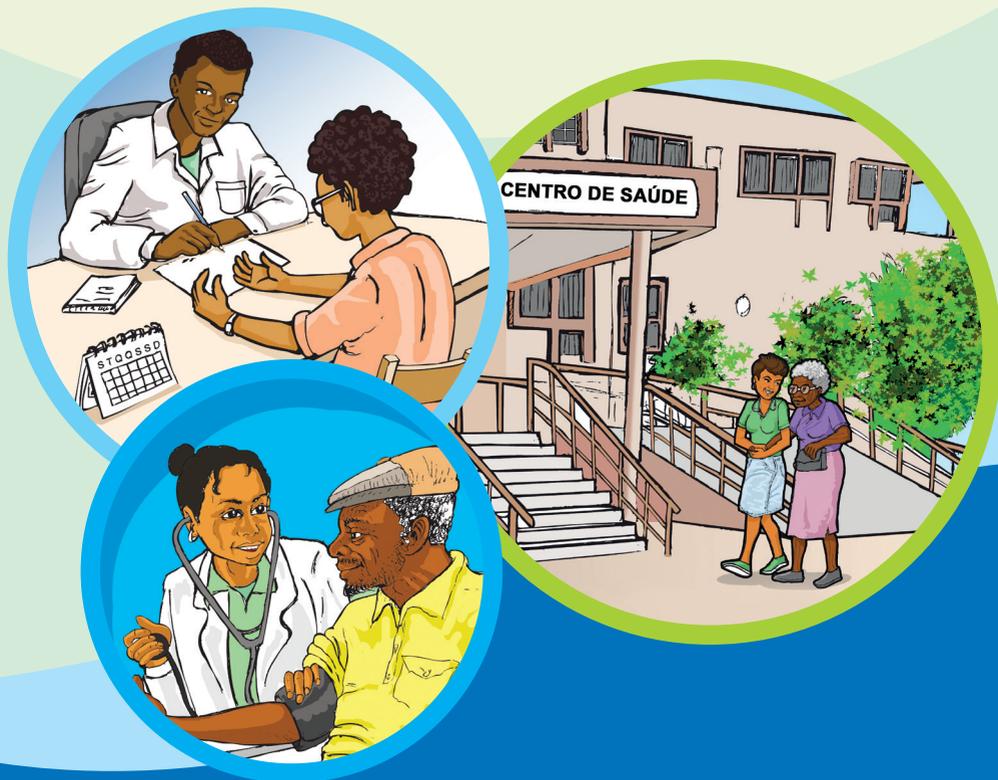


SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADAS À SAÚDE  
DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM

PROGRAMA NACIONAL DA SAÚDE DOS IDOSOS

# PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA 2018-2023





SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADAS À SAÚDE  
DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM

**PROGRAMA NACIONAL DA SAÚDE DOS IDOSOS**

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRADA  
À SAÚDE DA PESSOA IDOSA  
2018-2023**

## FICHA TÉCNICA

### **Ministro da Saúde e da Segurança Social**

Dr. Arlindo do Rosário

### **Diretor Nacional da Saúde**

Doutor Artur Correia

### **Coordenadora do Programa Nacional de Saúde do Idoso**

Enfª Maria Natalina Lopes Silva, Mestre em Saúde Pública

### **Equipa Técnica de Seguimento**

#### **Diretora do Serviço para a Promoção e Proteção Integradas, da Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem**

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez, Médica

#### **Ponto Focal para Promoção da Saúde, OMS Cabo Verde**

Dra. Edith Maria Costa Cardoso Pereira

#### **Técnica da Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão-MSSS**

Dra. Evelise Tatiane F. Almeida

#### **Assessora de Comunicação – Gabinete da Ministro-MSSS**

Dra. Osvaldina Marques Brito

#### **Técnica do Serviço de Planeamento, Seguimento e Avaliação**

Dra. Nádía Raquel Gonçalves Ramos

### **Consultora Internacional da OMS**

Dra. Karla Giacomini, Médica Geriátrica, pela Universidade Louis Pasteur (Estrasburgo França); Mestre em Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia (UFMG) e Doutorada em Ciências da Saúde (CPqRR/FIOCRUZ).

### **Colaboração Técnica e Financeira**



**Organização  
Mundial da Saúde**  
Cabo Verde



**Revisão:** Henrique Teixeira Oliveira

**Ilustração:** Mário Tavares

**Paginação, Impressão e Acabamento:** Tipografia Santos, Lda.

<b>AGRADECIMENTO</b> .....	XI
<b>PREFÁCIO</b> .....	XIII
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	XVI
<b>1 - INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 - CONCEITOS GERONTOLÓGICOS</b> .....	5
2.1 - Envelhecimento fisiológico X patológico .....	9
<b>3 - PASSO A PASSO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO UTENTE IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	15
3.1 - Avaliação Multidimensional do utente idoso frágil .....	19
3.2 - Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Frágil .....	24
<b>4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	69
<b>5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (<i>Consultadas</i>)</b> .....	70
<b>ANEXOS</b> .....	71
Anexo 1 - Atribuições .....	71
Anexo 2 - Bateria Breve de Rastreo Cognitivo .....	75
Anexo 3 - Mini-exame do Estado Mental .....	77
Anexo 4 - Desenho do relógio .....	79
Anexo 5 - Escala Geriátrica de Depressão .....	80
Anexo 6 - Indicadores de monitorização da população idosa .....	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Principais modificações da composição corporal que acompanham o envelhecimento .....	10
Figura 2 - Principais fatores que influenciam o envelhecimento celular .....	11
Figura 3 - Principais alterações corporais que acompanham o envelhecimento .....	13
Figura 4 - Processo de identificação e avaliação do utente idoso .....	16
Figura 5 - Hierarquia do declínio funcional .....	20
Figura 6 - Componentes da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa .....	22
Figura 7 - Avaliação da função dos membros inferiores .....	33
Figura 8 - Recomendação diária de alimentos .....	43
Figura 9 - Algoritmo para a prevenção de quedas .....	54
Figura 10 - Componentes do Plano de Cuidado Individualizado .....	59

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Dicas de comunicação para a equipa de saúde .....	21
Quadro 2 - Orientações para aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla .....	23
Quadro 3 - Checklist de fatores predisponentes para quedas em idosos .....	55
Quadro 4 - Lista de exames de rastreio para pesquisa anual em todos os idosos .....	60
Quadro 5 - Orientação para a realização de avaliação multidimensional da pessoa idosa .....	61

## LISTA DE SIGLAS

AAVD	- Atividades avançadas de vida diária
ABVD	- Atividades básicas de vida diária
AIVD	- Atividades instrumentais de vida diária
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
AVD	- Atividades de vida diária
CIF	- Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGF	- Direção Geral de Farmácia
DNS	- Direção Nacional da Saúde
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPT	- Difteria, Pertussis e Tétano
DSP	- Delegacia de Saúde da Praia
IMC	- Índice de Massa Corporal
INE	- Instituto Nacional de Estatísticas
GDS	- Escala de Depressão Geriátrica
HAN	- Hospital Agostinho Neto
MAN	- Mini Avaliação Nutricional
MEEM	- Mini Exame do Estado Mental
MFIS	- Ministério Família e inclusão Social
MSSS	- Ministério da Saúde e Segurança Social
NAT	- Núcleo de Apoio Técnico
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG's	- Organizações Não-governamentais
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PENEASI	- Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso
PNSI	- Programa Nacional de Saúde do Idoso
PRM	- Problemas Relacionados aos Medicamentos
SNS	- Sistema Nacional de Saúde

## NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO

**Alzerina Monteiro**

*Nutricionista*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Amarina Monteiro**

*Psicóloga*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Ângela Paiva**

*Neuropsicóloga*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Aniceto Tavares**

*Enfermeiro*

*Hospital Regional Santiago Norte*

**Antónia C. Almeida**

*Enfermeira*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Antónia Fortes**

*Médica Neurologista*

*Serviço de Medicina/HAN*

**Carla Francisca T. Marques Tavares**

*Médica*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Carla Inocêncio Correia**

*Nutricionista*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Cheila Barros**

*Direção Geral de Farmácia DGF*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Cláudia Sofia Ferreira**

*Enfermeira*

*Instituto Nacional de Saúde Pública*

**Christie B. D. Wahnnon**

*Psicóloga*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Deisa Semedo**

*Enfermeira*

*Coordenadora do Grupo Disciplinar de Enfermagem*

*Doutora em Enfermagem*

*Mestre em Saúde Pública*

**Dercy Fernandes**

*Assistente social*

*Delegacia de Saúde da Praia*

**Dionísio Semedo**

*Médico especialista em Medicina da Família e Comunidade*

*Hospital Regional João Morais*

*Santo Antão*

*Uni-CV*

<p><b>Djessica Larissa Martins Andrade</b>  <i>Técnica do Serviço de Recursos Humanos – MSSS</i></p>	<p><b>Edith Maria Costa Cardoso Pereira</b>  <i>Administradora Nacional do Programa de Promoção da Saúde, OMS</i></p>
<p><b>Elisabete Lima</b>  <i>Diretora do Serviço de Planeamento, Seguimento e Avaliação Ponto Focal OOAS – MSSS</i></p>	<p><b>Emília Monteiro</b>  <i>Médica Especialista em Medicina Preventiva e Saúde Pública Coordenadora do Programa Prevenção de Diabetes Mellitus e outros Distúrbios Metabólicos – MSSS</i></p>
<p><b>Eunice Borges</b>  <i>Enfermeira Serviço de Medicina/HAN</i></p>	<p><b>Evelise Amado Batista</b>  <i>Fisioterapeuta Delegacia de Saúde da Praia (DSP)</i></p>
<p><b>Evelyse Almeida Dias</b>  <i>Técnico Nível I Economista &amp; Gestora Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial</i></p>	<p><b>Ibraltino Delgado</b>  <i>Assistente Social Delegacia de Saúde de São Vicente Centro de Saúde Ribeira de Craquinha</i></p>
<p><b>Isabel Varela</b>  <i>Enfermeira Mestre em Gestão e Economia da Saúde Serviço de Inspeção – MSSS</i></p>	<p><b>Isaquiela Pinheiro</b>  <i>Enfermeira Responsável do Banco de Urgência de Adulto Hospital Agostinho Neto</i></p>
<p><b>Jorge Noel Barreto</b>  <i>Médico infeciologista Mestre em Saúde Pública Diretor do Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças</i></p>	<p><b>Jossara Silva</b>  <i>Secretaria da DNS – MSSS</i></p>
<p><b>Ludmila Ailine Pires Évora</b>  <i>DGIS-MFIS</i></p>	<p><b>Maria Do Rosário T. Gonçalves</b>  <i>DNS/SEVIR – MSSS</i></p>

**Maria Manuela Pereira**

*Enfermeira Responsável Medicina  
Hospital Agostinho Neto*

**Maria de Fátima Mestre**

*Enfermeira  
Departamento da Promoção de Saúde/  
Instituto Nacional de Saúde Pública*

**Maria Natalina Silva**

*Enfermeira  
Mestre em Saúde Pública  
Coordenadora do Programa da Saúde  
dos idosos, Direção Nacional da  
Saúde/MSSS*

**Marise Lima**

*Médica  
Diretora do Centro de Saúde de Ponta  
D'Água  
Delegacia de Saúde da Praia*

**Marlinda Rocha Bettencourt**

*Enfermeira Responsável  
Delegacia de Saúde de São Vicente*

**Mitza Jacqueline de Pina**

*Enfermeira  
Delegacia de Saúde de São Domingos*

**Nádia Raquel Gonçalves Ramos**

*Técnica do Serviço de Planeamento,  
Seguimento e Avaliação  
MS / DGPOG*

**Osvaldina Brito**

*Gabinete de Comunicação e Imagem  
do MSSS*

**Soraia Fonseca**

*Médica  
Especialista em Medicina interna  
Serviço de Medicina / HAN*

**Valéria Semedo**

*Médica  
Especialista em Medicina interna  
Serviço de Medicina/HAN*

**Yorleydis Rosabal Peres**

*Médica  
Diretora de Serviço de Promoção  
e Proteção Integradas à Saúde da  
Criança, do Adolescente, da Mulher e  
do Homem*

## AGRADECIMENTOS

Endereçamos os nossos sinceros agradecimentos aos parceiros, pelo apoio técnico e financeiro, nomeadamente, a **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, e a **Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS)**, que muito nos apoiaram na consecução deste Protocolo.

Agradecemos, ainda, a assistência técnica na elaboração deste protocolo, em especial os elementos do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) e a consultora, e todos aqueles que participaram na validação do presente plano.

### **Participaram na validação do referido Protocolo, as seguintes instituições:**

Ministério da Saúde e da Segurança Social, Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão, Direção Geral de Recursos Humanos, Direção Geral de Farmácia, Hospital Dr. Agostinho Neto, na Praia, Hospital Baptista de Sousa, em S. Vicente, Hospital Regional de Santiago Norte Dr. Santa Rita Vieira, Delegacia de Saúde da Praia, Delegacia de Saúde de Santa Cruz, Delegacia de Saúde de S. Domingos, Delegacia de Saúde dos Mosteiros, Delegacia de Saúde do Maio, Delegacia de Saúde de Santa Catarina, Delegacia de Saúde de S. Nicolau, Delegacia de Saúde de Paúl, Delegacia de Saúde de Ribeira Grande, Centros de Saúde, Ministério da Educação, Família e Inclusão Social, Câmaras

Municipais, Instituto Nacional de Estatísticas, Associação Nacional dos Municípios Caboverdianos, Centro Comunitário de Achada Grande Trás, Região Sanitária Santiago Norte, UNICEF, FNUAP, PNUD, Cruz Vermelha de Cabo Verde, Igreja Nazarena, OMS, FICASE, Instituto Nacional de Estatística, Ordem dos Farmacêuticos, Plataforma das ONG'S, Universidade de Cabo Verde.

## PREFÁCIO

O paradigma subjacente ao envelhecimento ativo conceptualiza este processo sob uma perspetiva positiva, contestando estereótipos socioculturais enraizados e valorizando o papel desempenhado pelas pessoas idosas bem como os contributos que prestaram e prestam a sociedade. Assim sendo, a saúde, o bem-estar e a autonomia da pessoa idosa não só são desejáveis e possíveis, como também se opõem à incapacidade e dependência, comumente associadas ao envelhecimento.

É neste contexto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitualiza o envelhecimento saudável como *“o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada”* (OMS, 2015). É de realçar ainda, que a Agenda 2030 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reconhecem que o desenvolvimento global só pode ser atingido se todas as fases do ciclo vital forem incluídas.

Cabo Verde, assim como a nível mundial, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas, caracterizadas pelo aumento da longevidade humana, mas também de doenças crónicas, muitas vezes características do processo de envelhecimento. No último Censo (2010) constatou-se que a população maior de 65 anos de idade, representava 7,7% da população residente, com uma clara predominância nas mulheres e com altas taxas de problemas de saúde que trazem sérias

dificuldades à mobilidade e à independência e autonomia pessoais (INE, 2010).

Tendencialmente, a pessoa idosa absorve mais recursos dos serviços de saúde, ainda que esta frequência não reverta em seu benefício, no que diz respeito, à algumas complicações, nomeadamente, AVC, pneumonia, e úlcera de pressões.

Estas características, que têm claras implicações na saúde e bem-estar da pessoa idosa e configuram um novo desafio ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), exigem um necessário reforço quer a nível da especialização dos recursos humanos em saúde, como dos recursos financeiros, técnicos e tecnológicos (PNDS, 2017-2021).

O Ministério da Saúde e da Segurança Social reconhece a necessidade da adoção de novos modelos e métodos de atenção à saúde da pessoa idosa, principalmente nos cuidados primários e fora das instituições hospitalares centrais, que respondam com eficiência às questões de acesso, incluam e/ou potencializem o cuidado integral, concretizem ações intersectoriais com foco nas especificidades e demandas de cuidado da população idosa.

Assim sendo, e através do Programa Nacional de Saúde do Idoso elaborou o **Protocolo de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa Idosa na Estrutura de Saúde**, o qual deverá ser utilizado como guia de orientador no dia a dia dos profissionais e das equipas de saúde no cuidado e atenção à pessoa idosa.

