



Grupo de Pesquisa em
Necessidades da Saúde do Idoso



**AVALIAÇÃO DE IDOSOS: GUIA PRÁTICO
PARA ESTUDANTES, PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E PESQUISADORES**

Dourados, MS
Geratriz
2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UEMS.

A963 Avaliação de idosos: guia prático para estudantes,
profissionais de saúde e pesquisadores/ Márcia Regina Martins
Alvarenga, Rogério Dias Renovato, Rosely Almeida Souza
(organizadores). Dourados, MS: UEMS, 2014.
166p. ; 23cm

Vários autores.
ISBN: 978-85-99880-72-2

1. Geriatria 2. Enfermagem 3. Cuidadores I. Alvarenga,
Márcia Regina Martins II. Renovato, Rogério Dias III. Souza,
Rosely Almeida IV. Título

CDD 23.ed. - 618.97

**Márcia Regina Martins Alvarenga
Rogério Dias Renovato
Rosely Almeida Souza
(organizadores)**

**AVALIAÇÃO DE IDOSOS: GUIA PRÁTICO
PARA ESTUDANTES, PROFISSIONAIS DE
SAÚDE E PESQUISADORES**

“Pesquisar é ver o que outros viram e
pensar o que nenhum outro pensou.”
(Albert Szent-Gyorgyi)

**Dourados, MS
2014**

OS AUTORES

Adriana Flores Sanches

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS (2013). Membro do Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso - GPENSI/UEMS. Enfermeira residente do programa de pós-graduação lato sensu “Residência Multiprofissional em Saúde”, na área de Concentração: Atenção Cardiovascular, no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD, 2014-2015).

Claucia Raquel Aiolfi

Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS (2013). Membro do GPENSI/UEMS.

Diana Dávalo Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Membro do Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso – GPENSI/UEMS. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC).

Janicéli Lisboa Rosa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS (2013). Foi Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq e atuou como pesquisadora do GPENSI/UEMS. Atua em pesquisas relacionadas à saúde do idoso. Atualmente trabalha em uma empresa de atenção domiciliar em enfermagem (home care).

Kátia Gianlupi

Graduada em Nutrição (2005) e Tecnologia em Estética e Cosmetologia (2007), pelo Centro Universitário da Grande Dourados - UNIGRAN. Tem experiência em “Atendimento Ambulatorial e Educação Nutricional de Crianças e Adolescentes”. Atualmente, trabalha em Saúde Pública, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da Prefeitura Municipal de Dourados-MS. Pós-graduada em Metodologia do Ensino Superior pela UNIGRAN (2008), em Nutrição Clínica - Fundamentos Metabólicos e Nutricionais (Universidade Gama Filho – UGF (2009), em Atenção Básica na Saúde da Família (UFMS/FIOCRUZ), e mestranda em Ensino em Saúde da UEMS (2014). Integra o GPENSI/UEMS. Preceptora do PET-Saúde (FCS/UFGD).

Márcia Regina Martins Alvarenga

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domenico (1982), mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (2000) e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2008). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UEMS. Docente permanente no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional - Ensino em Saúde da UEMS e da PG Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Líder do GPENSI/UEMS e membro do Grupo de Pesquisas e Estudos em Educação e Saúde (GEPES) da UEMS.

Rogério Dias Renovato

Graduado em Farmácia, com habilitação em Farmácia Industrial, pela Universidade Estadual de Maringá - UEM (1994). Especialista em Farmacologia pela UEM (1998). Mestre em

Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (2001). Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (2009). Professor adjunto do Curso de Enfermagem da UEMS. Coordenador do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional, da UEMS, Unidade de Dourados. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Saúde (GEPES). Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Práticas de Educação e Saúde (PRAESA), da Faculdade de Educação da UNICAMP e do GPENSI/UEMS.

Rosely Almeida de Souza

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS (2010). Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP. Membro do GPENSI/UEMS. Membro do GPENSI/UEMS e do Grupo de Pesquisa Avaliação de Necessidades de Saúde/USP. Atualmente é professora substituta no curso de Enfermagem na UFMS.

Thaís de Oliveira Barizon

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS (2013). Foi bolsista do projeto “Sistema de Informação para Avaliação e Monitoramento da Saúde do Idoso”, com financiamento da Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (Fundect). Atua em pesquisas relacionadas à área de saúde do idoso. Atualmente trabalha em empresa de atenção domiciliar em enfermagem (home care).

Tiago Amador Correia

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de

Mato Grosso do Sul - UFMS (2005). Pós-graduado em Saúde do Trabalhador pela Escola de Saúde Pública do Estado do Mato Grosso. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, pelo Instituto de Pesquisa Hospital Sírio-libanês. Enfermeiro Supervisor da Unidade de Terapia Intensiva HU/UFGD, Coordenador da Atenção à Saúde do Adulto e Idoso HU/UFGD, Preceptor da Residência Multiprofissional HU/UFGD. Mestrando em Ensino em Saúde da UEMS (2014). Integra o GPENSI/UEMS.

Victor Bruno Duarte Vieira

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Membro do Grupo de Pesquisas em Necessidades de Saúde do Idoso – GPENSI/UEMS. Bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica CNPq (PIBIC- CNPq).

SUMÁRIO

1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO	23
2. EXAME FÍSICO.....	26
3. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA – IDF	29
4. ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA - (ICFT) ...	43
5. ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY (8 Itens)	54
6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL	57
7. MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN).....	60
8. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF	67
9. MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO - MMRI.....	94
10. APGAR DE FAMÍLIA	108
11. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	112
12. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	118
13. ESCALA DE DOWNTON (RISCO DE QUEDAS).....	121
14. ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDA.....	125
15. ESCALA DE BRADEN	131
REFERÊNCIAS.....	137
ANEXOS	145

APRESENTAÇÃO

O Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), visando oferecer uma contribuição aos interessados na investigação da saúde do idoso, desenvolveu este livro, intitulado “Avaliação de idosos: guia prático para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores”, com a finalidade de apresentar e ilustrar o preenchimento de alguns instrumentos comumente utilizados na avaliação multidimensional do idoso.

São instrumentos que podem ser utilizados na Rede de Atenção à Saúde. Também podem ser usados como recurso educativo para o ensino da Saúde do Idoso, na formação inicial, em cursos de graduação em saúde, na formação técnica e na educação permanente de trabalhadores da saúde que necessitam atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos sobre o processo de envelhecimento.

Justificam a proposição deste Guia o aumento considerável da população de idosos no Brasil e a necessidade de se aprimorar e sistematizar a assistência que lhes é prestada, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os instrumentos apresentados vêm sendo utilizados em diversas investigações desenvolvidas pelo GPENSI e mostraram-se adequados e importantes para subsidiar a assistência ao idoso.

O estudo de caso aqui apresentado foi criado a partir das pesquisas realizadas pelo GPENSI e buscou ser um exemplo real, para sanar as principais dúvidas sobre como preencher tais instrumentos.

Esperamos que este guia forneça subsídios para estudantes, profissionais de saúde e pesquisadores e que possa servir como ferramenta de orientação na investigação e na avaliação

da saúde do idoso, tendo em vista a promoção do cuidado integral à pessoa idosa.

Os organizadores

DA ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS

Estudo realizado em Dourados, MS, no período de junho de 2007 a março de 2008, em 28 equipes da Estratégia Saúde da Família, permitiu descrever o perfil sociodemográfico, epidemiológico e a rede de suporte social de 503 idosos (60 anos e mais). Verificou-se que 69% dos entrevistados eram do sexo feminino, 46,3% estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 42,9% eram viúvos, predominantemente, mulheres, 53,1% eram analfabetos e 82,5% tinham renda mensal *per capita* de até um salário mínimo (ALVARENGA et. al., 2010a, ALVARENGA et. al., 2010b ALVARENGA et. al., 2011).

Destaque-se, ainda, que 33,4% dos idosos entrevistados relataram ter sofrido queda nos 12 meses que antecederam à entrevista, 50,9% avaliaram sua saúde como regular, 76,1% eram hipertensos e que o número médio de diagnósticos médicos referidos foi de 2,9 (dp = 1,8). Também foi observado que 33,2% dos idosos apresentavam alto risco nutricional, 7,6% algum grau de dependência para o autocuidado, 42,7% déficit cognitivo e 34,4%, sintomas depressivos. As redes sociais desses idosos eram pequenas e a família foi a maior provedora de cuidados em todas as dimensões avaliadas, ou seja, quanto às visitas, companhias, limpeza da casa, cuidados pessoais e apoio financeiro (*Ibidem*).

Em 2010, o Grupo de Pesquisa em Necessidades de Saúde do Idoso (GPENSI) foi criado com intuito de continuar as pesquisas na área da saúde do idoso e de desenvolver estra-

tégias para a educação permanente de profissionais de saúde de Dourados, para aprimorar a assistência a esse grupo populacional. O GPENSI também desenvolve ações de extensão, tais como o Projeto “Oficina (re) descobrindo as funções cognitivas na terceira idade”, realizado entre 2008 e 2009, com recursos financeiros do Ministério da Educação (ESPERANÇA *et al.*, 2012). Entre 2009 e 2011, foram implementados os projetos de extensão: Turismo e qualidade de vida na melhor idade; Oficina de memória; Histórias de vida e da cidade de Dourados e a Oficina de estímulo cognitivo para idosos. Também foi desenvolvido o “Sistema de Informação para Avaliação e Monitoramento dos Idosos” (SIAMI), um *software* com a finalidade de gerenciar as informações sobre a avaliação e o acompanhamento das necessidades sociais e de saúde de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e em situação de vulnerabilidade (SASS *et al.*, 2012).

Para a construção do SIAMI e da continuidade das pesquisas foi necessário ao GPENSI adotar alguns instrumentos de avaliação. Entre os diversos questionários, escalas e índices disponíveis na literatura nacional e internacional, optaram-se por aqueles que foram utilizados na pesquisa, em 2008, e outros indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e pelo Sistema de Informação em Gestão Social de Mato Grosso do Sul, que tem por base o Índice de Desenvolvimento da Família (ACOSTA e TURINE, 2003; BLANES, 2003; CARVALHO, BARROS e FRANCO, 2003).

Este Guia apresenta os instrumentos que vêm sendo utilizados no GPENSI e que já tiveram sua aplicabilidade testada e seus resultados validados no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção à Saúde Pública do município de Dourados. Com isso, não se pretende esgotar as inúmeras possibilidades de avaliação multidimensional de idosos, que conta com um número considerável de instrumentos para esse fim. Destacam-

-se, especialmente, aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, que constam no Caderno n. 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.

O estudo de caso a seguir foi elaborado a partir dos estudos realizados pelo GPENSI. Baseia-se em situações reais vivenciadas pelos idosos e tem por finalidade servir de exemplo para o preenchimento dos instrumentos escolhidos para este Guia Prático. Os nomes são fictícios e algumas situações foram adaptadas para esta apresentação.

ESTUDO DE CASO

Margarida vive em Dourados, MS, tem 80 anos de idade, é analfabeta, católica, viúva há 10 anos e recebe dois salários mínimos de pensão. Vive com o filho Ricardo, de 45 anos, divorciado, que terminou o ensino médio e fez um curso técnico para mecânico e trabalha há 14 anos nessa profissão. Ricardo tem uma renda mensal de seis salários mínimos, mas paga pensão para os dois filhos menores (dois salários mínimos). Margarida tem mais duas filhas: Júlia, de 42 anos, casada há dez, com Jorge, motorista de ônibus e é mãe de dois jovens, Gabriel e Pedro, de 18 e 15 anos, respectivamente. Residem em bairros da região sul de Dourados. A terceira filha de Margarida chama-se Margareth, tem 38 anos, é solteira, advogada e mora e trabalha em São Vicente, SP.

