

Serviço/Instituição: \_\_\_\_\_

Entrada no Serviço: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistado: ☐ idoso ☐ outro \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Endereço: \_\_\_\_\_

3. Telefones: \_\_\_\_\_

4. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5. Idade: \_\_\_\_\_

6. Gênero: ☐ Feminino ☐ Masculino

7. Estado civil:	<input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a)/união estável <input type="checkbox"/> separado(a)/divorciado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)	8. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> ensino fundamental (incompleto) <input type="checkbox"/> ensino fundamental (completo) <input type="checkbox"/> ensino médio (incompleto) <input type="checkbox"/> ensino médio (completo) <input type="checkbox"/> ensino superior (incompleto) <input type="checkbox"/> ensino superior (completo)
------------------	---	------------------	---

9. De acordo com sua escolaridade, o(a) senhor(a) estudou, formalmente, durante \_\_\_\_ anos.

10. O(a) Sr(a) é aposentado(a)? ☐ sim ☐ não, qual é a profissão atual? \_\_\_\_\_

11. Caso seja aposentado ou pensionista, qual a profissão que exerceu por mais tempo?

12. Exerce atualmente algum tipo de trabalho remunerado? Se sim, qual?

13. Rendimento mensal individual (I) e familiar (F):	<input type="checkbox"/> BCP <input type="checkbox"/> até um salário mínimo <input type="checkbox"/> mais de 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 3 a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 4 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 5 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> mais de 10 salários mínimos	14. Com quem mora:	<input type="checkbox"/> sozinho(a) <input type="checkbox"/> somente com o cônjuge <input type="checkbox"/> com o cônjuge e o(s) filho(s) <input type="checkbox"/> com o cônjuge, filho(s) e neto(s) <input type="checkbox"/> com o cônjuge e neto(s) <input type="checkbox"/> com filho(s) <input type="checkbox"/> com filho(s) e neto(s) <input type="checkbox"/> com neto(s) <input type="checkbox"/> outros
--	--	--------------------	--

15. Religião: ☐ sim ☐ não Qual?: ☐ católico ☐ evangélico ☐ espírita ☐ outro: \_\_\_\_\_

## I. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

### A. ATITUDES EM RELAÇÃO A VELHICE E ENVELHECIMENTO

1. Que idade o (a) senhor(a) sente ter ? Por quê?

2. Existem pontos positivos e negativos presentes nessa fase da vida? Quais?

**B. QUALIDADE DE VIDA**

1. Em geral, o(a) senhor(a) se considera uma pessoa:

☐ 0=Infeliz                      ☐ 1=Não muito feliz                      ☐ 2=Feliz                      ☐ 3=Muito feliz

Por quê?

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

☐ 0=Muito Ruim                      ☐ 1=Ruim                      ☐ 2=Boa                      ☐ 3=Muito boa

Por quê?

3. Como o(a) senhor(a) avalia a sua qualidade de vida?

☐ 0=Muito Ruim                      ☐ 1=Ruim                      ☐ 2=Boa                      ☐ 3=Muito boa

Por quê?

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

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

5. Quanta dor no corpo o(a) senhor(a) sentiu nas últimas 4 semanas?

☐ 0=Intensa                      ☐ 1=Moderada                      ☐ 2=Leve                      ☐ 3=Nenhuma

Onde?

6. Durante o último mês, como o(a) senhor(a) classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

☐ 0=Muito ruim                      ☐ 1=Ruim                      ☐ 2=Boa                      ☐ 3=Muito Boa

7. O(a) senhor(a) é sexualmente ativo (a)? ☐ não ☐ sim

Quão satisfeito o(a) senhor(a) está com o seu relacionamento afetivo?