Os nossos sinceros agradecimentos a toda a equipa do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) ao programa, que permitiram a realização deste

protocolo e aos parceiros Organização Mundial de Saúde (OMS), e Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS), que sempre apoiaram e acompanharam o processo da implementação do Plano de Saúde do Idoso em Cabo Verde e a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

**O Ministro da Saúde e da Segurança Social,**



---

**-Arlindo Nascimento do Rosario-**



## APRESENTAÇÃO

Os Protocolos Clínicos são ferramentas que visam organizar e padronizar a conduta dos profissionais da saúde, diante das diversas situações que possam surgir na rotina dos serviços de saúde.

O envelhecimento populacional é um fenómeno, uma realidade e cabe aos profissionais da saúde, proporcionar um sistema de saúde que faça face a esta nova realidade que se apresenta. Em 2015, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da **capacidade funcional** que permite o bem-estar na idade avançada”.

Em Cabo Verde, a família, como principal suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, a principal cuidadora, a assumir outras funções e, por conseguinte, a colocar dificuldades acrescidas na prestação de cuidados no domicílio.

Segundo a OMS (2015), em África, cada vez mais, os profissionais de saúde terão que cuidar de uma população mais envelhecida. Esta realidade também acontece em Cabo Verde, pois segundo o Instituto Nacional de Estatísticas – INE (2017), a população idosa (maior de 60 anos) já representa 7,8% da população geral, e a Projeção Demográfica considera um aumento de 50% da pessoa idosa, entre 2017 e 2030, onde a feminização da população idosa poderá atingir 61% (Projeção da População/INE 2010-2030).

Considerando que a projeção aponta para o fato de que em 2030 seremos um País com a população idosa, é necessário agir de forma célere para fazer face a esta mudança iminente.

Em Cabo Verde, existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida, principalmente, no campo das políticas de saúde e dos programas dirigidos à população idosa. De entre os desafios é fundamental contemplar os seus direitos, as suas preferências e as suas necessidades, de modo a contribuir para a manutenção e a melhoria da sua capacidade funcional, garantindo a atenção integral à sua saúde.

Perante estes desafios, o país deve estar preparado, em termos de recursos, equipamentos, motivação e capacitação dos profissionais, mas também com o envolvimento crescente da comunidade na abordagem da saúde do idoso.

É de realçar ainda, que o envelhecimento ativo não se restringe à promoção da saúde, mas, também, diz respeito aos fatores ambientais e pessoais, associados ao bem-estar, portanto a sociedade, a comunidade e a família exercem, igualmente, um enorme impacto na forma como se envelhece.

Neste sentido, a Direção Nacional da Saúde elaborou o **Protocolo de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa Idosa na Estrutura de Saúde 2018-2023**, com o objetivo de subsidiar, organizar e orientar as equipas multiprofissionais de saúde para a mudança de paradigma, no que tange ao atendimento da população idosa, visando um olhar geronto-geriátrico desde o primeiro contato com a pessoa idosa, de modo a contribuir para o envelhecimento ativo e saudável dos Caboverdianos. Para o efeito, é

preciso focar na promoção da saúde, na prevenção da doença, no cuidado humanizado, oportuno, integral, coordenado e eficiente do utente idoso, quando necessário.

Este documento foi concebido num encontro, que ocorreu do dia 12 a 16 de novembro do ano 2018, na Cidade da Praia, com o apoio técnico e financeiro da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, e da **Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS)**, orientado pela consultora Karla Cristina Giacomini, em ação conjunta com o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) ao Programa de Saúde dos Idosos.

Para a elaboração do presente Protocolo usou-se a metodologia participativa, com um trabalho de levantamento inicial da situação atual de atendimento dos idosos, em Cabo Verde, enfatizando a discussão, reflexão e capacitação dos profissionais de Saúde na área gerontológica e geriátrica, ministrada pela consultora .

O atelier de validação aconteceu no dia 13 de novembro de 2018, e contou com a participação de 80 (oitenta) participantes de diferentes setores.

O presente Protocolo encontra-se estruturado da seguinte forma:

- I – Contextualização do envelhecimento e os principais conceitos Gerontológico-Geriátricos;
- II – Orientação dos profissionais sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa, através do fluxograma de atendimento, na atenção primária e hospitalar;

III – Anexos com as escalas/instrumentos simples e sensíveis para avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Ainda, o protocolo dá ênfase à normatização de fluxos de atendimento dentro da rede, assim como a articulação intersetorial, dada a transversalidade do programa.

Coordenadora do Programa de Saúde dos Idosos



---

*Maria Natalina Silva*

Diretor Nacional de Saúde



---

*Doutor Artur Correia*

# 1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo e em África, cada vez mais, os profissionais de saúde terão de cuidar de uma população mais envelhecida. Esta é a realidade em Cabo Verde, cuja população idosa (maior de 60 anos) já representa 7,8% da população geral. Segundo a OMS (2005), a vida de muitas pessoas no mundo está sendo comprometida e interrompida em razão de doenças crónicas. Três em cada cinco mortes globais são atribuídas às quatro principais doenças não transmissíveis (DNTs) – doenças cardiovasculares, cancro, doenças pulmonares crónicas e diabetes (Wang et al., 2016), com um impacto desproporcionalmente maior nos países de média e baixa renda. As pessoas nesses países tendem a desenvolver doenças em idades mais jovens, sofrem mais – geralmente com complicações evitáveis – e morrem mais cedo do que as dos países de alta renda. Esse contexto tornou a prevenção e o monitoramento de DNTs uma prioridade global.

No âmbito individual, cada pessoa envelhece segundo as circunstâncias do seu curso de vida, mas à medida que o tempo passa, o organismo mais velho torna-se progressivamente menos capaz de lidar com o estresse do meio interno e externo e, por isso, aumenta a possibilidade da sua morte (OPAS, 2015). Com o envelhecimento aumenta a chance de a pessoa precisar de ajuda nas atividades da vida diária (AVD), passando de cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% naquela com 90 ou mais anos.

Por isso mesmo, as equipas dos Centros de Saúde devem ser orientadas a perceber, acolher, conhecer e acompanhar os utentes idosos. Nessas unidades, atuam diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas e agentes de saúde. Eles compõem as equipas de saúde, cujo objetivo é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de serem encaminhados para outros serviços, como emergências e hospitais.

Nos Centros de Saúde, os utentes idosos podem ter acesso a ações de promoção, prevenção e tratamento, relacionadas com a saúde física, a saúde mental, e ao cuidado com doenças crónicas, como as cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias, diabetes e hipertensão. Ali também é possível: fazer curativos; fazer medicações; tomar vacinas. Alguns permitem coletar exames laboratoriais e ter tratamento odontológico. Em caso de dúvida diagnóstica, o utente pode ser encaminhado para atendimentos com especialistas.

O atendimento em hospitais deve ser reservado a situações de urgência e emergência, em razão de instabilidade clínica, traumas, cirurgias. O ambiente hospitalar deve ser evitado, pois há riscos maiores de infecção e de piora da funcionalidade da pessoa idosa. Além disso, muitos utentes idosos apresentam confusão mental e pioram a sua mobilidade durante os internamentos.

Ainda assim, quando o internamento for inevitável, a equipa deve ter em atenção alguns pontos relevantes:

- O motivo do encaminhamento para a internamento e o diagnóstico devem estar claros no encaminhamento e para os familiares;

- O internamento hospitalar deve ser o mais breve possível e o utente idoso deve ser estimulado a ter uma mobilidade precoce e segura, evitar quedas durante o internamento, manter a hidratação e estar atento à nutrição, seria o ideal. Portanto, é importante que a família tenha informações sobre os cuidados, a evolução do tratamento e a previsão de alta, para poder avisar a equipa do Centro de Saúde, para ser programada uma visita o mais breve possível, após a alta;
- À alta, os familiares devem exigir da equipa hospitalar, orientações sobre os cuidados pós-alta e sanar todas as dúvidas, para evitar o retorno ao hospital. Em casa, a recuperação deve continuar com a assistência da equipa de saúde e a orientação do utente e dos familiares.

Todos os profissionais, do Centro de Saúde, ou do nível hospitalar, devem estar familiarizados com o cuidado prestado à pessoa idosa. Em Cabo Verde, em 2010, 31% das pessoas com 65 anos ou mais apresentavam algum tipo de deficiência para a mobilidade; 43,3% apresentavam problemas de visão; 23,3% deficiência auditiva e 11% encontravam-se em situação de dependência (INE, 2010).

Embora isso não signifique necessariamente limitação na capacidade de alguém participar na sociedade ou da própria vida, o profissional de saúde deve incorporar à sua prática alguns conceitos gerontológicos fundamentais, sabendo que a dimensão funcional é crucial para a saúde de uma pessoa idosa.



## 2. CONCEITOS GERONTOLÓGICOS



Toda a equipa deve estar familiarizada com os principais CONCEITOS GERONTOLÓGICOS...

**Adesão ao tratamento:** refere-se ao grau de resposta do utente em relação ao seu comportamento diante do tratamento indicado (uso contínuo da medicação, realização de dieta, alterações no estilo de vida), bem como a sua atitude frente às recomendações dadas pelo profissional de saúde.

**Atividades avançadas de vida diária (AAVD):** são as atividades mais complexas do cotidiano, relacionadas com o trabalho, a recreação ou a participação social.

**Atividades básicas de vida diária (ABVD):** correspondem às tarefas necessárias para o cuidado com o corpo ou o autocuidado, como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, ter controle esfinteriano, alimentar-se sem ajuda, realizar as transferências (sair da cama para a cadeira e vice-versa).

**Atividades instrumentais de vida diária (AIVD):** referem-se às tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas (preparo da refeição, controle do dinheiro ou finanças, arrumação da

casa, administração dos remédios no horário e dosagem correta) e na comunidade (fazer compras e sair sozinho).

**Autonomia:** é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações.

**Dependência:** é a necessidade de ajuda de um terceiro, em razão de dificuldades com a realização de tarefas essenciais para uma vida independente.

**Diagnóstico de enfermagem:** é a base para a escolha das intervenções de enfermagem sobre as quais o enfermeiro tem competência e é responsável. Utilizado para determinar o plano de cuidados apropriado para cada utente, orientando os resultados e as intervenções adequadas.

**Envelhecimento:** é um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente.

**Equipa de saúde:** conjunto de profissionais de saúde, com formação multidisciplinar e competência para acolher, avaliar e acompanhar a pessoa idosa no seu cuidado e na promoção do envelhecimento ativo.

**Fragilidade:** condição definida como um declínio generalizado em múltiplos sistemas fisiológicos, com a exaustão de reservas funcionais e maior vulnerabilidade para uma variedade de eventos adversos.

**Funcionalidade:** refere-se à interação positiva entre a estrutura e a função corporal, a atividade e a participação. A atividade diz respeito à execução de uma tarefa por um indivíduo, enquanto a participação traduz a perspetiva social da funcionalidade humana, pelo envolvimento

em uma situação de vida. Dificuldades no nível da atividade representam uma "limitação de atividade" (p.ex., caminhar), e dificuldades em desempenhar papéis socialmente esperados, uma "restrição de participação" (p.ex., restrições na vida comunitária). Os fatores relativos ao contexto são representados pelos fatores do ambiente (p.ex., físico, atitudinal, social) e pessoais (p.ex., gênero, estilo de vida) e podem ter influência negativa ou positiva, sendo facilitadores ou dificultadores para o indivíduo.

**Iatrogenia:** é o conjunto de intervenções inadequadas, realizadas por profissionais de saúde, por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, capazes de prejudicar a saúde do idoso.

**Idoso frágil:** é aquele que apresenta declínio funcional estabelecido e incapacidade de gerenciar a sua vida, em virtude de incapacidades cognitivas, instabilidade postural, imobilidade e incontinências.

**Idoso em processo de fragilização:** é aquele que apresenta algum(ns) fator(es) de risco para o processo de fragilização.

**Idoso ativo:** é aquele que não apresenta declínio funcional, sendo capaz de gerir a sua vida de forma autônoma e independente.

**Imobilidade:** é a perda total ou parcial da capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio.

**Independência:** é a capacidade individual de executar algo com os próprios meios, sem ajuda de outra pessoa.

**Insuficiência de cuidados:** condição em que a pessoa idosa não conta com os cuidados necessários.

**Mobilidade:** é a capacidade individual de deslocamento no ambiente.

**Mobilidade reduzida:** é a situação do indivíduo, cujos movimentos são limitados, em consequência do envelhecimento, de deficiência física (sensorial ou de locomoção, que pode ser permanente ou momentânea) ou mental, necessitando de atenção especial ou adaptação aos ambientes.

**Utente não aderente:** aquele que não adere ao tratamento proposto, seja por fatores individuais (idade avançada, alcoolismo, défice cognitivo, comorbidades, dinâmica familiar adversa), económicos, associados à medicação (dose, posologia, efeitos colaterais, dependência crónica) ou à fragilidade da relação médico-paciente.

**Polifarmácia:** situação em que a pessoa utiliza, simultaneamente, mais de 3 medicamentos.

**Ponto focal:** é o profissional de referência em cada Centro de Saúde, para articular o programa de saúde do idoso junto a outros profissionais e parceiros para o cuidado com a população idosa.

**População vulnerável:** grupo heterogéneo que possui, em comum, a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, dificuldades de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente.

**Sarcopenia:** é a redução da força e/ou da massa muscular, que pode causar lentificação motora e aumentar o risco de quedas.

**Senescência:** é o processo de envelhecimento normal que cursa com a funcionalidade preservada.

**Senilidade:** é o processo de envelhecimento patológico que compromete a condição funcional da pessoa e repercute na vida social.

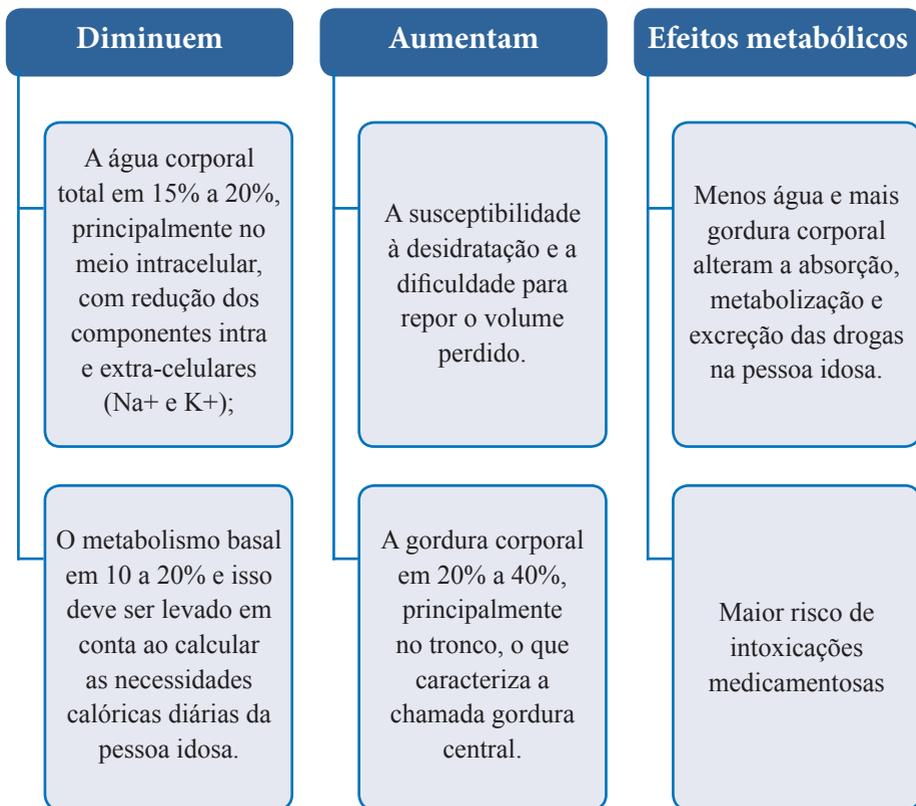
## 2.1 - Envelhecimento fisiológico X patológico

Outro desafio é reconhecer alterações que são próprias do envelhecimento fisiológico (senescência – efeito da passagem do tempo) e outras que decorrem de doenças (senilidade – efeito do adoecimento).



Não se deve atribuir à idade, sinais e sintomas de doenças passíveis de cuidado...

**Figura 1 - Principais modificações da composição corporal que acompanham o envelhecimento**



**Fonte:** Elaborado pela consultora.

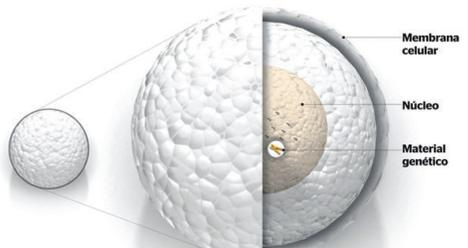
Com o envelhecimento, também ocorrem alterações celulares, estruturais e funcionais no corpo, que resultam na perda progressiva da capacidade de o indivíduo manter o equilíbrio em condições de estresse.

