricas”. O desconhecimento dessas particularidades do idoso pode levar a intervenções capazes de piorar sua saúde, o que é conhecido como iatrogenia (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; MORAES, 2012b).

Por meio do “Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso – Centro Mais Vida Macrorregião Centro I” (Anexo A) o idoso é avaliado pelo médico e enfermeiro e de acordo com suas necessidades são solicitados exames complementares e/ou avaliado pelos demais profissionais. Após a avaliação, pelo médico, dos resultados dos exames solicitados é elaborado o Plano de Cuidados (SES/MG, 2010; MORAES, 2012b).

## **2.8 O Plano de Cuidados**

O plano de cuidados (Anexo B) é um conjunto de orientações de cuidado e prescrições, com finalidade de estabelecer de forma segura e resolutiva o acompanhamento do idoso. Visa manutenção ou recuperação da saúde garantindo a integralidade do cuidado. São definidos os problemas de saúde do paciente, as intervenções a curto, médio e longo prazo, com as justificativas para mudanças, quais os profissionais e equipamentos de saúde necessários para realizar as intervenções propostas (MORAES, 2012b).

Busca-se a melhoria da independência e autonomia do paciente e de sua família, com elaboração compartilhada de metas terapêuticas, havendo engajamento do paciente e se sua

família nas decisões clínicas. As intervenções clínicas podem prevenir (ações preventivas ou promocionais), curar (ações curativas/paliativas) ou reabilitar (MORAES, 2012b).

O plano de cuidados é elaborado após as avaliações interdisciplinares e realização dos exames complementares. Ocorre reunião da equipe que realizou o atendimento para definição dos diagnósticos das condições de saúde observadas, sugestão de intervenções indicadas para o caso. Por meio deste plano o paciente será norteado em seu percurso entre a categoria médica e não médica e também entre os programas do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nessas ações ocorre participação integrada da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, serviço social, odontologia, farmácia, nutrição, odontologia, dentre outras. O nível de comunicação entre os profissionais da equipe reflete na qualidade do trabalho realizado, nos resultados obtidos e no tempo dispendido para a realização das ações (MORAES, 2012b).

A execução do plano de cuidados ficará a cargo do paciente (autocuidado apoiado) bem como dos profissionais da área da saúde (atenção profissional). Por meio do autocuidado apoiado é enfatizado o papel central do usuário no gerenciamento de sua própria saúde, o uso de estratégias de apoio para a autoavaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas e o monitoramento das intervenções propostas. A atenção profissional é representada pela equipe responsável pela elaboração compartilhada do plano de cuidados e pelo monitoramento do usuário. Na gestão colaborativa do cuidado os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se tornarem parceiros na implementação do plano de cuidados (MORAES, 2012b).

Ao idoso frágil a continuidade ou coordenação do cuidado é muito importante. Idosos frágeis de baixa complexidade são reencaminhados para a APS onde terá o plano de cuidados implantado com apoio matricial pela equipe Mais Vida. Para os pacientes de alta complexidade a atenção profissional deve estar mais próxima na implantação do plano de cuidados. Os CS de BH, conforme a regional e a população de idosos, estão distribuídos entre as equipes Mais Vida (médico e enfermeiro) permitindo maior vinculação das equipes de saúde da família às equipes Mais Vida e co-reponsabilização do cuidado e apoio matricial (SES/MG, 2010; MORAES, 2012a; MORAES, 2012b).

Mediante a demanda apresentada pelo IJAF em caracterizar os pacientes atendidos pelo Programa Mais Vida, o presente trabalho considerou como variáveis as informações sócio demográficas e clínico-funcionais que constam do plano de cuidados. A elaboração do plano de cuidados é baseada nas informações contidas no “Protocolo de Avaliação

Multidimensional do Idoso – Centro Mais Vida Macrorregião Centro I’ utilizado pela equipe para avaliação global do idoso (SES/MG, 2010; MORAES, 2012b).

Conforme a Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais em 2010 (SES/MG), o perfil demográfico exerce impacto sobre a demanda de serviços de saúde e as informações sobre as condições de saúde da população idosa podem contribuir para o planejamento da atenção à saúde, nas ações de promoção, curativas e de reabilitação.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil clínico e funcional dos idosos atendidos no Centro Mais Vida da Macrorregião Centro I de Belo Horizonte, no período de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o perfil sócio demográfico em relação ao sexo, idade e escolaridade dos idosos atendidos pelo Centro Mais Vida, de janeiro a dezembro de 2011;
- Caracterizar o perfil funcional quanto à cognição, humor, mobilidade e comunicação;
- Identificar as doenças e condições de saúde mais frequentes;
- Identificar o número de medicamentos utilizados por idoso;
- Identificar o número de encaminhamentos realizados para o serviço de Geriatria de Referência e outras especialidades médicas.

## 4 MÉTODO

Foi realizado estudo descritivo transversal com objetivo de caracterizar o perfil clínico e funcional dos idosos atendidos no Centro Mais Vida da Macrorregião Centro I de Belo Horizonte, no período de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas.

*Primeira etapa:*

### *a) Revisão bibliográfica*

O levantamento bibliográfico foi realizado no site da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Centro Latino Americano e do Caribe em “Informação em Saúde” ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)) e nas bases de dados das Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane (COCHRANE); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se também como fonte de dado o sistema de procura do Google (<http://www.google.com.br/>) no qual foram pesquisados artigos científicos, dissertações, teses e livros.

Foram elaboradas estratégias de busca abrangentes conforme os objetivos definidos para a pesquisa e os descritores Idoso, Idoso Fragilizado, Serviços de Saúde para Idosos, Atenção Primária à Saúde entre outros que constam do Apêndices A e B.

Na leitura dos resumos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos científicos com palavras-chave dentro do tema “idoso” e definidas nas estratégias; nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados entre os anos de 2002 e outubro de 2012 (últimos 10 anos). Foram excluídos artigos com indisponibilidade de resumos nas bases de dados, com títulos ou resumos sem relevância para o tema proposto, e os que não preencheram pelo menos um dos critérios de inclusão estabelecidos (Apêndice C).

Após a seleção dos estudos científicos, elaborou-se uma planilha contendo título, referência bibliográfica, palavras-chave e resumo.

### *b) Definição da população do estudo*

A população do estudo é composta por 4.574 idosos agendados para primeira consulta no Centro Mais Vida do HC/UFMG, de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2011, encaminhados pela APS em BH.

Foi preparada uma planilha com o nome dos idosos agendados para consultas e registrados no SISREG/PRODABEL (Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte S/A – ex. Cia. de Processamento de Dados do Município de Belo

Horizonte). Excluiu-se as consultas não realizadas e os agendamentos subsequentes, no caso de mais de uma consulta agendada. As remarcações de consulta não foram consideradas uma vez que foi realizada análise dos planos de cuidado. A relação obtida foi organizada por ordem alfabética e por distrito sanitário.

Realizou-se o cálculo da população amostral considerando um erro amostral de 3%. Foram selecionados 894 idosos, por estratificação, segundo os Distritos Sanitários que compõem a Macrorregião Centro I de Belo Horizonte. Os planos de cuidado foram identificados de acordo com os números selecionados aleatoriamente. Quando não se localizava o plano de cuidado buscava-se pelo número anterior. Para a seleção dos números aleatórios foi utilizada a função “aleatório” do programa Microsoft Excel, versão 2007.

A distribuição da população estudada e da amostra, por Distrito Sanitário de Belo Horizonte é apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1** Frequência da população estudada e amostral por Distrito Sanitário de Belo Horizonte.

	DISTRITOS SANITÁRIOS	POPULAÇÃO		FREQUÊNCIA RELATIVA
		ESTUDADA (N)	AMOSTRAL (N)	
1	BARREIRO	485	95	10,6%
2	CENTRO-SUL	277	54	6,1%
3	LESTE	668	131	14,6%
4	NORDESTE	1028	201	22,5%
5	NOROESTE	594	116	13,0%
6	NORTE	273	53	6,0%
7	OESTE	553	108	12,1%
8	PAMPULHA	281	55	6,1%
9	VENDA NOVA	415	81	9,1%
Total		4574	894	100,0%

Fonte: elaboração do autor

Os DS de BH e o número dos CS, com os quais foi desenvolvido o estudo constam da Tabela 2. Verifica-se que os DS do Noroeste, Barreiro e Norte têm maior número de CS.

**Tabela 2** Distritos Sanitários e número de Centros de Saúde, Belo Horizonte, 2012.

DISTRITOS SANITÁRIOS		Nº DE CENTROS DE SAÚDE
1	BARREIRO	20
2	CENTRO-SUL	12
3	LESTE	14
4	NOROESTE	21
5	NORDESTE	15
6	NORTE	19
7	OESTE	17
8	PAMPULHA	12
9	VENDA NOVA	16
Total		146

Fonte: Oficina de Trabalho Atenção à Saúde do Idoso.  
Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: Programa de Atenção ao Idoso do HC-UFMG, 2012.

*Segunda etapa:*

*a) Preparação do Instrumento e Coleta de dados*

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento (Apêndice E), baseado nas informações que constam do Plano de Cuidado que é utilizado pelo IJAF (Anexo A).

O instrumento de coleta foi testado sendo realizadas as adequações necessárias. Fez-se a busca dos planos de cuidado no Sistema de Informação do IJAF. A coleta dos dados foi feita pela pesquisadora, diretamente, dos planos de cuidado dos idosos selecionados. Os dados coletados foram conferidos. As observações suspeitas foram conferidas e os erros encontrados, corrigidos. Em caso de dúvidas estas eram esclarecidas pelo coordenador do Programa Mais Vida ou se necessário por outro profissional do programa.

*b) Preparação do banco de dados*

Após a coleta, foi construído o banco de dados, utilizando o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20. A montagem do banco de dados foi iniciada com criação da tela de entrada de dados, conforme o instrumento de coleta. Para as variáveis dicotômicas, os códigos utilizados foram “zero” para não e “um” para sim. Para a variável contínua “idade” os dados foram lançados por faixas etárias prefixadas. As variáveis “sexo” e “escolaridade” foram agrupadas em duas ou mais categorias. A variável “número de medicamentos” foi mensurada em quantidade.

*c) Análise estatística*

Utilizando pacote estatístico SPSS versão 20 foram analisadas as frequências absoluta e relativa das variáveis de interesse. Para sintetizar os dados foram construídas tabelas de distribuição de frequência. Utilizou-se também de diagramas de barras ou setores para representar as variáveis (SIQUEIRA; TIBÚRCIO,2011).

O projeto elaborado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, conforme Resolução número 196, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o número CAAE – 12295413.0.0000.5149 e pela Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HC da UFMG PROCESSO Nº 73/12 (Anexos B e C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 894 planos de cuidado. Houve uma perda de treze planos de cuidado da amostra, sendo que três eram de indivíduos com menos de 60 anos, em dez havia falta de informações, não sendo possível a coleta de variáveis de interesse da pesquisa.

Dos 881 indivíduos pesquisados, 229 eram do sexo masculino (26,0%) e 647 (73,4%) do sexo feminino, como mostra a Tabela 3. De acordo com Camarano e Pasinato (2004), constata-se que “o mundo dos idosos é um mundo das mulheres”, com prevalência expressiva de mulheres ao longo das décadas e predominância nas áreas urbanas. O crescimento mais acentuado da população feminina é um padrão internacional e deu origem ao termo “feminilização da velhice” (CAMARANO, 2008).

Quanto à idade observa-se que 18,8% dos idosos participantes do estudo estão na faixa etária de 60 a 69 anos; e que o restante se divide, quase na mesma proporção, entre as faixas 70 a 79 e 80 anos e mais, sendo de 40,5% e 40,6%, respectivamente. A idade acima de 80 anos é o primeiro critério de identificação do risco na população idosa com perfil de fragilização o que leva à maior demanda por serviços de saúde. O resultado encontrado em relação à idade vem de encontro com um dos critérios considerados na situação de risco (idoso frágil), isto é, com capacidade funcional comprometida.

De acordo com a literatura, observa-se que a os idosos, que estão aumentando em maior proporção e de forma muito mais acelerada, são os idosos denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada (idade igual ou mior que 80 anos) (MS, 2006).

Segundo Alves, Leite e Machado (2008), a análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, quanto às características demográficas e socioeconômicas, sugere que os perfis mais fragilizados são de mulher em idade mais avançada.

Em relação à escolaridade verifica-se que 559 (63,5%) dos idosos tem ensino fundamental. Observa-se também um grande número de analfabetos (26,9%) e que apenas 44 frequentaram ensino médio ou superior (5%). Os resultados descritos podem ser observados na Tabela 3.

**Tabela 3** Perfil sócio demográfico dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

		NÚMERO	FREQUÊNCIA RELATIVA
<b>SEXO</b>	Feminino	647	73,4%
	Masculino	229	26,0%
	Não informado	5	0,6%
<b>IDADE</b>	80 anos e mais	358	40,6%
	70 a 79 anos	357	40,5%
	60 a 69 anos	166	18,8%
<b>ESCOLARIDADE</b>	Analfabeto	237	26,9%
	Fundamental incompleto	522	59,3%
	Fundamental completo	37	4,2%
	Médio completo	19	2,2%
	Médio incompleto	16	1,8%
	Superior completo	6	0,7%
	Superior completo	3	0,3%
	Não informado	41	4,7%

Fonte: elaboração do autor

Fernandes et al. (2009), observaram na população estudada, baixo nível de instrução sendo que 38% nunca haviam frequentado a escola, 29% sabiam apenas ler e escrever, 18% possuíam ensino fundamental incompleto e 6% possuíam ensino fundamental completo. Apenas 5% tinham ensino médio incompleto, 2% concluíram o ensino médio e 2% concluíram o ensino superior. Para os autores a escolaridade de baixo nível afeta a saúde dos idosos porque implica em dificuldades no tratamento. Pode-se citar como exemplo o manuseio de medicamentos, o seguimento de dietas ou prescrições. É necessário que os profissionais de saúde tenham cuidado com a linguagem utilizada no processo de comunicação com os idosos.

Araújo et al. (2003), em estudo realizado em idosos atendidos por um Programa da Saúde da Família (PSF), em Goiás, encontraram predominância de mulheres, com 45% dos indivíduos analfabetos. Apenas 5,4% dos que conseguiram chegar à escola, puderam completar o curso primário e 49,6% tinha primário incompleto.

Leal et al. (2009), encontraram como resultado do estudo realizado em idosos atendidos em ambulatório geronto-geriátrico, maior número de mulheres (76,5%) na faixa etária de 80 anos e mais. Quanto à escolaridade, 12,9% dos idosos eram analfabetos e 37,1% tinham o primeiro grau incompleto e foi o mais prevalente.

Giacomin et al. (2008), em estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de BH, encontraram uma média de idade de 69,7 anos, predominância do sexo feminino (58,9%) e baixa escolaridade, sendo que apenas 26,8% tinham oito ou mais anos de escolaridade completa, o que vem corroborar os resultados encontrados neste estudo.

Em estudo realizado sobre fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda, realizado por Júnior e Guerra, em 2008, em Natal, os autores observaram uma média de 70 anos de idade, com predominância de viúvas, de baixo nível de escolaridade (38% analfabetos) e com baixa classificação sócio-econômica (69,2% nas classes “D” e “E”).