☐ 0=Muito insatisfeito                      ☐ 1=Insatisfeito                      ☐ 2=Satisfeito                      ☐ 3=Muito satisfeito

8. Como o(a) senhor(a) ocupa o seu tempo (investigar sobre a rotina)?

9. O(a) senhor(a) está satisfeito com a forma que ocupa o seu tempo/rotina? ☐ 0=não ☐ 1=sim

10. O(a) senhor(a) realiza alguma atividade prazerosa e/ou de lazer? ☐ 0=não ☐ 1=sim

Se sim, qual(is):

Frequência:

11. De todos os aspectos perguntados anteriormente (saúde, dor, sono, capacidade de fazer atividades, relacionamento afetivo, ocupação do tempo, atividades de lazer, outros), qual o(a) senhor(a) considera mais importante para a sua qualidade de vida? **Circule a questão.** **Outros:** \_\_\_\_\_

**Pontuação (máxima = 23) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

**C. SENTIDOS**

1. O(a) senhor(a) tem dificuldade para ver TV, ler jornal ou fazer qualquer outra atividade devido a problemas visuais? Se sim, por quê? (investigar se necessita de óculos ou cirurgia de catarata).

☐ 0=sim

☐ 1=não

2. O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir o que as pessoas falam? Se sim, por quê? (investigar a necessidade de aparelho auditivo)

☐ 0=sim

☐ 1=não

3. O(a) senhor(a) tem feridas ou lesões na língua, bochecha, céu da boca ou lábios, presentes há mais de 1 mês? Se sim, por quê (investigar a presença de prótese e se a mesma encontra-se ajustada)?

☐ 0=sim

☐ 1=não

4. Como o(a) senhor(a) avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

☐ 0=Muito Ruim

☐ 1=Ruim

☐ 2=Boa

☐ 3=Muito boa

5. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de participar em atividade e de interagir com outras pessoas?

☐ 0=Completamente

☐ 1=Muito

☐ 2=Muito pouco

☐ 3=Nada

**Pontuação (máxima = 9) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

**D. DESNUTRIÇÃO**

1. O(a) senhor(a) acredita ter algum problema nutricional?

☐ 0=sim, estou desnutrido

☐ 1=não sei dizer

☐ 2=não tenho problemas

2. Quantas vezes por dia o(a) senhor(a) come alguma coisa?

☐ 0=uma refeição

☐ 1=duas refeições

☐ 2=três ou mais refeições

3. Nos últimos 3 meses houve diminuição involuntária da ingestão alimentar?

☐ 0=grave

☐ 1=moderada

☐ 2=leve

☐ 3=sem diminuição

4. O(a) senhor(a) perdeu peso sem motivo aparente nos últimos 3 meses?

☐ 0=> 3kg

☐ 1=não sabe informar

☐ 2=entre 1 e 3kg

☐ 3=não

5. O(a) Sr(a) passou por algum estresse psicológico, doença aguda e/ou internações nos últimos 3 meses?

☐ 0=sim

☐ 1=não

6. Índice de Massa Corporal ( $IMC = \text{peso} \text{ [kg]} / \text{estatura}^2 \text{ [m}^2\text{]}$ )

☐ 0= $IMC < 19$

☐ 1= $19 \leq IMC < 21$

☐ 2= $21 \leq IMC < 23$

☐ 3= $IMC \geq 23$

**Caso não seja possível aferir a estatura e o peso do idoso, substitua a questão 4 pela questão 5.**

6. Perímetro da Perna (PP) em cm:

☐ 0=PP < 31

☐ 1=PP  $\geq 31$

**Pontuação (máxima = 14/12) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

**E. CAPACIDADE FUNCIONAL**

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

1. Vestir-se?

☐ 0=sim

☐ 1=não

2. Tomar banho?

☐ 0=sim

☐ 1=não

3. Usar o telefone?

☐ 0=sim

☐ 1=não

4. Preparar a própria comida?

☐ 0=sim

☐ 1=não

5. Fazer compras?

☐ 0=sim

☐ 1=não

6. Usar meios de transporte?

☐ 0=sim

☐ 1=não

**Pontuação (máxima = 6) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

**F. DEPRESSÃO**

1. De modo geral o(a) senhor(a) está satisfeito com a vida?

☐ 1=sim

☐ 0=não

Se não, por quê?

2. O(a) senhor (a) se sente triste com frequência?

☐ 0=sim

☐ 1=não

Se sim, por quê?