Figura 2 são apresentados os principais fatores que influenciam o envelhecimento celular.

## Figura 2 - Principais fatores que influenciam o envelhecimento celular

### Por que envelhecemos

O envelhecimento do organismo está relacionado com a progressiva deterioração das células. **Quanto mais uma célula se reproduz, maiores as chances de haver erros na cópia de seu material genético.** Isso aumenta a probabilidade de que essas novas células deixem de funcionar corretamente. Com o passar dos anos, os mecanismos encarregados de corrigir essas possíveis falhas também deixam de funcionar



### Fatores que influenciam no envelhecimento celular

#### 1 Telômeros

**Telômeros**  
DNA que codifica proteínas  
Nos extremos de cada cromossomo existem porções de material genético que não exercem nenhuma função ativa no organismo. São os **telômeros**

Cada vez que uma célula se reproduz, ela perde um pedaço do **telômero**. Durante anos, esse corte não afeta as funções dos genes porque não atinge o corpo do cromossomo

Mas, após anos de duplicação, os telômeros ficam tão curtos que os cortes **podem afetar parte do material genético**, o que pode alterar a ação dos genes

Por isso, à medida que os telômeros vão ficando mais curtos, o organismo **retira da célula sua capacidade de se reproduzir**

#### 2 Mutações

**Fatores externos**  
Poluentes, nicotina, raios solares podem **agredir o material genético**, quebrando as sequências e provocando mutações ruins. Há mecanismos que reparam danos, mas eles nem sempre resolvem tudo

**Fatores internos**  
A célula gera energia por uma reação química entre o **oxigênio e a glicose** obtida com a ingestão de alimentos. Essas reações também produzem outros compostos, conhecidos como **radicais livres**

**Oxigênio usado**  
Estima-se que **5% do oxigênio** encontrado na célula **se transforma em radicais livres**. Em circunstâncias normais, eles são usados pelo organismo em várias funções metabólicas

**Mecanismos de controle**  
Com a idade, os **mecanismos de controle dos radicais livres** se tornam ineficientes e a quantidade deles no organismo aumenta. Eles podem enfraquecer o DNA das células e facilitar o surgimento de doenças

### O que influencia a longevidade?

**Na longevidade normal**, fatores ambientais e genéticos têm pesos importantes

Cerca de **70%** dos fatores que afetam a duração da vida são ambientais. Estão associados a alimentação saudável, prática de exercícios físicos, ausência de vícios

Os **30%** restantes dependem da combinação genética com que nascemos

**Na longevidade excepcional** (além dos 95 anos), os fatores genéticos são fundamentais

Os pesquisadores identificaram **150 variações de genes que parecem influenciar na duração da vida**. A presença de uma parte delas, ou de todas, em uma pessoa ajuda a adiar o aparecimento de doenças, como problemas cardiovasculares e câncer, aumentando as chances de chegar a uma idade avançada

- Essas **variações genéticas** estão relacionadas com
- Desempenho cognitivo e doenças como Alzheimer
  - Doenças como diabetes, hipertensão, variação do peso corporal
  - Reparo do DNA e câncer
  - Metabolismo ósseo
  - Desempenho do sistema imune

Os pesquisadores definiram **19 possíveis combinações dessas 150 variações de genes**. A presença de uma dessas combinações em uma pessoa é um bom indicio de que ela poderá ultrapassar os 95 anos de idade. Dos **centenários estudados, 90% deles** possuíam uma dessas **19 combinações**

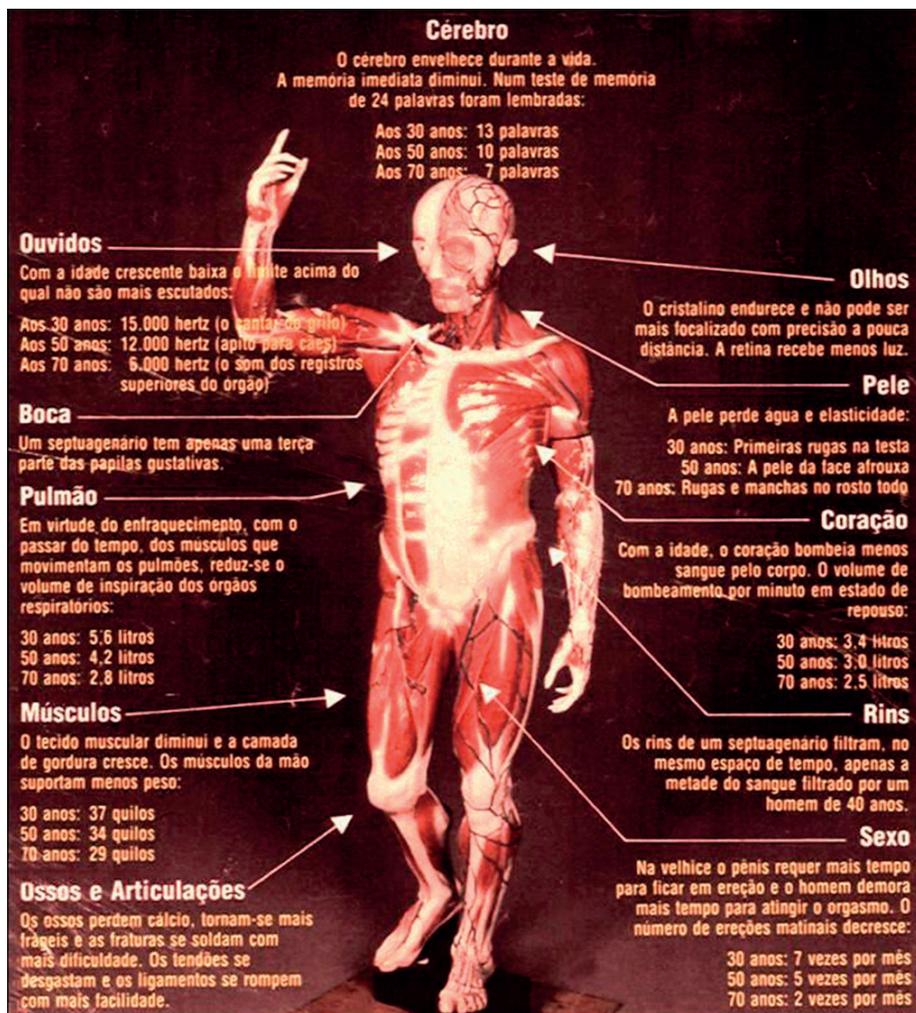
Fontes: Genome: the autobiography of a species (Matt Ridley); Cancer: the evolutionary legacy (Neil Greenkel); Genetic signatures of exceptional longevity in humans (Giancoli)  
Texto e arte: Alberto Cairo e Gerson Mora

**Fonte:** Infográfico Revista Época (nº 633, de 5 de julho de 2010), produzido por Gerson Mora (design e ilustrações) e Alberto Cairo (design e concepção).

Porém, as alterações celulares podem ser decorrentes de erros genéticos e de hábitos de vida que podem favorecer ou retardar o envelhecimento, conforme produzam mais ou menos radicais livres. Assim, não é a idade sozinha que determina a maneira como a pessoa envelhece. Na velhice, apenas 25% da capacidade intrínseca, ou seja, os recursos físicos e mentais das pessoas, se explicam pelos fatores genéticos, enquanto 75% se devem aos hábitos de vida e aos fatores ambientais a que foram expostas (OMS, 2015).

**Atenção!** O envelhecimento acarreta mudanças em todos os sistemas corporais, mas isso não significa doença. (*Figura 3*).

**Figura 3 - Principais alterações corporais que acompanham o envelhecimento**



Fonte: <http://biomasmarinhos.blogspot.com/2011/06/biologia-do-envelhecimento-senescencia.html>



### 3. PASSO A PASSO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO UTENTE IDOSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Envelhecimento saudável é o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice.

Em todas as idades, devem-se trabalhar as ações de promoção da saúde que favoreçam o envelhecimento saudável e a funcionalidade, bem como evitar a ocorrência de agravos ou o estabelecimento de condições crônicas que possam provocar incapacidades ou comprometer a autonomia e independência das pessoas.

Além disso, na pessoa idosa, o atendimento de forma fragmentada, sem avaliação da funcionalidade e sem a compreensão das consequências do envelhecimento nos processos saúde-doença, compromete todo o cuidado à sua saúde.

A figura 4 apresenta de modo esquemático, como acontecerá a identificação de um utente idoso, o que demandará uma avaliação geriátrica mais abrangente pela equipa responsável na estrutura básica de saúde.

**Figura 4 - Processo de identificação e avaliação do utente idoso**



**Fonte:** Elaborado pela consultora

**PASSO 1** - Na Estrutura básica de saúde acontecem as atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos para todos os públicos. Além disso, todas as equipas devem ser capazes de perceber e identificar o utente idoso com algum critério de fragilidade

**PASSO 2** - É a aplicação da avaliação multidimensional breve, por profissional de saúde treinado. Isso pode acontecer durante um atendimento na estrutura ou em uma visita domiciliária. Caso haja alguma alteração neste rastreio, o utente é selecionado para uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) na ausência de uma Geriatria, passar para o passo 3.

**PASSO 3** - AGA - que orientará a elaboração do Plano de Cuidados Individualizado. Essa avaliação pode ser realizada pelo médico, pelo enfermeiro e pelos profissionais da equipe de saúde (psicólogo,

nutricionista, fisioterapeuta) e do serviço social. Além dos elementos de uma anamnese e exame físicos usuais, ela aborda os diferentes aspectos da funcionalidade, por meio de diferentes escalas e instrumentos de avaliação.

**Atenção!** As escalas e instrumentos de avaliação servem como parâmetros para acompanhar a evolução do quadro do indivíduo ao longo do tempo. Porém, elas não têm poder de diagnóstico. Cabe aos profissionais da equipa conhecerem, aplicarem e interpretar os resultados à luz de cada caso. (*anexos*)

A avaliação do utente pode acontecer na própria estrutura de saúde, mas em alguns casos justifica-se uma visita domiciliária. Cada visita deve ser sempre planeada pela equipa, de acordo com as necessidades específicas de cada caso, inclusive com a avaliação compartilhada de mais de um profissional.

Outra diferença marcante no cuidado prestado a uma população envelhecida é que para as equipas assegurarem uma atenção continuada, nem sempre é possível esgotar todos os assuntos num único contato. Sabe-se que, quanto maior os vínculos entre os utentes e as equipas, maior a adesão aos tratamentos propostos. Dessa forma, cada encontro com o utente deve constituir uma oportunidade para a educação para a saúde, incluindo (re)avaliar sistematicamente o uso de medicamentos, bem como intervir nesta ou em outras condutas que representem algum risco para a saúde.

As mudanças de hábitos de vida devem ser negociadas gradual e continuamente, sendo cada conquista comemorada, ou quando necessário, novas negociações estabelecidas. A equipa deve então definir as orientações para acompanhamento e adequação do Plano de Cuidados.

A utilização da avaliação ampla, em um primeiro momento, deverá ser feita para aqueles utentes definidos pelos critérios de fragilidade. Posteriormente, espera-se que seja possível ampliar o seu uso para o restante da população idosa.

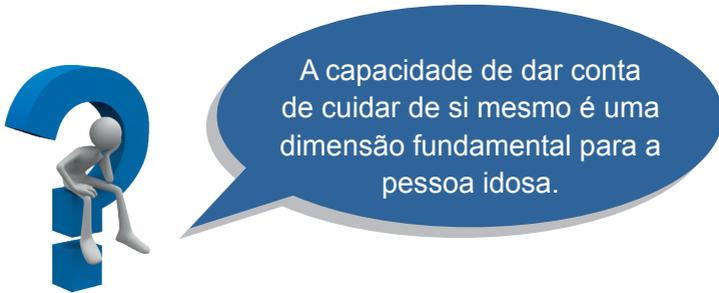
**PASSO 4** - Refere-se apenas àquele caso em que persiste alguma dúvida diagnóstica. Nessa situação, o utente poderá ser encaminhado para exames ou consulta com especialista.

**PASSO 5** - Após essa avaliação, o utente deve retornar com as orientações para adequar o plano de Cuidado e continuar o acompanhamento na estrutura básica de saúde.

**PASSO 6** - Cada um desses momentos é crítico para o bom acompanhamento da população idosa.

Como então identificar e avaliar funcionalmente uma pessoa idosa? Uma estratégia fundamental é lançar mão da avaliação multidimensional, necessariamente realizada por equipa interdisciplinar para o planeamento do cuidado, em especial da pessoa idosa frágil ou em risco de fragilização, como será visto a seguir.

### 3.1 - Avaliação Multidimensional do utente idoso frágil



A maneira de viver a própria funcionalidade é a resultante do estado de saúde (físico e mental), dos recursos pessoais (rede de relações, apoio social, local de moradia, recursos económicos) e do ambiente coletivo em que cada pessoa se insere (habitat, serviços de saúde e sociais) (CIF, 2001). Na figura 5, observa-se que uma pessoa está envelhecendo mal, quando “desce” na escada da funcionalidade. Usualmente, o utente começa a apresentar dificuldades para tarefas complexas como fazer compras, sair de casa e pode progredir até ao nível de uma dependência completa, quando necessita de ajuda até para se alimentar ou sair da cama.

**Figura 5 - Hierarquia do declínio funcional**



**Fonte:** Arquivo da consultora.

Porém, quem trabalha com pessoas idosas, precisa acreditar que também é possível “subir a escada”, ou seja, restaurar a capacidade para realizar essas atividades. Isso demanda saber avaliar e intervir, buscando recuperar o melhor funcionamento físico, psicológico e cognitivo. Para avaliar é preciso saber observar e perguntar. Disso depende a troca de informações adequadas e o melhor cuidado.

Assim, o primeiro compromisso de cada profissional é assegurar uma boa comunicação com o utente (Quadro 2). Muitas vezes, o profissional dirige-se primeiramente ao acompanhante e não ao utente. Outras vezes, infantiliza-o. Essas más práticas devem ser evitadas.

No quadro 1, encontram-se algumas dicas para a equipa melhorar a comunicação com uma pessoa idosa.

### **Quadro 1 - Dicas de comunicação para a equipa de saúde**

#### **AO SE COMUNICAR COM UMA PESSOA IDOSA:**

Utilizar frases curtas e objetivas.

Chamar a pessoa pelo próprio nome ou da forma como ela preferir.

Evitar infantilizá-la utilizando termos inapropriados como “vovô”, “querido”, ou diminutivos desnecessários (“bonitinho”, “lindinho” etc).

Perguntar se entendeu bem a explicação, se ainda existe alguma dúvida.

Repetir a informação, se a pessoa não tiver compreendido, utilizando palavras diferentes, numa linguagem mais apropriada à sua compreensão.

Falar de frente, sem cobrir sua boca e não se virar ou se afastar enquanto fala.

Aguardar a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.

Não interromper a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência.

Aguardar que ela conclua o seu próprio pensamento.

**Fonte:** Adaptado de Caderno 19

Além disso, para orientar os profissionais e as equipes de saúde, é importante lançar mão de ferramentas que todos compreendam e que permitam o diagnóstico clínico, funcional e psicossocial da pessoa idosa. Idosos em risco de piora funcional ou clínica devem ser submetidos a uma Avaliação Multidimensional do Idoso Frágil, cujos componentes estão listados na Figura 6.

**Figura 6 - Componentes da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**

Abordagem médica	Abordagem funcionalidade	Abordagem psicológica	Abordagem social	Abordagem ambiental
Lista de problemas	Atividades básicas da vida diária	Teste da função cognitiva	Necessidade de apoio informal e material	Segurança em casa
Comorbilidades e gravidade das doenças	Atividades instrumentais da vida diária	Avaliação do humor e depressão	Escolha dos recursos de cuidado	Cuidados com os medicamentos
Revisão sistemática da medicação	Atividade/prática de exercícios físicos		Abordagem da segurança financeira	Telefones e contatos em caso de urgência
Condição nutricional	Avaliação da Marcha e equilíbrio		Estímulo ao convívio social	

**Fonte:** Elaborado pela consultora.

Cada profissional contribuirá à sua maneira na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. No quadro 2, encontram-se algumas orientações para a aplicação de uma Avaliação Geriátrica Ampla.