Noronha e Andrade, em 2005, realizaram um estudo para investigar as desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos da América Latina, tendo como base os dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), realizado em 2000. Foi observado que as cidades dos países com piores indicadores sociais tendem a apresentar maiores desigualdades em saúde e na utilização dos serviços de saúde.

A caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro, quanto à vulnerabilidade social e programática, realizada por Sthal, Berti e Palhares em 2010, encontrou a maioria de idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos (73,4%). Entre os idosos do estudo, 41,79% não tinham nenhum ano de estudo e 50,75% tinham de 1 a 4 anos de estudo.

Andrade et al., em 2011, realizaram estudo em 3363 indivíduos de domicílios distintos em Minas Gerais com representatividade da população de MG, Região Metropolitana de BH e Capital. O intervalo etário pesquisado foi de 18 a 64 anos. Os autores relatam que pessoas idosas, com menor nível de escolaridade, pertencentes às classes sociais mais baixas, com menor nível de renda familiar e pior saúde auto-avaliada, usualmente, são correlacionados com maiores proporções de indivíduos que reportam possuir alguma limitação.

Quanto ao comprometimento da funcionalidade global dos idosos pesquisados nesse estudo observa-se maior perda em relação à visão em 72,6%, postura em 53,9%, cognição em 52,1%, humor em 51,9% e continência urinária em 50,4%, conforme Tabela 4.



**Tabela 4** Comprometimento da funcionalidade global dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

	NÚMERO	FREQUÊNCIA RELATIVA	
<b>COMPROMETIMENTO FUNCIONAL GLOBAL</b>	Visão	640	72,6%
	Postura	475	53,9%
	Cognição	459	52,1%
	Humor	457	51,9%
	Continência urinária	444	50,4%
	Sono	380	43,1%
	Audição	306	34,7%
	Continência fecal	122	13,8%
	Fala	92	10,4%
	Preensão	44	5,0%

Fonte: elaboração do autor

Muniz et al. (2007), em estudo realizado em Hospital Escola Público da Região Norte do Paraná, relataram a acuidade visual diminuída como um dos fatores que contribuíram para a alta incidência de fratura do terço proximal de fêmur. Conforme o estudo realizado por Araújo et al. (2003), 45% dos idosos entrevistados apresentavam visão ruim, o que teria interferido na locomoção e no desempenho das atividades corriqueiras, 60% dos idosos referiram boa audição.

Segundo Moraes (2012), a postura é um dos fatores que influencia a capacidade de deslocamento. A instabilidade postural é frequente nos idosos podendo causar quedas, que podem ocorrer em 30 % dos idosos, e imobilidade. As quedas apresentam altas taxas de recorrência e constituem a sexta causa *mortis* de idosos.

A prevalência de depressão sofre influência dos critérios utilizados e da metodologia de rastreamento. A depressão “subsindrômica” pode não ser reconhecida ou tratada. Segundo Chaimowicz, 2006, existem poucos inquéritos sobre a prevalência de transtornos depressivos em idosos no Brasil. É citado pelo autor, Blay e cols. (1991) que relatam 14% de diagnóstico em uma amostra de São Paulo com 65 anos ou mais; Veras e Murphy (1994) que informam sobre estudo de idosos do Rio de Janeiro com 26% de diagnóstico (CHAIMOWICZ, 2006).

A deteriorização cognitiva observada na Pesquisa SABE-São Paulo, 2003 teve uma prevalência de 6,9%. A depressão teve prevalência de 18,1%. A hipertensão arterial foi a doença crônica mais encontrada, com um resultado de 53,3% (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Em Catanduva (SP), um inquérito epidemiológico avaliou a prevalência de demência em amostra aleatória de 1656 idosos com 65 anos e mais. A análise multivariada demonstrou

associação com o sexo feminino (prevalência de 10% e os homens 5%) e idade. Enquanto, no grupo de 65-69 foi de 2%, no grupo de 85 e mais, foi de 39% (CHAIMOWICZ, 2006).

As condições de saúde mais frequentes encontradas no estudo realizado foram hipertensão arterial em 656 idosos, o que corresponde a 74,5% da amostra; distúrbios de visão em 380 (43,1%) e depressão em 329 (37,3%). Podemos constatar que demência, diabetes mellitus, distúrbios de audição e constipação intestinal estão presentes em um número significativo de indivíduos e são apresentadas na Tabela 5.

**Tabela 5** Doenças e condições de saúde dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

	NÚMERO	FREQUÊNCIA RELATIVA	
<b>DOENÇAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>	Hipertensão arterial	656	74,5%
	Distúrbios de visão	380	43,1%
	Depressão	329	37,3%
	Demência	231	26,2%
	Diabetes mellitus	211	24,0%
	Distúrbios de audição	177	20,1%
	Constipação intestinal	166	18,8%

Fonte: elaboração do autor

Segundo Ramos (2003), em estudo populacional com avaliação multidimensional de idosos, realizado em São Paulo em 1984, a população de idosos apresentava uma alta prevalência de doenças crônicas sendo a hipertensão arterial a principal delas.

Em estudo realizado por Batista, Vieira e Silva (2012), em um Centro de Convivência em Teresina, Piauí, encontraram predominância da faixa etária de 66 a 70 anos, sexo feminino e escolaridade primária. As idosas de baixa renda executavam sozinhas as atividades domésticas por não terem condições de contratar alguém para ajudar nessas atividades. Apresentaram como principais problemas de saúde a hipertensão arterial (43,6%) seguida de doenças osteoarticulares.

Silva, Silva e Bousso (2010) descreveram os idosos frágeis atendidos em uma unidade de saúde da família, observando que 49% tinham entre 70 e 79 anos, 53% eram mulheres, 31% eram analfabetos e 23,5% tinham até 4 anos de aprovação escolar. Em relação a patologias, 80,4% apresentavam hipertensão arterial e 41,2% acidente vascular.

Torres et al. (2009), em estudo para caracterização sócio-demográfica e de saúde dos idosos dependentes residentes em domicílio, encontraram os seguintes resultados: maior frequência de idosos do sexo feminino (70,09%), viúvos (46,15%) e não alfabetizados (63,25%). Os problemas de saúde estavam presentes em 93,16% dos idosos, sendo 84,60% com até duas patologias. As patologias mais frequentes eram a hipertensão arterial (23,10%), acidente vascular encefálico (11,10%) e artrose em joelhos (6,80%). A maioria dos idosos (78,60%) fazia uso de medicamentos controlados, a medicação mais utilizada era o anti-hipertensivo (47,80%) e 81,20% fazia uso de até duas medicações diárias.

Schmidt et al., em 2009, realizaram estudo de prevalência de diabetes e hipertensão, no Brasil, baseada em inquérito de morbidade auto-referida. Foram analisados dados referentes a 54.369 indivíduos com idade  $\geq 18$  anos entrevistados pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 27 capitais brasileiras. Entre os homens, a prevalência de diabetes auto-referida foi de 5,3%, para o conjunto dos municípios estudados, e 6,0% entre mulheres. A prevalência de hipertensão auto-referida foi de 21,6% para o conjunto dos municípios, entre homens e 24,4% entre mulheres.

No Estudo Gênesis (Gene Environmental System Interactions on Aging) de Veranópolis (RS) observou-se que episódios de depressão são frequentes em idosos longevos e causam impacto na qualidade de vida estando frequentemente associados à ansiedade (CHAIMOWICZ, 2006).

Segundo Fratiglioni e Amaduci (1990) apud Abreu, Forlenza e Barros, 2005, a demência é uma das maiores causas de morbidade entre idosos e tem prevalência de 2% a 25% dos pacientes com 65 anos ou mais. Também é citado pelos autores, Marinho et al. (1997) que apontam a doença de Alzheimer como a causa mais comum de demência no idoso; e Jorm e Jacomb (1987), para os quais essa doença afeta pelo menos 5% dos indivíduos com mais de 65 anos e 20% com mais de 80 anos.

No estudo de Ouro Preto /MG, Chaimowicz e Coelho, 2004 apud Chaimowicz, 2006, relatam que entre os idosos avaliados, 62% referiram má visão e destes, 33% tinham restrição de algum tipo de atividade; 44% relataram dificuldade para ouvir, 69% para entender palavras e 31% para assistir televisão, ou ouvir rádio ou conversar ao telefone.

O número de medicamentos prescritos para os indivíduos da pesquisa ficou entre, um e doze, com uma média de 6,5 medicamentos, podendo ser observado na Tabela 6. Os que não utilizavam representou 4,4% (39 idosos). Segundo Costa et al. (2008) apud Fernandes (2009), são vários os fatores que levam à polifarmácia no idoso. É destacado o acesso

facilitado a medicamentos e a reduzida frequência de uso de meios não-farmacológicos para tratar doenças.

Araújo (2004) apud Chaimowicz, 2006, realizou um estudo de amostra probabilística representativa de classe média-baixa em Belo Horizonte (MG) avaliando a utilização de medicamentos por 242 idosos com 60 anos ou mais, por meio de inquérito estruturado. Eram utilizados quatro medicamentos, em média, sendo que 34% deles consumiam medicamentos inadequados.

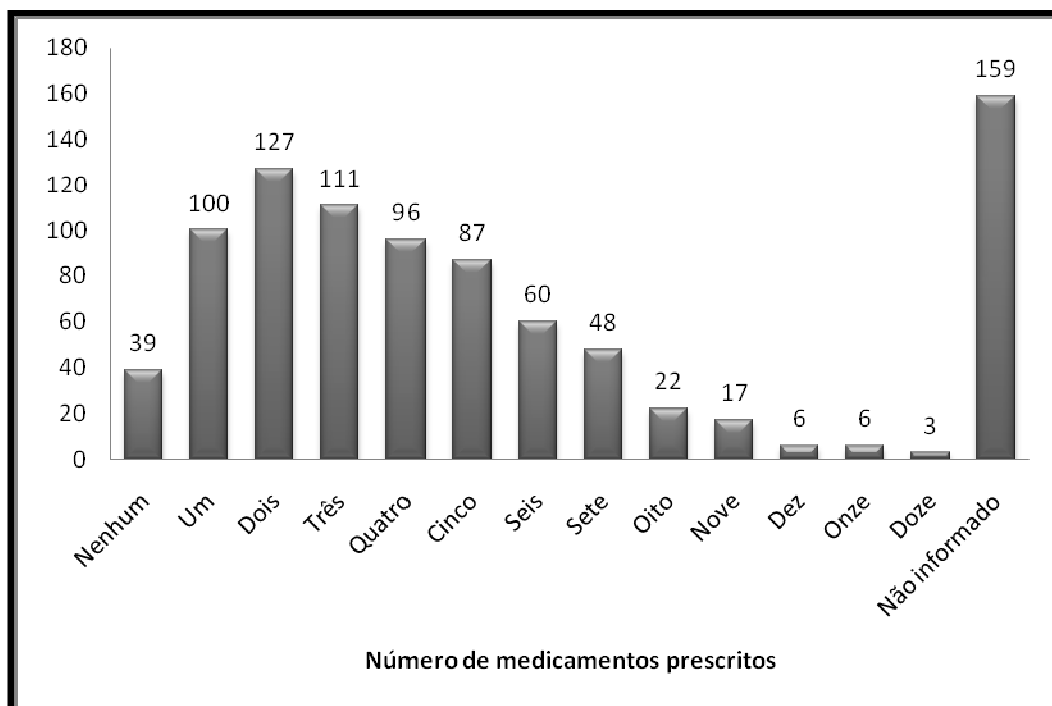
**Tabela 6** Número de medicamentos utilizados pelos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

	NÚMERO	FREQUÊNCIA RELATIVA
Nenhum	39	4,4%
Um	100	11,4%
Dois	127	14,4%
Três	111	12,6%
Quatro	96	10,9%
<b>NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS</b>	Cinco	87
	Seis	60
	Sete	48
	Oito	22
	Nove	17
	Dez	6
	Onze	6
	Doze	3
	Não informado	159
		18,0%

Fonte: elaboração do autor

Foi encontrado um número significativo de planos de cuidado que não tinham informação sobre a utilização de medicamentos, sendo de 159, correspondendo a 18,0% (TAB. 6). A representatividade desses planos de cuidado, sem informação de utilização de medicamentos, pode ser observada no Gráfico 1.

A falta de informação foi registrada como ignorada uma vez que houve perda de dados dos planos de cuidado, que estavam incompletos. Deve-se lembrar da importância de preencher todos os campos de um formulário. As informações faltantes interferem na análise estatística de dados, podendo gerar algum tipo de vício, principalmente se os indivíduos que são incluídos na análise apresentam diferenças em relação aos que não foram incluídos.



**Gráfico 1** Número de medicamentos utilizados pelos idosos do Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

A maioria dos indivíduos da pesquisa foram encaminhados para o Serviço de Geriatria de Referência, correspondendo a 400. Para outras especialidades médicas foram encaminhados 254 indivíduos como mostrado na Tabela 7, apresentada a seguir.

**Tabela 7** Número de encaminhamentos dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte, Brasil, 2011.

		NÚMERO	FREQUÊNCIA RELATIVA
<b>ENCAMINHAMENTOS</b>	Geriatría de Referência do IJAF	400	45,4%
	Outras especialidades médicas	254	28,8%

Fonte: elaboração do autor

Os casos identificados nas diretrizes clínicas como idosos frágeis de alta complexidade podem ser encaminhados para a Geriatria de Referência do HC/UFMG para a continuidade do cuidado.

Ao transferir um paciente do centro de saúde a um serviço especializado o paciente é referenciado. No sentido oposto o paciente é contra referenciado sendo importante esta comunicação para a dinâmica do sistema e para garantir a assistência integrada ao paciente. É necessário a articulação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, respondendo adequadamente, com eficácia e eficiência, às condições agudas e crônicas da população (OLIVEIRA, 2010).

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados permitiram visualizar as características dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, no ano de 2011. Os resultados específicos demonstraram o seguinte perfil: os pacientes são na maioria do sexo feminino; as faixas etárias de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais estiveram presentes numa frequência muito próxima; o ensino fundamental é o nível escolar mais frequente; apresentaram maior comprometimento funcional em relação a visão, postura, cognição, humor e continência urinária; as doenças e condições de saúde mais frequentes foram a hipertensão arterial, distúrbios de visão e depressão; 39,2% são usuários de polifarmácia; a maioria é encaminhada para a Geriatria de Referência no próprio IJAF.

Entre as limitações do estudo estão: a inexistência de uniformidade no preenchimento dos planos de cuidado. Agravos de saúde já “controlados” podem também não ter sido informados. Não foram utilizadas técnicas estatísticas de imputação de dados faltantes para “completar” os bancos de dados e possibilitar a análise com todos os indivíduos do estudo, uma vez que os dados faltantes eram importantes na conclusão e sugestões do trabalho de pesquisa realizado.

Recomenda-se a realização de estudos complementares e em especial a criação e alimentação de um banco de dados sobre os usuários atendidos pelo serviço.

A realização de novas pesquisas, entre outros fatores, otimizará a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a otimização de recursos, indo de encontro à inclusão, pelo Ministério da Saúde, de estudo sobre o envelhecimento na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (CALDAS, 2010).