3. O(a) senhor(a) abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?

☐ 0=sim

☐ 1=não

Se sim, por quê?

4. O(a) senhor(a) tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?

☐ 0=sim

☐ 1=não

Se sim, por quê?

5. O(a) Sr.(a) se sente impaciente e agitado(a) com frequência?

☐ 0=sim

☐ 1=não

Se sim, por quê?

6. O O(a) Sr.(a) tem dificuldades em concentrar-se?

☐ 0=sim

☐ 1=não

Se sim, por quê?

**Pontuação (máxima = 6) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

## G. COGNIÇÃO

**1. Memória.** Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você os repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde. Pontuar apenas a terceira tentativa. **Pontuação (0-7):** \_\_\_\_\_

	Tentativa 1	Tentativa 2	Tentativa 3
Renato Moreira,	_____	_____	_____
Rua Bela Vista, 73	_____	_____	_____
Santarém	_____	_____	_____
Pará	_____	_____	_____

**2. Linguagem, função executiva e atenção:** “O(a) senhor(a) deve falar todos os nomes de animais de que se lembrar, o mais rápido possível. Quantos 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.

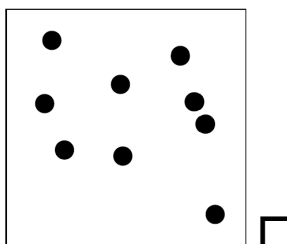
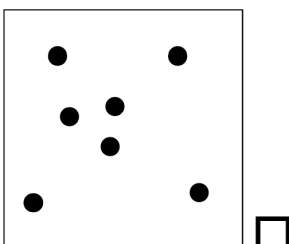
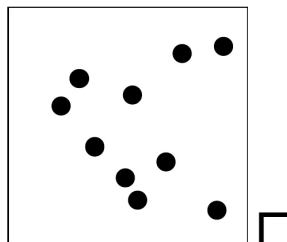
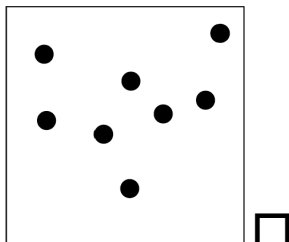


Resultado da FV:

☐ 0=inferior à nota de corte

☐ 1=superior ou = à nota de corte

**3. Habilidade visuoespacial:** Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los. **Pontuação (0-4):** \_\_\_\_\_



**4. Praxia:** (Esteja com uma folha em mãos) “Pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa” (Falar todos os comandos de uma só vez). **Pontuação (0-3):** \_\_\_\_\_

**5. Memória:** Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo. **Pontuação (0-7):** \_\_\_\_\_

Renato Moreira,	_____
Rua Bela Vista, 73	_____
Santarém	_____
Pará	_____

**Pontuação (máxima = 22) :**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim

☐ não

## H. FATORES CARDIOVASCULARES

1. O(a) senhor(a) tem histórico familiar (1º grau) de DCV (infarto, derrame, angina)? ☐ 0=sim ☐ 1=não

2. O(a) senhor(a) tem hipertensão arterial?

☐ 0= sim, mas desconhece os valores de PA ☐ 0= sim, mas não controlada (PA>140/90 mmHg) ☐ 1= sim, mas controlada (PA<140/90 mmHg) ☐ 2= não

3. O(a) senhor(a) tem diabetes?

☐ 0= sim, mas desconhece os valores de glicemia ☐ 0= sim e não controlada (glicemia jejum > 100 mg/dL) ☐ 1= sim, mas controlada (glicemia jejum < 100 mg/dL) ☐ 2= não

4. O(a) senhor(a) tem colesterol alterado?

☐ 0= sim, mas desconhece os valores de CT e HDL ☐ 0= sim, mas não controlado (CT>200 e/ou HDL<60 mg/dL) ☐ 1= sim, mas controlado (CT<200 e/ou HDL>60 mg/dL) ☐ 2= não

5. Índice de Massa Corporal: \_\_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup> ☐ 0= ≥ 27 ☐ 1= < 27