## Quadro 2 - Orientações para aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla

### QUANDO E COMO APLICAR A AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA):

- a) **Nas situações definidas como indicativas de fragilidade no Protocolo:** embora a idade seja apenas um critério relativo, pode-se dizer que após os 75 anos, mesmo com um envelhecimento satisfatório, a vulnerabilidade para agravos em saúde aumenta e o reconhecimento de situações de risco precisa ser ágil e eficiente.
- b) **Não é preciso pressa:** a anamnese e o exame clínico bem conduzidos, mesmo que em mais de uma consulta, permitem reconhecer os principais fatores e situações de risco.
- c) **A avaliação é útil para descobrir problemas que não estão evidentes à primeira vista:** o profissional de saúde deve ser metucioso ao pesquisar o que de fato motivou a vinda do utente idoso à consulta e ir além das queixas. Há muitos sintomas não relatados porque a pessoa atribui as mudanças físicas e psíquicas ao envelhecimento, a outros constrangedores (incontinência, por exemplo) ou negados (problemas de memória).
- d) **Qual o modo de vida da pessoa idosa:** (re)conhecer o seu entorno: vive sozinha em sua casa? Vive em família ou em instituição? Trabalha? Participa da comunidade? Está isolada de parentes e amigos?
- e) **Investigar os recursos:** conta com serviços fornecidos pela família, por profissionais (reabilitação), por voluntários (amigos, vizinhos, igrejas, ONG)?
- f) **Identificar riscos ambientais:** o local favorece quedas? Os ambientes são iluminados? Há degraus? Onde estão guardados os medicamentos?

### 3.2 - Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Frágil

O protocolo inicia-se pela identificação adequada do utente e de pessoas conhecidas (familiares ou vizinhos ou amigos), que poderão auxiliá-lo em caso de necessidade.

<b>PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO FRÁGIL</b>	
Data: ____/____/____	Estrutura Básica de Saúde: _____
Telefone: _____	Cidade / Ilha: _____
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO</b>	
1. Nome: _____	
2. Nome da mãe: _____	
3. Documento de Identidade: _____	4. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
5. Data de Nascimento: ____/____/____	6. Idade: _____
7. Endereço: _____ Nº: _____	
Complemento: _____ Bairro: _____	
Cidade / Ilha _____	
8. Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( ) Outros	
9. Escolaridade: _____	
10. Sabe ler: ( ) Sim ( ) Não	
11. Profissão: _____	
12. Renda: ( ) Não ( ) Sim Se sim: ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Outra	
<b>2 - FAMILIAR OU RESPONSÁVEL</b>	
1. Nome do Familiar ou Responsável: _____	
2. Vive no mesmo domicílio: ( ) Não ( ) Sim	
3. Parentesco: _____	
4. Endereço do familiar ou responsável: _____	
5. Número: _____	
6. Complemento: _____	
7. Bairro: _____	
8. Telefone: _____	

Na página 1, encontram-se os dados de **IDENTIFICAÇÃO** do utente (Secção 1). Além das informações habituais (nome, sexo, idade, endereço) é muito relevante saber a escolaridade ou se a pessoa sabe ler, qual é o seu estado marital, se possui alguma fonte de renda regular.



São indicadores de maior vulnerabilidade social na velhice:  
 - Não saber ler; ser sozinho (solteiro/viúvo/divorciado); não ter fonte de renda.

No caso do utente sem renda, o serviço social deve ser acionado para avaliar se esta pessoa pode dispor de algum tipo de pensão social ou outro benefício.

A segunda parte diz respeito à identificação do **FAMILIAR OU RESPONSÁVEL** que poderá ser contactado pela equipa em caso de necessidade (Seção 2). Se a pessoa não dispuser de alguém com quem possa contar em caso de necessidade, este é outro sinal de vulnerabilidade social e aponta para a importância de promover contatos sociais e visitas regulares de familiares e vizinhos, bem como de estimular parcerias com ONG's da comunidade.

A Secção 3 busca identificar o(s) **CRITÉRIO(s)** que indica(m) a **FRAGILIDADE** do utente.

3 - CRITÉRIO DE FRAGILIDADE	
<input type="checkbox"/> ≥ 75 anos	<input type="checkbox"/> Portador de 4 ou mais doenças
<input type="checkbox"/> Mora sozinho(a)	<input type="checkbox"/> Acamado ou restrito ao domicílio
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso à estrutura de saúde (falta de acompanhante, limitação funcional do utente, local de moradia)	

Os critérios definidos são:

- ter mais de 75 anos – mesmo que a pessoa não apresente qualquer limitação, a partir dessa idade reconhece-se uma maior vulnerabilidade clínica e funcional;
- morar sozinho: critério indicativo de maior vulnerabilidade social;
- ter tido alta hospitalar recente: indica maior vulnerabilidade clínica e funcional;
- estar acamado ou restrito ao domicílio: reflete uma maior vulnerabilidade funcional e social;
- ter dificuldade de acesso ao serviço de saúde: aumenta a vulnerabilidade clínica e funcional do utente;
- ser portador de quatro ou mais doenças ou
- outra que você identificar (por exemplo, é cuidador de alguém com sofrimento mental, mora em instituição, entre outros).

Passa-se então à secção 4, que introduz a Avaliação Geriátrica Breve.

4 - AVALIAÇÃO GERIÁTRICA BREVE			
DOENÇAS AUTO REFERIDAS			
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> DPOC / asma	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Cardiopatia / angina	<input type="checkbox"/> Demência / perda de memória	<input type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Incontinência urinária
<input type="checkbox"/> AVC / derrame	<input type="checkbox"/> Parkinson / tremor	<input type="checkbox"/> Artrite / artrose	<input type="checkbox"/> Incontinência fecal
<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Outra doença psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Constipação
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Cancro _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Pode ser a primeira vez que você estará encontrando este utente. É importante realizar um inventário sobre as doenças que ele sabe que tem e os medicamentos que utiliza.



Alguma vez algum profissional de saúde lhe disse que o(a) senhor(a) tinha alguma doença(s)? Qual(is)?

As doenças listadas são as mais prevalentes no grupo idoso. O profissional assinala a(s) doença(s) referidas. Caso a pessoa não se lembre ou não seja capaz de informar, deve-se pedir a informação a um familiar ou ao responsável. Caso quatro ou mais doenças, sejam identificadas, o utente preenche o critério de fragilidade acima referido.

Feito isso, passa-se à pesquisa sobre a medicação em uso.

MEDICAMENTOS EM USO				
	Nome	Dose/Tempo de uso	Nome	Dose/Tempo de uso
a) Regular:				
b) Esporádico:				

Todos os **MEDICAMENTOS EM USO** interessam e devem ser anotados, tanto os de uso regular quanto os de uso esporádico. O uso de mais de 4 (quatro) medicamentos diferentes configura a **polimedicação ou polifarmácia**. Esta condição aumenta o risco de interações medicamentosas e de eventos adversos e alerta para o risco de iatrogenia, uma das mais importantes síndromes geriátricas.

**Os idosos têm mais chance se sofrer iatrogenia:** apresentam taxas mais altas de analfabetismo (o que pode comprometer a compreensão correta da prescrição), têm mais doenças e frequentam mais os serviços de saúde, o que aumenta as chances de sofrerem mais intervenções diagnósticas e terapêuticas. Ademais, o metabolismo modifica-se, o que aumenta o risco e a intensidade de efeitos adversos e de diversas modificações na farmacocinética e na farmacodinâmica das drogas.

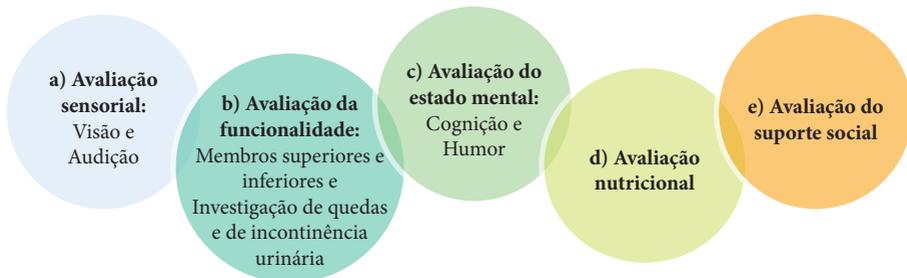
A secção 5 trata da **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL BREVE**.

<b>5 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL BREVE</b>			
<b>DOMÍNIO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>ORIENTAÇÃO</b>
<b>VISÃO</b>	O(a) senhor(a) tem dificuldade para ver TV, caminhar, vestir-se, ir ao banheiro, sair de casa por problemas visuais?	Se sim, avaliar a possibilidade de encaminhamento para consulta oftalmológica.	Incluir a baixa de visão na lista de problemas.
<b>AUDIÇÃO</b>	O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir o tique-taque do relógio ou um estalar de dedos?	Se sim, realizar otoscopia ou avaliar a possibilidade de encaminhamento para consulta com especialista.	Incluir a baixa de audição na lista de problemas.
<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	É capaz de: a) colocar as mãos atrás da nuca? b) pegar um lápis em cima da mesa com cada uma das mãos e colocar de volta.	Se não for capaz, examinar os músculos, articulações e nervos dos ombros, braços e mãos.	Incluir a limitação funcional na lista de problemas.

<b>MEMBROS INFERIORES</b>	Pedir à pessoa idosa para levantar-se da cadeira, caminhar 3 metros, voltar e sentar. Medir o tempo gasto na tarefa: <10seg; 10-30seg; >30seg.	Quanto maior o tempo, maior o risco de quedas, maior a necessidade de avaliação clínica.	Incluir na lista de problemas, investigar se levar ≥20 segundos para executar a tarefa.
<b>QUEDA</b>	Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) caiu?	Se sim, investigar a(s) causa(s) da queda (subseção Inventário de quedas, neste protocolo).	Incluir na lista de problemas e tentar recuperar a mobilidade.
<b>INCONTINÊNCIA</b>	Quando o(a) senhor(a) tem vontade de urinar, dá tempo de ir à casa de banho? Acontece de se sentir molhado(a)?	Se sim, investigar: infecção, efeito medicamentoso, delirium, imobilidade, retenção urinária, fecaloma (Subseção Anamnese especial)	Incluir na lista de problemas, identificar e tratar as causas.
<b>MEMÓRIA</b>	Pedir à pessoa para repetir o nome dos objetos: “bssap, cabra, planta”. Após 3 minutos, pedir que os recorde.	Se não for capaz, aplicar o Mini-mental (para quem sabe ler) ou o teste de figuras (para quem não sabe).(Subseção Saúde Mental)	Incluir na lista de problemas, identificar e tratar as causas.
<b>HUMOR</b>	O(a) senhor(a) se sente triste ou desanimado frequentemente?	Se sim, aplicar a escala geriátrica de depressão (subseção Saúde Mental, neste protocolo)	Incluir na lista de problemas, tratar conforme o Protocolo da Saúde Mental.
<b>NUTRIÇÃO</b>	No último ano, o(a) senhor(a) perdeu 4 kg ou mais?	Se sim, a perda de peso involuntária é indicativa de fragilização da pessoa idosa.	Incluir na lista de problemas, identificar e tratar as causas.
<b>SUPORTE SOCIAL</b>	Alguém poderia ajudá-lo caso o(a) senhor(a) fique doente?	Se não identificar alguém para ajudar, a pessoa mostra-se mais vulnerável do ponto de vista da saúde.	Instituir na lista de problemas e estimular visitas da comunidade.

A independência e autonomia nas atividades de vida diária (AVD) refletem o funcionamento integrado e harmonioso da cognição, do humor, da mobilidade e da comunicação. Portanto, todo o utente idoso deve ser submetido a uma avaliação multidimensional breve que guiará a atuação da equipa profissional visando preservar, evitar ou melhorar aquela função.

Os domínios escolhidos nesta avaliação de rastreio são:



Uma alteração em qualquer um desses domínios deve alertar para alguma doença!

**Atenção!** As escalas e instrumentos de avaliação servem como parâmetros para acompanhar a evolução do quadro do indivíduo ao longo do tempo. Porém, elas não têm poder diagnóstico. Cabe aos profissionais da equipa conhecerem, aplicarem e interpretar os resultados à luz de cada caso.

Cada um dos domínios e o(s) respetivo(s) instrumento(s) utilizados serão apresentados a seguir.

### ***a) Avaliação Sensorial***

A avaliação sensorial refere-se à pesquisa de défices visuais e auditivos,

que podem comprometer o desempenho da pessoa idosa em suas atividades cotidianas e na sua participação social.

## AVALIAÇÃO DA VISÃO

<p><b>O(a) senhor(a) tem dificuldade para ver TV, caminhar, vestir-se, ir ao banheiro, sair de casa por problemas visuais?</b></p>	<p><b>Resultado:</b> Avaliar a possibilidade de encaminhamento a uma consulta com oftalmologista, para esclarecimento e correção do déficit visual.</p>
--	---

## AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

<p><b>O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir o tique-taque do relógio ou um estalar de dedos?</b></p>	
<p>Um terço dos idosos queixa-se de algum grau de perda auditiva. É importante esclarecer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>O(a) senhor(a) compreende o que é dito quando há mais de uma pessoa falando no mesmo ambiente?</li> <li>Consegue entender o que ouve no rádio ou na televisão?</li> <li>Precisa que as pessoas repitam o que foi falado?</li> <li>Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou na cabeça?</li> <li>Fala alto demais? Evita conversar? Prefere ficar só?</li> </ol>	<p><b>Resultado:</b> Se o utente confirmar essa dificuldade, providenciar a otoscopia para afastar a possibilidade de haver uma rolha de cerume e retirá-la.</p> <p>Se não houver cerúmen, solicitar audiometria em ambulatório especializado, para avaliar a necessidade de próteses auditivas.</p>

## b) Avaliação da Funcionalidade

A avaliação da funcionalidade abrange os domínios: membros superiores e inferiores, investigação de quedas e de incontinências.

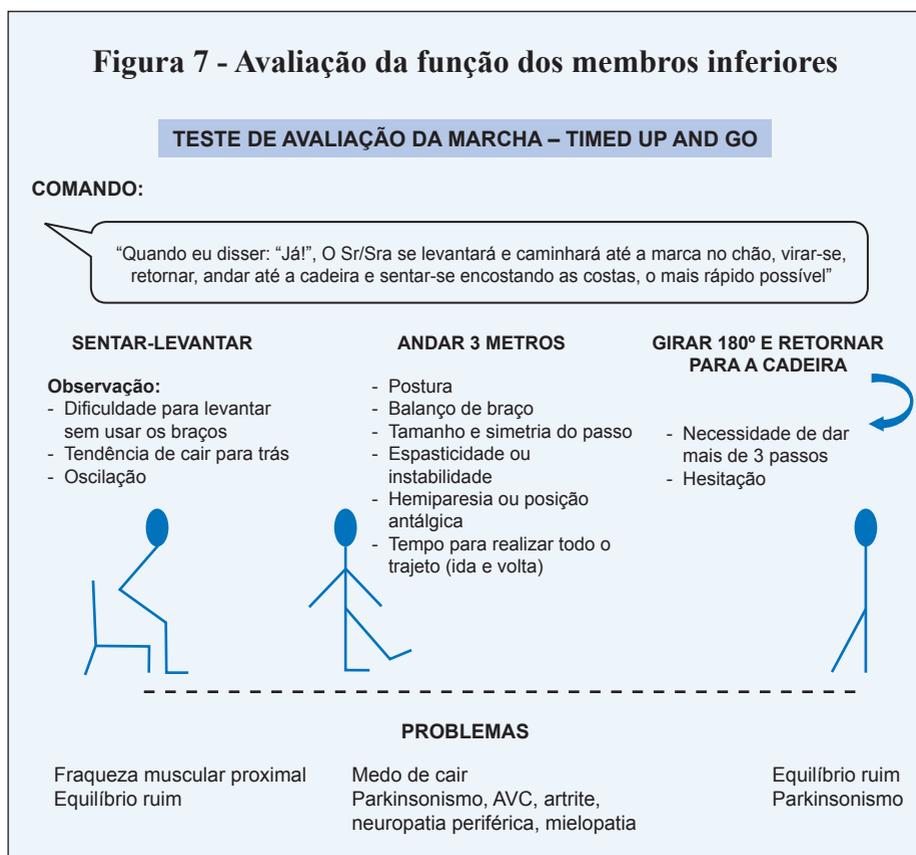
### AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES

<p><b>Proximal:</b> Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.</p> 	<p>Para vestir-se, banhar-se, cuidar da aparência sozinha, a pessoa deve conseguir elevar os braços até a altura da cabeça.</p>	<p><b>Resultado:</b> Caso o utente não seja capaz de realizar qualquer dos movimentos, examinar os membros superiores (músculos, articulações e nervos). Atenção para a dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Avaliar a possibilidade de encaminhamento para a fisioterapia e de estímulo para caminhadas e atividade física.</p>
<p><b>Distal:</b> Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.</p> 	<p>A capacidade de manusear pequenos objetos influi na capacidade de se alimentar, de se vestir, entre outras.</p>	

### AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES

A avaliação funcional dos membros inferiores começa com a observação da pessoa idosa enquanto ela se dirige e entra no consultório. Ela levanta-se da cadeira de uma só vez ou precisa fazer várias tentativas? Ela caminha de modo seguro ou busca apoiar-se na parede ou em alguém?