Por meio do compartilhamento de esforços, entre o poder público, os gestores dos serviços, da comunidade e do aparelho formador, poderão ser realizadas inovações nas práticas em saúde e no cuidado integral ao idoso.

Deve-se desenvolver modelos de prevenção e promoção na assistência ao idoso, a serem implantados em serviços de saúde, conforme as demandas da sociedade e do envelhecimento populacional.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, I.D.; FORLENZA, O.V.; BARROS, H.L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.** vol. 32 nº 3, São Paulo, May/June, 2005.
- ALVES, L.C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método *Grade of Membership*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):535-546, mar, 2008.
- ALVES, L.C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 44(3), 2010.
- ANDRADE, M.V. et al. Sistema de valores do instrumento EQ-5D de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde: uma análise para o estado de Minas Gerais. Disponível em: < <http://google.com.br> > . Acesso em: out. 2012.
- ARAÚJO, M.A.S. et al. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. **Revista da UFG**, Vol.5, No. 2. Dez ,2003. Disponível em: < [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br) >. Acesso em: nov., 2011.
- ASSIS, M. Promoção da saúde e envelhecimento. In: Formação humana em geriatria e gerontologia. VERAS, R.; LOURENÇO, R. (orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.
- BATISTA, N. N. L. A. L.; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G. M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um Centro de Convivência de Teresina-PI. **Enfermagem em Foco**; 3(1): 07-11, 2012.
- BELTRAMMI, D.G.M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **RAS** \_ Vol. 10, No 41 – Out-Dez, 2008.
- BERLEZI, E.M et al. Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2011. Abr-jun; 20(2): 368-75.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei Federal 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília, 2003.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.
- CALDAS, C.P. Promoção da saúde na Unati. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.
- CAMARANO, A.A; PASINATO, M.T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: NETTO, M.P. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A.A. Demografia e envelhecimento populacional. In: BORGES, A.P.A.; COIMBRA, A.M.C. (Orgs). **Envelhecimento da pessoa idosa**. Rio de Janeiro, 2008. EAD/ENSP, 2008. 340 p. il., tab., graf.

CARVALHO, J.A.M.; WONG, L.L.R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):597-605, mar, 2008.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: NETTO, M.P. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface (Botucatu)** vol.12 nº24. Botucatu, Jan./Mar. 2008.

COSTA, M.A. et al. Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo das linhas de cuidado. In: **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Org.) Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

CUNHA, O.N.P. et al. Educação e comunicação em saúde: um diálogo entre psicologia social, comunicação social e medicina social. CETIC.Br. TIC DOMICÍLIOS 2010. Disponível em: <<http://www.cetic.br>>. Acesso em: set. 2012.

FERNANDES, M.G.M. et al. Qualificadores sócio-demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Volume 13 número 2 Páginas 13-20 2009 ISSN 1415-2177. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: fev.2012.

FILHO, A. I.L.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(12):2657-2667, dez, 2006.

GIACOMIN, K.C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6):1260-1270, jun, 2008.

GONDIN, R. et al. (Orgs). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. ver. ampl. – Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011, 480 p. ISBN: 978-85-61445-67-6.

HEKMAN, P. R.W. O idoso frágil. In: NETTO, M.P. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

JÚNIOR, J.S.V.; GUERRA, R.O. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. **Rev.Assoc.Med.Bras.**, São Paulo, vol.54, no.5, setembro/outubro, 2008.



LEAL, M. C. C. et al. Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.**; Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 2009.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.: il.

LOURENÇO, R. Fragilidade: para além das patologias, dependência e grandes síndromes geriátricas. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. (Orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.

MALACHIAS, I.; LELES, F.A.G.; JUNIOR, J.B.S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MALTA, D.C.; NETO, O.L. M.N.; JUNIOR, J.B.S. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022**. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, out-dez; 20(4): 425-438, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, agosto, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redes Estaduais de Atenção à Saúde. **Guia operacional e portarias relacionadas**. SAS/MG. Brasília: Editora MS, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Série A. **Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, 2006a. 192 p. il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso**. Brasília: Série B. **Textos Básicos de Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006b, v.12, 2010. 44 p.: il.

MORAES, E.N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: BORGES, A.P.A.; COIMBRA, A.M.C. (Orgs). **Envelhecimento da pessoa idosa**. Rio de Janeiro, 2008. EAD/ENSP, 2008. 340 p. il., tab., graf.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A. Envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, 20(1): 1-140, 2010.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, 20(1): 54-66, 2010.

MORAES, E.N. Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: Programa de Atenção ao Idoso do HC-UFMG. Oficina de Trabalho Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte, 2012a.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012b. 98 p.: il.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, 2006. < <http://google.com.br>>. Acesso em: out. 2012.

MUNIZ, C. F. et al. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em Hospital Escola Público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina; v. 8, n. 2, p. 33-38, jun. 2007. Disponível em< <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acesso em: nov. 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 6 (Supl 1): 54-56, 2008. Disponível em: < <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-EinsteinSuplementov6n1pS4-6.pdf>> . Acesso em: fev. 2012.

NORONHA, K.V.M.S.; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Rev. Panam. Salud. Publica**, 17 (5/6): 410-8, 2005.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L.; ESCOREL,S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C., CARVALHO, A.I. (organizadores). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, C. A importância das guias de referência e contra-referência para os usuários e sistemas de saúde, 2010. Disponível em: <http://www.webartigos.com> . Acesso em: out. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPAS, 2007. Disponível em: < <http://google.com.br>> . Acesso em: set. 2012.

PIRES, M. R. G. M.; LEILA, B. D. G.; consultor MAURO, T. G. S. **Avaliação da atenção básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços**. Belo Horizonte: UFMG/FAPEMIG, 2009.166 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Planejamento de Saúde de Belo Horizonte 2010 – 2013. Belo Horizonte, PBH:2010. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>.Acesso em: nov. 2012 .

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,19(3): 793-798, mai.-jun.,2003.

ROBERTO, L; VERAS, R. (orgs.). **Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2010.

RODRIGUES, M.A.P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev.Saúde Pública**, [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 604-612. Epub June 19, 2009. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000037>>. Acesso em: fev. 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; 43(2): 74-82, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Disponível em <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: out. 2012.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Análise de situação de saúde Minas Gerais 2010. Belo Horizonte: SAS/MG, 2010. Disponível em: < <http://google.com.br>> . Acesso em: out. 2012.

SIQUEIRA, A.L.; TIBÚRCIO, J.D. **Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

SILVA, L.; SILVA, M. C. L. S. R.; BOUSSO, R. S. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela estratégia saúde da família. **Reme – Rev. Min. Enf.**; 14(1): 52-58, jan./mar., 2010.

STHAL, H.C.; BERTI, H. W.; CASTLHO PALAHRES, V. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, vol. 14, núm. 4, out. – dez. , 2010.

TEIXEIRA, M.G. et al. Construindo a política pública de saúde em Belo Horizonte: o Sistema Único de Saúde no município. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 48, p. 97-103, junho 2012.

TORRES, G. V. et al. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina; v. 10, n. 2, p. 12-17, Jun. 2009. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacopara saude>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Hospital da Clínicas, Núcleo de Geriatria e Gerontologia, Instituto Jenny de Andrade Faria, Serviço de Geriatria. Programa de atenção à saúde do Idoso do HC-UFMG, 2012. <http://www.hc.ufmg.br/geriatria>. Acesso em: nov. 2012.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):705-715, mai-jun, 2003.

\_\_\_\_\_. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(10): 2463-2466, out. 2007.

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 43(3):548-54, 2009.

\_\_\_\_\_. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Universidade Aberta da Terceira Idade -UnATI. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil < <http://google.com.br>>. Acesso em: out. 2012.

\_\_\_\_\_. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciências & Saúde Coletiva**, 17(1): 231-238, 2012a.

\_\_\_\_\_. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringa, v. 34, n. 1, p.3-8, Jan.-June, 2012b. Disponível em <http://www.uem.br/acta>

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J., O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>>. Acesso em: fev., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A - DESCRITORES UTILIZADOS PARA A PESQUISA**

BASE DE DADOS	DESCRITORES			
<b>LILACS</b>	Idoso Aged Anciano	Serviços de Saúde para Idosos Health Services for the Aged Servicios de Salud para Ancianos	Hipertensão Hypertension Hipertensión	Osteoporose Osteoporosis
	Idoso de 80 Anos ou mais Aged, 80 and over Anciano de 80 o más Años	Atenção Primária à Saúde Primary Health Care Atención Primaria de Salud	Insuficiência Cardíaca Heart Failure Insuficiencia Cardíaca	
	Idoso Fragilizado Frail Elderly Anciano Frágil	Diabetes Mellitus	Insuficiência Renal Renal Insufficiency Insuficiencia Renal	
<b>IBECS</b>	( idoso ) or "IDOSO"	"IDOSO debilitado" "IDOSO dependente" "IDOSO fragilizado" "IDOSO com deficiencia funcional"	"assistencia a IDOSOs" "assistencia integral a saude do IDOSO" "atencao integral a saude do IDOSO"	"aderencia ao MEDICAMENTO" "nao-aderencia ao MEDICAMENTO"
	"IDOSO de 80 anos ou mais" "IDOSO de 80 ou mais anos"	"servicos de saude para IDOSOs"	( doenças ) or "doencas" "saude do IDOSO"	
<b>MEDLINE</b>	idoso aged	article 2011	Envelhecimento Geriatria	
<b>COCHRANE</b>	idoso	serviços de saude para idosos	saude do idoso doenças	

## APÊNDICE B - ESTRATÉGIAS DE BUSCA PARA A PESQUISA

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIAS
<b>LILACS</b>	(MH:N03.219.521.346.506.678\$ OR "Assistência a Idosos" OR "Asistencia a los Ancianos" OR "Old Age Assistance" AND (MH:M01.060.116.100\$ OR idoso OR Ancian\$ OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged)
	(MH: M01.060.116.100.540\$ OR "Idoso Fragilizado" OR "Anciano Frágil" OR "Frail Elderly" OR "Idoso com Deficiência Funcional") AND (MH:M01.060.116.100\$ OR idoso OR Ancian\$ OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged)
	(MH:N02.421.320\$ OR MH:SP2.031.237\$ OR "Serviços de Saúde para Idosos" OR "Servicios de Salud para Ancianos" OR "Health Services for the Aged") AND (MH:M01.060.116.100\$ OR idoso OR Ancian\$ OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged)
	(MH: N04.590.233.727\$ OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Primary Health Care" OR "Atenção Básica à saúde") AND (MH:M01.060.116.100\$ OR idoso OR Ancian\$ OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged) >
	(MH: SP2.006.047\$ OR "Saúde do Idoso" OR "Salud del Anciano" OR "Health of the Elderly" ) AND ("Diabetes Mellitus" OR Hipertensão OR Hipertensión OR Hypertension OR "Pressão Arterial Alta" OR Osteoporose OR Osteoporosis OR "Insuficiência Renal" OR "Insuficiencia Renal" OR "Renal Insufficiency" OR "Insuficiência Cardíaca" OR "Insuficiencia Cardíaca" OR "Heart Failure")) AND (MH:M01.060.116.100\$ OR idoso OR Ancian\$ OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged) AND (da:2001\$ or da:2002\$ or da:2003\$ or da:2004\$ or da:2005\$ or da:2006\$ or da:2007\$ or da:2008\$ or da:2009\$ or da:2010\$ or da:2011\$ or da:2012\$)
<b>IBECS</b>	( doenças ) or "doencas" [Descritor de assunto] and ( "ESPANHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" ) or "HUMANOS, IDOSO" [Limites] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "ESPANHA" or "ESPANHA/1999" or "ESPANHA/2000" or "ESPANHA/2001" or "ESPANHA/2002" or "ESPANHA/2003" or "ESPANHA/2004" or "ESPANHA/2005" or "ESPANHA/2006" or "ESPANHA/2007" or "ESPANHA/2008" or "ESPANHA/2009" or "ESPANHA/2010" or "ESPANHA/2011" or "ESPANHA/2012" or "ESPANHA/JUN." or "ESPANHA/MAR." or "ESPANHA/SEM DATA" or "JUN." or "MAR." [País, ano de publicação]
	( idoso ) or "IDOSO" or "assistencia integral a saude do IDOSO" or "atencao integral a saude do IDOSO" or "saude do IDOSO" or "IDOSO com deficiencia funcional" or "IDOSO de 80 anos ou mais" or "IDOSO de 80 ou mais anos" or "IDOSO debilitado" or "IDOSO dependente" or "IDOSO fragilizado" or "assistencia a IDOSOs" or "servicos de saude para IDOSOs" or "IDOSOs de 80 anos ou mais" or "IDOSOs de 80 ou mais anos" or "IDOSOs debilitados" or "IDOSOs dependentes" or "IDOSOs fragilizados" [Descritor de assunto] and "ESPANHOL" or "INGLES" or "PORTUGUES" [Idioma] and "ESPANHA/1999" or "ESPANHA/2000" or "ESPANHA/2001" or "ESPANHA/2002" or "ESPANHA/2003" or "ESPANHA/2004" or "ESPANHA/2005" or "ESPANHA/2006" or "ESPANHA/2007" or "ESPANHA/2008" or "ESPANHA/2009" or "ESPANHA/2010" or "ESPANHA/2011" or "ESPANHA/2012" or "ESPANHA/JUN." or "ESPANHA/MAR." or "ESPANHA/SEM DATA" or "JUN." or "MAR." [País, ano de publicação]
	aderencia ao MEDICAMENTO" [Descritor de assunto] and "nao-aderencia ao MEDICAMENTO" [Descritor de assunto] and ( "PORTUGUES" ) or "ESPANHOL" [Idioma]
<b>MEDLINE</b>	idoso > aged > en > article > 2011 > Envelhecimento > 1 > Geriatria > Envelhecimento R
<b>COCHRANE</b>	(doenças and em and idoso)
	(serviços and de and saude and para and idosos)
	(saude and do and idoso)

**APÊNDICE C - RESULTADOS DA PESQUISA E SELEÇÃO DE ARTIGOS**

BASE DE DADOS		IDIOMA		
LILACS		Português	Espanhol	Inglês
1ª Estratégia	Resultados	136	99	11
	Seleção	11	29	11
2ª Estratégia	Resultados	83	79	12
	Seleção	12	16	10
3ª Estratégia	Resultados	264	204	76
	Seleção	22	06	05
4ª Estratégia	Resultados	99	544	67
	Seleção	17	12	06
5ª Estratégia	Resultados	129		
	Seleção	68		
IBECS		Português/Espanhol/Inglês		
1ª Estratégia	Resultados	05		
	Seleção	05		
2ª Estratégia	Resultados	946		
	Seleção	12		
3ª Estratégia	Resultados	19		
	Seleção	19		
MEDLINE		Inglês		
Estratégia Única	Resultados	09		
	Seleção	08		
COCHRANE		Português/Inglês		
1ª Estratégia	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Resumos de Revisões Sistemáticas traduzidos ao Português (1)</li> <li>❖ Revisões Sistemáticas da Cochrane (5) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Revisões completas (5)</li> </ul> </li> <li>❖ Resumos de revisões sistemáticas com qualidade avaliada (13)</li> </ul>		
	Seleção	03		
2ª Estratégia	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revisões Sistemáticas da Cochrane (3)</li> <li>❖ Resumos de revisões sistemáticas com qualidade avaliada (43)</li> </ul>		
	Seleção	22		
3ª Estratégia	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Revisões Sistemáticas da Cochrane (20)</li> <li>❖ Resumos de revisões sistemáticas com qualidade avaliada (108)</li> </ul>		
	Seleção	7		