6. O(a) senhor(a) é fumante? ☐ 0= sim - cigarros/dia: \_\_\_\_\_ ☐ 1= não, mas já fumou antes ☐ 2= não

7. Na última semana, o(a) senhor(a) ingeriu bebidas alcoólicas? Se sim, tipo: \_\_\_\_\_ quantidade: \_\_\_\_\_

Homens: ☐ 0= sim (>2 doses de destilado, 1 taça de vinho ou 2 latas de cerveja por dia)  
☐ 1= sim (>2 doses de destilado, ou 1 taça de vinho ou 2 latas de cerveja por dia)  
☐ 2= não

Mulheres: ☐ 0= sim (>1 dose de destilado, ½ taça de vinho ou 1 lata de cerveja por dia)  
☐ 1= sim (<dose de destilado, ½ taça de vinho ou 1 lata de cerveja por dia)  
☐ 2= não

8. O(a) senhor(a) pratica exercícios físicos?

☐ 0=não ☐ 1=sim (<150min/semana) ☐ 2=sim (>150min/semana)

**Pontuação (máxima = 14):**

**Necessidade de Investigação?**

☐ sim ☐ não

## I. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Nos últimos 5 anos, algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem as seguintes doenças/problemas?

a. Doença do coração (angina, infarto ou ataque cardíaco)	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
b. Pressão alta / hipertensão ( <b>ver RCV</b> )	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
c. Derrame / AVC / Isquemia	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
d. Diabetes Mellitus ( <b>ver RCV</b> )	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
e. Tumor maligno / Câncer	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
f. Doenças do pulmão, como bronquite e enfisema	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
g. Depressão	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
h. Incontinência urinária / perda de urina	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
i. Outras? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

**Quantidade de doenças crônicas/problemas:** \_\_\_\_\_

2. Quais são os medicamentos utilizados pelo(a) senhor(a)? (**Solicitar bulas e registrar com letra legível**)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Quantidade de medicamentos?: \_\_\_\_\_ ☐ 0= ≥ 5 ☐ 1= < 5 ☐ 1= não se aplica

4. O(a) senhor(a) sabe para que serve todos os medicamentos que utiliza? ☐ 1=sim ☐ 0=não

5. Todos os medicamentos foram prescritos pelo mesmo médico? ☐ 1=sim ☐ 0=não

6. O(a) senhor(a) toma os medicamentos de acordo com as orientações médicas?  
Por quê? ☐ 0=sim ☐ 1=não

7. O(a) senhor(a) alguma vez já deixou de tomar os medicamentos?  
Por quê? ☐ 0=sim ☐ 1=não
8. O(a) senhor(a) tem o costume de tomar remédios por conta própria (automedicação)? ☐ 0=sim ☐ 1=não
9. Verificar na lista dos critérios de Beers (anexada ao PAGE) se o(a) idoso(a) toma algum medicamento inapropriado ☐ sim ☐ não

Para calcular o risco para reações adversas, circule e cruze as informações acima na seguinte tabela:

USO DE MEDICAMENTO INAPROPRIADO		
Nº de diagnósticos	Não	Sim
1	18	9
2	15	6
3	11	2
4	7	0
5	4	0

10. O(a) idoso(a) utiliza uma quantidade de medicamentos superior ao valor indicado/circulado na tabela acima? ☐ 0=sim ☐ 1=não

Pontuação (máxima = 7) : \_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação? ☐ sim ☐ não

## J. AMBIENTE

### 1. Ambiente Interno: Na casa do(a) Senhor(a)

- a. Os móveis são estáveis? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- b. Há móveis/objetos/fios/tapetes/animais nas áreas de circulação? ☐ 0=sim ☐ 1=não
- c. O piso é escorregadio (ex. encerado)? ☐ 0=sim ☐ 1=não
- d. A casa do(a) senhor(a) possui escadas/degraus? Se sim, há corrimãos em ambos os lados da escada? **(Pontue 1, caso não tenha escadas/degraus na casa).** ☐ 1=sim ☐ 0=não
- e. As escadas/degraus são iluminados adequadamente durante a noite? **(idem)** ☐ 1=sim ☐ 0=não
- f. Os degraus são adequados (tamanho, rebordos, largura e padronagem etc)? **(Idem)** ☐ 1=sim ☐ 0=não
- g. Há tapetes antiderrapantes (fora e dentro do box)? ☐ 1=sim ☐ 0=não