O instrumento de avaliação da marcha é o *Timed Up and Go Test* (ver Figura 7), muito útil para idosos que sofreram quedas, que estão ficando limitados, pós-hospitalizados, que perderam massa muscular. Pede-se ao utente que se levante de uma cadeira sem o apoio dos braços, caminhe 3 (três) metros, gire 180°, retorne à cadeira e sente-se novamente. O tempo é cronometrado.



**Fonte:** Elaborada pela autora

**Resultado:**

**Atenção!** Quanto maior o tempo gasto para realizar a tarefa, maior o risco de quedas e maior a necessidade de avaliação específica.

Pessoas acamadas não devem ser submetidas a esse teste.

**Não se justifica qualquer avaliação adicional** quando a pessoa consegue realizar o teste em:

- menos de 10 segundos, sem se desequilibrar, ainda que apresente um distúrbio de marcha;
- 10 a 20 segundos, sem história de quedas ou padrão de marcha alterado.

Quando a pessoa gasta mais de 20 segundos para executar o teste, geralmente ela já está dependente na mobilidade e em outras AVD e, deve ser encaminhada para uma consulta médica e para a reabilitação.

A avaliação dos membros inferiores permite identificar duas síndromes geriátricas: a imobilidade – restrição do espaço de vida da pessoa que culmina com o confinamento ao leito – e a instabilidade, com o risco aumentado de quedas, que será melhor investigada no próximo domínio.

## INVESTIGAÇÃO DE QUEDAS



Onde caiu? O que a pessoa fazia? Quanto tempo ficou no chão? Conseguiu se levantar sozinha?

**Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) caiu?**

Um terço dos idosos cai pelo menos 1 vez ao ano e metade deles cai de forma recorrente. Aumentam o risco de quedas: ser mulher; ter história anterior de fratura osteoporótica; mobilidade prejudicada; incapacidade de se levantar da cadeira sem o auxílio dos braços; marcha instável; distúrbios cognitivos.

**Resultado:** Se a pessoa tiver caído, a queda deve ser considerada um evento sentinela, pois indica que há algo errado.

Devem ser esclarecidos:

Caiu mais de uma vez? Como estão: a visão, a audição, a função vestibular, a propriocepção, a cognição, a condição óssea e articular? A pressão cai quando fica de pé? A pessoa faz uso de drogas psicotrópicas ou anti-hipertensivas? Utiliza calçados adequados? O ambiente traz riscos?

**Atenção!** Não usar contenção física em pessoas idosas, pois pode provocar confusão mental, contusão muscular, fraturas e até a morte!



**CAIR  
DE MADURO  
É PARA FRUTA**

Não cair é um compromisso de um acompanhamento geriátrico bem feito. Quando cai, a pessoa pode ter medo de voltar a cair e passa a evitar caminhar. Com isso a marcha e o equilíbrio pioram e o risco de cair aumenta.

Quem cai, tem mais chance de cair. Ao identificar um utente que caiu, o maior interesse é prevenir outra(s) queda(s).

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Outra síndrome geriátrica frequente que compromete a funcionalidade e a vida social de uma pessoa idosa é a incontinência urinária, isto é, a eliminação de urina em momento ou local inadequado. Ela afeta cerca de um terço das pessoas idosas e traz grandes repercussões emocionais e sociais, pois favorece o isolamento social e aumenta o risco de infecções, úlceras, internamentos hospitalares. Apesar disso, nem sempre as pessoas se queixam, seja por vergonha ou por acharem que isso seja parte do processo normal de envelhecimento.



A incontinência urinária favorece quedas, infecções e é uma causa de internamentos em idosos.

**O(a) senhor(a), às vezes, perde urina ou fica molhado(a)?**

**Se sim, quantas vezes? Isso lhe causa algum desconforto ou embaraço?**

**Resultado:** se a pessoa perder urina, pesquise a(s) causa(s), pois muitas são preveníveis e tratáveis.

**Investigar:** infecção, efeito medicamentoso, delirium, restrição de mobilidade, retenção urinária, fecaloma.

Os outros quatro domínios que compõem esta avaliação multidimensional breve, buscam identificar outras síndromes geriátricas: a incapacidade cognitiva (demências, delirium e depressão), a fragilidade e a insuficiência de cuidados.

### *c) Avaliação do Estado Mental*

A avaliação da memória e o rastreio da depressão são parte do cuidado com a pessoa idosa.

## MEMÓRIA



**Atenção!** Toda pessoa idosa deve ter o estado mental avaliado, pois a funcionalidade também depende da memória e do humor.

Pedir à pessoa para repetir 3 palavras: “bssap, cabra, planta”. Após 3 minutos, pedir que lhe diga essas palavras.

**Resultado:** Se a pessoa não conseguir, deve-se investigar melhor, considerando a escolaridade.

Para o **utente analfabeto**, recomenda-se o uso da Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (Teste das figuras) (Anexo 1), por sua rapidez e facilidade de aplicação;

Para **quem sabe ler**, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo 2). Como complemento dessa avaliação, pode-se utilizar o teste de Fluência Verbal e o Desenho do Relógio (Anexo 3).

Caso, no final dos testes, ainda haja dúvidas acerca da capacidade cognitiva, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

A depressão acomete mais mulheres que homens, na proporção de 2:1 e é mais frequente entre pessoas doentes e institucionalizadas. A presença da depressão também pode ser reveladora de situações de maus tratos. Sintomas depressivos são muito frequentes entre idosos que estão hospitalizados e enlutados. Porém, embora experiências de luto sejam frequentes na velhice, a tristeza não deve ser confundida com depressão.

## HUMOR

**O(a) senhor(a) se sente triste ou desanimado(a) frequentemente?**

Se a pessoa responder sim, aplica-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) na versão curta (Anexo 4).

**Resultado: > 5 pontos sugere depressão e deve ser investigado.**

Quanto maior a pontuação, mais grave o quadro depressivo e quanto mais grave o quadro inicial, se não for iniciado o tratamento, pior o prognóstico.

Sintomas somáticos (dores, vertigens, náuseas, queimação nos pés, preocupação excessiva com o funcionamento do corpo) podem mascarar a depressão.

**Atenção!** A depressão compromete as dimensões física, social e funcional das pessoas afetadas e conseqüentemente a sua qualidade de vida e a de seus próximos, da mesma forma ou até mais que certas doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, DPOC, lombalgia,...). Por isso é necessário lançar mão de diferentes estratégias e instituir precocemente o tratamento, conforme estabelecido no Protocolo da Saúde Mental.

#### d) Avaliação Nutricional

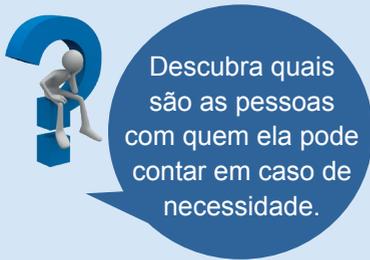
A avaliação nutricional pode revelar alterações fisiológicas, doenças crônicas, mentais (depressão, isolamento). A perda involuntária de peso é indicativa de fragilização da pessoa idosa. O diagnóstico nutricional possibilita uma intervenção adequada, tanto preventiva quanto curativa.

#### O(a) senhor(a) perdeu mais de 4 kg no último ano?

 <p>A nutrição merece um cuidado especial quando a pessoa envelhece.</p>	<table border="1"> <tr> <th>IMC</th> <th>Diagnóstico Nutricional</th> </tr> <tr> <td>&lt;22</td> <td>Magreza ou Baixo Peso</td> </tr> <tr> <td>22 a 27</td> <td>Peso Adequado</td> </tr> <tr> <td>&gt;27</td> <td>Excesso de Peso</td> </tr> </table>	IMC	Diagnóstico Nutricional	<22	Magreza ou Baixo Peso	22 a 27	Peso Adequado	>27	Excesso de Peso	<p><i>Fonte: MS-Brasil, 2014.</i></p>
IMC	Diagnóstico Nutricional									
<22	Magreza ou Baixo Peso									
22 a 27	Peso Adequado									
>27	Excesso de Peso									
<p>Na triagem nutricional de idosos recomenda-se a avaliação antropométrica com o índice de massa corporal (IMC) que pode ser obtido dividindo-se o peso corporal (kg) pela altura<sup>2</sup> (m). Na pessoa idosa, os valores consideram as alterações corporais da senescência.</p> <p><b>Atenção!</b> Utente idoso com baixo peso ou excesso de peso com comorbidade, deve ser encaminhado para um nutricionista.</p>	<p>Nas pessoas acamadas, com doenças consumptivas, convalescentes pós grandes cirurgias, utiliza-se a medida do perímetro da panturrilha esquerda como parâmetro de avaliação da massa muscular.</p> <div data-bbox="501 997 733 1173">  </div> <p>Mede-se com uma fita métrica na altura da área mais volumosa da panturrilha.</p> <p>Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) em homens e mulheres e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.</p>									

### e) Avaliação do Suporte Social

O utente que apresente alguma dificuldade em atividades cotidianas por razão de doença passa a demandar o cuidado de um terceiro.

<p>Alguém poderia ajudá-lo caso o(a) senhor(a) fique doente? Quem? _____</p> <p>_____</p> <p>Quem seria capaz de tomar decisões referentes à saúde pelo(a) senhor(a), caso o(a) senhor(a) não seja capaz de fazê-lo?</p>	<p><b>Resultado:</b> Pessoas que não têm alguém para as ajudar, estão ainda mais vulneráveis, do ponto de vista da saúde e devem ser visitadas regularmente e participar de atividades de socialização.</p> <p><b>Atenção!</b> É fundamental identificar quem é a pessoa com a qual ele conta em caso de necessidade.</p>
 <p>Descubra quais são as pessoas com quem ela pode contar em caso de necessidade.</p>	<p><b>Importante:</b> cuidar de idosos dependentes pode ser estressante e pode impactar na saúde e na qualidade de vida do cuidador. Daí a relevância de “cuidar de quem cuida” e de aprimorar o cuidado da pessoa idosa por meio de uma avaliação mais abrangente.</p>

Não dispor dos cuidados necessários ou não ser capaz de identificar este cuidador potencial ou real é uma condição reveladora da insuficiência de cuidados, outra síndrome geriátrica.

A secção 6, introduz a **ANAMNESE USUAL**. Algumas condições merecem destaque.

<b>6 - ANAMNESE USUAL</b>
<b>QUEIXA / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL</b>
<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b>

Na **HISTÓRIA CLÍNICA**, é muito importante registrar internamentos hospitalares. Um internamento hospitalar representa um grande risco de declínio funcional e de mortalidade para uma pessoa idosa.

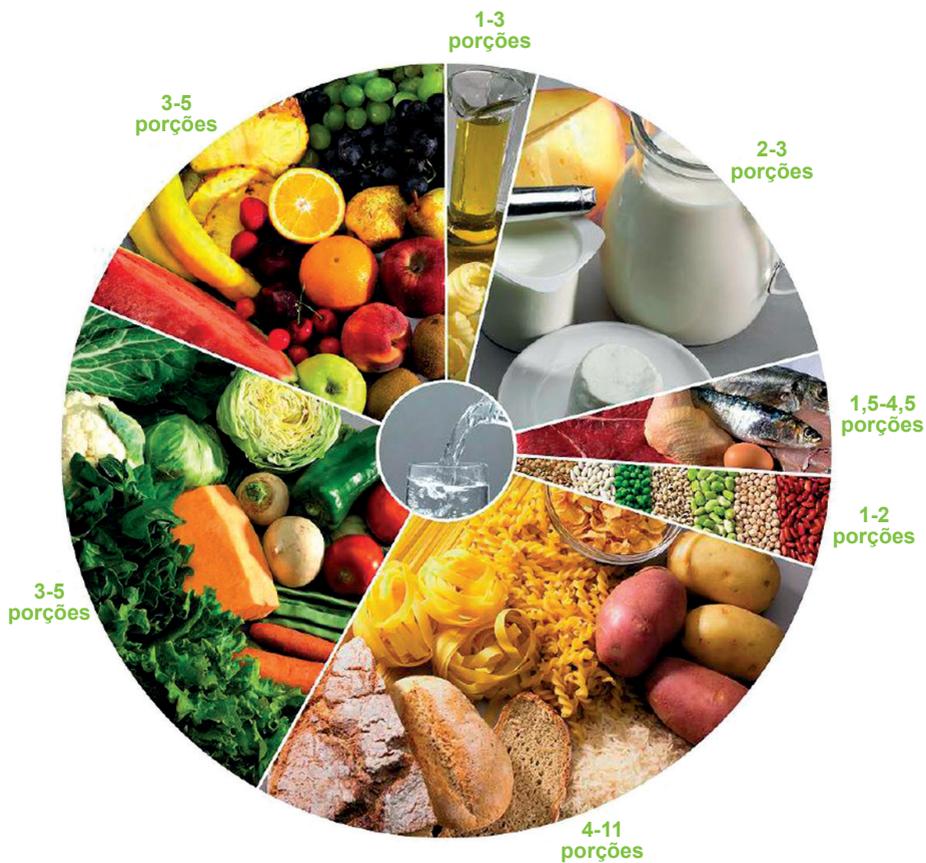
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>									
<b>Tabagismo</b>		<b>Consumo de álcool</b>		<b>Atividade física</b>		<b>Alimentação</b>			
Você fuma (cigarro, charuto, cachimbo)?		Em alguma época da sua vida, você bebeu pelo menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente?		Pratica alguma atividade física atualmente?		Quantas refeições completas você faz por dia?			
						( ) 1	( ) 2	( ) ≥3	
						Quantos copos de líquidos você toma por dia?			
( ) Não	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	( ) <3	( ) 3 a 5	( ) ≥5	
Se sim, quantos cigarros/ dia? ____		Se sim, quantas doses/dia? _____		Se sim, quantas vezes por semana?		Diariamente, você come:			
Desde quando? ____		Ainda bebe? ( ) Sim		( ) 1	( ) 2	( ) ≥3	Tipo de alimento	Não	Sim
Se fuma, deseja parar?		Qual bebida? _____		Quanto tempo/dia? _____		Frutas ou verduras (duas ou mais porções)			
		Se bebe, deseja parar?		Qual? _____					
( ) Não	( ) Sim	( ) Não	( ) Sim	Se não, deseja praticar?		Carne ou frango (uma porção)			
Se já fumou, há quanto tempo parou?		Se já bebeu, há quanto tempo parou? _____		( ) Não	( ) Sim	Alimento lácteo (uma porção)			

De entre os hábitos de vida, vale ressaltar que em qualquer momento que a pessoa venha a parar de fumar, o ganho para a qualidade de vida é incontestável. O tabagismo está associado a doenças pulmonares e circulatórias e a um terço de todas as neoplasias fatais. O alcoolismo é um problema de saúde pública de grande relevância em Cabo Verde e a sua abordagem deve seguir o Programa Nacional Integrado de Luta contra as Drogas e Crimes Conexos (PNLCDCC) / Comissão de Coordenação do Álcool e outras Drogas (CCAD).

O sedentarismo favorece a ansiedade, a depressão e a piora cognitiva, além de estar associado a doenças cardiovasculares. Idosos hipertensos e diabéticos devem ser estimulados a praticar atividade física, como parte do tratamento das suas condições de saúde independentemente da idade. Toda a pessoa deve ser orientada a praticar pelo menos 30 minutos de atividade física. As atividades de musculação são úteis para melhorar o vigor e a autoestima. A caminhada no plano, em ritmo rápido, por, pelo menos, 30 minutos diários também é recomendável. Atividades na água são indicadas para pessoas com artrose (de joelho, de quadril, de coluna).

