

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



5ª edição
1ª reimpressão



Brasília – DF
2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

5ª edição
1ª reimpressão



Brasília – DF
2020



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br/>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 5ª edição – 1ª reimpressão – 2020 – 4.591.791 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
Setor SRTVN, Quadra 701, lote D, Ed. PO700, 5º andar, Ala Sul
CEP: 700719-040 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/idoso
E-mail: idoso@saude.gov.br

Coordenação e revisão geral:

Andréa da Costa Aita
Elizabeth Ana Bonavigo
Maria Cristina Corrêa Lopes Hoffmann
Miriam Di Giovanni
Nubiara Coelho Alves Braga

Colaboradores:

Alejandra Prieto de Oliveira
Aline Pinto Marques
Ana Lúcia Ferraz Amstalden
Ana Sílvia Pavani Lemos
Bruna Pitasi Arguelhes
Carolina de Campos Carvalho
Cleonice Lisbete Silva Gama
Cristina Hamester
Dalia Elena Romero
Danusa Santos Brandão
Débora Heinen Kist
Edgar Nunes de Moraes
Eduardo Dickie de Castilhos
Fábio Fortunato Brasil de Carvalho
Fabiola Danielle Correia
Flávia Lanna de Moraes
Gisele Bortolini
Helena Cerveira Lopes
Jamile Joana de Melo Calixto
Karla Lisboa Ramos
Laura dos Santos Boeira
Leonardo Cavalheiro
Leticia Sabbadini da Silva

Lucélia Silva Nico
Marco Polo Dias Freitas
Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo
Maria Luiza Ferreira
Mariana Souza Silva
Natália Vargas Patrocínio de Campos
Olivia Lucena de Medeiros
Oscar Surriel
Raquel Souza Azevedo
Ricardo Chiappa
Silvana Coelho Nogueira
Tânia Bighetti
Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel

Fotos:

Luís Oliveira
Radilson Carlos Gomes
Thiago Mares Castellan

Coordenação de programação visual:

Patrícia Ferreira

Ilustrações e gráficos:

Romulo Matteoni

Projeto gráfico e diagramação:

Romulo Matteoni

Normalização:

Mariana Andonios Spyridakis Pereira – Editora MS/CGDI
OS 2020/0290

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

*O processo de elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi viabilizado por meio do Termo de Cooperação nº 163/2012, parceria do COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS com FIOCRUZ/ICICT.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. DADOS PESSOAIS	6
2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA	10
2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso	10
2.2 Diagnósticos e internações prévios	12
2.3 Cirurgias realizadas	14
2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos	15
2.5 Dados antropométricos	16
2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)	18
2.7 Informações complementares	23
2.8 Avaliação ambiental	23
2.9 Quedas	24
2.10 Identificação de dor crônica	25
2.11 Hábitos de vida	26
3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL	28
4. CONTROLE DE GLICEMIA	32
5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO	33
6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL	34
AGENDA DE CONSULTAS / EXAMES	36
ATUALIZAÇÕES DA CADERNETA	38

ORIENTAÇÕES	41
1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA	42
2. ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	43
3. ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS	44
4. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	47
5. SAÚDE BUCAL	50
6. PREVENÇÃO DE QUEDAS	52
7. ATIVIDADE FÍSICA	54
8. SEXUALIDADE	55
LISTA PESSOAL DE ENDEREÇOS E/OU TELEFONES ÚTEIS	56
SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS	57

APRESENTAÇÃO

O **Ministério da Saúde** compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com **qualidade de vida**. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades, para a manutenção e melhoria de sua capacidade funcional, garantindo atenção integral à sua saúde.

A **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no **Sistema Único de Saúde**. É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos por seus familiares e cuidadores.

É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, para compor o **Plano de Cuidado**, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde. A **Caderneta** permitirá o registro e o acompanhamento, pelo **período de cinco anos**, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado.

Desejamos que a **Caderneta** contribua para **qualificar a atenção à pessoa idosa no SUS**.

Leve a sua caderneta a todo atendimento realizado em serviço de saúde e em todas as campanhas de vacinação!

Apresente a caderneta ao profissional de saúde quando for visitado em sua residência!

Converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça que a caderneta seja preenchida sempre que necessário!

Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa
COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo		Foto
Apelido/nome social		
Nº cartão SUS		
Documento de identidade	CPF	
Nome completo da mãe		
Data de nascimento ____ / ____ / _____	Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Município de nascimento/UF		
Nacionalidade <input type="checkbox"/> brasileira <input type="checkbox"/> naturalizada <input type="checkbox"/> estrangeira	País de nascimento	
Sabe ler e escrever? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Escolaridade <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos ou +		
Raça/cor <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> não declarada <input type="checkbox"/> indígena Qual etnia? _____		
Tem religião? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____		

O preenchimento dos campos abaixo deve ser a lápis, para ser alterado sempre que necessário.

Ocupação/profissão principal
Situação conjugal <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a)/convívio com parceiro(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) / separado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) Desde quando (ano)? _____ <input type="checkbox"/> outra
Unidade básica de saúde que frequenta:
Tem alguma alergia de maior gravidade? Especificar

Tem alguma deficiência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Qual? <input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> outra	Especificar

Grupo sanguíneo	Fator RH
------------------------	-----------------

Endereço residencial

Rua/avenida/prça		
Nº	Complemento	Bairro
Ponto de referência		
CEP	Município	Estado
Telefone	Celular	E-mail

Informações sociofamiliares	20__		20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Você mora sozinho(a)?										
Você mora com familiares?										
Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)?										
Você reside em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), abrigo ou casa de repouso?										
Nos últimos 30 dias, você se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade, como ir ao cinema ou à igreja, passear ou caminhar junto?										
Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo(a) à unidade de saúde ou a uma consulta?										
Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado?										
Você tem fácil acesso a transporte?										
Você trabalha atualmente?										
Você recebe aposentadoria ou pensão?										
Você recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)?										
Você recebe Bolsa Família?										

Pessoas de referência

Informe os dados de pessoas que possam ser contatadas em caso de urgência.

O preenchimento dos campos abaixo deve ser a lápis, para ser alterado sempre que necessário.