A residência da família é própria e fica na região norte de Dourados. É de alvenaria e possui seis cômodos (dois quartos, dois banheiros, sala e cozinha). Nos fundos da casa existem dois degraus que dão acesso ao quintal, que não é cimentado e tem pedras soltas. Quanto à infraestrutura, o imóvel conta com eletricidade, água encanada e esgoto, e o lixo é coletado a cada dois dias pela Prefeitura. Possui fogão, geladeira, televisão em cores, rádio, máquina de lavar com centrífuga e

telefone fixo. O piso da casa é frio e há vários tapetes nos ambientes. A iluminação é de luz amarela e, à noite, fica bastante escuro, pois não existe iluminação auxiliar.

Margarida passa a maior parte do tempo no quarto, deitada. A altura da cama é boa e ela em acesso fácil para pegar as roupas na cômoda e no armário. No banheiro, há tapete antiderrapante e o box abre-se facilmente. Margarida possui ainda dois gatos de estimação (Felpudo e Algodão).

Há dois meses, Margarida que é hipertensa, diabética e tem artrose, sofreu uma queda decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Atualmente apresenta disfasia, disfagia e hemiparesia que compromete seu lado esquerdo, mas com boas perspectivas de recuperação.

Depois do ocorrido, Margarida recebeu em seu domicílio a visita da enfermeira Cleuza, da Estratégia Saúde da Família, e foi avaliada quanto à capacidade funcional (independência para o autocuidado, cognição e sintomas depressivos), exame físico, complexidade do esquema terapêutico farmacológico, adesão ao uso de medicamentos, risco nutricional, rede de suporte social, funcionalidade e vulnerabilidade familiar.

Com relação ao esquema terapêutico farmacológico, antes do AVC, Margarida fazia uso de hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); glibenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); e Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia, por via oral, podendo ser utilizado antes ou após uma refeição). Depois da queda, que ocorreu em casa, continuou com as mesmas medicações e com a prescrição adicional de AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço).

A enfermeira Cleuza questionou Margarida quanto à adesão terapêutica e verificou que ela habitualmente não se es-

quece de tomar seus medicamentos para a hipertensão. Entretanto, nas duas últimas semanas, houve dias em que se esqueceu. Relatou que nunca parou de tomar seus medicamentos e nem tampouco diminuiu a dose sem avisar a equipe. Quando sai ou viaja leva seus medicamentos na bolsa. Atualmente, mesmo com a pressão controlada, nunca para de tomar os remédios. Informou ainda que não se sente incomodada em seguir corretamente o tratamento farmacológico e não tem dificuldade de lembrar que tem que tomar todos os remédios para a pressão.

Cleuza preocupada com o risco de Margarida desenvolver úlcera por pressão devido a sua limitação física realizou uma anamnese detalhada. Verificou que sua capacidade sensorial apresentava-se ligeiramente limitada, caracterizada pela lesão neurológica decorrente do AVC evidenciado pela hemiparesia. Sua pele, ocasionalmente, apresenta-se úmida por sudorese devido ao calor intenso no cômodo em que ela usa para repouso. A enfermeira observa ainda que a cadeira em que Margarida passa um tempo considerável do dia é inadequada, podendo desenvolver lesões por cisalhamento e/ou forças de deslizamento.

Ao exame físico, a enfermeira Cleuza identificou que Margarida apresenta crânio simétrico, sem presença de abaulamento em região occipital, sem presença de algia. Face simétrica. Olhos: ausência de prurido, secreções, irritabilidade, sem lesões, pálpebras fecham-se totalmente e abrem-se simetricamente, pupilas isocóricas, fotorreagentes e mucosa ocular hipocorada (+1/+4) e acuidade visual diminuída. Nariz simétrico, mucosa úmida e sem presença de lesões, sem coriza, com sujidades típicas. Pavilhão auricular e acuidade auditiva diminuída. Mucosa oral hipocorada, higiene oral preservada gengivas, mastigação e deglutição sem alterações, dentição presente. Pescoço, ausência de nódulos linfáticos palpáveis,

tireoide palpável sem edema; ausência de linfonodos supra e infra claviculares à palpação. Apresenta tosse seca. Tórax simétrico, eupnéica, expansibilidade torácica simétrica; à ausculta pulmonar MV+ (Movimentos Vesiculares presentes). Axilas íntegras, ausência de algia e nódulos linfáticos à palpação. Mamas simétricas; flácidas; mamilos simétricos com ausência de secreção à expressão. À ausculta cardíaca BCRNF (Bulhas Cardíacas Rítmicas e Normofonéticas); ausência de sopros nos 4/t; pulso radial cheio e rítmico. Abdômen globoso, RHA+ (Ruídos Hidroaéreos presentes) nos quatro quadrantes, maciço à percussão em quadrantes superiores e timpânico em quadrantes inferiores, indolor à palpação profunda, presença de massas palpáveis em QSE (Quadrante Inferior Esquerdo (QIE); Quadrante Superior Esquerdo). Genitália feminina íntegra, higienizada. Micção espontânea. Evacuação presente, uma vez em média quantidade SIC (Segundo Informações Colhidas). Extremidades: ausência de edemas, perfusão 3”, pulso pedioso e poplíteo cheio. Presença de ulcera por pressão em região sacral.

Margarida apresentou emagrecimento de 5 kg nos últimos três meses e informou que já não consegue sair sozinha para fazer compras, nem cozinhar, mas consegue caminhar sem auxílio dentro de sua própria residência; porém, fica muito tempo deitada, o que gerou escaras na região sacral. Também necessitou mudar parcialmente o tipo e a quantidade de alimentos devido à dificuldade de deglutição. Realiza três refeições por dia (almoço, lanche da tarde e jantar). Adora ovos, consumindo-os ao menos duas vezes na semana. Come poucas frutas, mas gosta muito de legumes, leite e derivados. Porém, somente consome carnes duas vezes na semana. Ingerir uma garrafa de café por dia, mas menos de um litro de água diariamente. Por causa da disfagia tem dificuldade de ingerir alimentos “duros”.

Por fim, Margarida referiu que sua saúde não está tão boa quanto a do seu Manoel (vizinho), que tem a mesma idade. A avaliação antropométrica indicou as seguintes medidas: 54 kg, 1,70m, 25 cm de circunferência do braço e 27 cm de circunferência da panturrilha.

Ao sair do hospital, Margarida tinha dificuldade de se alimentar sozinha, e ainda continua precisando que alguém corte os alimentos, portanto, necessita de ajuda eventual. Realiza higiene pessoal com ajuda para pentear os cabelos. Na hora do banho alguém precisa ajudá-la a secar as pernas e os pés e vestir-se por causa da hemiparesia. Não precisa de ajuda para vestir as roupas porque todas foram adaptadas, com troca de zíperes por elásticos ou velcro. Precisa de um tempo acima do habitual para usar o vaso sanitário com segurança. Algumas vezes na semana apresenta perdas urinárias. Tem bom controle de esfíncter fecal, mas passou a fazer uso de geleias e chás para poder evacuar. Precisa de um tempo maior para sair da cama ou se levantar da cadeira, bem como para sentar ou se levantar do vaso sanitário. É totalmente independente para entrar ou sair do chuveiro. Anda devagar e é recomendável supervisão. O mesmo se aplica para subir escadas. Precisa de supervisão para gerir seu dinheiro, bem como de tempo maior que o habitual para entender uma informação e expressar-se. Sua participação social está limitada e conta com estímulo do filho ou de Ana para lembrar-se de algumas atividades ou informações recentes.

Foi-lhe recomendada fisioterapia, a ser feita de forma combinada no domicílio e em uma instituição. Entretanto, Margarida tem dificuldade de sair sozinha, esquece situações que acontecem no dia a dia, tais como dia da semana, mês, ano e até onde mora (rua e bairro). Por ser analfabeta, não consegue realizar cálculos matemáticos simples e mostrou dificuldade de reproduzir imagens (desenhos).

Sente-se insegura, sem energia, insatisfeita com a vida, sempre com medo de que algo ruim possa lhe acontecer. Avalia a própria saúde como ruim. Prefere e passa a maior parte do tempo em casa, pois acredita que não tem mais nada a fazer ou aprender. As sequelas do AVC modificaram muito a sua rotina de atividades e por isso apresenta períodos de choro por se sentir um peso (inútil) para os filhos, principalmente para Ricardo. Considera sua vida muito vazia e sente-se muito aborrecida e de mal com a vida a maior parte do tempo. Há muito tempo não sabe o que é sentir-se alegre. Além disso, suas falhas frequentes de memória estão sendo motivo de risos entre os familiares. Para Margarida, isso é mais um motivo para não querer continuar vivendo, pois tem certeza que sua situação não tem mais solução e que, com exceção dela, todos estão em situação muito melhor.

Ricardo faz-lhe companhia, mas não consegue realizar algumas atividades como cuidar da casa e dos cuidados pessoais da mãe. A filha Júlia não pode ajudar nas atividades da casa e nos cuidados pessoais diariamente, mas ajuda às terças e quintas. Nos outros dias, uma moça de 20 anos, chamada Ana, foi contratada para ajudar nas atividades básicas da vida diária. Uma vez por semana, Florinda (diarista) realiza a faxina do lar. A filha Margareth visita-os a cada três ou quatro meses. Além da família, Margarida recebe visita de Manoel (vizinho) e Marta (amiga) a cada dez ou quinze dias. Por causa do estado de saúde a Agente Comunitária de Saúde, Rosário, visita-a a cada 15 dias. Margarida pode contar com Marta para fazer-lhe companhia duas vezes por mês.

A renda de Margarida é suficiente para comprar seus medicamentos. As despesas com água, luz, impostos e alimentação são divididas entre mãe e filho. Margareth ajuda financeiramente quando solicitada. Os netos visitam semanalmente a avó, sempre aos domingos.

Para o pagamento mensal de Ana e das despesas com a fisioterapia é necessário que Margareth ajude financeiramente, mas isto não ocorre todos os meses, portanto, Margarida sente-se triste com a situação atual, pois vê sua limitação física como um peso para os filhos.

Mesmo sendo cuidada por Ricardo e Júlia, não existe bom diálogo familiar. Assuntos quase não são discutidos em família, somente ocorre comunicação quando o problema envolve recursos financeiros. Algumas vezes, Margarida sente-se insatisfeita com esta situação. Além disso, não existe comunicação na resolução de outros problemas familiares. Estes não são compartilhados e Ricardo acaba tomando a decisão por todos.

Margarida reclama ainda que nunca recebeu apoio dos familiares quando desejou fazer algo novo e que melhorasse sua qualidade de vida, tudo foi sempre decidido de forma a evitar mudanças na rotina de todos os membros. Quanto aos sinais de afeto ninguém compartilha seus sentimentos e frustrações e tão pouco ouve as necessidades e carências de Margarida.

Apesar de Margarida viver com Ricardo, ela passa muito tempo sozinha e quando recebe a visita de todos os filhos e netos, cada um está preocupado com sua própria vida, o que deixa Margarida cada dia mais triste e a faz pensar que todos estão ali apenas de corpo presente e não para visitá-la e dar-lhe atenção. Em outros momentos Margarida, fica apenas ouvindo as discussões familiares sem poder se expressar.

1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

➡ Dados do Idoso

Preencher todos os campos com LETRA DE FORMA, legível. Solicitar documento de identidade para conferir idade e data de nascimento. Os dados seguintes foram preenchidos a partir do Estudo de Caso.