As necessidades alimentares modificam-se com o envelhecimento, assim a alimentação deve ser variada e equilibrada de forma a proporcionar o bom estado nutricional e contribuir para a prevenção de disfunções orgânicas e problemas de saúde. Em determinados casos há necessidade de suplementação, principalmente de cálcio, vitamina D, Vitamina B6 e B12, ácido fólico, vitamina E, vitamina C e zinco. Na Figura 8 está apresentada uma roda alimentar recomendada para a pessoa idosa.

**Figura 8 - Recomendação diária de alimentos**



**Fonte:** Programa Integralidade (2012)

Importante destacar que a pessoa idosa tem a sede reduzida. Por isso a atenção com a hidratação é fundamental. Além disso, muitas vezes, é

necessário adaptar a consistência dos alimentos, em razão de dificuldades de deglutição relacionadas com a falta de dentes, à secura da boca ou a doenças neurodegenerativas.

A próxima subsecção é a **ANAMNESE ESPECIAL**.

**ANAMNESE ESPECIAL (assinalar apenas se o sintoma estiver presente)**

**Sistema Digestivo**

**Cavidade Oral**

1. Boca seca	<input type="checkbox"/>	5. Dentes naturais	<input type="checkbox"/>	7. Engasgos	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
2. Mastigação ruim	<input type="checkbox"/>	6. Prótese	<input type="checkbox"/> superior		<input type="checkbox"/> Frequentemente
3. Dor ao engolir	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> inferior		<input type="checkbox"/> Com líquidos
4. Usa sonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nasoentérica	<input type="checkbox"/> Gastrostomia		<input type="checkbox"/> Com alimentos sólidos

**Hábito intestinal**

1. Frequência das evacuações	<input type="checkbox"/> diária	<input type="checkbox"/> 3 vezes/semana	<input type="checkbox"/> < 3 vezes/semana	9. Colostomia	<input type="checkbox"/>
2. Consistência	<input type="checkbox"/> Habitual	<input type="checkbox"/> alterada	6. Dor para evacuar	10. Incontinência fecal	<input type="checkbox"/>
3. Constipação	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> ≥ 6 meses	7. Alteração do hábito	<input type="checkbox"/> < 3 meses	<input type="checkbox"/> ≥ 3 meses
5. Uso regular de laxativo ou extração manual	<input type="checkbox"/>		8. Sangue ou muco		

Com o intuito de facilitar o preenchimento, ela foi subdividida segundo os aparelhos e sistemas (Digestivo, Gêrito-Urinário, Osteomuscular, Pele e anexos, Nervoso). Em cada um deles, os principais sintomas estão apresentados e, quando presentes, devem ser assinalados.

No utente idoso, diferente do que acontece com o jovem e o adulto, muitos sintomas coexistem e não se referem, necessariamente, a um único diagnóstico. Por isso é importante registar e considerar todos os sintomas, pois, não raro, trata-se de um utente que apresenta mais de uma doença: hipertensão, diabetes, artrose de quadril, obstrução intestinal, por exemplo. Isso pode gerar no examinador a impressão equivocada de que se trata de uma pessoa poliqueixosa.

Além disso, é fundamental definir a condição funcional do utente, apresentada na subsecção “**AVALIAÇÃO FUNCIONAL**”.

<b>AVALIAÇÃO FUNCIONAL</b>			
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (A.V.D.)</b>			
<b>Atividades básicas de vida diária (autocuidado)</b>	<b>Independência</b>	<b>Dependência</b>	
		<b>Parcial</b>	<b>Total</b>
<b>Banhar-se:</b> usa adequadamente o chuveiro, sabão, bucha.			
<b>Vestir-se:</b> apanha a roupa, veste-se e consegue despir-se.			
<b>Uso do banheiro:</b> vai até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.			
<b>Transferir-se:</b> sai da cama para a cadeira e vice-versa.			
<b>Controle esfinteriano</b>	Urina		
	Fezes		
<b>Alimenta-se:</b> consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar a boca?			
<b>Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)</b>	<b>Independência</b>	<b>Dependência</b>	
Você é capaz de preparar as suas <b>refeições</b> ?			
Você é capaz de tomar os seus <b>remédios</b> ?			
Você é capaz de fazer <b>compras</b> de mercearia, padaria...?			
Você é capaz de controlar o seu <b>dinheiro</b> ?			
Você é capaz de usar o <b>telefone</b> ou <b>pedir ajuda</b> ?			
Você é capaz de <b>arrumar</b> a sua casa?			
Você é capaz de <b>lavar</b> a sua roupa?			
Você é capaz de fazer pequenos <b>trabalhos domésticos</b> ?			

A avaliação funcional contempla as atividades de autocuidado (banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, transferir-se, controle esfinteriano, alimentar-se) e as instrumentais que favorecem a vida na comunidade (preparo de refeições, administração dos próprios medicamentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, arrumação da casa, lavar roupa, pequenos trabalhos domésticos).

A pessoa deve ser considerada:

- **Independente**, quando consegue realizar a atividade sem ajuda;
- **Parcialmente dependente**, quando precisa de supervisão para fazê-la;

- **Totalmente dependente**, quando não consegue fazer a atividade sozinha.

Esta condição funcional é o principal determinante da saúde da pessoa idosa e pode predizer um risco maior de morbimortalidade. Quanto mais dependente, mais frágil, maior risco de morte.

A equipa deve agir para preservar ou melhorar a independência do utente para o autocuidado e para a vida em comunidade. Contudo, uma vez detetada a incapacidade, ainda que parcial, a equipa de saúde deve discutir o que precisaria ser feito para superá-la. Isso inclui a investigação de alguma doença que poderia ser a causa do problema, para indicar o seu tratamento ou controlo, bem como as necessárias intervenções de reabilitação.

A subsecção seguinte, “**SAÚDE MENTAL**”, é composta pela avaliação do humor e da memória. Na primeira, usa-se a Escala Geriátrica de

<b>SAÚDE MENTAL</b>		
<b>AVALIAÇÃO DO HUMOR</b>		
<b>Escala Geriátrica de Depressão</b> <i>(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas) 0 a 5 NORMAL; &gt;5 sugere depressão)</i>		
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	( ) Sim	( ) Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	( ) Sim	( ) Não
3. Acha sua vida vazia?	( ) Sim	( ) Não
4. Aborrece-se com frequência?	( ) Sim	( ) Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	( ) Sim	( ) Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	( ) Sim	( ) Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	( ) Sim	( ) Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	( ) Sim	( ) Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	( ) Sim	( ) Não
10. Acha que tens mais problemas de memória que as outras pessoas?	( ) Sim	( ) Não
11. Acha que é maravilho estar vivo(a)?	( ) Sim	( ) Não
12. Sente-se inútil?	( ) Sim	( ) Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	( ) Sim	( ) Não
14. Sente-se sem esperança?	( ) Sim	( ) Não
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	( ) Sim	( ) Não
Cada resposta em negrito vale 1 ponto	<b>TOTAL:</b>	<b>/15</b>

Depressão, que deve ser aplicada caso a pessoa responda que se sente triste, ou desanimada frequentemente, na Avaliação Multidimensional Breve (pág. 2 do Protocolo).

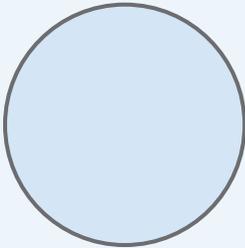
A análise da pontuação na escala é a seguinte:

- **0 a 5 pontos:** indica quadro psicológico normal.
- **6 a 10 pontos:** indica quadro de depressão leve.
- **11 a 15 pontos:** indica quadro de depressão grave.

A **AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO** difere segundo a capacidade de leitura do utente.

<b>AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO</b>			
<b>Utentes que sabem ler</b>	<b>Teste do Relógio</b>		
	( ) Completo	( ) Incompleto	( ) Não consegue
	<b>Fluência verbal (em 1 minuto)</b>	Animais: _____	Frutas: _____
	<b>Mini-mental</b> _____ /30		
<b>Utentes analfabetos ou baixa escolaridade</b>	<b>Teste das Figuras</b>	Utente	Valor esperado
	Percepção visual correta		>9
	Nomeação correta		>9
	Memória incidental		>5
	Memória imediata		>7
	Aprendizado		>7

A avaliação da memória é uma etapa fundamental deste protocolo. Ela será aplicada sempre que houver uma queixa de perda de memória, por parte do utente ou do cuidador/familiar que o acompanha. Para os utentes que sabem ler, recomenda-se o teste de Fluência verbal (animais e frutas), o Desenho do relógio e o Mini-Mental.

Descrição do Teste	Resultado
<b>Teste de Fluência verbal</b>	
<p>Solicita-se ao utente que diga todos os nomes de animais de que se recorde ao longo de 1 minuto. Consideram-se animais diferentes, mas o feminino e masculino são computados apenas uma vez. Por exemplo “gato e gata”, vale só um animal. Exceção feita para boi e vaca.</p>	<p>Indivíduos com escolaridade e sem défice de memória devem falar pelo menos 13 ou mais nomes de animais. <b>Analfabetos:</b> 9 ou mais animais.</p>
<b>Teste do desenho do relógio</b>	
<p>Utiliza-se uma folha com um círculo. Pede-se à pessoa que coloque os números do relógio e marque a hora determinada. Os horários determinados geralmente são 11h10 (o mais utilizado), 8h20 ou 3h. Não se menciona a palavra “ponteiros”.</p> <div data-bbox="148 1161 393 1409" style="text-align: center;">  </div>	<p>São avaliadas: a ordem de execução do desenho, a aparência geral, as proporções, as assimetrias entre os numerais, a ordem dos números e o espaçamento entre eles e a colocação dos ponteiros. Considera-se o teste do relógio: <b>Completo:</b> perfeito ou com pequenos erros espaciais, mas a hora marcada é correta. <b>Incompleto:</b> distribuição dos ponteiros, correta, mas a hora marcada é errada ou desorganização moderada, com marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros ou com ponteiros em excesso; <b>Incapaz:</b> não consegue ou o desenho tem algo a ver com o relógio, mas com grave desorganização visuoespacial.</p>

O Mini-mental é o teste de rastreio cognitivo mais aplicado. Ele é rápido (5 a 10 minutos) e fornece um indicador aceitável da possibilidade de demência, especialmente na avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas com mais de 8 anos de escolaridade.

<b>Mini-Mental</b>		<b>Resultado:</b>
<b>1. Orientação Temporal – Que dia é hoje?</b>		Total de pontos obtidos ____/30
Qual é o dia da semana?	1	
Dia do mês?	1	
Mês?	1	
Ano?	1	
Hora aproximada? (sem olhar o relógio)	1	
<b>2. Orientação Espacial – Onde estamos?</b>		
Local?	1	
Instituição (casa, rua)?	1	
Bairro?	1	
Cidade?	1	
Ilha?	1	
<b>3. Registos</b>		
Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao utente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Exemplo: Bssap, Cabra, Planta <b>ou</b> Vaso, carro, tijolo.	3	

<b>4. Atenção e cálculo</b>		<p>Considera-se como pontos de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 pontos para analfabetos;</li> <li>- 18 pontos para idosos com menos de oito anos de estudo;</li> <li>- 26 pontos para idosos com 9 ou mais anos de estudo.</li> </ul> <p>Espera-se uma perda de 2 a 3,5 pontos por ano em utentes com doença de Alzheimer.</p>
Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65).	5	
Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas.		
Ou peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.		
<b>5. Lembranças (memória de evocação)</b>		
Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas. Estabeleça um ponto para cada resposta correta		
<b>6. Linguagem</b>		
Aponte para um lápis e um relógio. Peça ao utente para dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.	2	
Peça ao utente para repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
Peça ao utente para seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.	3	
Peça ao utente para ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS.	1	
Faça o utente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter sujeito, verbo e predicado e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto).	1	
<p>Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da intersecção formarem um quadrilátero.</p> 	1	
<b>Pontuação total:</b>		<b>/30</b>

Para os utentes que não sabem ler, recomenda-se utilizar a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (Nitrini et al., 1994; 2004), que pode ser aplicada em cerca de sete minutos e contém os itens: Teste das figuras; Fluência verbal (animais) e Desenho do relógio.

Bateria Breve de Rastreio Cognitivo	
1 - Folha de Identificação e Nomeação de 10 figuras	2 - Folha de Reconhecimento de Nomeação de 10 figuras
	
Orientação	
<p><b>Erro de perceção:</b> a pessoa confunde o objeto. Por exemplo, confunde avião com um peixe, confunde balde com um copo.</p> <p><b>Erro de nomeação:</b> a pessoa identifica a figura, mas não se lembra da palavra. Por exemplo faz o gesto de pentear, mas não lembra o nome pente. Fala que é um bicho, mas não se lembra de tartaruga.</p>	

<b>Etapa 1 - Identificação e Nomeação de 10 figuras</b>	
<p><b>Descrição do teste</b>                      Apresente a folha 1 com as figuras desenhadas e pergunte: Que figuras são estas?                      Nomeação correta (0 a 10) = ____/10                      Percepção correta (0 a 10) = ____/10                      Se o utente não for capaz de perceber adequadamente um ou dois itens ou de nomeá-los não corrija. Aceite o nome que ele(a) deu e considere-os corretos na avaliação da memória.</p>	<p><b>Percepção e Nomeação</b>                      A maioria das pessoas obtém 10 pontos nas duas tarefas (percepção e nomeação).                      Mais de um erro sugere dificuldades de percepção (agnosia) ou mais frequentemente de nomeação (anomia).</p>
<p>Terminada a nomeação, esconda a folha e pergunte: _ Que figuras eu acabei de lhe mostrar?                      O número de itens evocados fornece o escore de Memória Incidental = ____/10</p>	<p><b>Memória Incidental</b>                      Indivíduos sadios obtém pelo menos 5 pontos.</p>
<p>Ao terminar, entregue novamente a folha ao examinando e diga: _ Olhe bem e procure memorizar estas figuras.                      O tempo máximo permitido é de 30 segundos.                      Novamente, esconda a folha e pergunte: _ Que figuras eu acabei de lhe mostrar?                      O número de itens evocados fornece o escore de Memória Imediata = ____/10</p>	<p><b>Memória imediata</b>                      Indivíduos sadios obtém pelo menos 7 pontos.                      Resultados abaixo de 5 indicam comprometimento da atenção.</p>
<p><b>Teste de fluência verbal</b>                      Solicita-se ao utente que diga todos os nomes de animais de que se recorde ao longo de 1 minuto.</p>	<p><b>Memória tardia</b>                      Após a aplicação dos testes de fluência verbal e do relógio, peça ao utente para lhe dizer todos os nomes de que se lembra.                      Indivíduos sadios obtém pelo menos 6 pontos.</p>
<p><b>Teste do Relógio</b>                      Aplica-se o teste do desenho do relógio.</p>	

<p>Ao terminar, entregue novamente a folha ao examinando e diga: _ Olhe bem e procure memorizar estas figuras. O tempo máximo permitido é de 30 segundos. Novamente, esconda a folha e pergunte: – Que figuras eu acabei de lhe mostrar? O número de itens evocados: ____/10</p>	<p><b>Aprendizado</b> Indivíduos sadios obtêm pelo menos 7 pontos. Escore &lt; 7 têm sensibilidade de 90% e especificidade 75% para distúrbio cognitivo ou demência.</p>
--	--

<p><b>Etapa 2 - Reconhecimento das figuras</b></p>	
<p><b>Descrição do teste</b> Solicita-se ao utente que identifique na folha 2 todas as figuras que lhe foram apresentadas na etapa anterior.</p>	<p><b>Reconhecimento</b> Indivíduos sadios obtêm 9 ou 10 pontos. Escore &lt; 6 indicam distúrbio cognitivo ou demência.</p>

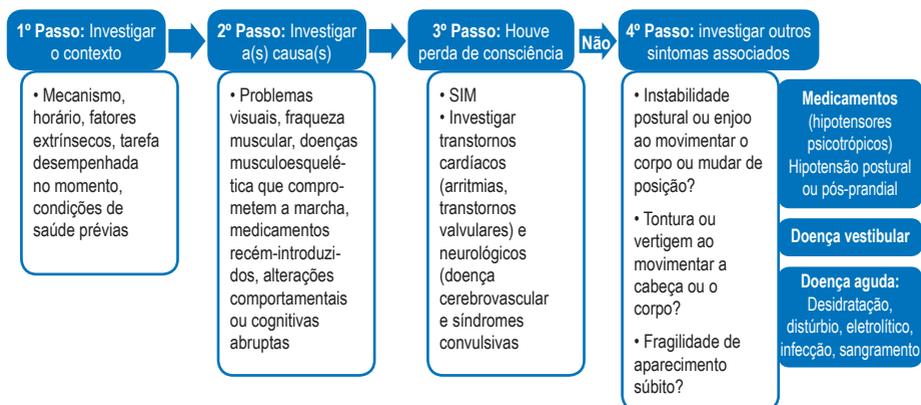
O próximo item da avaliação TRATA DE **MOBILIDADE** E DO **INVENTÁRIO DE QUEDAS**.