### 2. 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) acende as luzes quando levanta-se à noite? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- c. O(a) senhor(a) utiliza calçados seguros e adequados (solado antiderrapante, bem ajustados e firmes no pé, sem saltos etc) ☐ 1=sim ☐ 0=não

### 3. Ambiente Externo: O(a) senhor (a) está satisfeito com:

- a. O acesso ao transporte público no seu bairro? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- b. O tempo de transporte entre casa/trabalho/escola/hospital? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- c. O acesso ao comércio no seu bairro? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- d. A facilidade e prazer em andar a pé nele/com cadeira de rodas/bengala/andador? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- e. O acesso à diversão no seu bairro (restaurantes, cinema, clubes etc.)? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- f. A segurança quanto à ameaça da criminalidade no seu bairro? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- g. O barulho do tráfego no seu bairro? ☐ 1=sim ☐ 0=não
- h. O local (bairro) que tem para viver? ☐ 1=sim ☐ 0=não

Pontuação (máxima = 18) : \_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação? ☐ sim ☐ não

**K. QUEDAS**

1. Histórico de quedas: O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (se não, vá para a questão 3). Quantas? ☐ sim ☐ não

2. O que o (a) senhor(a) estava fazendo quando sofreu essa(s) queda(s) (investigar atividade realizada, local, horário do dia, tipo de calçado, riscos ambientais etc)?

3. Força (MMII): Avalie se o(a) idoso(a) consegue levantar-se de uma cadeira sem ajuda. ☐ sim ☐ não

4. Equilíbrio: Avalie se o(a) idoso(a) consegue permanecer em 1 perna, sem apoio dos membros superiores, durante 5 segundos. ☐ sim ☐ não

5. Baseado nos itens anteriores preenchidos neste e em todos os outros domínios, identifique se o idoso apresenta/utiliza:

- |   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| a. Idade > 80 anos  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| b. Sexo feminino  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| c. Histórico de quedas  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| d. Histórico de fraturas  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| e. ↓ equilíbrio   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| f. ↓ força (MMII)   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| g. Comprometimento AVDs   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| h. Alterações cognitivas  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| i. Riscos domésticos/comportamento de risco   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| j. AVE prévio   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| k. Déficit visual   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| l. Inatividade  | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| m. Dispositivo de auxílio de marcha   | <input type="checkbox"/> 0 = sim   | <input type="checkbox"/> 1 = não |
| n. Medicamentos em uso: anestésicos, anti-histamínicos, catárticos, diuréticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, hipoglicemiantes, psicotrópicos, sedativos/hipnóticos        | <input type="checkbox"/> 2 = nenhum<br><input type="checkbox"/> 1 = de 1 a 2<br><input type="checkbox"/> 0 = ≥ 3 |                                  |
| o. Outras doenças predisponentes: hipertensão, tontura/vertigem, Parkinson, amputação de membros inferiores, convulsões, artrite, osteoporose, incontinência, diabetes, neuropatia, hipotensão postural | <input type="checkbox"/> 2 = nenhum<br><input type="checkbox"/> 1 = de 1 a 2<br><input type="checkbox"/> 0 = ≥ 3 |                                  |