Cadastrado ESF / UBS () Não - (X) Sim	Nº da ESF: 08	Microárea: 05	Família: 123
Nome: Margarida			
Idade: 80	Sexo: () Masc. (X) Fem.		
Arranjo Familiar – com quem mora: (1) só - (0) acompanhado.		Reside em área: (X) urbana () rural	
Religião: católica (1) / protestante-evangélico (2) / espírita (3) / outras (4) / não tem (5)			
Possui recurso financeiro próprio (0) Não - Sem recurso (1) Não - Auxílio da família (2) Sim.			
Benefício Social (0) Nenhum benefício (1) Pensão (2) Aposentadoria (3) Pensão e aposentadoria (4) Benefício de Prestação Continuada - BPC			
Possui residência própria?	Não (0) - Sim (1)		
Atualmente mora na residência:	própria (1) - alugada (2) - cedida (3)		
Condições de moradia*:	boa (1) - regular (2) - precária (3)		
Renda Familiar Mensal:	R\$ 4.344,00		
Número de pessoas que residem na moradia:	02		
Renda per capita:	R\$ 2.172,00		
Pratica atividade física:	Não (0) - Sim (1)		
Se sim - qual atividade?	_____		Freq. semanal: _____
Se não: por qual motivo?	_____		
Participa de atividade social:	Não (0) - Sim (1)		
AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE			
Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é: (1) Muito boa - (2) Boa - (3) Regular - (4) Ruim - (5) Muito ruim			
História de hospitalizações nos últimos 12 meses: N(0) - S(1)			
Frequência: Nenhuma (0) - 1 vez (1) - 2 vezes(2) - 3 vezes(3) - 4 vezes ou mais(4)			
Sofreu queda nos últimos 12 meses? N(0) - S (1) Quantas vezes? _01_			
Onde? Em casa (0) - Fora de casa (1) - Ambas situações (2)			
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS = (4)			
(1) Hipertensão	2) D. Isq. Coração	3) AVC/DCV - sequelas	4) Insuf. Cardíaca
5) Diabetes	6) DPOC	7) Osteoartrose	8) Osteoporose

9) Incontinência Urinária	10) Depressão	11) Distúrbios Digestivos	12) Problemas de Coluna
13) Outros:			
= (04) - Coloque o número total de diagnósticos médicos identificados			
Faz uso de medicamentos? Não (0) Sim (1) Número total de medicamentos <u>05</u> (Incluindo medicamentos de uso contínuo, esporádico ou usados quando necessário.) Quais? – Nome genérico (comercial), apresentação, dosagem, frequência. <ol style="list-style-type: none"> 1. Hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); 2. Glíbenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); 3. Captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); 4. Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia por via oral, - 5. AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço). 			

Nos itens:

Condições de Moradia (Barata et al., 1997 p.206-7)

- Boa = construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupa e composição mínima de quatro cômodos com utilização de todos os quartos como dormitórios.
- Regular = construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de até três cômodos ou composição mínima de quatro cômodos com utilização dos quartos não como dormitórios.
- Precária = construção com material adaptado ou uso coletivo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de, pelo menos, um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro.

Renda familiar e per capita

- Considerar o salário mínimo atual (R\$ 724,00/ano de 2014).

Renda Familiar Mensal

- Somar o salário mensal de todos os membros da família.
- Caso o indivíduo não tenha um salário fixo (Ex.: diarista),

fazer uma média do que a pessoa receberia por mês.

História de hospitalização nos últimos 12 meses

- Considerar hospitalização um período mínimo de 24 horas de internação.

Sofreu quedas nos últimos 12 meses

- Perguntar também para o familiar, que pode ajudar o idoso a se lembrar.

Atividade Social

- Inclui todas as atividades de convívio social do idoso Ex.: participação em grupos da terceira idade, grupos religiosos, danças, clubes e outros.

D. Isquemia Coração

- Inclui todas as patologias cardíacas, exceto a insuficiência cardíaca.

DPOC

- Inclui o enfisema e a bronquite crônica.

Problemas de coluna

- Inclui lombalgia, dores nas costas em geral e hérnia de disco.

Outros

- Inclui qualquer outra patologia diagnosticada pelo médico, que não esteja presente nos itens anteriores.

2. EXAME FÍSICO

Alergias: (X) não - () não sabe - () sim. Quais:									
Vacinações: () anti-hepatite B - () antitetânica - (X) influenza - () febre amarela									
Antecedentes familiares:									
EXAME NEUROLÓGICO:									
() declínio cognitivo associado à idade		() paraplegia		(X) hemiparesia		() tetraplegia			
() paralisias	() parestesia	() confusão		() agitação psicomotora		() lentificação psicomotora			
() latência na resposta motora	() tremores	() diminuição da obtenção dos reflexos		() demência		() sinal da roda denteado (Parkinsonismo)			
() distúrbios da marcha	(X) disfagia	(X) disfasia		() disartria		() afasia			
CRÂNIO:									
(X) simétrico / sem alterações				() assimétrico					
OLHOS:									
() acuidade visual diminuída	() acuidade visual preservada	() presença de secreção		() ausência de lesão tecido palpebral		() presença de lesão tecido palpebral			
() conjuntiva normocoradas	(X) conjuntiva hipocorada	() opacidade do cristalino		(X) arco senil esbranquiçado ao redor da córnea		() diminuição da sensibilidade a cores			
() xerofalmia	() diminuição da acomodação visual	() pupila fotorreagentes		() pupilas isocóricas		() pupilas anisocóricas			
ORELHAS/ OUVIDOS									
() diminuição da percepção da profundidade	() atrofia e ressecamento do meato auditivo externo	() diminuição da acuidade auditiva		() diminuição da percepção em alta frequência		() diminuição da discriminação dos tons			
() zumbido	(X) acuidade auditiva diminuída	() acuidade auditiva preservada		() respondendo aos estímulos verbais		() letárgico, com demora de respostas motoras e verbais			
NARIZ									
(X) simétrico	() mucosa normocorada	() desvio de septo		() batimento das asas do nariz		() algia a digitopressão			
BOCA									
(X) prótese dentária	() halitose	() mucosa normocorada		() diminuição da produção salivar		() cianose	() cáries	() recesso gengival	() anodontia parcial/total

PESCOÇO				
() abaulamento	() algia	() torcicolo	() sopros carotídeos	() cicatriz
() diminuição da distância mentomanubrial		() aumento ou nodulações na tireoide		
TÓRAX E PULMÕES				
(X) simétrico	() assimétrico	() expansibilidade torácica normal	() aumento do diâmetro ântero-posterior	() algia/dor torácica quando respira
() tosse produtiva	(X) tosse seca	() utiliza musculatura acessória para respiração		() rigidez da caixa torácica
AUSCULTA TORÁCICA				
(X) ruídos adventícios presentes	() ruídos adventícios diminuídos	() ruídos adventícios ausentes	() roncos	() sibilos
AUSCULTA CARDÍACA:				
(X) ritmo regular	() ritmo irregular	() frequência cardíaca	() bulhas cardíacas normofonética	() hipofonética
COLUNA VERTEBRAL				
() lordose (<i>condição em que a curva lombar natural da espinha se mostra exagerada</i>)		() cifose (<i>aumento na curvatura da área torácica</i>)	() escoliose (<i>curvatura lateral pronunciada da espinha</i>)	
MAMAS				
(X) simétricas	() sem depressões ou abaulamentos	() nódulos palpáveis	() espessamento da pele	() retração da pele
(X) flácido	(X) mamilos simétricos	() sinais inflamatórios	(X) mamilos não apresentam secreções / ausência de secreção a expressão	
AXILAS				
(X) ausência de gânglios palpáveis	() gânglios palpáveis	() erupções da pele	() pigmentação incomum	() nódulos sensíveis e sem mobilidade
ABDOME				
() plano	() abaulado	(X) globoso	() abdome em avental (obeso)	() retraído ou escavado e deprimido
AUSCULTA ABDOMINAL				
() peristaltismo normal	() peristaltismo aumentado	() peristaltismo diminuído	() peristaltismo ausente	
(X) Ruídos hidroaéreos presente	() Ruídos hidroaéreos diminuídos	() Ruídos hidroaéreos aumentados		

PALPAÇÃO ABDOMINAL				
() algia quadrante qual _____	() parede abdominal aumentada (<i>edema, adiposidade</i>)	() parede abdominal diminuída (<i>desnutrição, desidratação</i>)	() flácida (<i>aumentos repetidos do abdome</i>)	() Tensão da parede
(X) presença de massas palpáveis. Local: QSE, QIE.		() sensibilidade.	() hérnias	() vísceras aumentadas
GENITÁLIA FEMININA:				
() presença de lesões	() ausência de lesões	() hiperemia dos orifícios glandulares	() prolapso uterino.	() atrofia, ressecamento e/ou encurtamento vaginal
GENITÁLIA MASCULINA:				
() lesões e ulcerações.	() presença de hérnias	() lesões devido as DST ou carcinomas	() atrofia testicular	() uretrite
URINA				
(X) presente	() oligúria	() disúria	() anúria	() polaciúria
() hematúria	() odor	() turva	() incontinência urinária	() cólicas renais
FEZES:				
(X) presente	() Ausentes	() constipação	() diarreica	() melena
EXTREMIDADES:				
() hipertonia (<i>rigidez</i>)	() hipotonia (<i>flacidez</i>)	() motilidade involuntária	() paraplegia	(X) hemiparesia
() tetraplegia.	() hemiplegia	() algia (<i>contraturas e distensões</i>)	() fraqueza muscular	() força muscular maior do lado dominante
() paralisia	() nódulos	() artralgia	() presença de varizes/ trombose venosa	() edema
PELE E ANEXOS:				
(X) boa perfusão	() aumento da pigmentação	() pele amarelada (<i>icterícia</i>)	() vermelhidão	() palidez (<i>lábios, mucosas, face, unhas</i>)
() cianose (<i>mãos, pés, unhas</i>)	() hematomas	() resseca-mento	() sudoréica	() desidratação
() Lesões: descrever localização, distribuição no corpo, coloração, temperatura, pruriginosa, tamanho, formato, elevada/superficial, bordas regulares/irregulares, dor: Lesão sacral, ulcera por pressão				
Observações pertinentes:				

3. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA – IDF

O monitoramento das condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, faz parte da vigilância em saúde, nos serviços da Atenção Básica. Sua finalidade é identificar as necessidades de saúde dessas famílias, com vistas à intervenção. Entretanto, ações de vigilância muitas vezes são negligenciadas por equipes da ESF, quer por falta de entendimento do conceito ampliado de vulnerabilidade, quer porque tais equipes não contam com instrumentos e recursos necessários.

Em 2011, o GPENSI iniciou a pesquisa “Monitoramento de famílias de idosos em situação de vulnerabilidade” e adotou o Índice de Desenvolvimento da Família como instrumento de análise. O IDF é um índice proposto com o objetivo de sintetizar as dimensões relevantes da pobreza e sua expressão nas famílias. Agrega informações temáticas e gera um índice de desenvolvimento sintético para cada família avaliada. (BARROS, CARVALHO, FRANCO, 2003; CARVALHO, BARROS, FRANCO, 2003.)

Na análise da situação de vulnerabilidade são considerados: o acesso ao trabalho, a disponibilidade de recursos, as condições de desenvolvimento infanto-juvenil e as condições habitacionais. A utilização do IDF busca identificar famílias em situação de vulnerabilidade em um dado território, “somando elementos para a análise das políticas públicas e para a configuração de estratégias de enfrentamento das necessidades de saúde” (NAJAR, BAPTISTA, ANDRADE, 2008, p.137).

Cada dimensão desdobra-se em diferentes componentes e esses, por sua vez, em diferentes indicadores. A seguir, é apresentada cada dimensão e seus respectivos componentes.

» **Ausência de vulnerabilidade:** esta dimensão trata dos re-

cursos necessários a cada família para satisfazer suas necessidades. A presença de crianças, adolescentes, gestantes e idosos, por exemplo, exige aumento no volume de recursos necessários para a satisfação das necessidades da família, portanto, aumenta sua vulnerabilidade. É a única dimensão que não apresenta meio e fins, e é formada por cinco componentes:

- **Fecundidade:** necessidades nutricionais e de atendimento médico que surgem devido à presença de criança em aleitamento materno;
- **Atenção e cuidados com crianças, adolescente e jovens:** este componente representa necessidades específicas de educação e cuidados de saúde, bem como maior volume de recursos para despesas adicionais nos cuidados cotidianos;
- **Atenção e cuidados especiais com idosos:** da mesma forma que o anterior, este componente requer despesas adicionais, relacionadas aos cuidados cotidianos, bem como necessidades especiais de cuidados de saúde.
- **Razão de dependência econômica:** quando a quantidade de crianças e idosos é proporcionalmente superior em relação ao número de adultos.
- **Presença da mãe:** considera que crianças cuidadas por terceiros estão em maior desvantagem, pois têm maior probabilidade de estarem desprotegidas e, com isso, podem estar desenvolvendo atividades penosas, estar fora da escola ou não estar sendo assistidas adequadamente em relação à saúde.