Nome	
Data de nascimento ■ / ■ / ■	Vínculo
Endereço	
Telefone	Celular
Esta pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Data dessa informação ■ / ■ / ■	

Nome	
Data de nascimento ■ / ■ / ■	Vínculo
Endereço	
Telefone	Celular
Esta pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Data dessa informação ■ / ■ / ■	

Não possuo pessoas de referência.

2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA

2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso

Anote os nomes de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por profissionais de saúde ou na forma de automedicação.

Nome do medicamento, fitoterápico, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início ou tempo de uso

Polifarmácia	20__		20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?										

Foi prescrito por algum profissional de saúde? Qual?	Suspensão	
	Data	Motivo

**NÃO USE MEDICAMENTOS SEM INDICAÇÃO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.
A AUTOMEDICAÇÃO PODE TER GRAVES CONSEQUÊNCIAS
PARA A SUA SAÚDE.**

2.2 Diagnósticos e internações prévios

Algum médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?

Condições de Saúde / Diagnósticos		20__		20__	
		Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação
Condições crônicas sensíveis à atenção básica	Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame				
	Anemia				
	Asma				
	Diabetes <i>mellitus</i>				
	Doença arterial coronariana				
	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)				
	Epilepsia				
	Hipertensão arterial				
	Insuficiência cardíaca				
	Úlcera gastrointestinal				
Condições frequentes	Depressão				
	Incontinência urinária				
	Incontinência fecal				
	Declínio cognitivo (Demência)				
Outras condições / diagnósticos					

	20__		20__		20__	
	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação

2.3 Cirurgias realizadas

Relate as cirurgias realizadas ao longo da sua vida.

Cirurgia	Ano	Observações

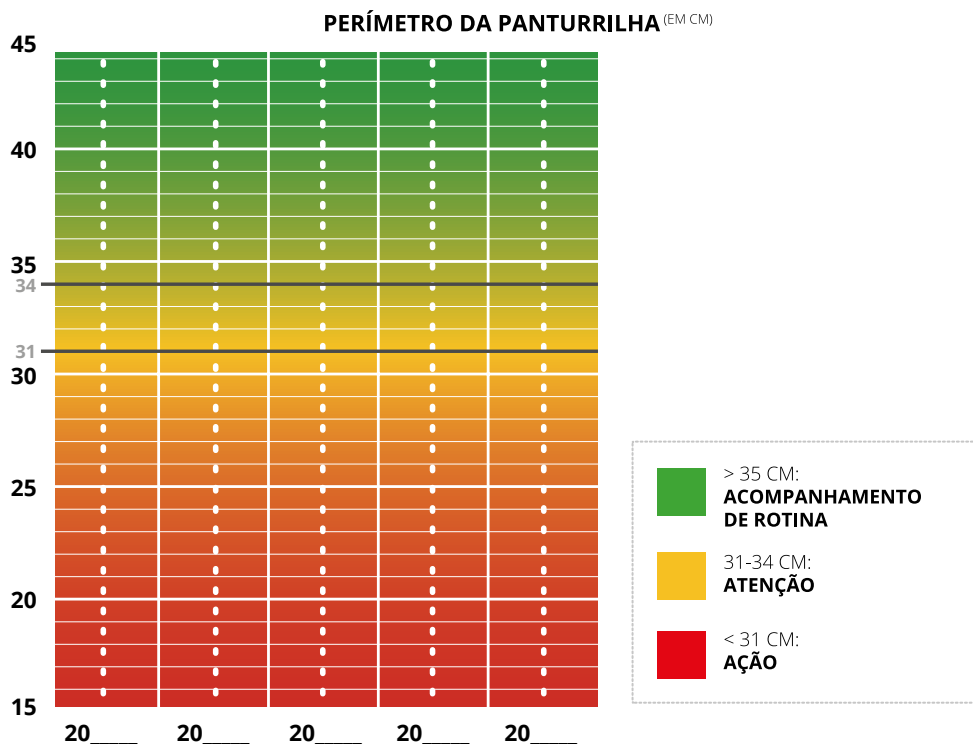
2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos

Registre abaixo os medicamentos que tenham provocado alguma reação adversa ou alergia.

Medicamento	Data	Reações adversas ou alergias

2.5 Dados antropométricos

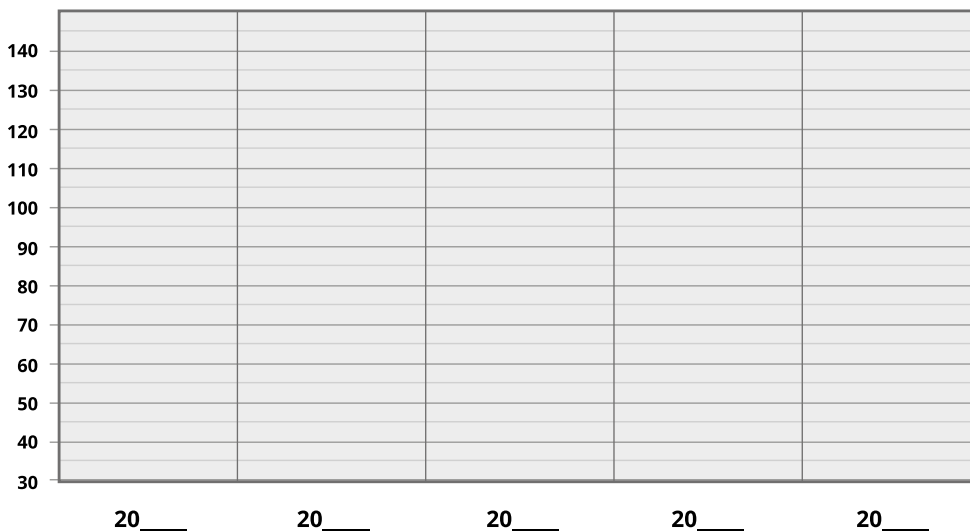
	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC = peso/altura²					
Perímetro da panturrilha (PP) esquerda					



A medida do perímetro da panturrilha esquerda é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

Controle de perda de peso	20__		20__		20__		20__		20__	
Você apresentou perda de peso não intencional* de, no mínimo, 4,5kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

CONTROLE DE PESO



Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$	< 22 kg/m ²	Baixo peso
	≥ 22 e ≤ 27 kg/m ²	Peso adequado
	> 27 kg/m ²	Sobrepeso

* Perda de peso não intencional é aquele emagrecimento que não aconteceu por decisão própria. Caso isso ocorra, deve-se investigar as possíveis causas.