## APÊNDICE D - RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS ESTUDAS

### Variáveis dependentes

AVD básicas	(1) semidependência (3) dependência completa	(2) dependência incompleta
AVD instrumentais	(1) dependência parcial	(2) dependência total
Idade	(1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 anos e mais	
Sexo	(1) masculino	(2) feminino
Escolaridade	(1) analfabeto (2) ensino fundamental (3) ensino médio e superior	
Cuidador	(1) sim (2) não	
Cognição comprometida	(0) não (1) sim	
Humor comprometido	(0) não (1) sim	
Mobilidade/alcance-preensão-pinça	(0) não (1) sim	
Mobilidade/postura-marcha-transferência	(0) não (1) sim	
Continência urinária comprometida	(0) não (1) sim	
Continência fecal comprometida	(0) não (1) sim	
Visão comprometida	(0) não (1) sim	
Audição comprometida	(0) não (1) sim	
Voz/fala comprometida	(0) não (1) sim	
Acidente Vascular Encefálico	(0) não (1) sim	
Anemia	(0) não (1) sim	
Asma	(0) não (1) sim	
Câncer de colo de útero	(0) não (1) sim	
Câncer de mama	(0) não (1) sim	
Constipação Intestinal	(0) não (1) sim	
Demência	(0) não (1) sim	
Depressão	(0) não (1) sim	
Diabetes mellitus	(0) não (1) sim	
Distúrbios da audição	(0) não (1) sim	
Distúrbios da visão	(0) não (1) sim	
Distúrbios de Deglutição	(0) não (1) sim	
Distúrbios de Micção/Prostatismo	(0) não (1) sim	
Doença arterial coronariana	(0) não (1) sim	
Doença de Parkinson	(0) não (1) sim	
Doença Renal	(0) não (1) sim	
Dor crônica	(0) não (1) sim	
DPOC	(0) não (1) sim	
Epilepsia	(0) não (1) sim	
Esquizofrenia	(0) não (1) sim	
Fibrilação atrial	(0) não (1) sim	
Hipertensão arterial	(0) não (1) sim	
Hipotensão Ortostática	(0) não (1) sim	

<b>Variáveis dependentes</b>	
Hiperplasia Prostática Benigna	(0) não (1) sim
Incontinência fecal	(0) não (1) sim
Incontinência Urinária	(0) não (1) sim
Insuficiência cardíaca	(0) não (1) sim
Insuficiência vascular arterial periférica	(0) não (1) sim
Insuficiência vascular venosa periférica	(0) não (1) sim
Obesidade	(0) não (1) sim
Osteoartrose	(0) não (1) sim
Osteoporose	(0) não (1) sim
Outras arritmias cardíacas	(0) não (1) sim
Pneumonia	(0) não (1) sim
Quedas de repetição	(0) não (1) sim
Subnutrição	(0) não (1) sim
Tuberculose	(0) não (1) sim
Polipatologia	(1) até 4 patologias (2) 5 patologias e mais
Tratamento farmacológico	(1) sim (2) não
Poli-fármacos	(1) até 4 medicamentos (2) 5 medicamentos e mais
Encaminhamento para Geriatria de Referência	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Outras Especialidades Médicas	(0) não (1) sim
Encaminhamento para NASF	(0) não (1) sim
Encaminhamento para CREAB	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Hospital –Dia	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Hospital	(0) não (1) sim
Encaminhamento para CTI	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Hospice	(0) não (1) sim
Encaminhamento para outros pontos de atendimento	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Grupo de Convivência	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Centro Dia	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Serviço Regional de AB Saúde	(0) não (1) sim
Encaminhamento para CREAS	(0) não (1) sim
Encaminhamento para CRAS	(0) não (1) sim
Encaminhamento para ILPI	(0) não (1) sim
Encaminhamento para Casa-Lar	(0) não (1) sim
Encaminhamento para República de idosos	(0) não (1) sim
Encaminhamento outras	(0) não (1) sim

## APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL PACIENTE - MAIS VIDA - IJAF- COLETA DE DADOS		
NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: _____		
1. INFORMAÇÕES GERAIS	4. DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS/CONDIÇÕES CRÔNICAS-INVESTIGAÇÃO	5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PROPOSTO
1-Coletador: (1)DO (2)MT (3) outro	01-( ) Acidente Vascular Encefálico	01-( ) não informado
2-Data coleta: __/__/__	02-( ) Anemia	02-Número de medicamentos: _____
3-Data Nascimento: __/__/__	03-( ) Asma	<b>6. ENCAMINHAMENTOS ( ) não informado</b>
4-Idade _____	04-( ) Câncer de colo de útero	03-( ) Geriatria de Referência
5-Distrito sanitário* _____	05-( ) Câncer de mama	04-( ) Outras Especialidades Médicas
6-Centro de saúde** _____	06-( ) Constipação Intestinal	
7-Sexo (1) masculino (2) feminino	07-( ) Demência	<b>SUS</b>
8-Escolaridade*** ( )	08-( ) Depressão	05-( ) NASF
9-Possui cuidador (0) não (1) sim (2) não informado	09-( ) Diabetes mellitus	06-( ) CREAB
<b>2. DIAGNOSTICO FUNCIONAL GLOBAL</b>	10-( ) Distúrbios da audição	07-( ) Hospital -Dia
<b>Autocuidado comprometido</b>	11-( ) Distúrbios da visão	08-( ) Hospital
10-( ) semidependencia	12-( ) Distúrbios de Deglutição	09-( ) CTI
11-( ) dependência incompleta	13-( ) Distúrbios de Micção/Prostatismo	10-( ) Hospice
12-( ) dependência completa	14-( ) Doença arterial coronariana	11-( ) Outras: informar nas linhas abaixo
<b>AVDs instrumentais comprometidas</b>	15-( ) Doença de Parkinson	
13-( ) dependência parcial	16-( ) Doença Renal	<b>SUAS</b>
14-( ) dependência completa	17-( ) Dor crônica	12-( ) Grupo de Convivência
	18-( ) DPOC	13-( ) Centro Dia
<b>15-( ) cognição comprometida</b>	19-( ) Epilepsia	14-( ) Serviço Regional de AB Saúde
	20-( ) Esquizofrenia	15-( ) CREAS
<b>16-( ) humor comprometido</b>	21-( ) Fibrilação atrial	16-( ) CRAS
<b>Mobilidade comprometida</b>	22-( ) Hiperplasia Prostática Benigna	17-( ) ILPI
17-( ) alcance, prensão, pinça	23-( ) Hipertensão arterial	18-( ) Casa-Lar
18-( ) postura, marcha ou transferência	24-( ) Hipotensão Ortostática	19-( ) República de idosos
19-( ) capacidade aeróbica	25-( ) Incontinência fecal	
<b>Continência esfincteriana comprometida</b>	26-( ) Incontinência Urinária	
20-( ) continência urinária	27-( ) Insuficiência cardíaca	
21-( ) continência fecal	28-( ) Insuficiência vascular arterial periférica	
<b>Comunicação comprometida</b>	29-( ) Insuficiência vascular venosa periférica	<b>*Centro de Saúde: verificar tabela anexa</b>
22-( ) visão comprometida	30-( ) Obesidade	<b>**Distrito sanitário: verificar tabela anexa</b>
23-( ) audição comprometida	31-( ) Osteoartrrose	<b>***Escolaridade: verificar tabela de categorias anexa</b>
24-( ) voz, fala ou motilidade orofacial, disfagia	32-( ) Osteoporose	
<b>Outras funções orgânicas</b>	33-( ) Outras arritmias cardíacas	
25-( ) comprometimento saúde bucal	34-( ) Pneumonia	
26-( ) comprometimento sono	35-( ) Quedas de repetição	
27-( ) estado nutricional	36-( ) Subnutrição	
	37-( ) Tuberculose	
<b>3. NECESSIDADE DE SUPORTE ( ) não informado</b>	38-( ) Outras: informar nas linhas abaixo	
28-( ) familiar		
29-( ) social		
30-( ) segurança ambiental		

**ANEXOS**

## ANEXO A - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG**  
**NÚCLEO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA UFMG**  
**SERVIÇO DE GERIATRIA DO HC-UFMG**  
**INSTITUTO JENNY DE ANDRADE FARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO**  
**CENTRO MAIS VIDA MACRORREGIÃO CENTRO I**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO**

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Secretária

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:	
Número de Registro:	
Sexo:	
Profissão:	Aposentado:    ( ) Sim        ( ) Não
Idade:	
Data de Nascimento:	
Naturalidade:	
Estado:	País:
Estado Civil:    ( ) Casado    ( ) Solteiro    ( ) Viúvo    ( ) Separdo    ( ) Outros	
Cor:            ( ) Leucoderma            ( ) Feoderma            ( ) Melanoderma	
Escolaridade:	
Endereço:	
Telefone:	
Informante (se for o caso):	Parentesco:
Cuidador:	Idade:            Sexo:
Médico de Referência (UBS):	

Enfermeiro de Referência (UBS):

Centro de Saúde:

Regional:

Telefone:

**AGENDA DO PACIENTE DETALHADA (Lista de problemas)**

Médico

## REVISÃO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS

Médico

### Geral

Febre:	<input type="checkbox"/> Sim ____°C	<input type="checkbox"/> Não
Mal-estar:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Astenia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Aparência bem cuidada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cooperativo ao exame	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tranquilo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Desidratação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Especificar		
Tireóide aumentada:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Nódulo tireoidiano:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Especificar		
Linfadenomegalias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Especificar		

Palidez cutâneo-mucosa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Especificar:		
Cianose de extremidades:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Icterícia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

### Pele e Anexos:

Ceratose actínica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ceratose Seborréica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Purido: ( ) Localizado ( ) Generalizado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Xerodermia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso regular de creme hidratante	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso regular de protetor solar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Neoplasia cutânea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Úlcera de membros inferiores	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Úlcera de pressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Localização ( ) sacral ( ) trocântérica ( ) calcâneo ( ) outros		
Gravidade: ( ) Estágio 1: presença de vermelhidão e irritação local		
( ) Estágio 2: ulceração comprometendo epiderme/derme		
( ) Estágio 3: ulceração até subcutâneo e fácia muscular		
( ) Estágio 4: ulceração comprometendo músculo e/ou osso		
Outras lesões:		

### Aparelho Respiratório:

<p>Tosse.....( ) sim ( ) não            ( ) &gt; 4 semanas ( ) &lt; 4 semanas            ( ) Seca ( ) Produtiva</p> <p>Chieira torácica.. .....( ) sim ( ) não</p> <p>Expectoração purulenta.....( ) sim ( ) não</p> <p>Hemoptise.....( ) sim ( ) não</p>
---

<p>Frequência Respiratória:</p> <p>Palpação:</p> <p>Percussão:</p> <p>Ausculta:</p>
---

## Aparelho Cardiovascular

<b>Dispnéia</b> ( ) Sim ( ) Não
( ) Habitual maior ( ) Habitual ( ) Habitual menor ( ) Independente do esforço
<b>Dor torácica</b> ( ) Sim ( ) Não
( ) duração de 2 a 5 min. ( ) desencadeada pelo esforço ( ) melhora com repouso ou nitrato
Especificar: _____
<b>Palpitação</b> ( ) Sim ( ) Não
( ) início ou término súbito ( ) ritmo irregular ( ) sensação de pausa ( ) repercussão clínica ( ) freqüentemente ( ) ocasionalmente ( ) raramente
Fatores desencadeantes: _____
_____
<b>Perda da consciência</b> ( ) Sim ( ) Não
( ) síncope ( ) lipotímia ( ) sugestivo de hipoglicemia ( ) hipotensão ortostática ( ) indeterminada
<b>Claudicação mmii</b> ( ) Sim ( ) Não

Pressão Arterial	mmHg	Fc (bpm)
Deitado 5 minutos		
Ortostatismo 0 min		
Ortostatismo 1 min		
Ortostatismo 3 min		
Ortostatismo 5 min		
<b>Ectasia de aorta</b>	( ) Sim	( ) Não
<b>Sopro carotídeo</b>	( ) Sim	( ) Não
<b>Ingurgitamento jugular</b>	( ) Sim	( ) Não
<b>Ictus cordis palpável</b>	( ) Sim	( ) Não
Especificar: _____		
<b>Bulhas cardíacas</b>		
<b>Sopro cardíaco</b>	( ) Sim	( ) Não
Especificar: _____		
<b>Estalido</b>	( ) Sim	( ) Não
Especificar: _____		
<b>Pulso arterial periférico:</b>		
<b>Veias de mmii:</b>		

## Aparelho Digestivo:

Disfagia..... ( ) sim ( ) não ( ) orofaríngea ( ) esofageana intermitente ( ) progressiva ( ) não progressiva ( ) indeterminada
Engasgo ..... ( ) sim ( ) não 1. Ocasionalmente 2. Dependendo da dieta 3. Frequentemente
Dispepsia ..... ( ) sim ( ) não 1. Queimação epigástrica que piora com a fome 2. Empachamento pós-prandial 3. Regurgitação 4. Indeterminada
Náuseas/Vômitos ..... ( ) sim ( ) não
Constipação intestinal..... ( ) sim ( ) não ( ) < 6 meses ( ) > 6 meses ( ) Necessita do uso regular de laxativo ( ) Necessita de extração manual das fezes Frequência das evacuações _____ Consistência das fezes _____
Diarréia ..... ( ) sim ( ) não ( ) > 30 dias ( ) disenteriforme ( ) esteatorréia ( ) indeterminada
Hemorragia digestiva ..... ( ) sim ( ) não ( ) alta ( ) baixa
Incontinência fecal ..... ( ) sim ( ) não ( ) Recente <30 dias ( ) Crônica > 30 dias ( ) Sobrefluxo ( ) Anorretal ( ) Neurogênica ( ) Secundária
Dor abdominal ..... ( ) sim ( ) não
Doença Hemorroidária ..... ( ) sim ( ) não
Flatulência ..... ( ) sim ( ) não

Icterícia ..... ( ) sim ( ) não
Parede abdominal
Visceromegalias
Massas
Cicatrizes
Dor
Peristaltismo



## Aparelho Genito-urinário:

Prostatismo .....( )sim ( )não  
 Incontinência Urinária .....( )sim ( )não  
 ( ) recente <30 dias ( ) crônica > 30 dias  
 ( ) urgência ( ) esforço ( ) sobrefluxo ( ) funcional ( ) mista  
 ( ) Limitante ( ) Não limitante

Urgência .....( )sim ( )não  
 Noctúria .....( )sim ( )não

Data da Menopausa \_\_\_\_\_  
 Sangramento pós-menopáusico .....( )sim ( ) não  
 Reposição estrogênica: ( ) Sim Especificar: \_\_\_\_\_ ( ) não  
 ( ) Nunca fez ( ) Suspendeu ( ) Faz regularmente  
 História obstétrica: G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_  
 Data da última visita ao Ginecologista: \_\_\_\_\_