» **Acesso ao conhecimento:** um dos mais importantes meios que as famílias podem dispor para satisfazer suas necessidades. Os indicadores foram construídos com base em três componentes: analfabetismo; escolaridade formal e qualificação profissional.

» **Acesso ao trabalho:** considera que tão importante quanto garantir que as famílias tenham acesso aos meios, é dar-lhes oportunidade de utilizá-los para satisfazer suas necessidades. Assim, trata-se da oportunidade de que as pessoas dispõem para utilizar sua capacidade reprodutiva. Inclui os componentes: disponibilidade de trabalho; qualidade e produtividade dos postos de trabalho disponíveis.

» **Disponibilidade de recursos:** a renda familiar é considerada um recurso fundamental para as famílias, uma vez que a maioria de suas necessidades de sobrevivência é satisfeita por meio de bens e serviços adquiridos no mercado. Assim, os componentes desta dimensão estão divididos em: extrema pobreza; pobreza e capacidade de geração de renda.

» **Desenvolvimento infantil:** trata-se da garantia do desenvolvimento pleno oferecido a cada criança. Foram identificados a partir da PNAD quatro componentes para esta dimensão: proteção quanto ao trabalho precoce; acesso à escola; progresso escolar e mortalidade infantil.

» **Condições habitacionais:** apresenta uma íntima relação com as condições de vida. Os seus componentes são: propriedade do imóvel; déficit habitacional; abrigabilidade; acesso adequado à água; acesso adequado a esgotamento sanitário; acesso à coleta de lixo; acesso à eletricidade e acesso a bens duráveis.

O instrumento utilizado nesse estudo foi adaptado e composto por seis dimensões, 26 componentes e 59 indicadores. As respostas a cada indicador são apenas **sim** e **não**. As respostas positivas expressam maior índice de desenvolvimento, enquanto as negativas expressam vulnerabilidade.

Para medir o grau de vulnerabilidade social de cada família, primeiro é calculado o indicador sintético de cada um dos componentes, que é o resultado da média aritmética das perguntas que representam cada componente de cada dimensão.

Em seguida é calculado o indicador sintético de cada dimensão, que é a média aritmética de seus respectivos componentes. E, por último, o IDF geral é calculado a partir da média aritmética dos indicadores sintéticos das seis dimensões que o compõem.

Os escores propostos pelos autores do índice são:

- **Muito grave** (IDF abaixo de 0,50).
- **Grave** (Valores entre 0,50 e 0,67).
- **Aceitável** (Valores acima de 0,67).

Orientações para o preenchimento do IDF

Salário Mínimo em 2014 = R\$ 724,00

Considerar o Salário Mínimo Vigente. {

- ◆ Pobreza – Renda *per capita* menor que R\$ 362,00
- ◆ Extrema pobreza - Renda *per capita* menor que R\$ 181,00

- Cada indicador expressa uma pergunta com as respostas codificadas na forma de

Sim	Não
-----	-----

- A pontuação é expressa em 0 e 1

{

- 0 – Famílias em pior situação.
- 1 – Famílias que se encontram em melhor situação.



QUANTO MAIOR O ÍNDICE, MAIOR O DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.
(efeito cascata)

DIMENSÃO: vulnerabilidade das famílias

		SIM	NÃO
01	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?	0	1
02	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo nos dois últimos anos?	0	1

Exemplo 1: O entrevistado responde que há uma mulher residente nesta família que tem um filho de 10 meses, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 01 e 02.

Exemplo 2: O entrevistado responde que há uma mulher residente nesta família que tem um filho de 1 ano e meio, portanto, será assinalado (SIM) o item 02 e (NÃO) no item 01.

Exemplo 3: O entrevistado responde que há uma mulher residente nesta família que tem um filho de 2 anos e meio, portanto, será assinalado (NÃO) nos itens 01 e 02.

		SIM	NÃO
03	Há alguma criança de zero a 6 anos?	0	1
04	Há alguma criança ou adolescente até 14 anos?	0	1
05	Há alguma criança, adolescente ou jovem até 17 anos?	0	1

Exemplo 1: O entrevistado responde que há crianças residentes nesta família que tem 10 meses de idade e outras duas com 3 e 5 anos, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 03, 04 e 05.

Exemplo 2: O entrevistado responde que há duas crianças residentes nesta família que tem 8 e 10 anos de idade, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 04 e 05. O item 01 (NÃO).

Exemplo 3: O entrevistado responde que há um jovem resi-

dente nesta família que tem 15 anos de idade, portanto, será assinalado (SIM) no item 05. Os itens 03 e 04 (NÃO).

Exemplo 4: O entrevistado responde que há crianças residentes nesta família com 6, 10 e 16 anos de idade, portanto, será assinalado (SIM) em todos os itens.

DIMENSÃO: Acesso ao conhecimento

		SIM	NÃO
17	Há alguma pessoa adulta nesta família que não sabe ler e escrever - analfabeto?	0	1
18	Há alguma pessoa adulta nesta família que tenha dificuldade para ler e escrever - analfabeto funcional?	0	1
19	Há alguma pessoa adulta com o ensino fundamental completo?	1	0
20	Há algum adulto com ensino médio ou segundo grau completo?	1	0
21	Há algum adulto com alguma educação superior (completa)?	1	0

Exemplo 1: O entrevistado responde que há um residente que seja analfabeto, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 17 e 18.

Exemplo 2: O entrevistado responde que na residência moram três adultos: dois adultos estudaram até a quarta série; outro estudou até a sexta série, portanto, será assinalado (NÃO) nos itens 19, 20 e 21.

Exemplo 3: O entrevistado responde que na residência moram três adultos: dois adultos estudaram até a oitava série; outro completou o ensino médio, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 19 e 20.

Exemplo 4: O entrevistado responde que é analfabeto, portanto, será assinalado (SIM) nos itens 17 e 18. Entretanto, ainda residem o filho, a nora e dois netos, e um dos netos concluiu a faculdade, portanto, independente da escolaridade do filho e nora e dos outros netos, será assinalado (SIM) nos itens 19, 20 e 21.

DIMENSÃO: Disponibilidade de recursos

		SIM	NÃO
27	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 1 salário mínimo?	1	0
28	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 2 salários mínimos?	1	0

Exemplo 1: O entrevistado responde que ele e a cônjuge recebem um salário mínimo, cada um, da aposentadoria. Portanto, será assinalado (NÃO) nos itens 27 e 28. Justifica-se pelo valor e porque não estão trabalhando.

Exemplo 2: O entrevistado responde que ele e a cônjuge recebem um salário mínimo, cada um, da aposentadoria, mas o filho recebe mais de 3 salários. Portanto, será assinalado (SIM) nos itens 27 e 28.

		SIM	NÃO
29	Renda familiar per capita superior à linha da extrema pobreza	1	0
30	Renda familiar per capita superior à linha da pobreza	1	0

Exemplo 1: O entrevistado responde que ele e a cônjuge recebem um salário mínimo cada um, da aposentadoria, mas o filho recebe mais de 3 salários. Portanto, será assinalado (SIM) nos itens 29 e 30. O cálculo a ser feito é a soma dos rendimentos divididos pelo número de membros, neste caso são cinco salários divididos por três pessoas.

Exemplo 2: O entrevistado responde que ele e a cônjuge residem juntos e somente ele recebe um salário mínimo, da aposentadoria. Portanto, um salário dividido por dois temos uma renda per capita igual a R\$ 362,00 e será assinalado (SIM) nos itens 29 e (Não) 30.

Exemplo 3: O entrevistado responde que ele e a cônjuge residem juntos na companhia de um neto de 12 anos e somente ele recebe um salário mínimo, da aposentadoria. Portanto,

um salário dividido por três, temos uma renda per capita igual a R\$ 241,33 e serão assinalados (SIM), no item 29, e (NÃO), no item 30. [Pobreza – Renda per capita menor que R\$ 362,00 - Extrema pobreza - Renda per capita menor que R\$ 181,00]

Exemplo 4: O entrevistado responde que ele reside junto com a esposa, uma filha desempregada e dois netos. Somente ele recebe um salário mínimo, da aposentadoria. Portanto, um salário dividido por cinco temos uma renda per capita igual a R\$ 144,80 e será assinalado (NÃO) nos itens 29 e 30. [Pobreza – Renda per capita menor que R\$ 362,00 - Extrema pobreza - Renda per capita menor que R\$ 181,00]

DIMENSÃO: Desenvolvimento infantil

		SIM	NÃO
32	Alguma pessoa desta família com menos de 14 anos está trabalhando?	0	1
33	Alguma pessoa desta família com menos de 16 anos está trabalhando?	0	1

Exemplo 1: O entrevistado responde que tem uma pessoa com 15 anos trabalhando, portanto, será assinalado (NÃO), no item 32, e (SIM), no item 33.

Exemplo 2: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 13 e outra de 15 anos trabalhando, portanto, será assinalado (SIM), nos dois itens (32 e 33).

Exemplo 3: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 13 anos trabalhando, portanto, será assinalado (SIM), nos dois itens (32 e 33).

Exemplo 4: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 16 anos trabalhando, portanto, será assinalado (NÃO), nos dois itens (32 e 33).

		SIM	NÃO
35	Alguma pessoa desta família entre 7 a 14 anos está fora da escola?	0	1
36	Alguma pessoa desta família entre 15 a 17 anos está fora da escola?	0	1

Exemplo 1: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 15 anos trabalhando e FORA da Escola, portanto, será assinado (NÃO), no item 35, e (SIM), no item 36.

Exemplo 2: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 14 anos trabalhando e FORA da Escola, portanto, será assinado (SIM), nos dois itens 35 e 36.

Exemplo 3: O entrevistado responde que tem uma pessoa de 13 anos trabalhando e FORA da Escola, portanto, será assinado (SIM), nos dois itens 35 e 36.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA DE DONA MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Margarida vive em Dourados, MS, tem 80 anos, é analfabeto, católica, viúva há 10 anos e recebe dois salários mínimos de pensão. Vive com o filho Ricardo, de 45 anos, divorciado, que terminou o ensino médio e fez um curso técnico para mecânico e trabalha há 14 anos nessa profissão. Ricardo tem uma renda mensal de seis salários mínimos, mas paga pensão para os dois filhos menores (dois salários mínimos).

Margarida tem mais duas filhas: Júlia, de 42 anos, casada há dez com Jorge, motorista de ônibus, e é mãe de dois jovens, Gabriel e Pedro, de 18 e 15 anos, respectivamente. Residem em bairros da região sul de Dourados. A terceira filha de Margarida chama-se Margareth, tem 38 anos, é solteira, advogada e mora e trabalha em São Vicente, SP.

A residência da família é própria e fica na região norte de Dourados. É de alvenaria e possui seis cômodos (dois quartos, dois banheiros, sala e cozinha). Nos fundos da casa existem dois degraus que dão acesso ao quintal que não é cimentado, com pedras soltas. Quanto à infraestrutura, o imóvel conta com eletricidade, acesso a água encanada e esgoto, e o lixo é coletado a cada dois dias pela Prefeitura. Possui fogão, geladeira, televisão em cores, rádio, máquina de lavar com centrífuga e telefone fixo. O piso da casa é frio e há vários tapetes nos ambientes do quarto e sala.