2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

1. IDADE

2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

Em geral, comparando-se com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

3. LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)	
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se						
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg						
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro						
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos						
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)						
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas						

			20__	20__	20__	20__	20__
60 a 74 anos	0						
75 a 84 anos	1						
≥ 85 anos	3						
Excelente	0						
Muito boa	0						
Boa	0						
Regular	1						
Ruim	1						

PONTUAÇÃO:

As respostas “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” valem 1 ponto cada. Todavia, a **pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos**, ainda que a pessoa tenha marcado ter “muita dificuldade” ou ser “incapaz de fazer” as 6 atividades listadas.

			20__	20__	20__	20__	20__
			Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.

4. INCAPACIDADES

PONTUAÇÃO:

As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a **pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos**, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?

Sim.

4

Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?

Sim.

4

Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?

Sim.

4

Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?

Sim.

4

Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?

Sim.

4

Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.



0

	20__	20__	20__	20__	20__
	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos	Máx. 4 ptos

	20__	20__	20__	20__	20__
PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)					

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	20__	20__	20__	20__	20__

	0-2 PONTOS ACOMPANHAMENTO DE ROTINA		≥ 3 PONTOS ATENÇÃO/AÇÃO
--	---	---	-----------------------------------

2.7 Informações complementares

		20__		20__		20__		20__		20__	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
COGNICÃO	Alguém da família ou algum(a) amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)?										
	O esquecimento está piorando nos últimos meses?										
	O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?										
HUMOR	No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?										
	No último mês, você perdeu o interesse ou o prazer em atividades anteriormente prazerosas?										

2.8 Avaliação ambiental

Esteja atento(a) à segurança de seu domicílio, pois a maioria das quedas que ocasionam incapacidade permanente ocorre dentro de casa.

Itens importantes para a segurança do domicílio		20__		20__		20__		20__		20__	
Local	Item	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas										
	Presença de barras de apoio										
	Pisos uniformes e tapetes bem fixos										
Iluminação	Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus										
	Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos										
Banheiro	Área do chuveiro com antiderrapante										
	Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme										
Cozinha e quarto	Armários baixos, sem necessidade do uso de escada										
Escada	Piso antiderrapante										
	<i>não há</i> Corrimão dos dois lados e firme										

2.9 Quedas

Quedas são frequentes em pessoas idosas, mas podem ser evitadas. As principais consequências são fraturas, traumatismo craniano, contusão muscular e, principalmente, o medo de cair.

Caso já tenha sofrido alguma queda, responda às seguintes perguntas:

Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

2.10 Identificação de dor crônica

A presença de dor crônica ou de longa duração não é “normal da idade” e sua presença deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento das possíveis causas, o tratamento deverá ser feito prontamente.

	20__		20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?										
A dor é como um choque ou uma queimação?										
A dor piora ao andar?										
A dor melhora com o repouso?										

Informe ao profissional de saúde a localização e a intensidade da dor crônica de maior intensidade ou que mais o(a) prejudica, classificando-a de 0 a 10, conforme a escala de intensidade da dor mostrada abaixo:

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Local da dor: _____																																
Intensidade da dor	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LEVE</th> <th colspan="4">MODERADA</th> <th colspan="3">INTENSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	LEVE			MODERADA				INTENSA			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
LEVE			MODERADA				INTENSA																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Local da dor: _____																																
Intensidade da dor	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LEVE</th> <th colspan="4">MODERADA</th> <th colspan="3">INTENSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	LEVE			MODERADA				INTENSA			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
LEVE			MODERADA				INTENSA																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Local da dor: _____																																
Intensidade da dor	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LEVE</th> <th colspan="4">MODERADA</th> <th colspan="3">INTENSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	LEVE			MODERADA				INTENSA			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
LEVE			MODERADA				INTENSA																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Local da dor: _____																																
Intensidade da dor	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LEVE</th> <th colspan="4">MODERADA</th> <th colspan="3">INTENSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	LEVE			MODERADA				INTENSA			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
LEVE			MODERADA				INTENSA																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Local da dor: _____																																
Intensidade da dor	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">LEVE</th> <th colspan="4">MODERADA</th> <th colspan="3">INTENSA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	LEVE			MODERADA				INTENSA			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
LEVE			MODERADA				INTENSA																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							

2.11 Hábitos de vida

Identificação de hábitos de vida		
Interesse social e lazer	Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?	
	Você realiza algum trabalho voluntário?	
	Você tem alguma atividade de lazer?	
Atividade física	Você pratica algum tipo de atividade física (como caminhadas, natação, dança, ginástica etc.), pelo menos três vezes por semana?	
	Você gostaria de começar algum programa de atividade física?	
Alimentação	Você faz pelo menos três refeições por dia?	
	Você come frutas, legumes e verduras em suas refeições ao longo do dia?	
	Em pelo menos uma refeição diária, você come carnes, peixes ou ovos?	
	Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?	
	No preparo das suas refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?	
	Na sua rotina diária, você inclui a ingestão de água?	
Tabagismo	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?	
	Você gostaria de parar de fumar?	
	Você é ex-fumante?	
Álcool	Você consome bebida alcoólica?	
	Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool?	
	Alguém já criticou você por beber?	
	Sente-se culpado(a) por beber?	
	Costuma beber logo pela manhã?	

	20__		20__		20__		20__		20__	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.

Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.

Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.

Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.

ALERTA!

A hipotensão ortostática é causa frequente de tonturas e quedas em pessoas idosas. Para identificá-la, é recomendada a medida da pressão arterial nas três posições (deitada, sentada e de pé). Seu diagnóstico é estabelecido quando há uma redução de 20 mmHg ou mais na medida da pressão sistólica ou de 10 mmHg ou mais na pressão diastólica, com a mudança da posição deitada para sentada ou de pé.

4. CONTROLE DE GLICEMIA

O valor de referência da glicemia depende da presença ou não de jejum. O diagnóstico de diabetes *mellitus* é feito quando duas ou mais dosagens de **glicemia de jejum**, após jejum mínimo de 8h, são **iguais ou maiores que 126 mg/dL**.

Caso a **glicemia capilar** seja colhida na unidade de saúde, de forma **casual** ou sem jejum prévio, a dosagem deverá ser de **até 200 mg/dL**.