<p><b>MOBILIDADE</b></p>		
<p><b>1. Consegue caminhar sozinho:</b></p>	<p>( ) Sem ajuda    ( ) com ajuda de:</p>	<p>( ) Andarilho                    ( ) Prótese ( ) Muleta ou bengala    ( ) Outra pessoa</p>
	<p>( ) Não                    ( ) Usa cadeira de rodas                    ( ) Encontra-se acamado</p>	
<p style="text-align: center;"><b>INVENTÁRIO DE QUEDAS</b></p> <p>Quedas no último anos:    ( ) Nenhuma            ( ) Uma            ( ) 2 a 4            ( ) 5 ou mais Circunstância: ( ) tropeção / escorregão    ( ) doença aguda    ( ) perda de consciência   ( ) inexplicada Quanto tempo ficou no chão:    ( ) &lt;2 h    ( ) ≥2 h    Preciso ajuda para se levantar <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Consequências: ( ) Lesão de partes moles    ( ) Medo de cair    ( ) Local da fratura    ( ) Vértebra    ( ) Fémur Tratamento da fratura: ( ) Imobilização    ( ) Cirurgia    ( ) Reabilitação    ( ) Antebraço    ( ) Outro</p>		

A instabilidade (quedas) e a imobilidade que pode decorrer dela são síndromes geriátricas e importantes marcadores da saúde da pessoa idosa. Em todos os casos, descobrir a(s) causa(s) da queda e tentar ao máximo recuperar a capacidade de caminhar de uma maneira segura.

Na Figura 9, está apresentada uma adaptação de um algoritmo de prevenção de quedas. Além disso, é importante manter os espaços bem iluminados e sem obstáculos, especialmente para pessoas que necessitam de dispositivos de ajuda para caminhar. Sempre que possível, o profissional deve ir pessoalmente ao domicílio, para reconhecer riscos e preferências, bem como orientar e esclarecer possíveis dúvidas.

**Figura 9 - Algoritmo para a prevenção de quedas**



**Fonte:** Elaborado pela consultora

Um *checklist* para a abordagem dos fatores que predispõem a quedas é apresentado no quadro 3. O risco de quedas é diretamente proporcional ao número de fatores de risco identificados.

### Quadro 3 - *Checklist* de fatores predisponentes para quedas em idosos

Fatores de risco para quedas		
Declínio cognitivo	Alteração do equilíbrio	Problemas de visão
Quedas anteriores	Distúrbio do sono/sonolência	Hipotensão pós-prandial
Polifarmácia	Medicação psicotrópica (recém introduzida, de uso crônico de meia-vida longa)	Hipotensão postural
Comprometimento em AVD e AIVD	Uso de acessório de marcha	Tontura e vertigem
Fraqueza muscular	Calçado inadequado	Atitudes arriscadas
Neuropatia periférica	Risco ambiental	Alto nível de atividade

Onde: AVD-atividade de vida diária; AIVD-atividade instrumental de vida diária

**Fonte:** elaborado pela consultora.

Para prevenir a primeira queda:

- Identificar os fatores de risco de quedas;
- Incentivar a atividade física e a nutrição adequada;
- Eliminar possíveis causas, sejam elas intrínsecas – relacionadas com a pessoa idosa (medicação, hipotensão, incontinência...) – ou extrínsecas – relativas ao ambiente;

- Encaminhar o utente para a reabilitação precoce com treino de marcha, do equilíbrio, de reações para quedas e condicionamento físico.



**Atenção!** Antes de interferir no ambiente, conheça as demandas, necessidades e desejos das pessoas que moram ali.

A outra subsecção diz respeito à **HISTÓRIA FAMILIAR**. As doenças que se repetem na família devem ser registadas e auxiliarão na condução do cuidado.

HISTÓRIA FAMILIAR		
<input type="checkbox"/> Morte súbita em parentes de 1º grau: antes dos 55 anos do sexo masculino ou antes dos 65 anos do sexo feminino <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistémica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo 2 <input type="checkbox"/> Outra(s)	<input type="checkbox"/> Cancro de cólon <input type="checkbox"/> Cancro de mama <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Doença tireoidiana <input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Cancro de próstata <input type="checkbox"/> Leucemia / linfoma <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Osteoporose / Fratura de fragilidade

Pessoas que perderam parentes de 1º grau de forma prematura, por doença cardiovascular ou por cancro, devem ser investigados quanto aos fatores de risco e estimulados a assumirem hábitos saudáveis de vida.

O subtópico “**AVALIAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR**” é bastante esclarecedor quanto aos apoios com quem um utente idoso frágil pode contar, sejam moradores da mesma residência, sejam amigos ou familiares. Qualquer profissional da equipa pode preencher este item.

AVALIAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR				
<b>1. Composição Familiar</b>				
Com quem reside hoje? _____				
Cuidador em caso de doença: _____ Parentesco: _____				
Membros da família que residem no mesmo domicílio:				
Nome	Parentesco	Sexo	Idade	Estado civil

Outras fontes de apoio, também abordadas neste item, são a prática religiosa, a ocupação e os principais interesses atuais. Neste momento, pode-se registrar qualquer suspeita de violência contra a pessoa idosa, o que deverá ser discutido com a equipa e o Serviço Social para buscar a devida proteção para o utente.

A próxima Secção é o **EXAME FÍSICO**, que engloba os diversos aparelhos e deve ser realizado e preenchido pelo profissional médico. Atenção especial deve ser dada à pesquisa de hipotensão postural – efeito frequente de medicamentos, da própria imobilidade, da desnutrição – que pode ser a causa de quedas e traumas para a pessoa idosa.

7. EXAME FÍSICO			
<b>1. ESTADO GERAL</b>			
<b>2. OUIDOS</b>			
Otoscopia:			
<b>3. CAVIDADE ORAL (Atenção a feridas ou lesões na mucosa oral ou língua)</b>			
<b>4. APARELHO RESPIRATÓRIO</b>			
Cianose de extremidades:		Deformidade torácica	
Frequência respiratória:		Ausculta pulmonar	
<b>5. APARELHO CARDIOVASCULAR:</b>			

Chega-se ao final da Avaliação. É o momento de consolidar o diagnóstico funcional e a lista de problemas que deverão ser abordados no **PLANO DE CUIDADO** individualizado de cada utente.

8 - CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA / PLANO DE CUIDADO				
1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL				
FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
	PRESERVADA	COMPROMETIDA		
Auto-cuidado		<input type="checkbox"/> Dependência parcial	<input type="checkbox"/> Dependência completa	
AVD instrumentais		<input type="checkbox"/> Dependência parcial	<input type="checkbox"/> Dependência completa	
Mobilidade		<input type="checkbox"/> Dependência parcial	<input type="checkbox"/> Dependência completa	
Visão		<input type="checkbox"/> Corrigida com óculos	<input type="checkbox"/> Subnormal	<input type="checkbox"/> Cegueira
Audição		<input type="checkbox"/> Usa prótese	<input type="checkbox"/> Surdez parcial	<input type="checkbox"/> Surdez total
Função cognitiva				
Humor		<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Ansiedade	
Continência urinária		<input type="checkbox"/> Usa fralda ou proteção	<input type="checkbox"/> Sonda vesical	
Continência fecal		<input type="checkbox"/> Usa fralda ou proteção	<input type="checkbox"/> Colostomia	
Estado nutricional	<input type="checkbox"/> Eutrófico	<input type="checkbox"/> Sobrepeso / Obesidade	<input type="checkbox"/> Subnutrição	<input type="checkbox"/> Caquexia
Sono	<input type="checkbox"/> Usual	<input type="checkbox"/> Excessivo	<input type="checkbox"/> Insónia	<input type="checkbox"/> Apneia
Suporte familiar		<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Inexistente	
Suporte social		<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Inexistente	
2. FATORES DE RISCO DETECTADOS:				
<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Angina pectoris <input type="checkbox"/> AVE, IAM, arritmia <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Equilíbrio ruim <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Depressão Estado vacinal:				

9 - LISTA DE PROBLEMAS / CONDUTA

10 - PLANO DE CUIDADOS (ACOMPANHAMENTO):
<b>Cuidados Médicos</b>
<b>Orientações:</b> _____

Este Plano deve ser discutido com os profissionais da equipa, deve ser centrado no utente e considerar as expetativas e anseios de todos os envolvidos: utente, seus próximos e os profissionais da equipa.

Todos são chamados a colaborar com seu saber. Porém, cada utente demandará mais ou menos cuidado especializado, a depender de sua condição clínica, funcional, psíquica e social.

Baseado nesse processo de identificação e avaliação do utente idoso, deve ser individualizado e construído o Plano de Cuidados, que será revisto e aprimorado ao longo de todo o acompanhamento. Ele deve resultar numa lista com os principais problemas e as condutas médicas, mas também deve incluir a participação, sempre que necessário, dos demais profissionais da equipa de saúde, de reabilitação e do serviço social. Na Figura 10, são apresentados os componentes de um Plano de Cuidado. Importante incluir ações diferenciadas e individualizadas, voltadas para a Promoção, Prevenção, Assistência e Reabilitação.

**Figura 10 - Componentes do Plano de Cuidado Individualizado**



**Fonte:** Elaborado pela consultora

Exames periódicos anuais estão apresentados no Quadro 4. E para facilitar serão registrados na Seção 11 do Protocolo.

**Quadro 4 - Lista de exames de rastreio para pesquisa anual em todos os idosos**

Hemograma com contagem de plaquetas	Glicemia de jejum e pós-prandial (quando necessário)	Ureia e creatinina
Colesterol total e frações	TSH ultra-sensível	Ferro sérico
Triglicérides	Vitamina B12	Ácido fólico
Ionograma (Na, Cl, K, Mg, Ca)	VDRL (avaliação de demência ou se necessário)	Ácido úrico
TGO, TGP, CK total (idosos em uso de hipolipemiantes ou se necessário)	Proteínas totais e frações	Fosfatase alcalina
Exame de urina rotina e urocultura (quando necessário)	Ferritina (esclarecimento de anemia microcítica hipocrômica e ou normocítica normocrômica ou se necessário)	Pesquisa de sangue oculto nas fezes (3 amostras)

**Fonte:** Elaborado pela consultora

Alterações laboratoriais não fazem parte do envelhecimento normal. A anemia e a desnutrição proteico-calórica devem ser investigadas

e corrigidas, os déficits vitamínicos compensados, as disfunções glandulares (alterações tireoidianas, metabólicas) tratadas.

Cada utente será acompanhado conforme a periodicidade necessária. Estima-se que uma pessoa idosa, não frágil, possa ser acompanhada com uma periodicidade semestral, na rotina dos cuidados das Estruturas Básicas de Saúde. Utentes frágeis devem ser acompanhados mais de perto, em intervalos menores, de modo a se perceber de mudanças subtis no estado geral, intervir precoce e preventivamente, evitar idas a urgências e internamentos hospitalares.

No quadro 5, estão as orientações para a realização da avaliação multidimensional, segundo a população-alvo.

### **Quadro 5 - Orientação para a realização de avaliação multidimensional da pessoa idosa**

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO-ALVO	PRÓXIMO PASSO
Atividade da Vida Diária	<p>Capacidade de realizar sozinho as atividades que possibilitam o autocuidado: levantar e ir para a cama, ir ao banheiro, comer, tomar banho, vestir-se e despir-se.</p> <p>Investigar o ritmo e circunstâncias que envolvem as perdas.</p>	<p>Todos os idosos e especialmente aqueles com demência, suspeita de declínio funcional ou possível necessidade de cuidado domiciliar ou de institucionalização.</p>	<p>Considerar as condições subjacentes e as doenças neurológicas, cognitivas, musculoesqueléticas.</p> <p>Propor o equipamento necessário para assistência ou adaptação.</p> <p>Discutir o caso com a equipe de reabilitação.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO-ALVO	PRÓXIMO PASSO
Mobilidade	<p>Marcha – pergunte sobre quedas e o medo de cair; observe as transferências; Teste Get up and go.</p> <p>Equilíbrio – manobra modificada de Romberg; Get up and go.</p> <p>Função dos ombros – pergunte sobre dor e atividades dolorosas; peça ao utente para colocar as mãos cruzadas atrás da cabeça e atrás do corpo, ao nível da região lombar.</p> <p>Função das mãos:                      – pedir ao utente para:                      – apertar dois dedos do examinador (teste de força de prensão);                      – segurar uma folha de papel entre o polegar e o indicador enquanto o examinador tenta puxar o papel (teste da força da pinça);                      – apanhar uma caneta ou lápis (teste de destreza).</p>	<p>Todos os idosos e especialmente aqueles com história de quedas ou de instabilidade.</p>	<p>Treino de marcha.                      Exercício físico, treino de equilíbrio.                      Acessórios de marcha (bengala ou andarilho).                      Avaliação da segurança do domicílio.</p> <p>Avaliar as condições subjacentes sistémicas, neurológicas ou musculoesqueléticas e solicitar os exames radiológicos, quando necessário.                      Considerar equipamentos acessórios ou medicamentos de alívio da dor.</p> <p>Discutir o caso com os profissionais da equipa e recomendar a fisioterapia (modalidades de alívio da dor, ganho de amplitude de movimento e de resistência).</p> <p>Testar a força dos membros superiores.                      Avaliar as AVD e a necessidade de equipamentos de tecnologia assistiva e de adaptação ambiental.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO-ALVO	PRÓXIMO PASSO
Função cognitiva	Mini-mental. Teste do Relógio. Teste das Figuras.	Idosos que não se lembram das três palavras na avaliação breve. Idosos com mais de 75 anos, institucionalizados; aqueles com depressão, delirium, novos arranjos domiciliares ou limitações em AVD.	<p>Pesquisar condições possivelmente reversíveis. Modificar os medicamentos para remover ou reduzir os fatores de exacerbação.</p> <p>Discutir em equipe as possíveis implicações legais, financeiras e psicossociais do diagnóstico.</p> <p>Encaminhar para avaliação por especialista conforme a orientação.</p> <p>Avaliar a possibilidade de depressão e tratar.</p> <p>Orientar o idoso e o cuidador sobre a necessidade de tratamento da demência.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO -ALVO	PRÓXIMO PASSO
Visão	<p>Pedir à pessoa para ler uma manchete de jornal e uma frase da reportagem.</p> <p>Para o utente analfabeto perguntar sobre a dificuldade para enxergar detalhes pequenos nos objetos.</p>	Todos os idosos.	<p>Referir para oftalmologia.</p> <p>Corrigir o deficit visual.</p> <p>Orientar quanto à iluminação adequada, equipamentos de adaptação.</p> <p>Avaliar a marcha e o equilíbrio.</p>
Audição	Perguntar se a pessoa escuta o tique-taque do relógio ou o ruído do estalar de dedos próximo aos ouvidos.	Todos os idosos.	<p>Avaliar se há cerume e retirá-lo.</p> <p>Referir para audiometria.</p> <p>Discutir em equipa sobre o encaminhamento para otorrinolaringologista.</p> <p>Aconselhar o uso de prótese auditiva.</p> <p>Testar a marcha e o equilíbrio.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO -ALVO	PRÓXIMO PASSO
Continência	Perguntar sobre a incontinência (urgência para urinar, perdas urinárias com a tosse, o riso, ao se abaixar) e sobre o hábito urinário noturno.	Todos os idosos (duas vezes mais frequentes em mulheres).	<p>Avaliar a modificação do regime terapêutico (uso de medicamentos que pioram a incontinência como os diuréticos, os benzodiazepínicos).</p> <p>Pedir para fazer um diário da incontinência (marcar ao longo do dia, se consegue ir ao banheiro ou se há perdas urinárias antes de chegar ao banheiro).</p> <p>Avaliação urológica da incontinência.</p> <p>Recomendar exercícios de Kegel, agenda de ingesta de fluido e de eliminação.</p> <p>Avaliar o uso de medicamentos contra incontinência.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO -ALVO	PRÓXIMO PASSO
Nutrição	Perguntar sobre a perda de peso e a perda de apetite, estabelecer o peso na linha de base para documentar eventual ganho ou perda de peso.	Todos os idosos.	<p>Medir o peso serialmente.</p> <p>Avaliar as causas de perda de peso.</p> <p>Discutir o caso na equipa ou com o nutricionista e orientar,</p> <p>Interromper ou reduzir os medicamentos que possam contribuir para inapetência.</p> <p>Recomendar refeição em família ou com amigos para reduzir o sentimento de isolamento.</p> <p>Avaliar abuso ou negligência.</p>
Depressão	Perguntar sobre os sintomas depressivos. Escala Geriátrica de Depressão.	Idosos com luto ou perdas recentes, demência, alteração funcional, doença grave ou cirurgia.	<p>Suspeitar de depressão em idosos de alto risco (institucionalização, perdas recentes, diagnóstico de doença grave, entre outros).</p> <p>Discutir o caso com a equipe de psicologia.</p> <p>Solicitar avaliação da Saúde Mental, caso o diagnóstico seja difícil, a depressão for grave ou refratária à medicação.</p>

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO -ALVO	PRÓXIMO PASSO
Abuso de álcool	Seguir o Protocolo de Enfrentamento ao abuso de álcool. Entrevista.	Idosos com limitações funcionais recentes, demência, delirium, institucionalização recente ou pistas clínicas.	Aumentar a capacidade de suspeição. Orientar sobre a abstinência completa. Recomendar grupos de apoio. Acrescentar tiamina e polivitamínicos. Discutir o caso com a Saúde Mental. Considerar abuso ou negligência.