Observações:

- Nos componentes: fecundidade; presença da mãe; trabalho precoce; acesso à escola; progresso escolar; mortalidade infantil - não houve pontuação, porque nesta residência não moram mulheres que tiveram filhos no último ano, nem crianças e adolescentes.
- Nos componentes: remuneração; extrema pobreza, pobreza e capacidade de geração de renda - a renda per capita da família de Margarida foi calculada da seguinte forma: Dois salários mínimos de Margarida mais quatro salários de Ricardo dividido por dois que equivalem a três salários mínimos de renda per capita ou R\$ 2.172,00.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

6 DIMENSÕES

1. Dimensão: Ausência de vulnerabilidade

COMPONENTE: FECUNDIDADE			
Item	Questão	SIM	NÃO
01	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?	0	1
02	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo nos dois últimos anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES			
03	Há alguma criança de zero a 6 anos?	0	1
04	Há alguma criança ou adolescente até 14 anos?	0	1
05	Há alguma criança, adolescente ou jovem até 17 anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM IDOSOS			
06	Presença de idoso (60 anos ou mais)	0	1
07	Há presença de idoso com 75 anos ou mais	0	1
COMPONENTE: DEPENDÊNCIA ECONÔMICA			
08	Presença de cônjuge (relacionado ao/a responsável pelo domicílio).	1	0
09	Na sua casa mais que a metade dos moradores encontra-se em idade ativa, ou seja, de 15 anos ou mais (segundo IBGE/PNAD 2011)?	1	0
COMPONENTE: PRESENÇA DA MÃE			
10	Nesta família há alguma criança que não viva com a mãe?	0	1
11	Nesta família há alguma criança cuja mãe tenha morrido?	0	1
COMPONENTE: DESVANTAGEM FÍSICA E SOCIAL			
12	Há alguma pessoa com incapacidade visual?	0	1
13	Há alguma pessoa com incapacidade auditiva?	0	1
14	Há alguma pessoa com incapacidade para deambular?	0	1
15	Há alguma pessoa com deficiência física?	0	1
16	Há alguma pessoa com problemas mentais permanentes?	0	1

2. Dimensão: Acesso ao conhecimento

26 COMPONENTES

COMPONENTE: ANALFABETISMO			
Item	Questão	SIM	NÃO
17	Há alguma pessoa adulta nesta família que não sabe ler e escrever - analfabeto?	0	1
18	Há alguma pessoa adulta nesta família que tenha dificuldade para ler e escrever - analfabeto funcional?	0	1
19	Há alguma pessoa adulta com o ensino fundamental completo	0	1
COMPONENTE: ESCOLARIDADE			
20	Há algum adulto com ensino médio ou segundo grau completo?	1	0
21	Há algum adulto com alguma educação superior?	1	0
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
22	Há pelo menos um trabalhador com qualificação de nível médio ou superior?	1	0

3. Dimensão: Acesso ao trabalho

COMPONENTE: DISPONIBILIDADE DE TRABALHO			
Item	Questão	SIM	NÃO
23	Mais da metade das pessoas em idade ativa exerce trabalho remunerado? (considerar 15 anos ou mais/ excluir trabalho infantil)	1	0
24	Pelo menos um trabalhador está há mais de seis meses no trabalho atual?	1	0
COMPONENTE: QUALIDADE DO POSTO DE TRABALHO			
25	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado no setor formal?	1	0
26	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado em uma atividade agrícola?	0	1
COMPONENTE: REMUNERAÇÃO			
27	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 1 salário mínimo?	1	0
28	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 2 salários mínimos?	1	0

4. Dimensão: Disponibilidade de recursos

COMPONENTE: EXTREMA POBREZA / POBREZA / CAPACIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA			
Item	Questão	SIM	NÃO
29	Renda familiar per capita superior à linha da extrema pobreza	1	0
30	Renda familiar per capita superior à linha da pobreza	1	0
31	A maior parte (50%) da renda familiar advém de transferências (exemplo: ajuda de outras famílias ou instituições, benefícios como moradia, alimentação, roupas, vale-refeição, alimentação ou transporte, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Benefício Assistencial de Prestação Continuada)?	0	1

5. Dimensão: Desenvolvimento infantil

COMPONENTE: EXTREMA POBREZA / POBREZA / CAPACIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA			
Item	Questão	SIM	NÃO
29	Renda familiar per capita superior à linha da extrema pobreza	1	0
30	Renda familiar per capita superior à linha da pobreza	1	0
31	A maior parte (50%) da renda familiar advém de transferências (exemplo: ajuda de outras famílias ou instituições, benefícios como moradia, alimentação, roupas, vale-refeição, alimentação ou transporte, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Benefício Assistencial de Prestação Continuada)?	0	1

6. Dimensão: Condições habitacionais

COMPONENTE: PROPRIEDADE / DEFICIT HABITACIONAL			
Item	Questão	SIM	NÃO
42	A família possui residência própria?	1	0
43	A família reside em casa alugada ou cedida	0	1
44	Há mais que dois moradores por dormitório?	0	1
COMPONENTE: ABRIGABILIDADE			
45	O domicílio é feito de material de construção permanente (alvenaria)?	1	0
COMPONENTE: ACESSO ABASTECIMENTO DE ÁGUA / SANEAMENTO BÁSICO / LIXO / ENERGIA ELÉTRICA			
46	Neste domicílio há abastecimento de água da rede pública ou poço artesiano?	1	0
47	Neste domicílio há esgotamento sanitário adequado (rede geral ou fossa séptica)?	1	0
48	Neste domicílio há coleta de lixo?	1	0
49	Neste domicílio há acesso à eletricidade?	1	0

COMPONENTE: PROPRIEDADE / DEFICIT HABITACIONAL			
Item	Questão	SIM	NÃO
COMPONENTE: ACESSO A BENS DURÁVEIS			
50	Fogão	1	0
51	Geladeira	1	0
52	Freezer independente da geladeira	1	0
53	Televisão em cores	1	0
54	Rádio	1	0
55	Máquina de lavar roupa (não pode ser tanquinho)	1	0
56	Telefone móvel - celular	1	0
57	Telefone fixo	1	0
58	Computador	1	0
59	Internet	1	0

TOTAL IDF DA FAMÍLIA DE DONA MARGARIDADE = 0,78

IDF DA FAMÍLIA DE DONA MARGARIDA

<p>Dimensão 1 Componente 1 - média = 1 Componente 2 - média = 1 Componente 3 - média = 0 Componente 4 - média = 0 Componente 5 - média = 1 Componente 6 - média = 0,6</p> <p>Total da dimensão 1 = 0,6</p>	<p>Dimensão 2 Componente 1 - média = 0 Componente 2 - média = 0,5 Componente 3 - média = 1</p> <p>Total da dimensão 2 = 0,5</p>
<p>Dimensão 3 Componente 1 - média = 0,5 Componente 2 - média = 1 Componente 3 - média = 1</p> <p>Total da dimensão 3 = 0,8</p>	<p>Dimensão 4 Componente 1 - média = 1</p> <p>Total da dimensão 4 = 1</p>
<p>Dimensão 5 Componente 1 - média = 1 Componente 2 - média = 1 Componente 3 - média = 1 Componente 4 - média = 1</p> <p>Total da dimensão 5 = 1</p>	<p>Dimensão 6 Componente 1 - média = 1 Componente 2 - média = 1 Componente 3 - média = 1 Componente 4 - média = 0,5</p> <p>Total da dimensão 6 = 0,8</p>

- Média das seis dimensões da família de Dona Margarida
- $(0,6 + 0,5 + 0,8 + 1,0 + 1,0 + 0,8 / 6) = 0,78$
- Valor considerado aceitável segundo a classificação do IDF

4. ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA - (ICFT)

Com os agravos das doenças crônicas não transmissíveis, muitos idosos fazem uso de diversos medicamentos, podendo chegar a cinco ou mais medicamentos diferentes por dia. O elevado número de medicamentos, que recebe o nome de polifarmácia (prescrição simultânea de cinco ou mais medicamentos diferentes), altera o funcionamento do organismo. Muitos idosos procuram mais de um médico que dá prescrições diferentes, fazendo com que aumentem os riscos de reações adversas, podendo provocar interações medicamentosas (BARBOSA, 2009; SECOLI, 2010).

A complexidade da farmacoterapia é um dos principais fatores que levam à não-adesão ao tratamento, e seu construto teórico está relacionado ao número de medicações e à frequência da dosagem (MELCHIORS, CORRER, FERNANDEZ-LLIMOS, 2007). A complexidade da farmacoterapia pode ser assim definida: consiste de múltiplas características do regime prescrito, incluindo, pelo menos, o número de diferentes medicações no esquema, o número de doses por dia, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e as relações da dose com a alimentação (*ibidem*).

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para mensurar a complexidade da farmacoterapia, dentre eles: *Medication Complexity Index* (JOHNSON et al, 2005), *Medication Regimen Complexity Scale* (TUCKER et al., 2002) e o Índice de Comple-

xidade Terapêutico (ACÚRCIO et al., 2009), apresentando definições e interpretações distintas.

Em 2011, pesquisaram-se, em Dourados, 302 idosos cadastrados em 29 Estratégias Saúde da Família com o objetivo de investigar a complexidade da farmacoterapia do idoso dependente para o autocuidado, portanto, o instrumento escolhido foi o Índice de Complexidade da Farmacoterapia - ICFT (LISBOA, ALVARENGA e RENOVATO, 2012).

O *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI) é um instrumento específico que foi traduzido e validado para o português do Brasil (Índice de Complexidade da Farmacoterapia - ICFT). Apresentou bom desempenho de validade e confiabilidade. O ICFT é um instrumento que mede a complexidade no uso de fármacos, com base nas seguintes informações fornecidas: a forma farmacêutica utilizada, a frequência e as informações adicionais referentes ao uso correto da medicação.

O índice apresenta 65 itens e está dividido em três seções A, B e C, onde cada seção é pontuada a partir da análise da farmacoterapia do paciente. Obtém-se o índice por meio da soma das três seções. (MELCHIORS, CORRER, FERNANDEZ-LLIMOS, 2007).

Instruções

- Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima.
- Preencher as seções somente com os medicamentos que estão sendo utilizados pelos idosos.

Preencher as seções com:

Todos os medicamentos prescritos pelo médico.

Todos os medicamentos que não precisam de prescrição - (ex.: Dipirona (Anador[®]), Espinheira santa, Bicarbonato de sódio, Ácido cítrico e Carbonato de sódio (Sal de fruta Eno).

- Para o preenchimento das seções, solicitar a caixa do medicamento e a receita médica - (considerar as receitas mais atuais).

⇒ Atentar-se para: nomenclatura correta, dose correta, frequência correta.

Seção A- Corresponde às informações sobre as formas de dosagens.

- Observar a apresentação correta do fármaco.
- Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma dosagem) estiver presente mais de uma vez, em diferentes concentrações (ex.: Marevan® 5 mg, 3 mg e 1 mg), deverá ser considerada uma só.

Seção B – Corresponde às informações sobre a frequência das doses.

Lembrar que:

- Ingerir o medicamento 2x ao dia é diferente de ingerir de 12/12 h. No primeiro caso, não precisa ter um horário específico, enquanto no segundo, o horário determinado deve ser seguido obrigatoriamente.

Exemplo: Ranitidina 1 manhã e 1 noite = 2x dia

- Caso exista mais de uma instrução de frequência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser anotado para todas as instruções de frequência de dose (por exemplo, Aerolin® spray 2 jatos 2x por dia). Quando necessário, deverá ser anotado o uso de inaladores de dose medida (bombinha), 2x dia S/N (se necessário) e, também, como múltiplas unidades ao mesmo tempo.

Seção C – Corresponde as informações adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras.

- Mesmo que a receita mencione a forma de uso do medicamento, **perguntar para o idoso como ele toma o medicamento.**
- Perguntar qual o horário que o idoso toma os medicamentos (se antes ou depois das refeições) e qual líquido utiliza para ingerir (se água ou chá, por exemplo).
- **As seções devem ser calculadas individualmente. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o valor total do ICFT (Índice de Complexidade da Farmacoterapia).**

Exemplo:

Paciente de 78 anos, hipertenso e diabético. Está com uma inflamação de garganta e uma pequena lesão infectada no membro superior direito. O médico prescreveu os seguintes medicamentos:

- Hidroclorotiazida 25 mg, tomar um comprimido uma vez ao dia, pela manhã, por via oral;
- Ácido acetilsalicílico 500 mg, tomar meio comprimido no almoço, por via oral;
- Cloreto de potássio xarope, tomar 15 ml, uma vez ao dia, preferencialmente após o almoço, por via oral;
- Sulfato de Neomicina e Bacitracina zínica - pomada, aplicar sobre a região afetada três vezes ao dia;
- Diclofenaco de potássio 50 mg, tomar um comprimido, de 12 horas em 12 horas, caso sinta dor, preferencialmente, após uma refeição, por via oral;

- Insulina NPH, administrar 40 unidades todos os dias, às 8 horas, por via subcutânea.