Data	Glicemia	Data	Glicemia	Data	Glicemia
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL

5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

A vacinação é importante para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas. Procure manter seu calendário de vacinação em dia. Busque sua unidade de saúde para mais informações.

<i>Influenza (Gripe)</i>				
Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote				
Ass.				

<i>Influenza (Gripe)</i>				
Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote				
Ass.				

<i>Dupla Tipo Adulto (dT)</i>				
	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote				
Ass.				

<i>Antipneumocócica</i>			<i>Outras vacinas:</i> _____	
	1ª Dose	Reforço		
Data	/ /	/ /	/ /	/ /
Lote				
Ass.				

Periodicidade indicada das vacinas

- **contra Influenza (Gripe):** a cada ano
- **contra difteria e tétano (dupla adulto):** a cada 10 anos
- **contra pneumonia causada por pneumococo:** por recomendação do profissional de saúde

- **contra febre amarela:** dose única. Uma dose de vacina (0,5 ml) ao longo da vida, para residentes das áreas com recomendação de vacinação em todo o país ou quando for viajar para as áreas afetadas. No caso das pessoas idosas é indicado realizar avaliação prévia, por profissional de saúde, sobre a indicação da vacina

6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Avaliação da equipe de saúde bucal		
Hábitos (ver página 26)	Álcool	
	Fumo	
Alterações ou lesões de mucosa	Presença de lesão na mucosa bucal	
	Boca seca (xerostomia - falta de saliva)	
	Presença de língua saburrosa (língua branca)	
	Presença de candidíase bucal	
	Presença de halitose	
Cárie dentária e doença periodontal	Presença de placa bacteriana (biofilme dental)	
	Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo)	
	Presença evidente de gengivite/sangramento gengival	
	Presença evidente de periodontite/perda óssea	
	Presença de cárie	
	Perda dental no último ano	
Prótese dentária superior	Prótese total (dentadura)	Não utiliza e não necessita
		Não utiliza, mas necessita
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca
	Prótese parcial (ponte móvel)	Não utiliza e não necessita
		Não utiliza, mas necessita
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca
Prótese dentária inferior	Prótese total (dentadura)	Não utiliza e não necessita
		Não utiliza, mas necessita
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca
	Prótese parcial (ponte móvel)	Não utiliza e não necessita
		Não utiliza, mas necessita
		Utiliza - Adaptada/sem necessidade de troca
		Utiliza - Não adaptada/necessita de troca
Consulta clínica (equipe de saúde bucal)	Atendimento na unidade de saúde	
	Atendimento no domicílio	
Encaminhamento para especialidades odontológicas		(D) diagnóstico bucal; (P) periodontia; (E) endodontia; (C) cirurgia; (PCD) pessoa com deficiência; (O) outras especialidades.

AGENDA DE CONSULTAS / EXAMES

Data	Hora	Local	Consulta/ exame	Nome do profissional

AGENDA DE CONSULTAS / EXAMES

Data	Hora	Local	Consulta/ exame	Nome do profissional

ORIENTAÇÕES

1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A legislação brasileira assegura determinados direitos para a população de 60 anos ou mais de idade. Para comprovar a idade basta apresentar um documento que contenha sua foto, como a Carteira de Identidade ou Carteira de Habilitação.

✦ <i>Política Nacional do Idoso</i>
Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994
✦ <i>Estatuto do Idoso</i>
Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (A Lei nº 13.466, de 12 julho de 2017, altera os arts. 3º, 15 e 71 do Estatuto do Idoso, assegurando, entre os idosos, prioridade especial aos maiores de 80 anos.)
✦ <i>Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa</i>
Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, Anexo I do anexo XI, de 28 de setembro de 2017

Alguns direitos das pessoas idosas:

- ✦ Direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital.
- ✦ Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento.
- ✦ Desconto de pelo menos 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer.
- ✦ Gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, com reserva de 10% dos assentos, os quais deverão ser identificados com placa de reserva.
- ✦ Reserva de duas vagas gratuitas no transporte interestadual para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos que excedam as vagas garantidas.
- ✦ Reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados.
- ✦ Prioridade na tramitação dos processos e procedimentos na execução de atos e diligências judiciais.
- ✦ Direito de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir dos 65 anos de idade, desde que não possua meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida pela família.
- ✦ Direito a 25% de acréscimo na aposentadoria por invalidez (casos especiais).

2. ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

1. Mantenha os medicamentos em lugares secos e frescos, seguros e específicos para este fim, fora do alcance de crianças e animais. Evite guardá-los com produtos de limpeza, perfumaria e alimentos.
2. Guarde na geladeira apenas os medicamentos líquidos, conforme orientação de um profissional de saúde. Não guarde medicamentos na porta da geladeira ou próximo do congelador. A insulina, por exemplo, perde o efeito se for congelada.
3. Se você utilizar porta-comprimidos para guardar medicamentos, deixe somente a quantidade suficiente para 24 horas. Os recipientes devem ser cuidadosamente mantidos limpos e secos.
4. O armazenamento de medicamentos deve ser individualizado para evitar erros e trocas com medicamentos de outras pessoas.
5. Lave as mãos antes de manusear qualquer medicamento.
6. Manuseie os medicamentos em lugares claros. Leia sempre o nome para evitar trocas.
7. É importante o uso regular dos medicamentos, observando-se os horários prescritos.
8. Tome os comprimidos e as cápsulas sempre com água ou conforme a orientação de um profissional de saúde.
9. Consulte seu médico ou farmacêutico caso seja necessário partir ou triturar os comprimidos.
10. Abra somente um frasco ou embalagem de cada medicamento por vez.
11. Mantenha os medicamentos nas embalagens originais para facilitar sua identificação e o controle da validade.
12. Observe frequentemente a data de validade e não tome medicamentos vencidos.
13. Consulte seu médico ou farmacêutico caso observe qualquer mudança no medicamento: cor, mancha ou cheiro estranho.
14. Utilize preferencialmente o medidor que acompanha o medicamento. Evite o uso de colheres caseiras. Lave-o após o uso.
15. Não passe o bico do tubo nas feridas ou na pele quando for utilizar pomadas. Você pode contaminar o medicamento.

