



Serviço/Instituição: _____

Entrada no Serviço: ____/____/____ Entrevistado: idoso outro _____

Entrevistador: _____ Data Avaliação: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Estado civil: _____ Escolaridade (anos): _____ Ocupação: _____

Com quem mora? _____ Renda individual/ familiar: _____ BPC:
 sim não não se aplica

Religião: sim não Qual?: católico evangélico espírita outro: _____

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO/CADERNETA DO IDOSO

Vacinação: _____

I. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

PERCEPÇÃO DO IDOSO

1. Como é essa fase da vida para o(a) senhor(a)? (investigar o que significa envelhecimento e velhice):

2. Cite 3 aspectos positivos e negativos presentes nessa fase da sua vida:

Positivos: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Negativos: 1. _____ 2. _____ 3. _____

3. Em geral, o(a) senhor (a) diria que sua saúde é:

0=Ruim 1=Regular 2=Boa 3=Muito Boa 4=Excelente

Por que?

4. Como o(a) senhor(a) avalia a sua vida?

0=Ruim 1=Regular 2=Boa 3=Muito Boa 4=Excelente

Por que?

5. O(a) senhor(a) se sente capaz de fazer coisas/atividades tão bem quanto a maioria das outras pessoas?

0=Nunca 1=Raramente 2=As vezes 3=A maioria das vezes 4=Sempre

6. Quanta dor no corpo o(a) senhor(a) sentiu nas últimas semanas?

0=Forte 1=Moderada 2=Leve 3=Muito Leve 4=Nenhuma

Onde?

7. O(a) senhor(a) tem vivenciado problemas pessoais nas últimas semanas? 0=sim 1=não

8. O(a) senhor(a) tem planos ou desejos para o futuro? 1=sim 0=não

Pontuação (máxima = 18) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

1. O(a) senhor(a) tem histórico familiar de DCV? 1=não 0=sim

2. O(a) senhor(a) tem hipertensão arterial? 1=não 0=sim PA: / mmHg

3. O(a) senhor(a) tem diabetes? 1=não 0=sim Se sim, usa insulina? ____

4. O(a) senhor(a) tem perfil lipídico alterado (colesterol)? 1=não 0=sim

5. O(a) idoso(a) é obeso? 1=não 0=sim IMC: Kg/m²

6. O(a) senhor(a) é fumante? 1=não 0=sim Cigarros/dia:

7. O(a) senhor(a) ingere bebidas alcoólicas? 1=não 0=sim Freq/semana:

8. O(a) senhor(a) pratica exercícios físicos? 0=não 1=sim Qual:

Freq/semana:

Intensidade:

Pontuação (máxima = 8) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

HÁBITOS DE VIDA

1. Que horas o(a) senhor(a) dorme (___ : ___) e acorda (___ : ___) geralmente?

Total de horas de sono: 0=inferior a 8hs 1=superior ou = a 8hs

2. Como o(a) senhor(a) classifica o seu sono?

0=Ruim 1=Regular 2=Bom 3=Muito Bom 4=Excelente

3. O(a) senhor(a) acorda durante a noite?	<input type="checkbox"/> 0=sim. Quantas vezes?	<input type="checkbox"/> 1=não
4. O(a) senhor(a) cochila durante o dia?	<input type="checkbox"/> 0=frequentemente	<input type="checkbox"/> 1=as vezes <input type="checkbox"/> 2=nunca
5. O(a) senhor(a) é sexualmente ativo (a)?	<input type="checkbox"/> 0=não	<input type="checkbox"/> 1=sim
6. Como o(a) senhor(a) ocupa o seu tempo (investigar sobre a rotina)?		
7. O(a) senhor(a) está satisfeito com a forma que ocupa o seu tempo/rotina?	<input type="checkbox"/> 0=não	<input type="checkbox"/> 1=sim
8. O(a) senhor(a) realiza alguma atividade prazerosa e/ou de lazer?	<input type="checkbox"/> 0=não	<input type="checkbox"/> 1=sim
Quais/Freqüência?		
Pontuação (máxima = 11) : _____		
Necessidade de Investigação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