Toque Retal

Palpação das Mamas

## Sistema Nervoso

ANAMNESE				
		SIM	NÃO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
<b>DOR</b>	Cefaléia			
	Radicular			
	Neuropatia periférica			
	Neuralgia do trigêmeo			
	Pós-herpética			
<b>CONVULSÃO</b>				
<b>TONTURAS</b>				( ) rotatória ( ) desequilíbrio ( ) visão turva ( ) "cabeça vazia" ( ) Associada a mudanças súbitas da posição do pescoço ( ) Associada ao ortostatismo ( ) Frequentemente ( ) Ocasionalmente
EXAME NEUROLÓGICO				
		Normal	Anormal	Comentários
<b>MOTRICIDADE</b>				
<b>Força</b>	mmss			
	mmii			
	Pescoço/tronco			
<b>Tônus</b>				
<b>Reflexos</b>	Superficiais			
	Profundos			
	Primitivos			
<b>Coordenação</b>	Tronco/membros			
	Apendicular			
	Diadocinesia			
<b>Movimentos anormais</b>	Hipercinesia			Discinesia ( ) Tardia ( ) Edentados Tremor ( ) Cinético ( ) Repouso
	Bradicinesia			
<b>SENSIBILIDADE</b>				
<b>Superficial</b>				
<b>Profunda</b>	Cinético-Postural			
	Vibratória			
<b>Sinais de irritação meníngea/radicular</b>				
<b>PARES CRANIANOS</b>				
<b>I</b> (n. olfatório)				
<b>II</b> (n. óptico)				
<b>III</b> (n. oculomotor) <b>IV</b> (n. troclear)				
<b>VI</b> (n. abducente)				
<b>V</b> (n. trigêmeo)				
<b>VII</b> (n. facial)				
<b>VIII</b> (n. vestibulococlear)				
<b>IX</b> (n. glossofaríngeo) e <b>X</b> (n. vago)				
<b>XI</b> (n. acessório)				
<b>XII</b> (n. hipoglosso)				

## Sistema Músculo-Esquelético:

Artralgia ..... ( )sim ( )não

( )poliartralgia ( )monoartralgia ( )artrite ( )indeterminado

( )pequenas articulações ( )grandes articulações

Localização→

Rigidez matinal ..... ( )sim ( )não

Lombalgia ..... ( ) sim ( ) não

1.Ocasional      2.Contínua mas não limitante

3.Contínua e limitante

Especificar: ( ) comum/postural ( ) radiculopatia

( ) espondilite anquilosante ( ) aguda

Ombro doloroso ..... ( )sim ( )não

Rigidez generalizada ..... ( )sim ( )não

Peso ou fraqueza nos membros inferiores . ( )sim ( )não

Pés

( ) Joanete ( )Ceratoze plantar ( )Úlceras ( ) Unha encravada

( ) calcanealgia ( ) Onicomucose ( )Calçados inadequados

Deformidade:

( ) cifose ( ) torácica ( ) lombar

( ) mãos ( ) pés ( ) articular

## AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS (AVD's básicas: AUTO-CUIDADO)

Enfermeiro

	<b>INDEPENDÊNCIA</b>	<b>DEPENDÊNCIA</b>
<b>TOMAR BANHO</b> <i>(Leito, chuveiro ou banheira)</i>	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair da banheira, ou não toma banho sozinho
<b>VESTIR-SE</b>	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
<b>USO DO VASO SANITÁRIO</b>	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	<b>Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)</b>	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
<b>CONTINÊNCIA</b>	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros. Acidentes "ocasionais"
<b>ALIMENTAR-SE</b>	<b>Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação</b>	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

*Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.*

**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AVD's instrumentais)**

Atividade de vida diária	<b>Sem ajuda</b>	<b>Com ajuda parcial</b>	<b>Incapaz</b>
Você é capaz de preparar as suas refeições?			
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?			
Você é capaz de fazer compras?			
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?			
Você é capaz de usar o telefone?			
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos ?			
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?			
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?			

### ÍNDICE DE PFEFFER

<b>Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeffer</b>						
0. Normal						0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
1. Faz, com dificuldade						1. Nunca o fez e agora teria dificuldade
2. Necessita de ajuda						
3. Não é capaz						
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						

Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?							
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?							
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?							
Ele (Ela) é capaz de ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura? 0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia	0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade						
<b>PONTUAÇÃO</b>							

**O que o senhor (a) gostaria de fazer e que não está fazendo?**

**O que o senhor (a) fazia e deixou de fazer?**

## COGNIÇÃO

Médico

Presença de esquecimento.....( ) sim ( ) não ( ) NA

Auto-percepção do esquecimento: F>P ( ) F<P ( ) F=P ( )

Duração da sintomatologia:

O esquecimento vem piorando progressivamente? .....( ) sim ( ) não ( ) NA

Caracterização do tipo de esquecimento: ( ) Memória de Trabalho ( ) Memória Episódica

Houve declínio funcional após o início dos sintomas cognitivos?Especificar.

### ESTADO MENTAL

Presença de **alterações do pensamento**: .....( ) sim ( ) não ( ) NA

Especificar:

Presença de alterações da **senso-percepção**.....( ) sim ( ) não ( ) NA

Especificar

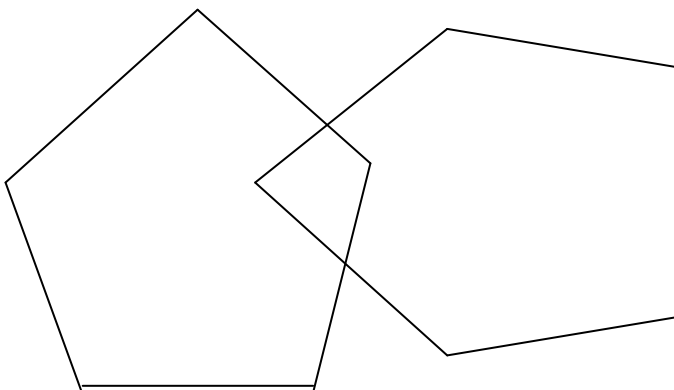
Nível de **consciência**.....( )

1. Orientado e obedece a instruções simples;
2. Desorientado, mas pode obedecer a instruções simples
3. Desorientado, não obedece a instruções simples;
4. Não mantém contato

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ESCOLARIDADE (anos/escola): \_\_\_\_\_

<b>Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)</b>		<b>DATA (score)</b>				
<b>Orientação Temporal</b> (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Ano					
	Mês					
	Dia do mês					
	Dia da semana					
	Semestre/Hora aproximada					
<b>Orientação Espacial</b> (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Estado					
	Cidade					
	Bairro ou nome de rua próxima					
	<i>Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)</i>					
<b>Registro</b> (3 pontos)	<i>Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)</i>					
	<i>Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA CARRO, VASO e TIJOLO</i>					
<b>Atenção e Cálculo</b> (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	<i>Subtrair <math>100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65</math></i>					
	<i>Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM</i>					
<b>Memória de Evocação</b> (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?					
<b>Nomear dois objetos</b> (2 pontos)	<i>Relógio e caneta</i>					
<b>Repetir</b> (1 ponto)	<i>"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"</i>					
<b>Comando de estágios</b> (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	<i>"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"</i>					
<b>Escrever uma frase completa</b> (1 ponto)	<i>"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"</i>					
<b>Ler e executar</b> (1 ponto)	<i>FECHE SEUS OLHOS</i>					
<b>Copiar diagrama</b> (1 ponto)	<i>Copiar dois pentágonos com interseção</i>					
<b>PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)</b>						



# FECHE SEUS OLHOS

TESTE DE LISTA DE PALAVRAS DO CERAD (MORRIS *et al*, 1989; BERTOLUCCI *et al*, 1998)

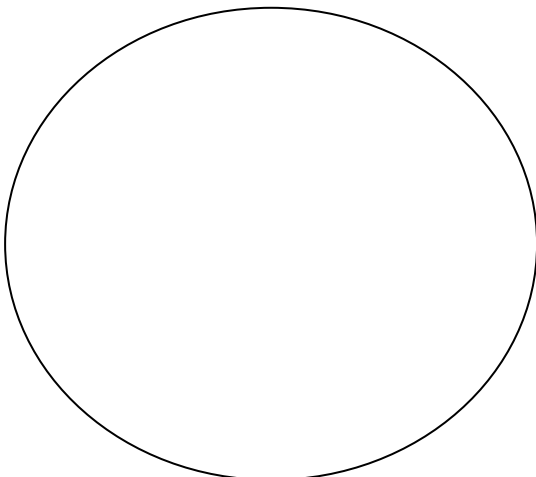
LISTA DE PALAVRAS DO CERAD	DATA (score)				
Tentativa 1					
Tentativa 2					
Tentativa 3					
Evocação de 5 minutos					
Reconhecimento de Palavras					

Lista de Palavras para Fixação e Recordação					
1ª tentativa	Ordem	2ª tentativa	Ordem	3ª tentativa	Ordem
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Praia		Cabana		Poste	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
Score					

Lista de Reconhecimento de Palavras		
Igreja	Rainha	Café
Cabana	Manteiga	Chinelo
Dólar	Poste	Braço
Aldeia	Praia	Corde
Cinco	Bilhete	Carta
Tropa	Hotel	Erva
Montanha	Motor	
Score:		

## TESTE DO RELÓGIO

TESTE DO RELÓGIO		DATA				
"Desenhe um relógio com todos os números e marcando 11:10"						
<b>0</b>	Inabilidade absoluta para representar o relógio					
<b>1</b>	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;					
<b>2</b>	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;					
<b>3</b>	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;					
<b>4</b>	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;					
<b>5</b>	Relógio perfeito;					



**FLUÊNCIA VERBAL (1 minuto):**

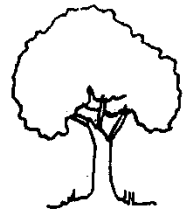
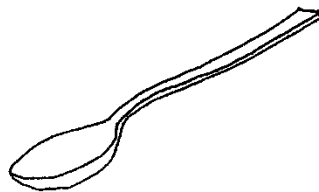
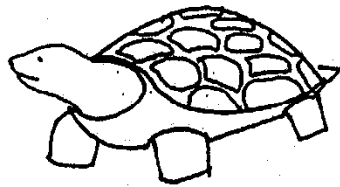
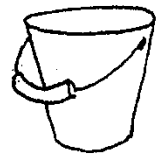
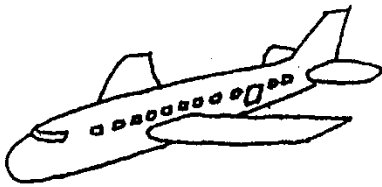
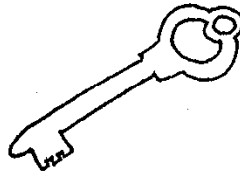
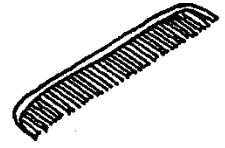
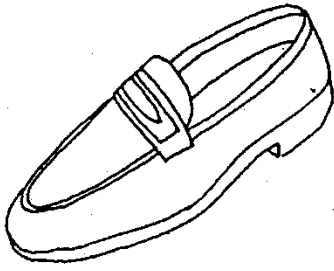
FLUÊNCIA VERBAL	DATA (score)				
ANIMAIS					
FRUTAS					

**TESTE DE RECONHECIMENTO DE FIGURAS**

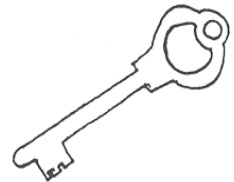
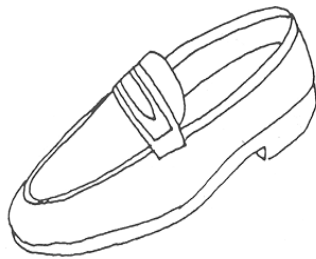
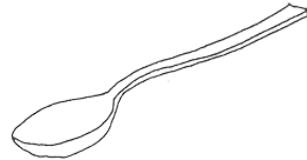
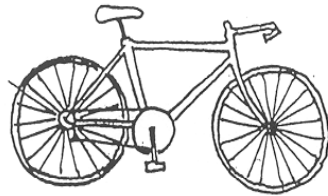
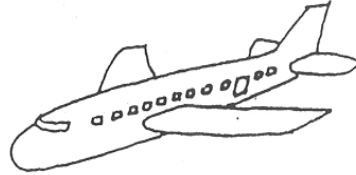
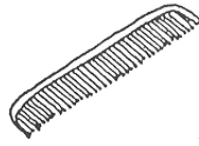
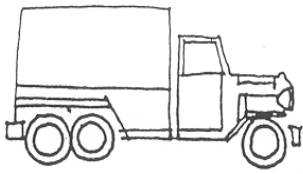
RECONHECIMENTO DE FIGURAS	DATA (score)				
Percepção Visual Correta					
Nomeação Correta					
Memória Incidental <i>Esconda as figuras e pergunte: "que figuras eu acabei de lhe mostrar?"</i>					
Memória Imediata 1 <i>Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar esta figuras"</i>					
Memória Imediata 2 <i>Mostre a figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar esta figuras"</i>					
Evocação de 5 Minutos					
Reconhecimento de figuras					

**ESCALA ISQUÊMICA DE HACHINSKI**

<b>ESCALA ISQUÊMICA DE HACHINSKI</b>		
	<b>Original</b>	<b>Modificada por Loeb</b>
<i>Início súbito</i>	2	1
<i>Antecedentes de AVC</i>	2	2
<i>Sintomas neurológicos focais</i>	2	2
<i>Sinais neurológicos focais</i>	2	2
<i>Áreas hipodensas na neuroimagem</i>	*	
<i>Únicas</i>	*	2
<i>Múltiplas</i>	*	3
<i>Deterioração cognitiva em degraus</i>	1	
<i>Evolução flutuante</i>	2	*
<i>Confusão mental noturna</i>	1	*
<i>Preservação relativa da personalidade</i>	1	*
<i>Depressão</i>	1	*
<i>Queixas somáticas</i>	1	*
<i>Incontinência emocional</i>	1	*
<i>História de hipertensão</i>	1	*
<i>Evidência de aterosclerose associada</i>	1	*
<b>SCORE</b>		
<b>Sugestivo de Demência Vascular</b>	<b>≥ 7</b>	<b>≥ 5</b>
<b>Sugestivo de Demência de Alzheimer</b>	<b>≤ 4</b>	<b>≤ 2</b>







## HUMOR

Médico

Você se sente freqüentemente triste ou deprimido.....Sim Não

Sintomas Maiores de Depressão:

**Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos**.....( )

**Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)** .....( )

Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite..... ( )

Insônia ou hipersonia ..... ( )

Agitação ou retardo psicomotor.....( )

Fadiga ou perda de energia.....( )

Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada..... ( )

Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se..... ( )

Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente.....( )

**SCORE:** (      )

Duração da sintomatologia:

A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento anterior.....Sim Não

### Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15 e GDS-5)

*( Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)*

*Validação: Almeida O.P. Arq Neuropsiquiat, v.57, p.421-426, 1999.*

	SIM	NÃO
Você está basicamente satisfeito com sua vida?.....	0	1
Você se aborrece com freqüência?.....	1	0
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?.....	1	0
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?.....	1	0
Você sente que sua situação não tem saída?.....	1	0
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? .....	1	0
Você acha que sua situação é sem esperanças?.....	1	0
Você acha maravilhoso estar vivo?.....	0	1
Você sente que sua vida está vazia?.....	1	0
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?.....	1	0
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?.....	1	0
Você deixou muitos de seus interesses e atividades? .....	1	0
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?.....	0	1
Você se sente cheio de energia?.....	0	1
Você se sente feliz a maior parte do tempo?.....	0	1

**PONTUAÇÃO:**

História de doença psiquiátrica prévia.....( ) sim ( ) não

Especificar:

## Alterações Comportamentais

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI)									
Camozzato A.L. et al, Int Psychogeriatrics, 2008									
<b>Intensidade:</b> (1) Leve: comportamento está presente e causa pouco desgaste ao paciente; (2) Moderado: causa mais incômodo ao paciente, mas pode ser contornado pelo cuidador; (3) Grave: o comportamento é bastante desgastante para o paciente, e não pode ser contornado pelo cuidador.					<b>Frequência:</b> 1 = Ocasional: menos de uma vez por semana; 2 = Comum: cerca de uma vez por semana; 3 = Frequente: várias vezes por semana, mas menos que todos os dias; 4 = Muito frequente: uma vez por dia ou mais.				
SINTOMATOLOGIA	NÃO	SIM							
		INTENSIDADE			FREQUÊNCIA				
		1	2	3	1	2	3	4	
Alucinação									
Delírio									
Apatia / Indiferença									
Disforia									
Agitação/Agressividade									
Ansiedade									
Desinibição									
Irritabilidade									
Comportamento motor aberrante									
Euforia / Elaço									
Apetite / Alterações alimentares									
Comportamento noturno									

## Clinical Dementia Rating (CDR).....( )

Função	Comprometimento Funcional				
	Nenhum 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
<b>Memória</b>	Não há perda de memória ou esquecimento leve e inconstante	Esquecimento leve mas consistente. Esquecimento "benigno". Lembrança parcial dos eventos.	Perda moderada da memória para eventos recentes, interferindo com as atividades do cotidiano.	Perda grave da memória. Apenas material altamente conhecido continua preservado. Informações novas são rapidamente perdidas.	Perda grave da memória. Apenas resquícios de memória estão presentes.
<b>Orientação</b>	Completamente orientado	Completamente orientado, exceto pela presença de discretas dificuldades nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais. Orientado no espaço. Pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave nas relações temporais. Usualmente desorientado no tempo e freqüentemente no espaço.	Orientado somente quanto à pessoa.
<b>Julgamento e resolução de problemas</b>	Resolve problemas do dia-a-dia e lida bem com negócios e finanças. Julgamento é bom em relação ao seu performance anterior	Comprometimento discreto na capacidade de resolução de problemas, similaridades e diferenças	Dificuldade moderada na resolução de problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente mantido	Comprometimento grave na resolução de problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente comprometido.	Completamente incapaz de emitir julgamento e resolver problemas.
<b>AVDI's comunitárias</b>	Independente para os níveis usuais de trabalho, compras e participação em grupos sociais e voluntários	Comprometimento leve	Incapaz de funcionar independente, embora ainda consiga realizar algumas. Apresenta-se normal no contato casual.	Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio, apesar de não aparentar.	Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio. Aparenta estar muito comprometido para tais funções.
<b>AVDI's domiciliares (tarefas domésticas)</b>	Vida doméstica, hobbies e interesses intelectuais preservados	Comprometimento leve	Comprometimento leve mas já estabelecido. Incapaz de realizar tarefas, hobbies ou atividades mais difíceis.	Apenas tarefas simples estão preservadas. Interesses bastante restritos.	Completamente incapaz
<b>AVD's básicas</b>	Independente no auto-cuidado		Necessita de ajuda	Requer assistência para vestir-se, higiene pessoal e cuidado pessoal	Requer assistência completa no cuidado pessoal. Presença de incontinência.

## MOBILIDADE

Enfermeiro

### MARCHA.....( )

1. Sozinho      2. Ajuda ocasional      3. Ajuda frequente      4. Muleta ou bengala  
5. andador      6. Cadeira de rodas      7. Imobilidade completa (acamado)

Subir escada ( 5 degraus).....( )      S. Sim      N. Não      9. NA

Levantar e andar 3 metros quantitativo e qualitativo (*Timed up and go test*)

*"O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira"*

**Duração: ( ) <10 seg      ( ) 10 a 20 seg      ( ) 20 a 30 seg      ( ) ≥ 30 Seg**

ALIAÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA DA MARCHA E EQUILÍBRIO ( <i>GET UP AND GO + TIMED UP AND GO TEST</i> )		
<b>EQUILÍBRIO</b>	<b>Equilíbrio assentado</b>	Firme, constante e estável
	<b>Levantamento da cadeira</b>	Capaz de levantar em um único movimento sem usar os braços
	<b>Equilíbrio imediato ao levantar-se (3 a 5 seg)</b>	Estável sem segurar em algum auxílio para a marcha ou outro objeto de suporte
	<b>Rotação</b>	Não segura ou cambaleia: não necessita segurar em qualquer objeto; os passos são contínuos
<b>LOCOMOÇÃO</b>	<b>Sentando-se</b>	Movimento suave, seguro
	<b>Início da marcha</b>	Inicia a caminhada imediatamente, sem nenhuma hesitação; o início da marcha é único suave
	<b>Altura do passo</b>	Oscila o pé completamente, mas não mais do que de 2,5 ou 5cm
	<b>Comprimento do passo</b>	O pé em oscilação ultrapassa o pé em apoio
	<b>Desvio de curso ou trajeto</b>	Os pés seguem próximo à linha reta, enquanto o paciente avança
	<b>Estabilidade do tronco</b>	O tronco não oscila, joelhos e tronco não estão fletidos; braços não são abduzidos num esforço para manter a estabilidade
	<b>Distância dos tornozelos</b>	Tornozelos quase se tocam enquanto anda
DURAÇÃO (segundos)		
<b>Avaliação complementar do equilíbrio</b>	<b>Equilíbrio de pé:</b> estável, capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita), sem segurar em objetos de suporte	
	<b>Equilíbrio com os olhos fechados</b> (com os pés o mais próximo possível): estável, sem segurar algum objeto, com os pés unidos	
	<b>Nudge test:</b> paciente de pé com os pés o mais próximo possível, o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão)	
	<b>Equilíbrio unipodálico:</b> capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem apoiar-se	
<b>PADRÃO DA MARCHA</b>	Marcha Parética	
	Marcha Parkinsoniana	
	Marcha Ebriosa	
	Apraxia da Marcha (marcha magnética; lobo frontal)	
	Marcha da mielopatia cervical	
	Marcha vestibular	
	Marcha cautelosa	
	Marcha antálgica	
Outras:		

### QUEDAS

História de quedas no último ano.....sim      não

Número de quedas..... 1      2 a 4      ≥ 5

Repercussão funcional..... sim      não

*Especificar:*

Causas/circunstâncias: 1) Sensação de desequilíbrio      2) Perda de consciência

Tempo de permanência no chão:

Necessidade de ajuda para levantar-se..... sim      não

**FRATURA**.....( ) sim ( ) não  
( ) vértebra ( ) fêmur ( ) antebraço ( ) outro Data:

**AVALIAÇÃO DO ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA**

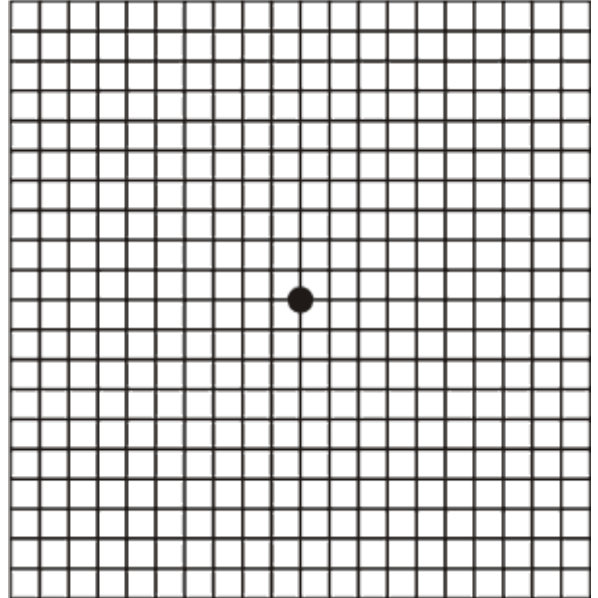
Avaliação funcional dos ombros..... ( ) Normal ( ) Anormal  
Prensão manual..... ( ) Normal ( ) Anormal  
Pinça..... ( ) Normal ( ) Anormal

## COMUNICAÇÃO

Enfermeiro

### Órgãos dos Sentidos:

<b>VISÃO</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Uso de lentes corretivas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste Snellen ( 5 metros)	<input type="checkbox"/> < <b>0,3</b>	<input type="checkbox"/> > 0,3
Dificuldade para ler jornais ou revistas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Data da última visita ao Oftalmologista: ____/____/____		

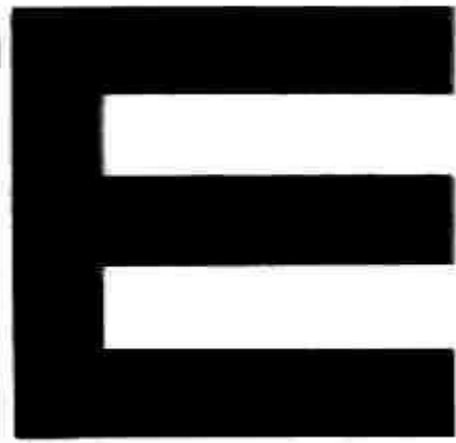


<b>FALA</b>	
Produção oral	
Deglutição	

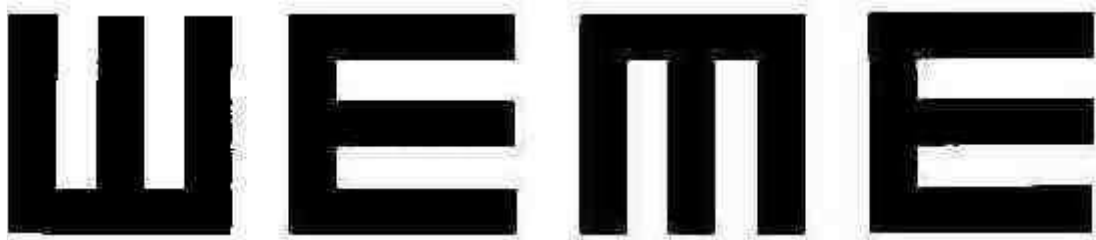
<b>AUDIÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<b>OTOSCOPIA</b>
Uso de prótese auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Teste do sussuro (60cm de cada ouvido)	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	
Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Data da última visita ao Otorrinolaringologista: ____/____/____			

## SAÚDE BUCAL

<b>Mini-Avaliação da Saúde bucal</b>		
<b>Observar a presença de:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Diminuição da quantidade de alimentos ou mudança no tipo de alimentação por causa dos dentes?		
Problemas de mastigação		
Sensibilidade exagerada a alimentos ou líquidos nos dentes ou gengivas?		
Edentulismo		
Prótese dentária		
Xerostomia		
Feridas ou lesões na mucosa oral ou língua		
Sangramento gengival		
Oroscopia:		
Data da última visita ao dentista:		



0,1



0,2



0,3



0,4



0,5

# NUTRIÇÃO

Enfermeiro

## MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

Peso (kg):                      Altura (cm):                      Circunferência da panturrilha:                      IMC:

### TRIAGEM

Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão

Perda de peso nos últimos meses

0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso

Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal

Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim    2 = não

Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves  
1 = demência leve  
2 = sem problemas psicológicos

Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)

0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pts.)

12 pontos ou mais    normal;  
                                 desnecessário continuar a avaliação

11 pontos ou menos    possibilidade de desnutrição  
                                 continuar a avaliação

### Avaliação global

O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

0 = não    1 = sim

Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim    1 = não

Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições

O paciente consome:

pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

sim     não

duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?

sim     não

carne, peixe ou aves todos os dias?

sim     não

0,0 = nenhuma ou uma resposta <<sim>>

0,5 = duas respostas <<sim>>

1,0 = três respostas <<sim>>

O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

0 = não    1 = sim

Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0,0 = menos de três copos

0,5 = três a cinco copos

1,0 = mais de cinco copos

Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter problema nutricional

Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = não muito boa

0,5 = não sabe informar

2,0 = melhor

Circunferência do braço (CB) em cm

0,0 = CB < 21

0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22

1,0 = CB > 22

Circunferência da panturrilha (CP) em cm

0 = CP < 31

1 = CP ≥ 31

**Avaliação global** (máximo 16 ponto)

**Escore da triagem**

**Escore Total** (máximo 30 pontos)



Lesões de pele ou escaras?   
 0 = sim 1 = não

**Avaliação do Estado Nutricional**

De 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição

Menos de 17 pontos desnutrido

**HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA**

Enfermeiro

**TABAGISMO** .....( ) sim ( ) não  
 Número de cigarros/dia: \_\_\_\_\_ Duração/anos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**ETILISMO** .....( ) sim ( ) não  
 Tipo de bebida: \_\_\_\_\_ Dose diária: \_\_\_\_\_ Duração/anos: \_\_\_\_\_  
 CAGE (triagem: teste positivo com 1 resposta afirmativa)  
 1. Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (Cut down) ?  
 2. Alguém já o criticou pelo ato de beber?  
 3. Sente-se culpado (Guilty) por beber?  
 4. Costuma beber logo pela manhã (Eye-opener)  
 Drogas ilícitas: ( ) Sim \_\_\_\_\_ ( ) Não \_\_\_\_\_

**SEXUALIDADE**  
 Redução da libido.....( ) SIM ( ) NÃO  
 Dispareunia .....( ) SIM ( ) NÃO  
 Atividade sexual.....( ) SIM ( ) NÃO  
 Disfunção erétil.....( ) SIM ( ) NÃO

**SONO**

Rastreamento de distúrbios do sono		
	SIM	NÃO
Você está insatisfeito (a) com o seu sono?		
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?		
O parceiro ou outros observadores queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas, e/ou sonolência ou fadiga diurnas?		
Duração da sintomatologia superior a 3 meses		

**ATIVIDADE FÍSICA:** .....( ) sim ( ) não  
 Frequência ( ) regular ( ) ocasional ( ) raro  
 Tipo: \_\_\_\_\_  
 Orientada por profissional .....( )Sim ( )Não

**DIREÇÃO VEICULAR** .....( ) sim ( ) não

**USO DE MEDICAMENTOS**

Droga	Dose	Tempo de Uso	Indicação Médica	OBS

Presença de hipersensibilidade à drogas ou intolerância de qualquer natureza...( ) sim ( ) não  
 Especificar: \_\_\_\_\_