16. Não encoste no olho ou na pele o bico dos frascos dos colírios e das pomadas para os olhos.
17. Sempre leve todas as receitas, bem como todos os exames e medicamentos em uso em todos os atendimentos médicos. Informe ao médico se você toma chás ou faz uso de plantas medicinais.
18. Mantenha a receita médica junto dos medicamentos.
19. Nunca espere o medicamento acabar para providenciar nova receita, para comprá-lo ou buscá-lo na unidade de saúde.
20. Os medicamentos suspensos ou antigos devem ser guardados em local separado dos medicamentos em uso.

3. ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS

Para ter acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), o usuário precisa, primeiramente, ser atendido por algum médico credenciado em unidades de atendimentos do SUS, fazer todos os procedimentos recomendados, esclarecendo sua doença, para então dar seguimento ao tratamento.

Com a receita de seu tratamento farmacológico em mãos, o usuário deve ir até a farmácia básica municipal ou unidade de saúde, onde poderá verificar como ter acesso ao medicamento de que necessita, conferir se ele consta na relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS (Relação Nacional de Medicamentos - Rename) e se informar sobre a qual Componente da Assistência Farmacêutica esse medicamento pertence.

A Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e do seu uso racional. A Assistência Farmacêutica disponibiliza gratuitamente os medicamentos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), os quais estão assim organizados:

- ◆ O Componente Básico da Assistência Farmacêutica disponibiliza os medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica e está sob responsabilidade dos municípios.
- ◆ O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica relaciona os medicamentos com diretrizes específicas para as doenças que fazem parte do

escopo dos programas do Ministério da Saúde e está sob a responsabilidade dos municípios e dos governos estaduais.

- ◆ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. A responsabilidade pelo atendimento é dos governos estaduais.

Mais informações sobre os Componentes da Assistência Farmacêutica podem ser acessadas por meio da página eletrônica:

<<http://www.saude.gov.br/medicamentos/>>.

De forma complementar, o Ministério da Saúde disponibiliza medicamentos através do Programa Farmácia Popular do Brasil, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos a um baixo custo para a população, de forma gratuita ou por meio de copagamento. O programa possui parceria com as farmácias e drogarias da rede privada chamada de “Aqui tem Farmácia Popular”. Nesse programa são disponibilizados medicamentos e fraldas geriátricas.

O elenco de medicamentos disponíveis nas drogarias conveniadas ao “Aqui tem Farmácia Popular” pode ser verificado no estabelecimento conveniado mais próximo de você ou através do *site* do programa.

Acesse: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/17/Lista-medicamentos-aquitem-usuario.pdf>>

No *site* também é possível se informar sobre as farmácias conveniadas na sua região:

Acesse: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/345-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/9749-veja-tambem-os-enderecos-das-farmacias-e-drogarias-que-integram-o-programa-aqui-tem-farmacia-popular>>

Para ter acesso aos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do Programa Farmácia Popular, o beneficiário deverá se dirigir a uma das farmácias ou drogarias conveniadas ao programa e apresentar os seguintes documentos:

- I – documento oficial com foto no qual conste o seu número de CPF; e
- II – prescrição médica, no caso de medicamentos, ou prescrição, laudo ou atestado médico, no caso de fraldas geriátricas, com as seguintes informações:
 - a. número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico e endereço do estabelecimento de saúde;
 - b. data da expedição do documento; e
 - c. nome e endereço residencial do paciente.

As receitas terão validade de 180 dias a partir de sua emissão.

A quantidade do medicamento solicitado fica limitada à posologia mensal compatível com os protocolos de tratamento da doença para a qual é indicado. Para as fraldas geriátricas, a retirada poderá ocorrer a cada 10 dias, limitada a 40 unidades por retirada.

Caso o próprio paciente (titular da prescrição, laudo ou atestado médico) não possa comparecer ao estabelecimento conveniado, a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos poderá ser realizada para terceiros mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- I – do paciente: documento oficial com foto, no qual conste o seu número de CPF;
- II – do representante legal (declarado por sentença judicial ou portador de instrumento público ou particular de procuração), o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.

4. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1º passo: Faça três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar) e, caso necessite de mais, faça outras refeições nos intervalos.

Procure fazer as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) em horários semelhantes todos os dias. Nos intervalos entre essas refeições, prefira realizar pequenas refeições saudáveis, com alimentos frescos. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, procurando comer em locais limpos e onde você se sinta confortável, evitando ambientes ruidosos ou estressantes.

2º passo: Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos em sua forma mais natural. Inclua nas principais refeições alimentos como arroz, milho, batata, mandioca/macaxeira/aipim.

Esses alimentos são as mais importantes fontes de energia e, por isso, devem ser o componente essencial das principais refeições, sendo consumidos preferencialmente em sua forma integral. As atividades de planejar as compras de alimentos, organizar a despensa doméstica e definir com antecedência o cardápio da semana podem contribuir para a satisfação com a alimentação. Em supermercados e outros estabelecimentos, utilize uma lista de compras para não comprar mais do que você precisa.

3º passo: Inclua frutas, legumes e verduras em todas as refeições ao longo do dia.

Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras. Por essa razão, eles devem estar presentes diariamente na sua alimentação. O consumo desses alimentos contribui para diminuir o risco de várias doenças e ajuda a evitar a constipação (prisão de ventre). Feiras livres, “sacolões” ou “varejões” são uma boa opção para comprar alimentos frescos que estão na safra (época) e com menor custo.

4º passo: Coma feijão com arroz, de preferência no almoço ou jantar.

Esse prato brasileiro é uma combinação completa e nutritiva e é a base de uma alimentação saudável. Varie os tipos de feijões usados (preto, manteiga, carioquinha, verde, de corda, branco e outros) e use também outros tipos de leguminosas (como soja, grão-de-bico, ervilha, lentilha ou fava). Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las com familiares e amigos. Se você não tem habilidades culinárias, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a internet e descubra o prazer de preparar seu próprio alimento. Para evitar o desperdício, cozinhe pequenas porções e congele sempre que possível para utilização em dias posteriores.

5º passo: Lembre-se de incluir carnes, aves, peixes ou ovos e leite e derivados em pelo menos uma refeição durante o dia. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

Leite e seus derivados são ricos em cálcio, que ajuda no fortalecimento dos ossos. Já carnes, aves, peixes e ovos são ricos em proteínas e minerais. Quanto mais variada e colorida for a sua alimentação, mais equilibrada e saborosa ela será.