DIMENSÃO	AVALIAÇÃO	POPULAÇÃO -ALVO	PRÓXIMO PASSO
<p>Cuidados domiciliários, crônicos ou em Instituição</p>	<p>Rever os fatores de risco. Avaliar AVD. Entrevistar familiares e cuidadores. Avaliar a capacidade e a sobrecarga do cuidador. Acompanhamento de cuidados de enfermagem. Entrevista do Serviço Social.</p>	<p>Idosos com: Dependência em AVD (especialmente comer e vestir).  Incontinência fecal ou urinária.  Demência ou delirium.  Sobrecarga do cuidador.  Não casado, mora sozinho ou teve alteração social recente. Não-adesão. Necessidade de serviços de reabilitação. Terminalidade. Necessidade de medidas de suporte: ostomias, sondas e/ou oxigenioterapia; medicação endovenosa. Úlceras de pressão.</p>	<p>Discutir o caso com a equipe e o Serviço Social.  Avaliar a complexidade do cuidado (uso de sondas, de dietas, de curativos especiais).  Considerar abuso ou negligência.  Simplificar as medicações e adequar à proporcionalidade terapêutica.  Orientar o cuidador.</p>

**Fonte:** Elaborado pela consultora.

## **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como profissional de saúde, é importante reconhecer a sua importância no cuidado e atenção à população idosa.

Espera-se no final da avaliação de cada utente, a equipa tenha sido capaz de identificar fatores de risco para doenças crónicas, conheça a condição social e funcional do utente e estabeleça um plano de cuidados que estimule o convívio social e a autonomia das pessoas idosas.

Os familiares também fazem parte da equipa, como aliados de um cuidado. Eles podem pedir e fornecer informações, devem ser cuidados e reconhecidos como pessoas que estão lidando com situações que geram dúvidas e com demandas físicas e emocionais.

A integração entre os serviços é outra necessidade colocada pelo envelhecimento. É importante oferecer cuidados integrados entre a Saúde e a Assistência Social, promover o envelhecimento ativo em todas as escolas e espaços públicos, fortalecer vínculos e estimular o convívio intergeracional.

Cuidar de uma pessoa desde antes do seu nascimento, oferecer oportunidades de aprendizagem ao longo de toda a vida: desde a infância, a adolescência, a vida adulta até à velhice. Isso significa cuidar do nosso futuro como país e como nação. Construir uma sociedade para todas as idades. Este é o nosso desafio.

Mãos à obra!

## **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (*Consultadas*)**

American College of Sports Medicine (ACSM) (2009). Exercise and Physical Activity for Older Adults – Position Stand. *Medicine & Science In Sports & Exercise*.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (2012). Beers criteria update expert panel. American Geriatrics Society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 60, p. 616-631.

MSSS: PENEASI (2017). Praia Cabo Verde.

Moraes E.N. (2014) *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde,

\_\_\_\_\_ (2011) *Estratégias de Prevenção de Doenças e Gestão da Clínica*. Folium, 2011;

Moraes Edgar Nunes, Lanna F.M. *Incapacidade cognitiva: diagnóstico tratamento das demências no idoso*. Folium, 2010;

Revista CONSENSUS (CONASS): SAÚDE DA PESSOA IDOSA ano IV, número 10, janeiro, fevereiro e março de 2014

Constituição da República de Cabo Verde de 2010;

Carta de Política Nacional para Terceira Idade – Resolução nº49/2011 de 28 de novembro;

Plano Nacional de Cuidados – 2017 a 2019 – Resolução nº143/2017 de 6 de dezembro.

## 6 - ANEXOS

### **Anexo 1** - Atribuições

#### **Funcionamento do Programa de Saúde do Idoso: atribuições de cada nível de SERVIÇOS DE SAÚDE**

##### **1 – Nível central**

O Programa Nacional da Saúde do Idoso (PNSI) está integrado no Serviço de Proteção e Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem, da Direção Nacional da Saúde (DNS) e é coordenado por um responsável nacional com formação na área de saúde pública.

São atribuições do **nível central** do PNSI:

- a) Definir as principais linhas estratégicas nacionais para a promoção do envelhecimento saudável e a gestão da saúde dos idosos;
- b) Definir normas técnicas e operacionais;
- c) Definir o modelo de seguimento e avaliação das atividades, no âmbito do envelhecimento saudável e da saúde dos idosos;
- d) Realizar periodicamente a avaliação epidemiológica do envelhecimento saudável e da saúde dos idosos a nível nacional, em colaboração com o Serviço de Vigilância Integrada;
- e) Organizar e gerir o Núcleo de Apoio Técnico (NAT) nacional do PNSI;

- f) Seguir, juntamente com o Gabinete de Assuntos Farmacêuticos, a gestão dos medicamentos das doenças crónicas que afetam os idosos;
- g) Promover campanhas de informação para a sociedade, em colaboração com o INSP, as delegacias de saúde e outros parceiros;
- h) Promover e participar em atividades de formação de recursos humanos na área do envelhecimento saudável e da saúde do idoso;
- i) Colaborar com as equipas locais na implementação das atividades do plano de ação;
- j) Trabalhar em articulação com os parceiros nacionais e internacionais, para uma melhor implementação das estratégias nacionais;
- k) Participar na elaboração de documentos nacionais da área da saúde, quando solicitado;
- l) Apoiar na identificação de fontes de financiamento para a implementação das atividades.

## **2 – Nível local**

A nível local ou municipal, são constituídas equipas que devem ser compostas, onde for possível, pelo delegado de saúde, que coordena, um médico, um enfermeiro, um agente sanitário, um psicólogo, um assistente social e um técnico de farmácia.

Outros técnicos poderão fazer parte da equipa, conforme disponibilidade e necessidade. Esta equipa é responsável pela implementação,

gestão, supervisão e avaliação do Programa a nível operacional, nomeadamente:

- a) Colaborar com a equipa central na implementação das estratégias nacionais;
- b) Gerir o *stock* de medicamentos das doenças crónicas que afetam os idosos, os equipamentos e os materiais de laboratório, reagentes e consumíveis, para o seu seguimento de forma adequada, em colaboração com o PNSI, o Gabinete de Assuntos Farmacêuticos (GAF) e a RNL;
- c) Organizar o atendimento aos idosos nos centros de saúde;
- d) Organizar as visitas domiciliárias;
- e) Seguir o impacto das atividades de prevenção e controlo de doenças nos idosos, de acordo com os indicadores definidos pelo PNSI;
- f) Analisar os dados dentro do sistema de informação sanitária estabelecido;
- g) Enviar os dados ao PNSI e ao SVIR, com a periodicidade definida;
- h) Zelar pela vacinação recomendada aos idosos;
- i) Organizar as atividades educativas e promocionais;
- j) Articular com os parceiros locais a implementação das atividades.

### **3 – Hospitais**

Os hospitais centrais e regionais também têm um papel bem definido na estrutura do Programa, sendo de realçar:

- a) Colaborar com o nível central na implementação das estratégias nacionais;
- b) Facilitar a disponibilização de técnicos para a realização das atividades do PNSI (formação, supervisão, elaboração de documentos técnicos, etc);
- c) Garantir disponibilidade de camas para os doentes idosos com critérios de internamento;
- d) Apoiar no estabelecimento de diagnósticos;
- e) Apoiar na organização das visitas domiciliárias, quando necessário, especialmente em relação à participação de especialistas;
- f) Apoiar no seguimento do tratamento dos idosos em articulação com as delegacias de Saúde, através do sistema de referência e contra referência;
- g) Notificação dos dados à delegacia de saúde local, de acordo com as normas nacionais.

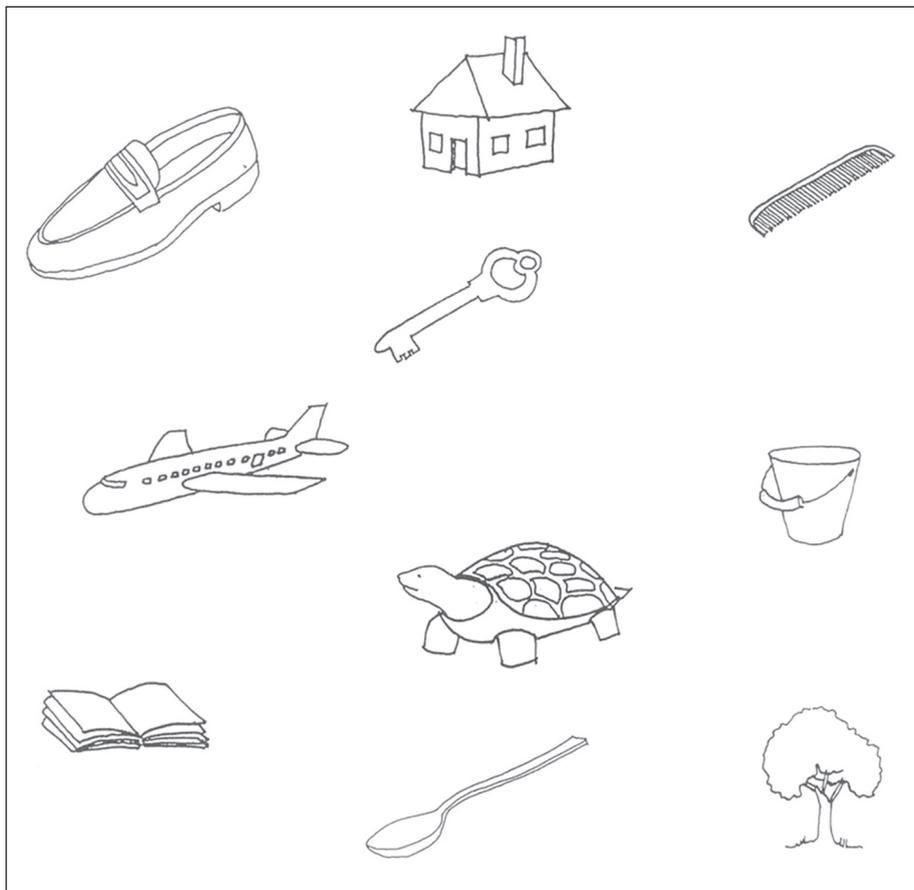
#### **4 – Sector privado**

O sector privado constitui um parceiro importante do PNSI, nomeadamente no seguimento de idosos. Assim como as estruturas públicas, o setor privado deve notificar à delegacia de saúde local, os dados referentes aos idosos que são seguidos nas clínicas, de acordo com as normas nacionais. Os laboratórios e outros serviços (clínicas de fisioterapia, de terapia da fala, lares de idosos, etc) deverão também oferecer serviços que complementam o que é oferecido pelo setor público.

## Anexo 2 - Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo

(Nitrini et al., 1994; 2004)

### Folha de identificação e nomeação de 10 figuras



Fonte: Nitrini et al (1994)

## Folha de reconhecimento de 10 figuras



Fonte: Nitrini et al (1994)

## Anexo 3 - Mini-exame do Estado Mental

Do ponto de vista prático, para uma primeira análise do estado cognitivo, o teste mais difundido e de maior validade é o MEEM (Folstein et al.,1975), especialmente na avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas, com mais de 8 anos de escolaridade.

Identificação do utente

Nome: \_\_\_\_\_

idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Escolaridade (anos): Analfabeto ( ) 0-3 ( ) 4-8 ( ) ≥ 8 ( )

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

<b>1. Orientação Temporal – Que dia é hoje?</b>	
Qual é o dia da semana?	
Dia do mês?	
Mês?	
Ano?	
Hora aproximada? (sem olhar o relógio)	
<b>2. Orientação Espacial – Onde estamos?</b>	
Local?	
Instituição (casa, rua)?	
Bairro?	
Cidade?	
Ilha?	

<b>3. Registos</b>	
Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao utente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Exemplo: Bssap, Cabra, Planta ou Vaso, carro, tijolo.	
<b>4. Atenção e cálculo</b>	
Sete seriado ( $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$ ).	
Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas.	
Ou peça para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.	
<b>5. Lembranças (memória de evocação)</b>	
Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	
<b>6. Linguagem</b>	
Aponte para um lápis e um relógio. Peça ao utente para dizer o nome desses objetos conforme você os aponta.	
Peça ao utente para repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”.	
Peça ao utente para seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.	
Peça ao utente para ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS.	
Faça o utente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter sujeito, verbo e predicado e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto).	
Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da intersecção formarem um quadrilátero.	
	
<b>Pontuação total:</b>	/30

## Anexo 4 - Desenho do relógio

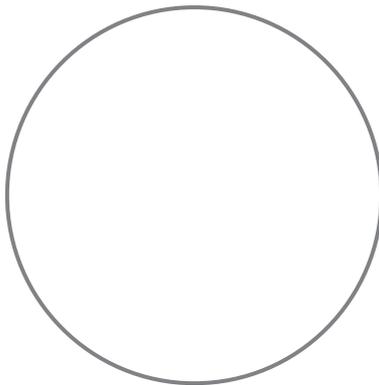
Segundo a literatura médica, o procedimento dura de 3,5 a 4 minutos em média.

O teste do relógio permite observar a compreensão verbal, a memória de curto-prazo e a função executiva. Para desenhar um relógio, a pessoa precisa compreender o que foi pedido, lembrar da figura de um relógio, planejar o desenho e executá-lo corretamente – com os números em ordem.

Utiliza-se uma folha com um círculo.

Pede-se à pessoa que coloque os números do relógio e marque a hora determinada. Os horários determinados geralmente são 11h10 (o mais utilizado), 8h20 ou 3h. Não se menciona a palavra “ponteiros”.

São avaliadas: a ordem de execução do desenho, sua aparência geral, suas proporções, as assimetrias entre os numerais, a ordem dos números e o espaçamento entre eles e a colocação dos ponteiros.



## Anexo 5 - Escala Geriátrica de Depressão

Aplicar o questionário, computando as respostas que indicam como a pessoa se tem sentido na última semana.

Assinalar SIM ou NÃO. Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado. O resultado final será a soma das 15 respostas.

Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM ( )	0	NÃO ( )	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
3. Acha sua vida vazia?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ( )	0	NÃO ( )	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ( )	0	NÃO ( )	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0

<b>10.</b> Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
<b>11.</b> Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ( )	0	NÃO ( )	1
<b>12.</b> Sente-se inútil?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
<b>13.</b> Sente-se cheio (a) de energia?	SIM ( )	0	NÃO ( )	1
<b>14.</b> Sente-se sem esperança?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0
<b>15.</b> Acha que os outros têm mais sorte que você?	SIM ( )	1	NÃO ( )	0

### Avaliação da pontuação obtida

**0 a 5 pontos:** indica quadro psicológico normal.

**6 a 10 pontos:** indica quadro de depressão leve.

**11 a 15 pontos:** indica quadro de depressão severa.











“Cada traço no rosto de uma pessoa idosa conta uma história de vida, um lugar, um amigo, um mar de sentimento, uma experiência de vida única e uma lição de maturidade que só conseguida com muita sabedoria e experiência;

Seu gesto de cuidado e respeito pode fazer a diferença nas vidas das pessoas idosas”.

**Protejam as nossas pessoas idosas!**

*Cremilda Medina*