**IMUNIZAÇÃO**

Vacinação anti-tetânica ..... ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Ausente ( ) Ignorado  
 Data da última dose: \_\_\_\_\_  
 Se negativo, especificar porque: \_\_\_\_\_

Vacinação anti-influenza no último ano.....( ) sim ( ) não

Se negativo, especificar:

Vacinação anti-pneumocócica .....( ) sim ( ) não

Ano: \_\_\_\_\_

Se negativo, especificar:

Vacinação anti-amarílica .....( ) sim ( ) não

Ano: \_\_\_\_\_

Se negativo, especificar:

**ÓRTESES/PRÓTESES** .....( ) sim ( ) não

Especificar:

### HOSPITALIZAÇÕES CLÍNICAS (DIAGNÓSTICO/ANO)

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

### CIRURGIAS PRÉVIAS

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICOS ANTERIORES RELATADOS:

	Diagnóstico		Diagnóstico
<b>Doenças Cardiovasculares</b>		<b>Orgãos dos Sentidos</b>	
Hipertensão arterial		Catarata	
Insuficiência Cardíaca		Glaucoma	
Insuficiência Coronariana		Degeneração macular	
Arritmia cardíaca		Outras:	
Doença vascular periférica			
Outras:		<b>Sistema Músculo-Esquelético</b>	
		Osteoartrite	
		Osteoporose	
<b>Doenças Respiratórias</b>		Outras:	
DPOC			
Asma			
Tuberculose		<b>Doenças Hematológicas</b>	
Pneumonia		Anemia	
Neoplasia		Linfoma/Leucemia/Mieloma	
Outras:		Discrasia sanguínea	
		Outras:	
<b>Doenças Endócrino-Metabólicas</b>			
Diabetes mellitus		<b>Doenças do Tubo Digestivo</b>	
Dislipidemia		DRGE	
Hipotireoidismo		Úlcera Péptica	
Hipertireoidismo		Colelitíase	
Outras:		Neoplasia	
		Outras:	
<b>Doenças Neuro-Psiquiátricas</b>			
Demência		<b>Doenças Gêrito-urinárias</b>	
Depressão		ITU	
Parkinsonismo		Neoplasia	
AVC		Outras	
Confusão mental aguda			

### HISTÓRIA FAMILIAR POSITIVA PARA:

Doença cardiovascular prematura.....( ) sim ( ) não

(IAM ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino)

Hipertensão arterial sistêmica.....( ) sim ( ) não

Diabetes mellitus tipo II.....( ) sim ( ) não

Doença tireoidiana.....( ) sim ( ) não

- Câncer de cólon ..... ( ) sim ( ) não
- Câncer de mama..... ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
- Câncer de próstata..... ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica
- Osteoporose/Fratura de fragilidade.....( ) sim ( ) não
- Depressão..... ( ) sim ( ) não
- Demência..... ( ) sim ( ) não

## AVALIAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR

### A) IDOSO DE COMUNIDADE

Enfermeiro

**Quadro da constituição familiar**

Nome	Parentesco	Sexo	Est.Civil	Reside com o idoso	
				Sim	Não

**Risco Psico-social na esfera familiar**

	SIM	NÃO
Se tem algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?		
Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares?		
Sente-se compreendido?		
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família?		
Viuvez recente		
Perda de filhos (recente)		
Vive sozinho		

**Área profissional**

- Ocupação de habilitações profissionais:
- Situação atual
- Aposentado: ( ) Sim ( ) Não
- Situação previdenciária: ( ) Privada ( ) Pública
- Desenvolve alguma outra atividade produtiva? ( ) Sim ( ) Não

**Área social/atividades/interesses:**

**Interesses sociais**

- Grupos de convivência: ( ) Sim ( ) Não
- Escolas abertas: ( ) Sim ( ) Não
- Clubes: ( ) Sim ( ) Não
- Trabalhos voluntários: ( ) Sim ( ) Não

**Visitas a parentes: Quais?**

- Frequência: ( ) diária ( ) semanal ( ) quinzenal ( ) mensal ( ) esporádica
- Visitas a amigos: Quais?
- Frequência:

**Lazer:**

**Religião:**

Qual? Praticante? Onde? Frequência?  
 A religião/espiritualidade na velhice é:

Em geral, você diria que sua saúde é:

Atualmente	Há um ano atrás
Excelente	Muito melhor agora do que há um ano atrás
Muito boa	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás
Boa	Quase a mesma coisa do que há um ano atrás
Ruim	Um pouco pior agora do que há um ano atrás
Muito ruim	Muito pior agora do que há um ano atrás

Na sua opinião qual problema que mais o atinge na vida diária:

( ) nenhum ( ) econômico ( ) saúde ( ) pessoal ( ) família

## **B. IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

1. Tempo de institucionalização: \_\_\_\_\_
2. Como chegou à instituição: ( ) Vontade própria ( ) Trazido por parentes  
( ) Trazidos por outros
3. Motivo da institucionalização:
4. O que significa viver no asilo?
5. Como é a sua rotina na instituição?
6. Dinâmica das relações: Você considera a relação:
  - Idoso/idoso: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima
  - Idoso/funcionários: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima
  - Idoso/dirigente: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima
  - Idoso/familiares: ( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Péssima

### 7. Família

7.1 Com quem residia antes de vir para a instituição?

7.2 Quadro da constituição familiar

Nome	Parentesco	Sexo	Est.Civil	Local da residência	Visita		Frequência
					Sim	Não	

### 8. Religião:

Qual? Praticante? Onde? Frequência?  
 A religião/espiritualidade na velhice é:

### 9. Área profissional

Ocupação de habilitações profissionais:  
 Situação atual  
 Aposentado: ( ) Sim ( ) Não  
 Situação previdenciária: ( ) Privada ( ) Pública  
 Desenvolve alguma outra atividade produtiva? ( ) Sim ( ) Não  
 Recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC)? ( ) Sim ( ) Não

### 10. Interesses principais:

Antes da institucionalização:  
 Atuais:

### 11. Visão do idoso sobre o envelhecimento:

### 12. Em geral, você diria que sua saúde é:

<b>Atualmente</b>	<b>Há um ano atrás</b>
Excelente	Muito melhor agora do que há um ano atrás
Muito boa	Um pouco melhor agora do que há um ano atrás
Boa	Quase a mesma coisa do que há um ano atrás
Ruim	Um pouco pior agora do que há um ano atrás
Muito ruim	Muito pior agora do que há um ano atrás

### 13. Na sua opinião qual problema que mais o atinge na vida diária:

( ) nenhum ( ) econômico ( ) saúde ( ) pessoal

### 14. Tem conhecimento sobre as Leis específicas para os idosos?

### 15. Citar um fato marcante da sua vida.

## AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Nome  
Data

Sexo:

Enfermeiro

Grau de parentesco:

### Inventário de Sobrecarga de Zarit

Instruções: a seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca = 0; raramente = 1; algumas vezes = 2; frequentemente = 3; ou sempre = 4). Não existem respostas certas ou erradas.

	0	1	2	3	4
O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?					
O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?					
O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicado por que o Sr/Sra está cuidando de S?					
O Sr/Sra não se sente a vontade de ter visitas em casa, por causa de S?					
O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida depois da doença de S?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					

\* No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

\*\*Neste item as respostas são: nem um pouco = 0; um pouco = 1; moderadamente = 2; muito = 3, extremamente = 4.

#### **Impressões sobre o cuidado e o cuidador:**

## AVALIAÇÃO AMBIENTAL

### ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDAS

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>ÁREAS DE LOCOMOÇÃO</b>	Áreas de locomoção desimpedidas		
	Barras de apoio		
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus		
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
<b>QUARTO DE DORMIR</b>	Cama com luz indireta		
	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo se assentar para se vestir		
<b>BANHEIRO</b>	Cama de boa altura (45 cm)		
	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante		
<b>COZINHA</b>	Box: abertura fácil, cortina bem firme		
	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada		
<b>ESCADA</b>	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de roda se necessário		
	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degraus com faixa amarela		
	Corrimão bilateral		
	Corrimão sólido		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus		
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes		
Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes			

Local aonde passa a maior parte do tempo	Atividade desenvolvida	Problemas com o local

Existe algum local em sua residência que o senhor(a) não frequenta? Por qual motivo?

## EXAMES COMPLEMENTARES

Rastreamento de câncer					
Mamografia					
Citologia cérvix uterino					
US pélvico					
Sangue oculto fecal					
Retossigmoidoscopia					
Colonoscopia					
PSA total					
PSA livre					

Doenças Endócrino-Metabólicas					
T.S.H.					
T <sub>4</sub> livre					
Glicemia de jejum					
Glicemia pós-prandial					
Glicohemoglobina					
Colesterol total					
HDL-C					
LDL-C					
VLDL-C					
Triglicerídes					
Sódio					
Potássio					
Cloro					
Cálcio					
Fósforo					
Fosfatase Alcalina					
Ácido úrico					
Vitamina B12					
Ácido Fólico					
Albumina					
Globulinas					
25-OH-D <sub>3</sub>					

Função Renal					
Uréia					
Creatinina					
Clearance Creat					
Urina Rotina					
Rel. alb/creat urinária					
Microalbuminúria					



<b>Radiologia/ Outros</b>	
RX tórax	
ECG	

<b>Densitometria óssea</b>					
Score T	Fêmur				
	Vértebra				
Score Z	Fêmur				
	Vértebra				

<b>Hemograma</b>				
Hemoglobina				
Hemácias				
Hematócrito				
VCM				
CHCM				
RDW				
Leucócitos Global				
Neutrófilos				
Linfócitos				
Eosinófilos				
Monócitos				
Basófilos				
Plaquetas				
PTT				
RNI				
Outras:				

**OUTROS**

## ESTIMATIVAS GERAIS

### 1. Risco de Framingham (*Risco de doença arterial coronariana em 10 anos*):

	HOMEM					MULHER					SCORE
<b>Idade</b>											
20-34 a	- 9					- 7					
35-39 a	- 4					- 3					
40-44 a	0					0					
45-49 a	3					3					
50-54 a	6					6					
55-59 a	8					8					
60-64 a	10					10					
65-69 a	11					12					
70-74 a	12					14					
75-79 a	13					16					
<b>Colesterol Total (mg/ml)</b>	20-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	20-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	
< 160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
160-199	4	3	2	1	0	4	3	2	1	1	
200-239	7	5	3	1	0	8	6	4	2	1	
240-279	9	6	4	2	1	11	8	5	3	2	
≥ 280	11	8	5	3	1	13	10	7	4	2	
<b>Tabagismo</b>											
Não-fumante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Fumante	8	5	3	1	1	9	7	4	2	1	
<b>HDL-Colesterol (mg/dl)</b>											
≥ 60	- 1					-1					
50-59	0					0					
40-49	1					1					
< 40	2					2					
<b>Pressão Sistólica (mm Hg)</b>	Se não tratada		Se tratada			Se não tratada		Se tratada			
< 120	0		0			0		0			
120-129	0		1			1		3			
130-139	1		2			2		4			
140-159	1		2			3		5			
≥ 160	2		3			4		6			
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>	Risco de DAC em 10 a					PONTUAÇÃO TOTAL					Risco de DAC em 10 a
< 0	<1					< 9					< 1
0	1					9					1
1	1					10					1
2	1					11					1
3	1					12					1
4	1					13					2
5	2					14					2
6	2					15					3
7	3					16					4
8	4					17					5
9	5					18					6
10	6					19					8
11	8					20					11
12	10					21					14
13	12					22					17
14	16					23					22
15	20					24					27
16	25					≥25					≥ 30
≥17	≥ 30										
<b>RISCO EM 10 ANOS _____%</b>						<b>RISCO EM 10 ANOS _____%</b>					

## 2. Função Renal Estimada:

2.1 Estimativa de Cockcroft-Gault ( $140 - \text{idade} \times \text{peso(k)} / 72 \times \text{creatinina sérica (mg\%)}$ ):

2.2 MDRD:

## 3. Índice Tornozelo/Braquial (ITB):

 $( ) > 0,9$  $( ) < 0,9$  Especificar:

	Homem (msec)	Mulher (mseg)
Normal	< 430	<450
Bordeline	430-450	450-470
Prolongado	>450	>470

## 4. Circunferência abdominal:

5. Intervalo QT-c (Fórmula de Bazett):  $QTc = QT \text{ em segundos} / \sqrt{RR \text{ em segundos}}$ 

## 6. Risco de Framingham para AVC em 10 anos :

ESTIMATIVA DE RISCO DE AVC EM 10 ANOS PARA HOMENS (FRAMINGHAM HEART STUDY) D'Agostini R.B. et al. Stroke 1994;25:40-43											
	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
<b>Idade</b>	54-56a	57-59a	60-62a	63-65a	66-68a	69-72a	73-75a	76-78a	79-81a	82-84a	85 a
<b>PA sistólica, se não tratada</b>	97-105	106-115	116-125	126-135	136-145	146-155	156-165	166-175	176-185	186-195	196-205
<b>PA sistólica, se tratada</b>	97-105	106-112	113-117	118-123	124-129	130-135	136-142	143-150	151-161	162-176	177-205
<b>Diabetes</b>	Não		Sim								
<b>Fumo</b>	Não			Sim							
<b>Doença cardiovascular</b>	Não				Sim						
<b>Fibrilação atrial</b>	Não				Sim						
<b>Hipertrofia de VE (ECG)</b>	Não					Sim					
ESTIMATIVA											
Pontuação	% em 10 a			Pontuação	% em 10 a			Pontuação	% em 10 a	Probabilidade de AVC em 10 anos, conforme a idade	
1	3%			11	11%			21	42%	55-59 anos	
2	3%			12	13%			22	47%	60-64 anos	
3	4%			13	15%			23	52%	65-69 anos	
4	4%			14	17%			24	57%	70-74 anos	
5	5%			15	20%			25	63%	75-79 anos	
6	5%			16	22%			26	68%	80-84 anos	
7	6%			17	26%			27	74%		
8	7%			18	29%			28	79%		
9	8%			19	33%			29	84%		
10	10%			20	37%			30	88%		
										<b>Probabilidade de AVC em 10 anos</b>	
										Normal:	
										Calculada:	

Doença cardiovascular: história de IAM, angina pectoris, doença arterial coronariana, claudicação intermitente ou ICC

ESTIMATIVA DE RISCO DE AVC EM 10 ANOS PARA MULHERES (FRAMINGHAM HEART STUDY)											
D'Agostini R.B. et al. Stroke 1994;25:40-43											
	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
<b>Idade</b>	54-56a	57-59a	60-62a	63-64a	65-67a	68-70a	71-73a	74-76a	77-78a	79-81a	82-84 a
<b>PA sistólica, se não tratada</b>		95-106	107-118	119-130	131-143	144-155	156-167	168-180	181-192	193-204	205-216
<b>PA sistólica, se tratada</b>		95-106	107-113	114-119	120-125	126-131	132-139	140-148	149-160	161-204	205-216
<b>Diabetes</b>	Não			Sim							
<b>Fumo</b>	Não			Sim							
<b>Doença cardiovascular</b>	Não		Sim								
<b>Fibrilação atrial</b>	Não						Sim				
<b>Hipertrofia de VE (ECG)</b>	Não				Sim						
ESTIMATIVA											
Pontuação	% em 10 a		Pontuação	% em 10 a		Pontuação	% 10 a		Probabilidade de AVC em 10 anos, conforme a idade		
1	1%		11	8%		21	43%		55-59 anos	3%	
2	1%		12	9%		22	50%		60-64 anos	4,7%	
3	2%		13	11%		23	57%		65-69 anos	7,2%	
4	2%		14	13%		24	64%		70-74 anos	10,9%	
5	2%		15	16%		25	71%		75-79 anos	15,5%	
6	3%		16	19%		26	78%		80-84 anos	23,9%	
7	4%		17	23%		27	84%				
8	4%		18	27%					<b>Probabilidade de AVC em 10 anos</b>		
9	5%		19	32%					Normal:		
10	6%		20	37%					Calculada:		