6º passo: Use pouca quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal no preparo dos alimentos.

Esses ingredientes culinários devem ser usados com moderação para temperar alimentos e para criar preparações culinárias. Procure evitar o açúcar e o sal em excesso, substituindo-os por temperos naturais (como cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, orégano, coentro, alecrim, entre outros) e optando por receitas que não levem açúcar na preparação.

7º passo: Beba água mesmo sem sentir sede, de preferência nos intervalos entre as refeições.

A quantidade de água que precisamos ingerir por dia é muito variável e depende de vários fatores, incluindo a idade e o peso da pessoa, a atividade física que ela realiza e o clima e a temperatura do ambiente onde vive. É importante estar atento(a) ao consumo diário de água para evitar casos de desidratação, principalmente em dias muito quentes. Vale lembrar que bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados, não devem substituir a água. Uma dica é aromatizar a água com hortelã ou frutas, como rodela e cascas de laranja ou limão.

8º passo: Evite bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos e chás industrializados), bolos e biscoitos recheados, doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

Produtos ultraprocessados (como biscoitos recheados, guloseimas, “salgadinhos”, refrigerantes, sucos industrializados, sopa e macarrão “instantâneos”, “tempero pronto”, embutidos, produtos prontos para aquecer) devem ser evitados ou consumidos apenas ocasionalmente. Embora convenientes e de sabor pronunciado, esses produtos ultraprocessados tendem a ser nutricionalmente desequilibrados e, em sua maioria, contêm quantidades elevadas de açúcar, gordura e sal.

9º passo: Fique atento(a) às informações nutricionais disponíveis nos rótulos dos produtos processados e ultraprocessados para favorecer a escolha de produtos alimentícios mais saudáveis.

Os rótulos dos produtos processados e ultraprocessados (como biscoitos, pães de forma, iogurtes, barras de cereais, entre outros) são uma forma de comunicação entre esses produtos e os consumidores e contêm informações importantes sobre sua composição. Outras formas de esclarecimento podem surgir no diálogo com outras pessoas no local de compra, por meio do serviço de atendimento ao consumidor (SAC) ou até mesmo em uma consulta com um profissional de saúde. Mas fique atento: as informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais geralmente visam aumentar a venda de produtos e não informar.

10º passo: Sempre que possível, coma em companhia.

A companhia de familiares, amigos ou vizinhos na hora da refeição colabora para comer com regularidade e atenção, proporciona mais prazer com a alimentação e favorece o apetite. Escolha uma ou mais refeições na semana para desfrutar da alimentação em companhia, mantendo o convívio social com as pessoas próximas.

5. SAÚDE BUCAL

Manter uma boa saúde bucal é importante para o bem-estar, a autoestima e a saúde geral de seu corpo. Além disso, uma boca saudável é também aquela que proporciona uma boa mastigação, o que é fundamental para a boa digestão dos alimentos e melhor absorção dos nutrientes.

Para ter um sorriso bonito e saudável, é preciso escovar os dentes todos os dias, após cada refeição, e também uma última vez antes de dormir. A higiene dos dentes deve ser feita utilizando-se uma escova de dentes de tamanho adequado, com cerdas macias, e creme dental com flúor. Complemente a escovação passando o fio dental entre todos os dentes. Escovar a língua também é muito importante, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam o mau hálito. Faça movimentos cuidadosos com a escova “varrendo” a língua da parte interna até a ponta. Além de manter uma boa higiene bucal, também é preciso ter uma alimentação saudável e ir ao dentista regularmente.

Cárie:

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes. Pode avançar e causar dor e desconforto e até perda do dente. Para prevenir seu aparecimento, é importante ter uma boa higiene bucal.

Doenças da gengiva:

As doenças nas gengivas ocorrem principalmente pelo acúmulo de placa bacteriana (película viscosa e incolor formada por bactérias e restos alimentares acumulados na superfície dos dentes e na gengiva). Começam com a inflamação da gengiva, chamada de gengivite. Inicialmente, nota-se que a gengiva sangra. Se a gengivite não for tratada, pode avançar e atingir o osso que sustenta o dente (periodontite), causando exposição da raiz do dente e mobilidade, podendo levar à perda do dente.

Uso de prótese dental (dentadura/ponte móvel):

Na ausência dos dentes naturais, as próteses dentárias são fundamentais para auxiliar a correta mastigação dos alimentos e a fala, além de manter o equilíbrio das estruturas da face e das articulações. Seu uso exige cuidados especiais:

- ◆ Se você utiliza uma prótese parcial removível (ponte móvel): limpe-a fora da boca com sabão ou pasta de dente pouco abrasiva e escova de dentes macia, separada para essa função. Antes de recolocá-la na boca, escove os dentes e limpe a gengiva, o céu da boca e a língua.
- ◆ Se você utiliza prótese total (dentadura): limpe-a fora da boca com sabão ou pasta de dente e escova de dentes separada para essa função. Antes de

recolocá-la na boca, limpe a gengiva, o céu da boca e a língua. Recomenda-se ficar sem a prótese por algumas horas durante o dia. O ideal é passar a noite sem a prótese, mas, se não for possível, faça durante o banho ou em algum momento em que esteja sozinho em casa, por exemplo. Deixe-a sempre em um copo com água. Solicite orientação ao dentista sobre outros produtos para complementar a limpeza das dentaduras.

Devido ao desgaste natural, a ponte móvel ou dentadura precisará ser ajustada ou trocada após certo período de tempo. Ela não está mais em perfeitas condições quando começa a ficar solta, quando a mastigação fica difícil ou quando está irritando ou machucando a gengiva. Faça uma avaliação periódica com a equipe de saúde bucal para verificar a adaptação de sua prótese e evitar o aparecimento de feridas.

Boca seca:

A falta de saliva (boca seca) é uma queixa comum entre as pessoas idosas. Além de ser uma manifestação comum ao envelhecimento, pode ser causada pelo uso de alguns medicamentos ou por distúrbios na saúde. A boca seca pode causar maior risco de cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito e dificuldades para falar, mastigar e engolir os alimentos. O profissional de saúde bucal pode recomendar vários métodos para manter sua boca mais úmida, como tratamentos ou remédios adequados para evitar a boca seca. Tomar água com frequência pode ajudar.