**Pontuação (máxima = 17) :** \_\_\_\_\_ **Necessidade de Investigação?** ☐ sim ☐ não

**L. VIOLÊNCIA**

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

2. O(a) senhor(a) se sente só ou abandonado? ☐ 0=sim ☐ 1=não

3. Alguém já obrigou o(a) senhor(a) a fazer coisas que o(a) senhor(a) não queria fazer? ☐ 0=sim ☐ 1=não

4. Alguém tem gritado com o(a) senhor(a) de forma que se sinta constrangido(a) ou mal consigo mesmo(a)? ☐ 0=sim ☐ 1=não

5. Alguém tem batido ou agredido o(a) senhor(a) fisicamente? ☐ 0=sim ☐ 1=não

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

7. O(a) senhor(a) tem passado necessidade de roupas, alimentação, medicamentos etc? ☐ 0=sim ☐ 1=não

**Pontuação (máxima = 6) :** \_\_\_\_\_ **Necessidade de Investigação?** ☐ sim ☐ não

### M. VULNERABILIDADE SOCIAL

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

☐ irmãos (nº: \_\_\_\_\_) ☐ filhos (nº: \_\_\_\_\_) ☐ netos (nº: \_\_\_\_\_)

2. Com que frequência o(a) senhor(a) encontra familiares e/ou amigos?

☐ 0=nunca ☐ 1=raramente ☐ 2=frequentemente ☐ 3=sempre

3. Com que frequência o(a) senhor(a) pode contar com algum familiar e/ou amigo para ajudá-lo a resolver problemas? Quem? \_\_\_\_\_

☐ 0=nunca ☐ 1=raramente ☐ 2=frequentemente ☐ 3=sempre

4. Com que frequência o(a) senhor(a) participa de decisões importantes da sua família??

☐ 0=nunca ☐ 1=raramente ☐ 2=frequentemente ☐ 3=sempre

5. 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

6. Renda familiar (ver nos dados de identificação):

☐ 0= $\leq$  1 SM ☐ 1=1,1 a 3 SM ☐ 2=3,1 a 5 SM ☐ 3= $>$  5 SM

7. O (a) senhor(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? ☐ 1=sim ☐ 0=não

8. Com que frequência o (a) senhor(a) participa de eventos sócio-culturais, tais como: peças de teatro, cinema, universidade aberta a terceira idade, centro de convivência, festas, ligados à religião, etc).

☐ 0=nunca ☐ 1=raramente ☐ 2=frequentemente ☐ 3=sempre

9. O (a) senhor(a) recebe visitas de profissionais da saúde em sua casa? ☐ 1=sim ☐ 0=não

10. O (a) senhor(a) foi a quantas consultas médicas no último ano? \_\_\_\_ (anotar total e classificar a baixo)

☐ 0=nenhuma ☐ 1=1 - 3 ☐ 2= $>$  3 Se nenhuma, investigar o motivo

11. Número de doenças e/ou problemas (ver Adm. Medicamentos)

☐ 0= $>$ 5 ☐ 1=1- 4 ☐ 2=0

Pontuação (máxima = 24) : \_\_\_\_\_

Necessidade de Investigação? ☐ sim ☐ não

### N. FRAGILIDADE

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

1. idade avançada (>80 anos) ☐ 0=sim ☐ 1=não

2. desnutrição (score total < 7 ou pontuar 0 na questão 4 do domínio) ☐ 0=sim ☐ 1=não

3. ↓ capacidade funcional (score total  $\leq$  4) ☐ 0=sim ☐ 1=não

4. incontinência (relatar perda) ☐ 0=sim ☐ 1=não

5. depressão (score total < 4 ou diagnóstico médico) ☐ 0=sim ☐ 1=não

6. déficit cognitivo (score total  $\leq$  11) ☐ 0=sim ☐ 1=não

7. >2 doenças crônicas ☐ 0=sim ☐ 1=não

8. polifarmácia (nº de medicamentos  $\geq$  5) ☐ 0=sim ☐ 1=não

9. instabilidade postural ou ↓ força (pontuar “não” no item 4 ou 5 domínio quedas) ☐ 0=sim ☐ 1=não

10. ↓ suporte social e familiar (morar sozinho, pontuar 0 no questão 3 do domínio vulnerabilidade social ou score total  $\leq$  12) ☐ 0=sim ☐ 1=não