VISÃO, AUDIÇÃO E SAÚDE BUCAL		
1. O(a) senhor(a) usa óculos?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
2. O(a) senhor(a) tem dificuldade para ver TV, ler jornal ou fazer qualquer outra atividade devido a problemas visuais?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
3. O(a) senhor(a) usa aparelho auditivo?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
4. O(a) senhor(a) tem dificuldade para escutar o que as pessoas falam?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
5. O(a) senhor(a) usa prótese dentária?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
6. O(a) senhor(a) tem feridas ou lesões na boca/língua?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Pontuação (máxima = 6) : _____		
Necessidade de Investigação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

ESTADO NUTRICIONAL		
1. Quantas vezes por dia o(a) senhor(a) come alguma coisa?	<input type="checkbox"/> 0= inferior ou = 3	<input type="checkbox"/> 1= superior ou = 4
2. O(a) senhor(a) perdeu peso nos últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por qual motivo?		
3. Nos últimos 3 meses houve diminuição da ingestão alimentar (qtde alimentos)?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por qual motivo?		
4. Índice de Massa Corporal (IMC = peso_____ [kg] / estatura _____ [m ²])		
<input type="checkbox"/> 0=IMC < 23	<input type="checkbox"/> 1=23 ≤ IMC < 30	<input type="checkbox"/> 0=IMC ≥ 30
5. Perímetro da Perna (PP) em cm:		
<input type="checkbox"/> 0=PP < 31	<input type="checkbox"/> 1=PP ≥ 31	
Pontuação (máxima = 5) : _____		
Necessidade de Investigação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		

CAPACIDADE FUNCIONAL

1. O(a) senhor(a) necessita de ajuda para:

- a. Para comer? 0=sim 1=não
- b. Ir ao banheiro? 0=sim 1=não
- c. Tomar banho? 0=sim 1=não

2. O(a) Sr.(a) consegue:

- a. Usar o telefone? 1=sim 0=não
- b. Preparar a própria comida? 1=sim 0=não 0=não se aplica
- c. Usar meios de transporte? 1=sim 0=não 0=não se aplica

Pontuação (máxima = 6) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

COGNIÇÃO

Vou dizer 3 palavras, e o(a) senhor(a) irá repeti-las a seguir: **CARRO - VASO - TIJOLO**. (Falar as 3 palavras em sequência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa).

- 1. CARRO 0=errado 1=certo
- 2. VASO 0=errado 1=certo
- 3. TIJOLO 0=errado 1=certo

Fluência Verbal: O(a) senhor(a) deve falar todos os nomes de animais de que se lembrar, o mais rápido possível. Quanto mais falar, melhor. Pode começar”. Anote os nomes de animais falados pelo(a) idoso(a) a cada 15 segundos. Pontuação de acordo com escolaridade: 1) analfabetos = 9 animais; 2) 1-7 anos = 12 animais e 3) 8 anos ou mais = 13 animais.









4. Resultado da FV: 0=inferior à nota de corte 1=superior ou = à nota de corte

O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? **Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.**

- 5. CARRO 0=errado 1=certo
- 6. VASO 0=errado 1=certo
- 7. TIJOLO 0=errado 1=certo

Pontuação (máxima = 7) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

DEPRESSÃO E ANSIEDADE		
1. O(a) senhor (a) se sente triste com frequência?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por que?		
2. O(a) senhor(a) abandonou ultimamente atividades que gosta de fazer?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por que?		
3. O(a) senhor(a) sente gosto pelas coisas como antes?	<input type="checkbox"/> 1=sim	<input type="checkbox"/> 0=não
Se não, por que?		
4. O(a) senhor(a) se sente frequentemente incapaz de relaxar?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por que?		
5. O(a) senhor(a) sente medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por que?		
6. O(a) senhor(a) fica nervoso com frequência?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
Se sim, por que?		
Pontuação (máxima = 6) : _____	Necessidade de Investigação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

RISCO DE QUEDAS		
1. O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (se não, vá para a questão 4). Quantas?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
2. O que o (a) senhor(a) estava fazendo quando sofreu a queda? _____		

Identifique as possíveis causas envolvidas na queda:		
<input type="checkbox"/> déficit de equilíbrio	<input type="checkbox"/> ↓força muscular	<input type="checkbox"/> fatores ambientais
<input type="checkbox"/> comportamento de risco	<input type="checkbox"/> outros:	