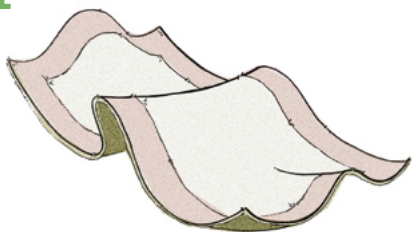
Lesões na boca:

Observe regularmente se existe alguma alteração nos lábios, bochechas, gengivas, céu da boca, garganta, na superfície e abaixo da língua. Procure por manchas, caroços, inchaços, placas esbranquiçadas ou avermelhadas ou feridas. Se você observar alguma alteração nova em sua boca ou ferida que não cicatriza, mesmo que indolor, procure um dentista ou outro profissional de saúde para realizar uma avaliação.

6. PREVENÇÃO DE QUEDAS

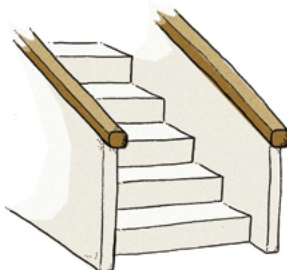
Para evitar quedas em seu domicílio, alguns cuidados são importantes, tais como:

1



Evite tapetes soltos.

2



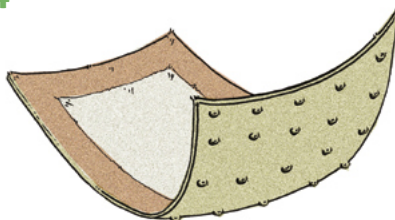
As escadas e corredores devem ter corrimão do dois lados.

3



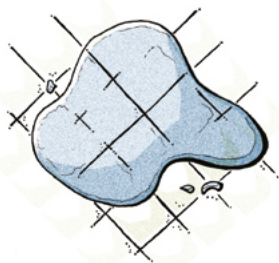
Use sapatos fechados com solado de borracha.

4



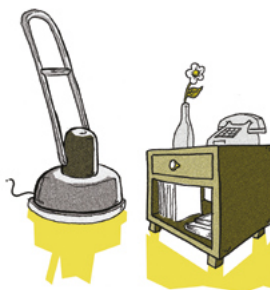
Coloque tapete antiderrapante no banheiro.

5



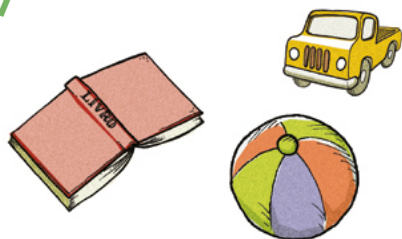
Evite andar em áreas com piso úmido.

6



Evite encerar a casa.

7



Evite móveis e objetos espalhados pela casa.

8



Deixe uma luz acesa à noite para o caso de precisar se levantar.

9



Espera que o ônibus pare completamente para você subir ou descer.

10



Coloque o telefone em local acessível.

11



Utilize sempre a faixa de pedestre.

12



Se necessário, use bengalas, muletas ou instrumentos de apoio. O importante é a sua segurança.

7. ATIVIDADE FÍSICA

A realização de práticas corporais e atividades físicas proporciona mais disposição, bem-estar, autonomia e oportunidade de fazer amizades. Além disso, diminui o risco de doenças do coração, osteoporose, diabetes, depressão e certos tipos de câncer.

O Programa Academia da Saúde, os núcleos de apoio à saúde da família (NASFs) e as unidades básicas de saúde (UBS) oferecem opções para a prática de exercícios regulares no Sistema Único de Saúde. Informe-se na sua unidade de saúde.

DICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS CORPORAIS

- ✦ Exercícios posturais.
- ✦ Jogos e modalidades esportivas.
- ✦ Alongamentos e relaxamentos.
- ✦ Exercícios respiratórios.
- ✦ Exercícios resistidos como musculação e ginástica.
- ✦ Caminhada e corrida.
- ✦ Natação e hidrogenástica.
- ✦ Práticas corporais orientais, como o tai chi chuan, yoga e lian gong.
- ✦ Capoterapia e danças, como a dança sênior.

É recomendável buscar orientação de um profissional de saúde antes de iniciar um programa de atividades físicas.

8. SEXUALIDADE

- ◆ A sexualidade e a sensualidade continuam fazendo parte de nossas vidas, independentemente da idade.
- ◆ Algumas condições podem interferir na vida sexual, como diabetes, colesterol alto, fumo, álcool, menopausa e uso de alguns medicamentos.
- ◆ Cuidado com o uso de medicamentos que prometem melhorar o desempenho sexual. Todo medicamento só deve ser usado sob orientação médica.
- ◆ Se necessário, faça uso de lubrificantes. Eles facilitam a penetração e a tornam mais prazerosa.
- ◆ Faça exames para saber como está a sua saúde. Muitas vezes, o desempenho sexual pode estar relacionado a algum problema de saúde.
- ◆ Não se esqueça de que a idade não lhe dará proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST), como gonorreia, sífilis, aids, hepatite C e outras. A camisinha (masculina ou feminina) continua sendo uma das melhores formas de prevenção e deve ser usada nas relações sexuais em qualquer idade.
- ◆ Outra forma de prevenção é fazer os testes para sífilis, HIV/Aids e hepatite C. Quanto antes esses agravos forem identificados, mais cedo o tratamento pode ser começado, melhorando sua qualidade de vida e impedindo a transmissão de infecções para seus(suas) parceiros(as). Solicite os testes que estão disponíveis na rede pública de saúde. São rápidos, seguros, gratuitos e sigilosos.