*Doença cardiovascular: história de IAM, angina pectoris, doença arterial coronariana, claudicação intermitente ou ICC*

## 7. Índice de Charlson

<b>COMORBIDADE</b>			
<b>1 ponto</b>	<b>2 pontos</b>	<b>3 pontos</b>	<b>6 pontos</b>
História de IAM	Hemiplegia	Doença hepática moderada a grave	Tumor sólido com metástase
Insuficiência cardíaca	Linfoma		SIDA
DPOC	Doença renal moderada a grave		
Doenças do colágeno	Diabetes com lesão de órgãos alvo		
Úlcera péptica	Tumor sólido sem metástase		
Insuficiência arterial periférica	Leucemia		
Doença cerebrovascular ou AIT			
Demência			
Doença hepática leve			
Diabetes sem lesão de órgãos-alvo			

<b>IDADE</b>	
50-59anos	1
60-69 anos	2
70-79 anos	3
80-89 anos	4
90-99 anos	5

<b>Pontuação Final</b>	<b>Sobrevida em 1 ano</b>
<b>1</b>	<b>98%</b>
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	<b>89%</b>
<b>5</b>	
<b>6</b>	<b>79%</b>
<b>7</b>	
<b>&gt;8</b>	<b>64%</b>

## DIAGNÓSTICOS

### 1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL					
FUNÇÕES		COMPROMETIMENTO FUNCIONAL			
		NÃO	SIM		
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	AUTO-CUIDADO		Semi-dependência	Dependência incompleta	Dependência completa
	AVDS INSTRUMENTAIS		Dependência parcial	Dependência completa	
<b>COGNIÇÃO</b>			Comprometimento Cognitivo Leve	Incapacidade Cognitiva	
				Demência	Depressão
				Delirium	D. Mental
<b>HUMOR</b>					
<b>MOBILIDADE</b>	ALCANCE / PREENÇÃO / PINÇA				
	POSTURA/ MARCHA/ EQUILÍBRIO		Instabilidade Postural	Imobilidade	
			TUG:	Parcial	Completa
	CAPACIDADE AERÓBICA				
	CONTINÊNCIA URINÁRIA			Transitória	Permanente
			Urgência	Esforço	Transbordamento
				Mista	Funcional
<b>COMUNICAÇÃO</b>	VISÃO				
	AUDIÇÃO				
	FALA / VOZ / MOTRICIDADE OROFACIAL				
<b>Outras Funções Orgânicas:</b>	SAÚDE BUCAL				
	ESTADO NUTRICIONAL				
	SONO				
<b>Interação Social</b>	LAZER				
	SUPORTE FAMILIAR				
	SUPORTE SOCIAL				
	SEGURANÇA AMBIENTAL				

ESTIMATIVAS DE RISCO	
Função renal estimada (Cockcroft-Gault)	
IMC	
Circunferência da panturrilha	
Risco de Framingham em 10 anos	Risco de Doença Arterial Coronariana
	Risco de AVC

### 2. DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

## SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES

### 1. PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR

### 2. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	INTERVALO/Observações
<b>DOENÇA CARDIOVASCULAR</b>	Categoria de risco cardiovascular <i>(Risco de Framingham)</i> IAM: ____/10 anos AVC: ____/10 anos	Há indicação de anti-agregante plaquetário?		
		Há indicação de estatina?		
	Ultrasom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?			
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	Anti-influenza			
	Anti-pneumocócica			
	Dupla Tipo Adulto			
	Anti-amarílica			
<b>RASTREAMENTO DE CÂNCER</b>	Cólon-retal	PSOF (3 amostras independentes)		
		Colonoscopia		
		Outros:		
	Mama (mamografia)			
	Colo de útero (Papanicolau)			
Próstata (PSA)				
<b>OSTEOPOROSE / FRATURA DE FRAGILIDADE</b>	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?			
	Há indicação de quimioprevenção com suplementação de cálcio e vitamina D <sub>3</sub> ?			
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?			
<b>ACONSELHAMENTO</b> <i>(Mudança de estilo de vida)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ATIVIDADE FÍSICA</b></li> </ul> Há indicação para atividade física regular? Tipo de Exercício: <input type="checkbox"/> Aeróbico <input type="checkbox"/> Resistido <input type="checkbox"/> Flexibilidade			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientações para prevenção de <b>QUEDAS</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconselhamento para prevenção ou tratamento do <b>TABAGISMO</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconselhamento para prevenção ou tratamento do <b>ALCOOLISMO</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientações nutricionais básicas para prevenção de <b>OBESIDADE</b> e do uso excessivo de gordura saturada em indivíduos com <b>DISLIPIDEMIA</b> ou doença cardiovascular</li> </ul>			





#### 4. AÇÕES REABILITADORAS

O paciente necessita de reabilitação nas seguintes áreas:			Sim	Não	O paciente deverá ser encaminhado para:	Sim	Não
REABILITAÇÃO FÍSICA	Mobilidade	Alcance/Preensão/Pinça			Fisioterapia		
		Postura/Marcha/Transferência			Terapia ocupacional		
		Capacidade aeróbica			Fonoaudiologia		
		Continência esfinteriana			Psicologia		
	Comunicação	Visão			Enfermagem		
		Audição			Serviço social		
		Fala/Voz/Motricidade orofacial			Odontologia		
	Nutrição			Farmácia			
	Saúde bucal			Nutrição			
	REABILITAÇÃO COGNITIVA-COMPORTAMENTAL	Cognição				Observações:	
Humor/Estado Mental							
Sono							
Lazer							
REABILITAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR	Suporte Familiar						
	Suporte Social						
REABILITAÇÃO AMBIENTAL							

#### 5. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

O paciente deverá ser encaminhado para a <b>GERIATRIA DE REFERÊNCIA?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
O paciente deverá ser encaminhado para outras <b>ESPECIALIDADES MÉDICAS?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Especificar:		

A implementação do Plano de Cuidados deverá ser feita em:						
Saúde (SUS)	Sim	Não	Assistência Social (SUAS)	Sim	Não	
Centro de Saúde (Atenção Primária)			CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)			
NASF			CREAS (Centro de Referência Especializados de Assistência Social)			
Saúde bucal			Grupo de Convivência			
Atenção Domiciliar			Centro Dia			
Centro de Reabilitação			Serviço Regional de Atenção Básica à Família			
Pronto Atendimento			Casa-Lar			
Hospital-Dia			República de Idosos			
Hospice			Programa Cuidador de Idosos			
Hospital			Instituição de Longa Permanência para Idosos			
CTI			Outras:			
Outras:						

##### Observações:

##### EQUIPE MAIS VIDA RESPONSÁVEL PELO MATRICIAMENTO DO CASO

Médico:

Enfermeiro:

Contato:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

INSTITUTO JENNY DE ANDRADE FARIA: Av. Álvaro Celso,

117 – Santa Efigênia

Fone: 3222-2227 / 3409-9038

Horário de atendimento no Centro Mais Vida				
2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira

E-mail: [centromaisvida@pbh.gov.br](mailto:centromaisvida@pbh.gov.br)  
 Site: [www.hc.ufmg](http://www.hc.ufmg)

## ANEXO B - PLANO DE CUIDADOS DO IDOSO



Universidade Federal de Minas Gerais  
 Hospital das Clínicas da UFMG  
 Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG  
 Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso

**CENTRO MAIS VIDA MACRORREGIÃO CENTRO I - BELO HORIZONTE**



### PLANO DE CUIDADOS DO IDOSO

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Prontuário do HC/UFMG: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cuidador/Informante: \_\_\_\_\_  
 Centro de Saúde/Regional: \_\_\_\_\_ Médico solicitante: \_\_\_\_\_  
 Data da consulta \_\_\_\_\_

#### 1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL					
FUNÇÕES		COMPROMETIMENTO FUNCIONAL			
		NÃO	SIM		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AUTO-CUIDADO		Semi-dependência	Dependência incompleta	Dependência completa
	AVDS INSTRUMENTAIS		Dependência parcial		Dependência completa
COGNIÇÃO			Transtorno Cognitivo Leve		Incapacidade Cognitiva
				Demência	Depressão
HUMOR					
MOBILIDADE	Alcance / Preensão / Pinça				
	Postura/ Marcha/ Transferência		Instabilidade Postural		Imobilidade
		TUG:			Parcial Completa
	Capacidade Aeróbica				
	Continência Urinária		Transitória Permanente		
	Continência Fecal		Urgência Esforço Transbordamento Mista Funcional		
COMUNICAÇÃO	Visão				
	Audição				
	Fala / Voz / Motricidade orofacial				
Outras Funções Orgânicas:	Saúde Bucal				
	Estado Nutricional				
	Sono				
Interação Social	Lazer				
	Suporte Familiar				
	Suporte Social				
	Segurança Ambiental				

#### 2. DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE

##### SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES

#### 3. PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR

#### 4. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	INTERVALO/Observações
<b>DOENÇA CARDIOVASCULAR</b>	Categoria de risco cardiovascular <i>(Risco de Framingham)</i> IAM: ____ /10 anos AVC: ____ /10 anos	Há indicação de anti-agregante plaquetário?		
		Há indicação de estatina?		
	Ultrassom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?			
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	Anti-influenza			
	Anti-pneumocócica			
	Dupla Tipo Adulto			
	Anti-amarílica			
<b>RASTREAMENTO DE CÂNCER</b>	Cólon-retal	PSOF (3 amostras independentes)		
		Colonoscopia		
		Outros:		
	Mama (mamografia)			
	Colo de útero (Papanicolau)			
	Próstata (PSA)			
<b>OSTEOPOROSE / FRATURA DE FRAGILIDADE</b>	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?			
	Há indicação de quimioprevenção com suplementação de cálcio e vitamina D <sub>3</sub> ?			
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?			
<b>ACONSELHAMENTO</b> <i>(Mudança de estilo de vida)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>ATIVIDADE FÍSICA</b></li> </ul> Há indicação para atividade física regular? Tipo de Exercício: <input type="checkbox"/> Aeróbico <input type="checkbox"/> Resistido <input type="checkbox"/> Flexibilidade			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientações para prevenção de <b>QUEDAS</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconselhamento para prevenção ou tratamento do <b>TABAGISMO</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aconselhamento para prevenção ou tratamento do <b>ALCOOLISMO</b></li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientações nutricionais básicas para prevenção de <b>OBESIDADE</b> e do uso excessivo de gordura saturada em indivíduos com <b>DISLIPIDEMIA</b> ou doença cardiovascular</li> </ul>			

ESTIMATIVAS DE RISCO		
Função renal estimada (Cockcroft-Gault)		
IMC		
Circunferência da panturrilha		
Risco de Framingham em 10 anos	Risco de Doença Arterial Coronariana	Risco de AVC

## 5 AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS

### 5.1 Metas terapêuticas:

### 5.2 Justificativa para as mudanças:

### 5.3 Tratamento farmacológico proposto:

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

### 5.4 Tratamento não-farmacológico proposto:

O paciente necessita de reabilitação nas seguintes áreas:		Sim	Não	O paciente deverá ser encaminhado para:	Sim	Não
<b>REABILITAÇÃO FÍSICA</b>	<b>Mobilidade</b>	Alcance/Preensão/Pinça				Fisioterapia
		Postura/Marcha/Transferência			Terapia ocupacional	
		Capacidade aeróbica			Fonoaudiologia	
		Continência esfinteriana			Psicologia	
	<b>Comunicação</b>	Visão			Enfermagem	
		Audição			Serviço social	
		Fala/Voz/Motricidade orofacial			Odontologia	
	<b>Nutrição</b>			Farmácia		
	<b>Saúde bucal</b>			Nutrição		
	<b>REABILITAÇÃO COGNITIVA-COMPORTAMENTAL</b>	Cognição			Outros	
Humor/Estado Mental				Observações:		
Sono						
Lazer						
<b>REABILITAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR</b>	Suporte Familiar					
	Suporte Social					
<b>REABILITAÇÃO AMBIENTAL</b>						

## 4 AÇÕES REABILITADORAS

## 5 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

O paciente deverá ser encaminhado para a <b>GERIATRIA DE REFERÊNCIA?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
--	------------	------------

O paciente deverá ser encaminhado para outras <b>ESPECIALIDADES MÉDICAS?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Especificar:		

A implementação do Plano de Cuidados deverá ser feita em:					
Saúde (SUS)			Assistência Social (SUAS)		
	Sim	Não		Sim	Não
Centro de Saúde (Atenção Primária)			CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)		
NASF			CREAS (Centro de Referência Especializados de Assistência Social)		
Saúde bucal			Grupo de Convivência		
Atenção Domiciliar			Centro Dia		
Centro de Reabilitação			Serviço Regional de Atenção Básica à Família		
Pronto Atendimento			Casa-Lar		
Hospital-Dia			República de Idosos		
Hospice			Programa Cuidador de Idosos		
Hospital			Instituição de Longa Permanência para Idosos		
CTI			Outras:		

**Observações:****EQUIPE MAIS VIDA RESPONSÁVEL PELO MATRICIAMENTO DO CASO**

Médico:

Enfermeiro:

Contato:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG

INSTITUTO JENNY DE ANDRADE FARIA: Av. Álvaro Celso, 117 – Santa Efigênia

Fone: 3222-2227 / 3409-9038

E-mail: [centromaisvida@pbh.gov.br](mailto:centromaisvida@pbh.gov.br)Site: [www.hc.ufmg.br/geriatria](http://www.hc.ufmg.br/geriatria)

Horário de atendimento no Centro Mais Vida				
2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira

**ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COEP/UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**


**Projeto: CAAE –12295413.0.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Elizabeth Costa Dias  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 25 de abril de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Caracterização do Perfil do Idoso Atendido no Centro Mais Vida da Macrorregião Centro I do HC-UFMG em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de Janeiro a Dezembro de 2011"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

  
**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DO DEPE/HC/UFMG



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Hospital das Clínicas**

**Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão**

Belo Horizonte, 09 de maio de 2013.

**PROCESSO: Nº 73/12** "CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL, DO IDOSO ATENDIDO NO CENTRO MAIS VIDA DA MACRORREGIÃO CENTRAL I DO HC/UFMG EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011."

SR(A) PESQUISADOR(A):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do HC e a aprovação pelo COEP/UFMG em 25/04/2013, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,

PROF.ª ANDRÉA MARIA SILVEIRA  
Diretora da DEPE/HC-UFMG

A Sr.ª  
Prof.ª Elizabeth Costa Dias  
Depto. Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina- UFMG