3. O(a) senhor(a) sofreu alguma fratura decorrente das quedas?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
4. O(a) senhor(a) tem medo de cair?(se não, vá para a questão 6)	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
5. O(a) senhor(a) deixou de fazer alguma atividade devido ao medo de cair?	<input type="checkbox"/> 0=sim	<input type="checkbox"/> 1=não
6. Avalie se o(a) idoso(a) consegue levantar-se de uma cadeira sem ajuda.	<input type="checkbox"/> 1=sim	<input type="checkbox"/> 0=não
7. Avalie se o(a) idoso(a) consegue permanecer em 1 perna sem apoio.	<input type="checkbox"/> 1=sim	<input type="checkbox"/> 0=não
Pontuação (máxima = 6/5) : _____	Necessidade de Investigação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

1. O(a) senhor (a) tem sofrido perdas de urina? 0=sim 1=não

Se sim, com qual frequência/situação?

2. Esse problema afeta de alguma forma a sua vida? 0=sim 1=não se aplica 1=não

Se sim, como?

Para os homens: Quando fez o último exame de próstata?

Pontuação (máxima = 2) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

AMBIENTE

1. No cômodo/ambiente onde o(a) senhor(a) passa a maior parte do tempo:

a. As cadeiras possuem altura adequada (questionar se são baixas ou altas)? 1=sim 0=não

b. Há móveis/objetos/fios/tapetes/animais nas áreas de circulação? 0=sim 1=não

c. Apresenta iluminação natural adequada? 1=sim 0=não

2. A casa do(a) senhor(a) possui escadas/degraus? (Se não, vá para a questão 3) 0=sim 1=não

a. Há corrimãos em ambos os lados da escada? 1=não se aplica 1=sim 0=não

b. As escadas/degraus são iluminadas adequadamente durante a noite? 1=sim 0=não

c. Os degraus são adequados (tamanho, piso, rebordos, contraste)? 1=sim 0=não

3. Banheiro:

a. Há barras de apoio instaladas? 1=sim 0=não

b. Há tapetes antiderrapantes (fora e dentro do box)? 1=sim 0=não

4. Comportamento de risco

a. O(a) senhor(a) costuma subir em banquetas para alcançar objetos altos? 0=sim 1=não

b. O(a) senhor(a) costuma levantar-se a noite? 0=sim 1=não

Se sim, quantas vezes?

Por que?

c. O(a) senhor(a) acende as luzes quando levanta-se a noite? 1=não se aplica 1=sim 0=não

Se não, por que?

d. Qual o calçado normalmente utilizado quando o(a) senhor(a) está em casa? (Investigar a qualidade do calçado e as condições do solado).

Pontuação (máxima = 12/9) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Quais são os medicamentos de uso contínuo utilizados pelo(a) senhor(a)? Para que servem? (Encerre as questões se o(a) idoso(a) estiver institucionalizado).

Quantidade de medicamentos?: 1=não se aplica 1= inferior a 4 0= superior ou = a 4

1. O(a) senhor(a) recebe auxílio na administração dos medicamentos? 0=sim 1=não

Se sim, quem o(a) auxilia? Como?:

2. O(a) senhor(a) alguma vez já deixou de tomar os medicamentos 0=sim 1=não

Por que?

Pontuação (máxima = 3) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

1. O(a) senhor (a) tem medo de alguém próximo/seu convívio? 0=sim 1=não

2. O(a) senhor (a) tem sofrido agressões físicas e/ou psicológicas? 0=sim 1=não

3. Alguém tem usado o dinheiro do(a) senhor(a) sem a sua autorização? 0=sim 1=não

Pontuação (máxima = 3) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

CONDIÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

1. O(a) senhor(a) tem:

irmãos (nº: _____) filhos (nº: _____) netos (nº: _____)

2. Com que frequência o(a) senhor(a) recebe visita dos seus familiares?

0=nunca 1=raramente 2=algumas vezes 3=frequentemente 4=sempre

3. O(a) senhor(a) pode contar com algum familiar e/ou amigo para resolver eventuais problemas?

1= sim 0=não Quem?