LISTA PESSOAL DE ENDEREÇOS E/OU TELEFONES ÚTEIS

Anotar os endereços ou telefones úteis para você:

Unidade básica de saúde que você frequenta :

SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

<i>Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)</i>	08007019656
<i>Corpo de Bombeiros</i>	193
<i>Denúncias de violência</i> – Disque 100 : tecle a opção 2 para fazer denúncia de violência contra pessoa idosa – Envie mensagem para o <i>e-mail</i> : disquedenuncia@sedh.gov.br – Ou acesse o <i>site</i> : www.disque100.gov.br	Disque 100 disquedenuncia@sedh.gov.br www.disque100.gov.br
<i>Disque saúde</i> Serviço gratuito. Funciona de segunda a sexta-feira (exceto feriados), das 7h às 22h.	136
<i>SAMU</i> Serviço de Ambulância Móvel de Urgência	192
<i>Violência contra a mulher</i>	180
<i>Site do Ministério da Saúde</i>	https://www.gov.br/saude/pt-br
<i>E-mail da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde</i>	idoso@saude.gov.br

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
<http://bvsmis.saude.gov.br>



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**

FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO



Nome: _____

Nome Social: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Feminino Masculino

Estado civil _____

Raça/Cor: Branca Preta Parda Amarela Indígena Não declarada

Endereço: _____
 Telefones: _____ Pessoa de Referência: _____ Tel.: _____
 Unidade de saúde de Referência: _____ CNS: _____ Nº Prontuário: _____
 Data de entrega da Caderneta: ___/___/_____ Responsável pela entrega: _____

2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Doenças prévias ou já diagnosticadas:

Acidente Vascular cerebral Anemia Asma Diabetes Hipertensão arterial Doença arterial coronariana
 Insuficiência cardíaca Doença pulmonar obstrutiva crônica Úlcera gastrointestinal Epilepsia Depressão
 Ansiedade Incontinência Urinária Declínio cognitivo ou Demência Outras: _____

Mais de 2 internações no último ano: Sim Não Motivo 1ª _____ Motivo 2ª _____ Motivo 3ª _____
 Cirurgia (s) prévia (s): Sim Não Tipo: _____ Ano: _____

Dados antropométricos

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC= peso/altura ²					
Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda					

Emagrecimento não intencional no último ano:

Sim Não Quanto: _____ kg

Glicemia Jejum _____

Glicemia casual _____

Polifarmácia: uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?

DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

Presença de dor com duração igual ou superior à 3 meses?

DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)	DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)

Avaliações odontológicas realizadas

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
-----	-----	-----	-----	-----

Hábitos de vida

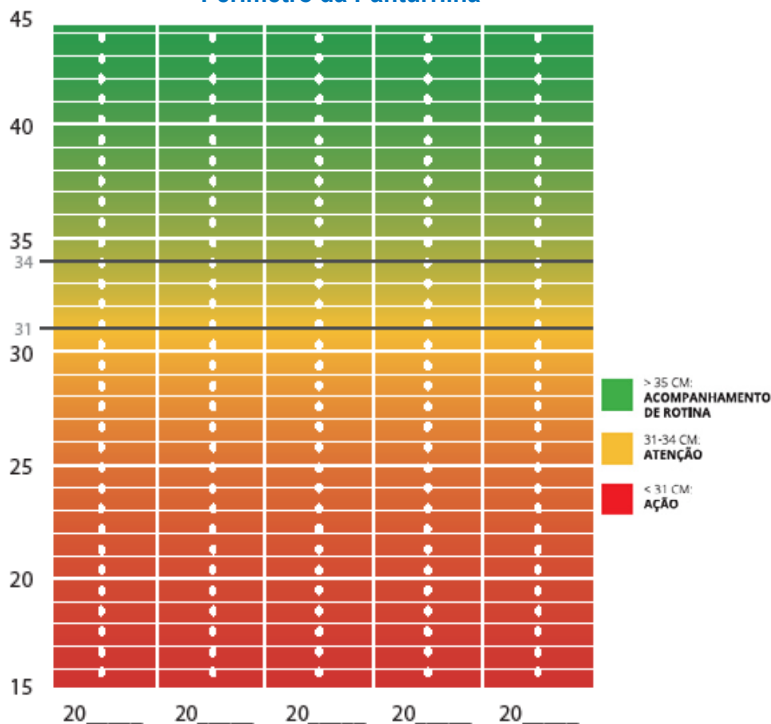
Fumante: Sim Não

Faz uso de álcool: Sim Não

Prática atividade física: Sim Não

Atividades sociais ou algum tipo de lazer: Sim Não

Perímetro da Panturrilha



Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

Deficiência: Sim Não
 Auditiva Visual Intelectual / Cognitiva
 Física Outra: _____

3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Sabe ler e escrever: Sim Não
 Escolaridade: Nenhuma De 1 a 3 anos De 4 a 7 anos 8 anos ou mais

Trabalha atualmente ou possui algum tipo de atividade remunerada: Sim Não
 Aposentado: Sim Não
 Recebe algum tipo de benefício: Sim Não Qual: _____

Suporte Familiar

- Mora só
 Mora com cônjuge
 Mora com familiares /parentes
 ILPI
 Outros: _____

Em caso de necessidade, conta com alguém para acompanhá-lo à UBS: Sim Não

Acesso a serviços:
 Acesso a transporte público: Sim Não
 Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria, etc.: Sim Não

Alteração de Cognição

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

Alguém (família ou amigo) falou que você está ficando esquecido?
 Sim Não
 O esquecimento está piorando nos últimos meses? Sim Não
 O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? Sim Não

Alteração de Humor

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? Sim Não
 No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas? Sim Não

4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

1. Idade		20	20	20	20	20
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	3 pontos					
2. Auto percepção de saúde:		20	20	20	20	20
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente 0 pontos					
	Bom 0 pontos					
	Muito bom 0 pontos					
	Ruim 1 pontos					
	Regular 1 pontos					
3. Limitação física		20	20	20	20	20
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
Pontuação: As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.						
	A	B	C	D	E	
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chave de respostas:						
A Nenhuma dificuldade		B Pouca dificuldade		C Média (alguma) dificuldade		
D Muita dificuldade		E Incapaz de fazer (não consegue fazer)				
4. Incapacidades		20	20	20	20	20
Pontuação: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?						
<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?						
<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?						
<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?						
<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?						
<input type="checkbox"/> Sim.	<input type="checkbox"/> Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.					

0 a 2 pontos: Acompanhamento de rotina
 ≥ 3 pontos: Atenção/ Ação

PONTUAÇÃO TOTAL

Classificação segundo Funcionalidade: Perfil 1 Perfil 2 Perfil 3

Perfil 1: Idosos que realizam suas atividades de forma independente e autônoma.
 Perfil 2: Idosos que realizam suas atividades de forma adaptada, modificada ou com o auxílio de terceiros.
 Perfil 3: Idosos totalmente dependentes de terceiros.