Seção A

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray /comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas /soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e nariz	Gotas, cremes, pomadas para ouvido	3
	Colírios, gotas para os olhos	3
	Géis, pomadas para os olhos	3
	Gotas, cremes, pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers - Pó seco para inalação	3
	Aerolizers	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultrassônico)	5
	Oxigênio/ concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: pré-carregadas	3
	Injeções: ampolas/ frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
Total seção A		8

Seção B

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia	*Hidroclorotiazida 25 mg, tomar um comprimido uma vez ao dia, pela manhã; *Ácido acetilsalicílico 500 mg, tomar meio comprimido no almoço; *Cloreto de potássio, tomar 15 ml, uma vez ao dia; *Insulina NPH, administrar 40 unidades todos os dias, às 8.	4	1	4
1x dia s/n			0,5	
2x dia			2	
2x dia s/n			1	
3x dia	*Neomicina + Bacitracina pomada, aplicar sobre a região afetada três vezes ao dia;	1	3	3
3x dia s/n			1,5	
4x dia			4	
4x dia s/n			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h s/n	*Diclofenaco de potássio 50 mg, tomar um comprimido de 12 horas, caso sintá dor.	1	1,5	1,5
8/8h			3,5	
8/8h s/n			2	
6/6h			4,5	
6/6h s/n			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h s/n			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h s/n			6,5	
s/n			0,5	
Dias alternados			2	
Oxigênio s/n			1	
Oxigênio < 5h			2	
Oxigênio > 15			3	
Total seção B				8,5

Seção C

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x número de medicações
Partir ou triturar o comprimido	*Ácido acetilsalicílico 500 mg, tomar meio comprimido no almoço;	1	1	1
Dissolver o comprimido/ pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo			1	
Dose variável			1	
Tomar /usar em horário específico	*Ácido acetilsalicílico 500mg, tomar meio comprimido no almoço; *Insulina NPH, administrar 40 unidades todos os dias, às 8 *Cloreto de potássio xarope, tomar 15 ml uma vez ao dia, *Diclofenaco de potássio 50 mg, tomar um comprimido de 12 horas.	4	1	4
Relação com alimento	Ácido acetilsalicílico 500 mg, tomar meio comprimido no almoço;	1	1	1
Tomar com líquido específico			1	
Tomar /usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas			2	
Total seção C				6

Total da Complexidade da Farmacoterapia = 22,5

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Margarida, que é hipertensa, diabética e tem artrose, há dois meses sofreu uma queda decorrente do Acidente Vascular Cerebral (AVC), ficando com sequelas: disfasia, disfagia e hemiparesia que compromete seu lado esquerdo, mas com boas perspectivas de recuperação.

Com relação ao esquema terapêutico farmacológico, antes do AVC, Margarida fazia uso de hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); glibenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); e Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia por via oral, - pode ser utilizado antes ou após uma refeição). Depois da queda, que ocorreu em casa, continuou com as mesmas medicações e com a prescrição adicional de AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço).

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

Seção A

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray /comprimidos sublinguais	2
Tópico	Cremes/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas /soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e nariz	Gotas, cremes, pomadas para ouvido	3
	Colírios, gotas para os olhos	3
	Géis, pomadas para os olhos	3
	Gotas, cremes, pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	<i>Accuhalers</i> - Pó seco para inalação	3
	<i>Aerolizers</i>	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultrassônico)	5
	Oxigênio/ concentrador	3
	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: pré-carregadas	3
	Injeções: ampolas/ frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Cremes vaginais	2
Total seção A		1

Seção B

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia	*Hidroclorotiazida 1 cp de manhã; *Glibenclamida 1 cp de manhã; *AAS 1 cp após almoço.	3	1	3
1x dia s/n			0,5	
2x dia			2	
2x dia s/n			1	
3x dia	*Arpyflan 1 cp de manhã, tarde e noite	1	1	1
3x dia s/n			1,5	
4x dia			4	
4x dia s/n			2	
12/12 h	*Captopril 1 cp de manhã e à noite	1	2,5	2,5
12/12 h s/n			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h s/n			2	
6/6h			4,5	
6/6h s/n			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h s/n			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h s/n			6,5	
s/n			0,5	
Dias alternados			2	
Oxigênio s/n			1	
Oxigênio < 5h			2	
Oxigênio > 15			3	
Total seção B				6,5

Seção C

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/ pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo			1	
Dose variável			1	
Tomar/usar em horário específico a medicação:	Hidroclortiazida, manhã.	1	1	1
Na relação com alimento:	*AAS 1 cp após almoço. Glibenclamida 5 mg 1 cp uma vez ao dia, após o café da manhã; Captopril (em jejum).	3	1	3
Tomar com líquido específico			1	
Tomar /usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas			2	
Total seção C				4

Total da Complexidade da Farmacoterapia = 11,5

5. ESCALA DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE MORISKY (8 ITENS)

A questão da adesão à terapêutica tem sido discutida e estudada por profissionais de saúde por se tratar de um ponto fundamental para a resolubilidade de um tratamento. O conceito “adesão à terapêutica” conta com uma vasta literatura, focando especialmente a adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de Aids, tuberculose, hipertensão, ou em determinados grupos populacionais, como crianças e idosos (LEITE e VASCONCELOS, 2003). O conceito de adesão varia na literatura científica, mas, de forma geral é:

[...] compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. (LEITE e VASCONCELOS, 2003, p.777)

A não adesão terapêutica aos anti-hipertensivos **é um importante fator de risco** para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tais como as insuficiências cardíacas, a doença arterial coronariana, a insuficiência renal e o acidente vascular cerebral (ZASLAVSKY e GUS, 2002).

Existem vários determinantes que colaboram para o aumento dos níveis pressóricos, entre eles: idade avançada, etnia negra, obesidade, dislipidemias, sedentarismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, diabetes mellitus e excesso de sódio na alimentação. Em virtude da diversidade de situações, o grande desafio no controle da hipertensão arterial é conseguir a adesão ao tratamento (GIROTTO et al., 2013).

Para Oliveira Filho et al., (2012), sistematizar o diagnóstico

de não adesão é fundamental para investigar o seu impacto nos desfechos clínicos na Atenção Primária e apresentam dois métodos de adesão: a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de quatro itens (MMAS-4) e a escala de oito itens (MMAS-8) com maior confiabilidade.

A Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 itens tem como objetivo determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo por meio do auto relato. (OLIVEIRA FILHO et al., 2012)

Orientações

- A escala contém oito perguntas com respostas sim/não. O grau de adesão resulta da soma de todas as respostas corretas de acordo com a pontuação.
- Sete perguntas devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, sendo a última questão respondida em uma escala de cinco opções.

O item 8 difere das anteriores por se tratar de **uma escala de Likert**.

As opções são:

Nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre.

**Alta adesão (8 pontos)
Média adesão (6 e 7 pontos)
Baixa adesão (menos de 6)**

ADESÃO AO TRATAMENTO TERAPÊUTICO

Informações utilizadas do caso clínico:

Com relação ao esquema terapêutico farmacológico, antes do AVC, Margarida fazia uso de hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); glibenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); e Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia por via oral, - pode ser utilizado antes ou após uma refeição). Depois da queda, que ocorreu em casa, continuou com as mesmas medicações e com a prescrição adicional de AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço).

A enfermeira Cleuza questionou Margarida quanto à adesão terapêutica e verificou que ela habitualmente não se esquece de tomar seus medicamentos para a hipertensão. Entretanto, nas duas últimas semanas, houve dias em que se esqueceu. Relatou que nunca parou de tomar seus medicamentos e nem tampouco diminuiu a dose sem avisar a equipe. Quando sai ou viaja leva seus medicamentos na bolsa. Atualmente, mesmo com a pressão controlada, nunca para de tomar os remédios. Informou ainda que não se sente incomodada em seguir corretamente o tratamento farmacológico e não tem dificuldade de lembrar que tem que tomar todos os remédios para a pressão.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

Item	Questão	Resposta	
		Não	Sim
1	Você às vezes se esquece de tomar os seus remédios para pressão?	1	<input type="text"/>
2	Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?	<input type="text"/>	0
3	Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	1	<input type="text"/>
4	Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	1	<input type="text"/>
5	Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	<input type="text"/>	1
6	Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	1	<input type="text"/>
7	Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?	1	<input type="text"/>
8	Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? (1) Nunca - (0) Quase Nunca - (0) Às Vezes - (0) Frequentemente - (0) Sempre		
Total	7		

Classificação da adesão	Pontuação
Alta	8
Média	6 e 7
Baixa	Menor que 6

6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RISCO NUTRICIONAL

O estado nutricional pode ser avaliado a partir de vários parâmetros, utilizados de forma isolada ou associados. A triagem nutricional foi definida pela Associação Dietética Americana como o processo de identificação de características

sabidamente associadas a problemas dietéticos ou nutricionais. É aplicada a um grupo ou população para identificar indivíduos em risco nutricional e detectar a necessidade de caracterizar o estado nutricional do indivíduo mais profundamente. Uma vez identificados pela triagem nutricional, tais indivíduos devem ser submetidos à avaliação nutricional para classificar seu estado nutricional e planejar as estratégias de intervenção. Portanto, a triagem nutricional serve apenas a detectar a presença de risco de desnutrição, enquanto a avaliação nutricional, além de detectar a desnutrição, também classifica seu grau e permite a coleta de informações que auxiliem sua correção (BRYAN, JONES, RUSSEL, 1998; NAJAS, NEBULONI, 2005).

A avaliação do risco nutricional tem o objetivo de identificar indivíduos com risco de deficiências nutricionais em decorrência de diversas situações, como doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, consumo de alimentos inadequados, alcoolismo, problemas mentais, uso de medicamentos e perda de peso. (NAJAS, NEBULONI, 2005; ALVARENGA et al., 2010a).

Existem vários instrumentos que avaliam o risco nutricional no idoso. O *Nutrition Screening Initiative* (NSI) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América em 1991 e tem por finalidade identificar indivíduos com 65 anos ou mais em risco nutricional na Atenção Primária à Saúde (ALVARENGA et al., 2010a). O instrumento é autoaplicável e composto por 10 questões que variam entre 1 a 4 pontos. O escore total varia de zero a 21 pontos. A soma dos pontos da avaliação permite classificar três grupos:

- **igual ou superior a 24 pontos = bom estado nutricional;**
- **entre 17 e 23,5 pontos = risco de desnutrição;**
- **menor que 17 pontos = desnutrição.**

Em todas as questões, é necessário que a pontuação esteja de acordo com a realidade do entrevistado.

A conduta varia em cada caso: idosos de baixo risco nutricional devem ser reavaliados em seis meses, os de risco moderado, após três meses e aqueles com alto risco devem ser prontamente encaminhados ao médico, nutricionista ou assistente social.

AVALIAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL

Informações utilizadas do caso clínico:

Com relação ao esquema terapêutico farmacológico, antes do AVC, Margarida fazia uso de hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); glibenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); e Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia por via oral, - pode ser utilizado antes ou após uma refeição). Depois da queda, que ocorreu em casa, continuou com as mesmas medicações e com a prescrição adicional de AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço).

Margarida apresentou emagrecimento de 5 kg nos últimos três meses e informou que já não consegue sair sozinha para fazer compras, nem cozinhar, mas consegue caminhar sem auxílio dentro de sua própria residência; porém, fica muito tempo deitada, o que gerou escaras na região sacral. Também necessitou mudar parcialmente o tipo e a quantidade de alimentos devido à dificuldade de deglutição. Realiza três refeições por dia (almoço, lanche da tarde e jantar). Adora ovos, consumindo-os ao menos duas vezes na semana.