4. O(a) senhor(a) se sente satisfeito(a) com o relacionamento entre os seus familiares?

0=muito insatisfeito 1=insatisfeito 2=satisfeito 3=muito satisfeito

Se o(a) idoso(a) pontuou 0 ou 1 na questão 4, investigar o porquê. (Encerre as questões se o(a) idoso(a) estiver institucionalizado).

5. O dinheiro que o(a) senhor(a) recebe (salário, aposentadoria, pensão, etc.) é suficiente para suprir suas necessidades básicas? 1=sim 0=não

Pontuação (máxima = 9) : _____ **Necessidade de Investigação?** sim não

FRAGILIDADE

Baseado nos itens anteriores, identifique se o idoso apresenta (sinais ou risco):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> idade avançada (>80 anos) | <input type="checkbox"/> > 2 doenças crônico-degenerativas | <input type="checkbox"/> desnutrição |
| <input type="checkbox"/> ↓ capacidade funcional | <input type="checkbox"/> déficit cognitivo | <input type="checkbox"/> depressão |
| <input type="checkbox"/> instabilidade postural ou ↓ força | <input type="checkbox"/> incontinência | <input type="checkbox"/> polifármacia |
| <input type="checkbox"/> ↓ suporte social e familiar | | |

Pontuação (numero de riscos/10) ≤ 0,08 = não frágil 0,08 a <0,25 = frágil ≥ 0,25 = frágil

RESUMO DA AVALIAÇÃO

Há a necessidade de rastreio detalhado e intervenção?

Instrumentos/Ações

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Qualidade de Vida | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 2. Nutrição | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 3. Capacidade Funcional | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 4. Cognição | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 5. Depressão e Ansiedade | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 6. Risco de Quedas | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 7. Incontinência Urinária | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 8. Ambiente | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 9. Administração de Medicamentos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 10. Funcionalidade da Família | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 11. Suporte Social | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 12. Violência e Maus Tratos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 13. Fragilidade: | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
| 14. Outros: | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |

AVALIAÇÃO DO GERONTÓLOGO

Assinatura do Entrevistador _____

II. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

1. Identificação das Demandas/Problemas (listes as demandas/problemas identificadas na avaliação de acordo com a ordem de prioridade. Lembre-se de verificar se as prioridades da equipe são compatíveis com as prioridades do idoso/família).

2. Estabelecimento das Metas (estipule as metas a curto, médio e longo prazos para cada problema ou demanda identificada no item anterior).

3. Organização das Ações e dos Serviços (especifique as características das ações e dos serviços necessários para que a pessoa idosa alcance as metas estipuladas no item anterior – exemplo: número de visitas domiciliares, agendamento de consultas, intervenções, tratamentos, encaminhamentos, etc.).

III. COORDENAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

A coordenação e a implementação das ações corresponde à fase de execução do plano de gestão. Lembre-se que tanto o custo como a efetividade das ações devem ser sempre levados em consideração. A implementação das ações, sempre que possível, deve respeitar os desejos e possibilidades do idoso e de sua família. A gestão do caso deve incluir, de forma organizada e coordenada, todos os serviços/ações/profissionais envolvidos na atenção à pessoa idosa. Certifique-se que a instituição/equipamento, quando for o caso, tem estrutura suficiente para o desenvolvimento das ações.

Data	Ação	Profissionais/Serviços

Após a implementação das ações, planeje o cronograma de monitoramento e reavaliação do caso. Caso seja necessário, utilize a ficha integradora para auxiliar no acompanhamento das ações/serviços dos diferentes profissionais envolvidos no caso

IV. CONTROLE E REAVALIAÇÃO

Para garantir a execução e a implementação das ações, é importante monitorar o andamento do plano de atenção. O monitoramento contínuo permite a identificação de novas demandas e, conseqüentemente, a realização de ajustes/modificações necessários para o sucesso do plano de atenção. Sendo assim, avaliar o resultado da implementação de cada ação permite que o Gerontólogo realize a adequação do planejamento e estabeleça novas metas/objetivos.

Data	Ação/Resultado	Adequação/Metas/Ações

FICHA INTEGRADORA - ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Data						
Profissional/ Nome						
Ação						
Estratégia						
Resultados						
Facilidades						
Dificuldades						
Encaminhamentos						