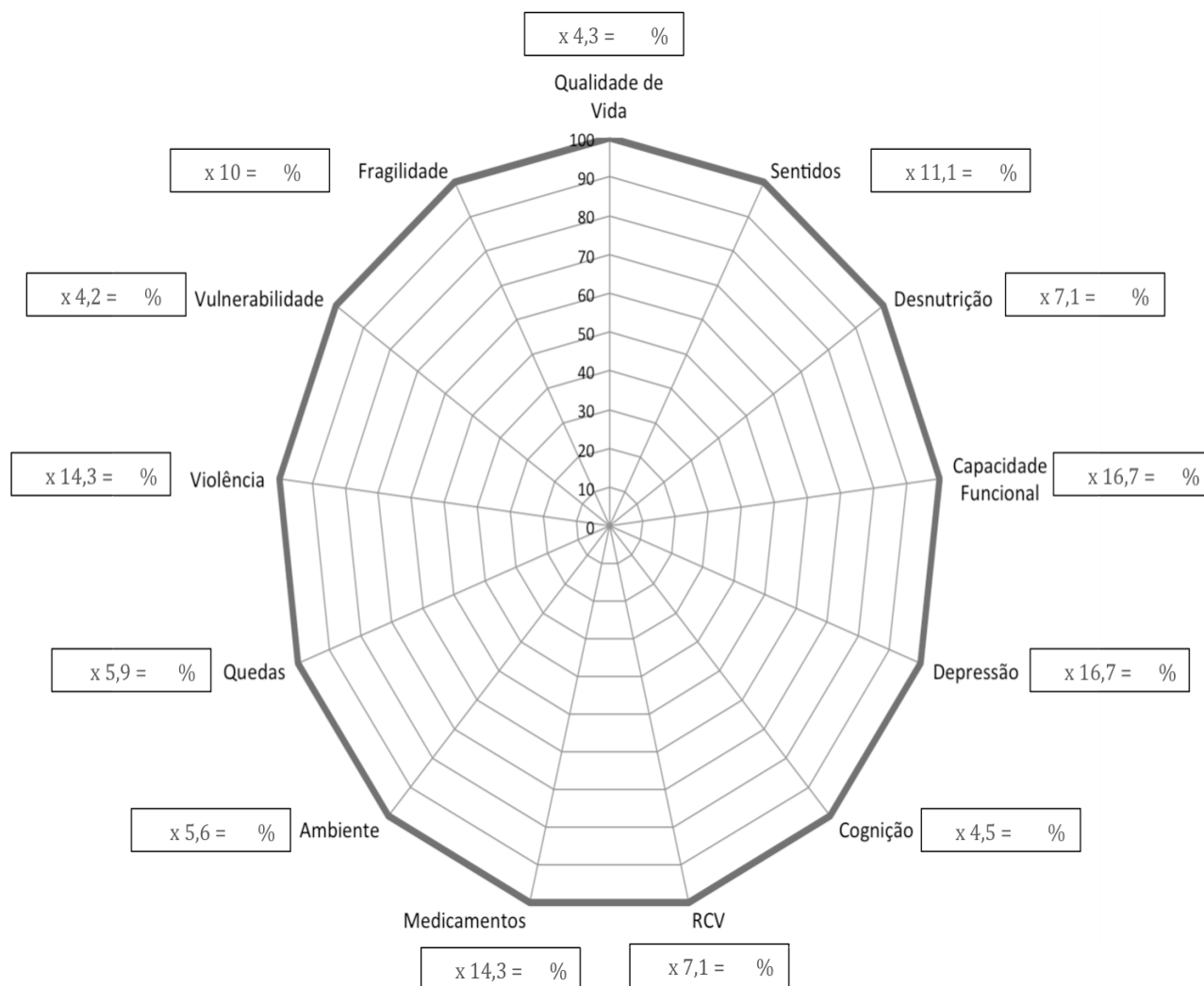
Pontuação (máxima = 10) : \_\_\_\_\_

Necessidade de Investigação? ☐ sim ☐ não



## MAPA DAS DEMANAS

1. Calcule a contribuição (em %) de cada domínio para o caso em questão. Após registrar os valores no mapa, circule as demandas prioritárias.



2. O(a) idoso(a) apresenta outras demandas não contempladas no mapa? Se sim, especificar:

## 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