Come poucas frutas, mas gosta muito de legumes, leite e derivados. Porém, somente consome carnes duas vezes na semana. Ingera uma garrafa de café por dia, mas menos de um litro de água diariamente. Por causa da disfagia tem dificuldade de ingerir alimentos “duros”.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

QUESTÕES	SIM	PTS
1. Eu tenho alguma doença que fez com que eu mudasse meu hábito alimentar no tipo e na quantidade de alimentos?	2	2
2. Eu faço menos de duas refeições por dia?	0	3
3. Eu como poucas frutas, legumes, verduras, leite ou substitutos?	0	2
4. Eu bebo 3 ou mais doses de cerveja, vinho, aguardente ou licor quase todos os dias?	0	2
5. Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação?	2	2
16. Eu tenho problemas financeiros que me dificultam a compra de alimentos?	0	4
7. Eu me alimento sozinho a maior parte do tempo?	0	1
8. Eu uso 3 ou mais medicamentos diferentes por dia?	1	1
9. Eu ganhei ou perdi cerca de 5 quilos nos últimos 6 meses, involuntariamente?	2	2
10. Algumas vezes, eu tenho dificuldades físicas para fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me sozinho?	2	2
TOTAL DE PONTOS		09

ALTO RISCO NUTRICIONAL

7. MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

Investigar as causas de desvios nutricionais, que podem resultar em peso excessivo ou deficiente, é de extrema importância, portanto, é imprescindível definir o termo “risco nutricional” e diferenciá-lo de “estado nutricional”. Não há consenso para essa definição e, também, não está claro se “estar em risco nutricional” tem um sentido mais ameno do que estar “desnutrido”. Alguns autores propõem que essa avaliação seja realizada de forma subjetiva, a partir da identificação

de alguns sinais ou sintomas de depleção. (TIRAPEGUI e RIBEIRO, 2011).

Em trabalho de revisão, Acuña e Cruz (2004), descrevem o NSI como um questionário para ser usado na atenção primária à saúde, mas que tem mostrado eficiência limitada, não sendo capaz de prever a mortalidade em idosos. O NSI não é um instrumento que foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil, portanto, seu uso deve ser criterioso e respaldado por outras avaliações.

Acuña e Cruz, (2004) apresentam vários métodos, considerados convencionais, para a avaliação nutricional. Métodos convencionais são aqueles amplamente utilizados por sua facilidade e baixo custo. Entre os métodos apresentados encontram-se, o Índice Prognóstico Nutricional (IPN), o Índice Sugestivo de Desnutrição (ISD), o Índice de Risco nutricional (IRN), a Avaliação Subjetiva Global (ASG), a *The Nutrition Screening Initiative* (NSI) e a Miniavaliação Nutricional (MAN). Esses instrumentos de avaliação analisam, principalmente história clínica, exame físico, antropometria, avaliação da perda de peso, exames laboratoriais simples, história social, história dietética (usando o recordatório de 24 horas), entre outros.

A realização de triagem ou rastreamento nutricional é muito importante, pois permite identificar aqueles pacientes que necessitarão de uma avaliação nutricional mais detalhada. Desta forma, é possível reconhecer precocemente os indivíduos em risco e oferecer terapia nutricional adequada (ARAÚJO, 2011).

A Miniavaliação Nutricional é um instrumento que foi desenvolvido para investigar fatores relacionados ao risco nutricional. Tem o objetivo de rastrear o risco de desenvolver desnutrição ou detectá-la em estágio inicial. Foi elaborada em parceria entre o Hospital Universitário de Toulouse, França, a Universidade do Novo México, Estados Unidos, e a Nestlé

Research Center, na Suíça (VALE, LOGRADO, 2013).

A avaliação é composta por 18 questões divididas em cinco partes: triagem nutricional; avaliação antropométrica (índice de massa corporal (IMC), circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso); avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos); avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, e autonomia na alimentação); e autoavaliação (a autopercepção da saúde e da condição nutricional) (SALMASO *et al*, 2014).

O instrumento é fácil de ser aplicado, o que pode ser feito por um profissional treinado, da equipe de saúde, em cerca de dez minutos. É um teste simples, não invasivo, sensível e com boa reprodutibilidade. Mostra-se muito eficiente quando comparado com outros instrumentos que realizam a triagem nutricional. Já foi traduzido para mais de 20 idiomas e é largamente utilizado em pesquisas na área, em todo o mundo (NAJAS, 2011).

Para realizar a classificação do idoso pela MAN deve-se adotar os seguintes escores (EMED, KRONBAUER, MAGNONI, 2006).

- **Superior a 24 pontos – Estado nutricional adequado.**
- **Entre 23,5 e 27 pontos – estado de risco nutricional.**
- **Inferior a 17 pontos – desnutrição.**

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Informações utilizadas do caso clínico:

Com relação ao esquema terapêutico farmacológico, antes do AVC, Margarida fazia uso de hidroclortiazida 25mg (um comprimido pela manhã, por via oral); glibenclamida 5 mg (um comprimido uma vez ao dia, após o café da manhã, por via oral); captopril 50 mg (duas vezes ao dia, ou seja, de 12 em 12 horas, 1 hora antes das refeições, por via oral); e Arpynflan® 450mg (um comprimido três vezes ao dia por via oral, - pode ser utilizado antes ou após uma refeição). Depois da queda, que ocorreu em casa, continuou com as mesmas medicações e com a prescrição adicional de AAS 100mg (um comprimido uma vez ao dia, após o almoço).

Margarida apresentou emagrecimento de 5 kg nos últimos três meses e informou que já não consegue sair sozinha para fazer compras, nem cozinhar, mas consegue caminhar sem auxílio dentro de sua própria residência; porém, fica muito tempo deitada, o que gerou escaras na região sacral. Também necessitou mudar parcialmente o tipo e a quantidade de alimentos devido à dificuldade de deglutição. Realiza três refeições por dia (almoço, lanche da tarde e jantar). Adora ovos, consumindo-os ao menos duas vezes na semana. Come poucas frutas, mas gosta muito de legumes, leite e derivados. Porém, somente consome carnes duas vezes na semana. Ingere uma garrafa de café por dia, mas menos de um litro de água diariamente. Por causa da disfagia tem dificuldade de ingerir alimentos “duros”.

Por fim, Margarida referiu que sua saúde não está tão boa quanto a do seu Manoel (vizinho), que tem a mesma idade. A avaliação antropométrica indicou as seguintes medidas: 54 kg, 1,70m, 25 cm de circunferência do braço e 27 cm de circunferência da panturrilha.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

Pergunta Nº 1	
Institucionalização 0 – Sim; 1 – Não. MAN: 1	Se a entrevista estiver sendo feita no domicílio do idoso ou na casa de filhos e parentes e o idoso residir ali, não há necessidade de fazer a pergunta número 1.
Pergunta Nº 2	
Utilização de 3 ou mais medicamentos prescritos por dia. 0 – Sim; 1 – Não. MAN: 0	Questiona-se quantos medicamentos controlados o idoso faz uso crônico. Explicar em linguagem adequada o significado de uso crônico de um medicamento.
Pergunta Nº 3	
Passou por estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses. 0 - Sim; 1 - Não. MAN: 0	Deve-se dar exemplos ao idoso de situações de estresse psicológico e dar breve explicação sobre o que seria uma doença aguda. Questionar se ele passou por alguma dessas situações e caso ele relate alguma experiência, investigar se ela se enquadra no período de 3 meses.
Pergunta Nº 4	
Mobilidade 0 – Restrição à cama ou cadeira; 1 – Ergue-se, mais não anda; 2 – Capaz de andar. MAN: 2	Essa questão muitas vezes não precisa ser feita ao idoso. Basta observar seu estado e classificá-lo de acordo com as alternativas. A pergunta precisa ser feita nos casos em que o idoso permanece o tempo todo sentado, deitado ou em cadeira de rodas durante a entrevista.
Pergunta Nº 5	
Problemas neuropsicológicos 0 – Demência ou depressão grave; 1 – Demência média/mediana; 2 – Sem problemas neurológicos. MAN: 2	Para essa pergunta é necessário explicar brevemente ao idoso o que são problemas neurobiológicos. Perguntar a ele ou aos familiares se ele fez algum exame neurológico ou consultou com neurologista recentemente. Observar se na fala e nas informações o idoso dá sinais de confusão, contradição, desorientação no tempo e espaço, esquecimento.
Pergunta Nº 6	
Úlceras de pele ou pressão 0 – Sim; 1 – Não. MAN: 0	Após realizar essa pergunta, o entrevistado pode ficar com dúvida de que tipo de lesões são úlceras e mostrar ao entrevistador outras lesões como aranhados ou cortes. É necessário saber identificar e diferenciar o tipo de lesão a que se refere a questão e explicar ao idoso. Somente marcar a opção “0 - Sim” quando se tratar apenas de úlceras de pele.

Pergunta Nº 7	
<p>Ingestão de grandes refeições</p> <p>0 – Uma refeição; 1 – Duas refeições; 2 – Três refeições.</p> <p>MAN: 1</p>	<p>Os idosos muitas vezes confundem grandes refeições ou refeições completas com lanches durante o dia. É necessário diferenciar essas duas modalidades de ingestão de alimentos.</p> <p>Neste instrumento, considera-se refeição grande ou completa quando o indivíduo ingere mais de dois alimentos ou pratos simultâneos e senta-se para comer.</p>
Pergunta Nº 8	
<p>Consumo de alimentos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ao menos uma porção de leite e derivados por dia. • Duas ou mais porções de ovos e legumes por semana. • Carne, peixe e frango diariamente. <p>0 – Se 0 ou 1 resposta positiva; 0,5 – Se 2 respostas positivas; 1 – Se 3 respostas positivas.</p> <p>MAN: 0,5</p>	<p>Nesta questão é necessário esclarecer e dar exemplos aos idosos quais alimentos fazem parte dos grupos de alimentos: derivados de leite (laticínios) e legumes. Ex. A senhora come pelo menos uma porção por dia de algum desses alimentos: leite, iogurte, queijo ou requeijão?</p> <p>Deve-se atentar para os prazos de tempo para a ingestão de cada alimento e marcar como verdadeira a opção apenas quando se enquadrar em cada prazo.</p>
Pergunta Nº 9	
<p>Consumo de duas ou mais porções de frutas e/ou hortaliças por dia.</p> <p>0 – Não; 1 – Sim.</p> <p>MAN: 0</p>	<p>É necessário dar uma explicação breve e exemplos sobre quais alimentos pertencem ao grupo das hortaliças, tal como foi feito na questão oito. Atentar para a quantidade de consumo diário. Deve-se marcar a opção “1 - Sim” apenas quando forem duas porções.</p>
Pergunta Nº 10	
<p>Declínio da ingestão de alimentos nos últimos 3 meses devido à perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades em mastigar e engolir.</p> <p>0 – Grave perda do apetite; 1 – Moderada perda de apetite; 2 – Sem perda de apetite.</p> <p>MAN: 1</p>	<p>Atentar para o prazo de três meses do declínio da ingestão e os motivos estabelecidos pela questão. Alguns idosos podem relatar que normalmente tem pouco apetite. Deve-se diferenciar o pouco apetite usual de condições patológicas.</p>
Pergunta Nº 11	
<p>Ingestão de líquidos (água, suco, café, leite, vinho, cerveja em xícaras ou copos) por dia.</p> <p>0 – Menos de 3; 1 – De 3 a 4; 2 – Mais de 5.</p> <p>MAN: 2</p>	<p>Deve-se orientar ao idoso a fazer um cálculo mental em que irá juntar todos os líquidos que ingere por dia e ajudá-lo a converter esse volume em copos ou xícaras.</p>

Pergunta Nº 12	
<p>Forma de alimentação.</p> <p>0 – Necessita de assistência; 1 – Alimenta-se sem assistência, porém, com alguma dificuldade; 2 – Alimenta-se sem nenhum problema</p> <p>MAN: 0</p>	<p>Explicar ao idoso que a assistência refere-se tanto ao preparo dos alimentos (preparar o alimento, abrir embalagens) como também para segurar e equilibrar os alimentos no talher.</p> <p>Idosos que têm dificuldades para cozinhar, mas que se alimentam sozinhos devem ser classificados na opção</p> <p>“1 – Alimenta-se sem assistência, porém, com alguma dificuldade.</p>
Pergunta Nº 13	
<p>O paciente considera ter algum problema nutricional?</p> <p>0 – Desnutrição grave; 1 – Não sabe ou desnutrição moderada; 2 – Sem problema nutricional.</p> <p>MAN: 2</p>	<p>Para essa questão será preciso conceituar problemas nutricionais e desnutrição. O idoso pode não compreender os termos e ficar confuso.</p>
Pergunta Nº 14	
<p>Em comparação com outras pessoas de mesma idade, como o paciente considera seu estado de saúde?</p> <p>0 – Não tão bom; 0,5 – Não sabe; 1 – Igual; 2 – Melhor.</p> <p>MAN: 0</p>	<p>Essa pergunta é muito subjetiva. O entrevistador pode não concordar com a resposta do entrevistado, mas não deve influenciar sua resposta.</p>
Pergunta Nº 15	
<p>Valor do IMC (Kg/m²)</p> <p>0 – IMC menor que 19; 1 – IMC entre 19 e 21; 2 – IMC entre 21 e 23; 3 – IMC maior ou igual a 23.</p> <p>MAN: 0</p>	<p>Para realizar esse cálculo é necessária a mensuração do peso e da altura do paciente. Valores exatos são necessários para cálculo correto.</p> <p>Não é aconselhável perguntar aos idosos os valores de peso e altura, dificilmente eles saberão os valores exatos.</p> <p>Para o peso, usa-se a balança digital. Deve-se ajudar o idoso a subir na superfície da balança com o mínimo de roupa possível.</p> <p>Para a altura, uma fita métrica deve ser fixada em uma parede sem ondulações. Pede-se ao idoso que encoste-se à parede com os pés e cabeça voltados para frente e alinhados</p> <p>O valor de IMC é obtido dividindo-se o valor do peso pelo valor da altura ao quadrado.</p>
Pergunta Nº 16	
<p>Circunferência do Braço (cm)</p> <p>0 – Circunferência menor que 21 cm; 0,5 - Circunferência entre 21 e 22 cm; 1 – Circunferência maior ou igual a 22.</p> <p>MAN: 1</p>	<p>Anota-se o valor e marca-se a opção correspondente.</p>

Pergunta Nº 17	
Circunferência da panturrilha (cm) 0 – Circunferência menor que 31 cm; 1 – Circunferência maior ou igual a 31; MAN: 0	Para a mensuração da circunferência da panturrilha usa-se a fita métrica, colocando-a em torno da panturrilha, na região mais larga. Anota-se o valor encontrado e marca-se a opção correspondente.
Pergunta Nº 18	
Perda de peso nos últimos 3 meses 0 – Perda de peso maior que 3 kg; 1 – Não sabe informar; 2 – Perda de peso entre 1 e 3 Kg; 3 – Sem perda de peso. MAN: 0	Observar o prazo de três meses a que se refere à pergunta. Dificilmente o entrevistado saberá os valores exatos da perda de peso. Portanto, deve-se investigar qual das opções encaixa-se mais com a perda. Caso o paciente tenha um prontuário ou outros documentos que registrem esses valores, podem ser usados.

Total de pontos: 12,5 (Desnutrição)

8. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF

A Medida de Independência Funcional é um instrumento de avaliação da capacidade de pacientes com restrições funcionais de origens diversas e foi desenvolvida nos Estados Unidos da América, em 1982. Tem por objetivo avaliar de forma quantitativa o grau de incapacidade e os resultados das intervenções na área da reabilitação (medicina, enfermagem de reabilitação, tecnologias da saúde, psicologia), em clientes adultos e idosos. Trata-se de um instrumento multidimensional que pode ser utilizado para obter resultados quanto ao tratamento e, também, como forma de planejamento terapêutico (RIBERTO et al., 2004).

Mede a incapacidade, não a deficiência. Tem por objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. É importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos (BRASIL, 2006).

A MIF foi elaborada para ser utilizada como uma escala

de sete níveis, que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência, e reflete o nível quantitativo de cuidados para a incapacidade em questão. As categorias são agrupadas em seis dimensões: **autocuidado, controle de esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social**. Cada dimensão é analisada pela soma de suas categorias de referência; quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência.

O nível quantitativo de cuidados representa o tempo e a energia requisitados para responder às necessidades de um indivíduo dependente, e que lhe permite atingir e manter uma qualidade de vida satisfatória (RIBERTO et al., 2004).

A escala reflete a carga global de cuidados para a incapacidade em questão. A classificação de uma atividade em termos de dependência ou independência é baseada na necessidade de ser assistido ou não por outra pessoa, se a ajuda é necessária e em qual proporção.

A MIF não é um instrumento autoaplicado, portanto, exige treinamento para sua utilização. Dessa forma, sua tradução e adaptação cultural dirigiram-se especificamente à compreensão dos seus itens pelos profissionais que a aplicarão (RIBERTO et al., 2004).

Análise do Instrumento

Para cada subitem o escore varia de 1 a 7. O valor 7 indica independência total. Não há escore zero. Os escores totais variam de 18 a 126.

Subescores passíveis de utilização: **MIF Motora** (varia de 13 a 91) e **MIF Cognitiva** (de 5 a 35) (RIBERTO et al., 2001). Segundo Ricci, Kubota e Cordeiro (2005), a classificação da MIF corresponde a:

- a) Dependência completa (requer assistência total) = 18 pontos.
- b) Dependência modificada (necessita de assistência de até 50%

na realização da tarefa) = 19 a 60 pontos.

c) Dependência modificada (necessita de assistência de até 25% na realização da tarefa) = 61 a 103 pontos.

d) Independência modificada/completa = 104 a 126 pontos.

Procedimentos de Utilização e Classificação

A pontuação mais baixa é registrada porque corresponde ao que o indivíduo habitualmente faz, na realidade, nesse momento. Pode ser necessário estabelecer um consenso entre o enfermeiro e os demais profissionais da saúde para estabelecer o que significa “habitualmente”. Entretanto, **sempre que sejam necessários 2 ajudantes** para que o indivíduo consiga fazer as tarefas descritas em cada item, **deve pontuar-se com 1**.

Os itens da cognição social: interação social, resolução de problemas e memória são estimativas da função em três domínios importantes da atividade diária de uma pessoa.

Na equipe multidisciplinar, a MIF pode ter valorações diferentes. Nesses casos, deve-se anotar o valor mais baixo. A razão das diferenças pode ser devida à aprendizagem insuficiente da função, fadiga, condições ambientais, tempo ou ausência da motivação para utilizar as competências adquiridas nas diversas áreas de intervenção terapêutica.

Quando proceder à pontuação dos níveis de função de cada item das atividades, sugere-se que sejam ponderados e devidamente avaliados os seguintes aspectos, com reflexos no percentual a atribuir em função do grau de desempenho de cada subatividade/subtarefa:

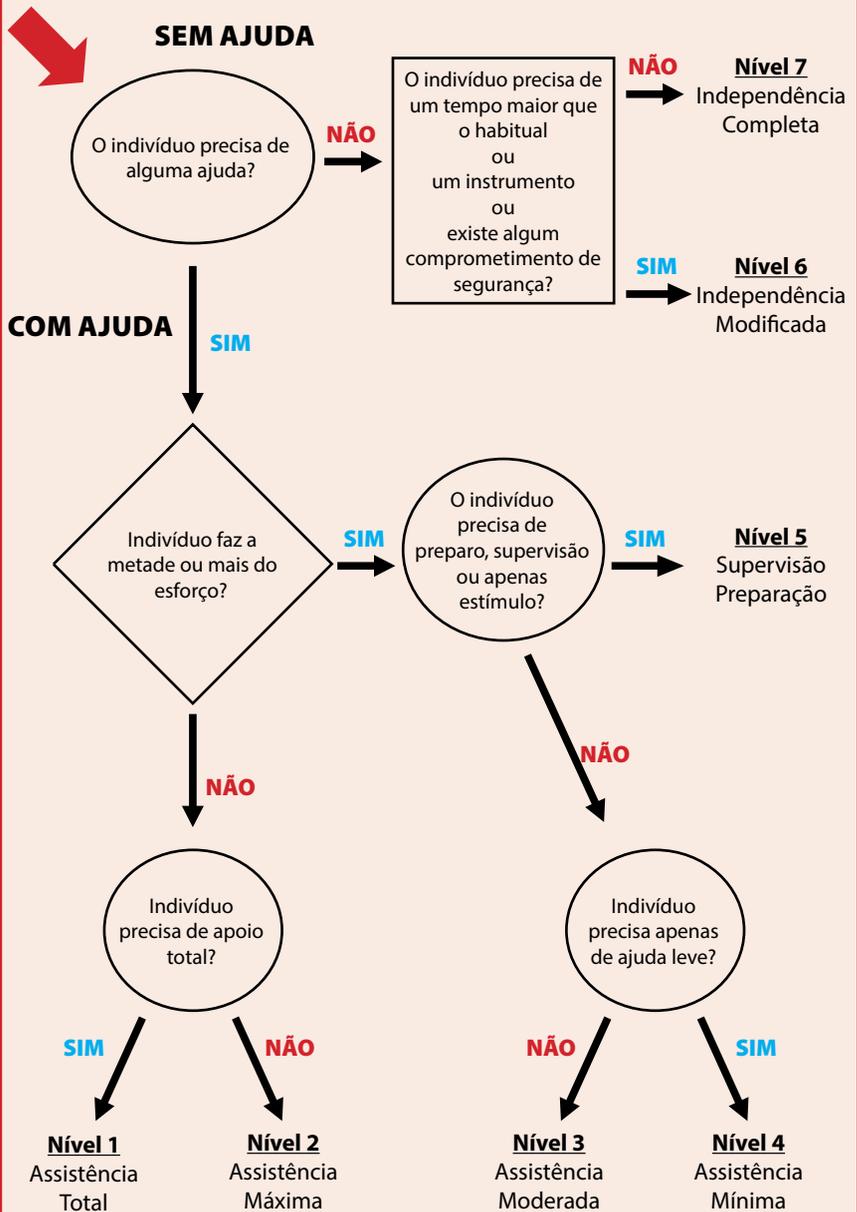
- ✓ Quantificar as subatividades/subtarefas necessárias para a realização de cada atividade/tarefa e atribuir % estimada ao grau de realização de cada uma delas:

- ✓ A realização integral da tarefa ou da subtarefa deverá corresponder a 100%, fazendo então corresponder o nível de função no intervalo do *continuum* dependência/independência.
- ✓ Se a realização da tarefa/subtarefa for incompleta (parcial) deverá ser atribuída % parcial de modo equilibrado e equitativo em função do nível/grau de realização efetivamente realizado em cada tarefa/subtarefa.
- ✓ Se o idoso não realizar a tarefa/subtarefa, atribuir/estimar 0%.

Reflexões finais sobre a atribuição de pontuação às categorias da MIF:

1. Considerar percentualmente o esforço ou a orientação e/ou direção no desempenho de cada subtarefa, implícita em cada item da MIF. O Avaliador deverá refletir o nível de dependência de forma equitativa em relação ao total das subtarefas. Exemplo: Veste e despe camisola, mas não consegue vestir e despir camisa → atribuir nível 3 (porque o idoso realiza 50% do esforço), se vestir mas não despir a camisa → atribuir nível 4 (idoso realiza 75% do esforço).
2. Para determinar o nível a atribuir a um item da MIF é preciso testar as competências. Exemplo: passagem leito, cadeira, cadeira de rodas. Se tiver 7 para leito e cadeira, mas 4 para CR, deve-se atribuir 4 porque é o nível mais baixo.
3. Quando o idoso não consegue executar (precisa de ajuda total) uma subtarefa, mas é independente em outras, deve-se fazer a soma dos percentuais das tarefas em que é independente e fazer corresponder com o nível da MIF.

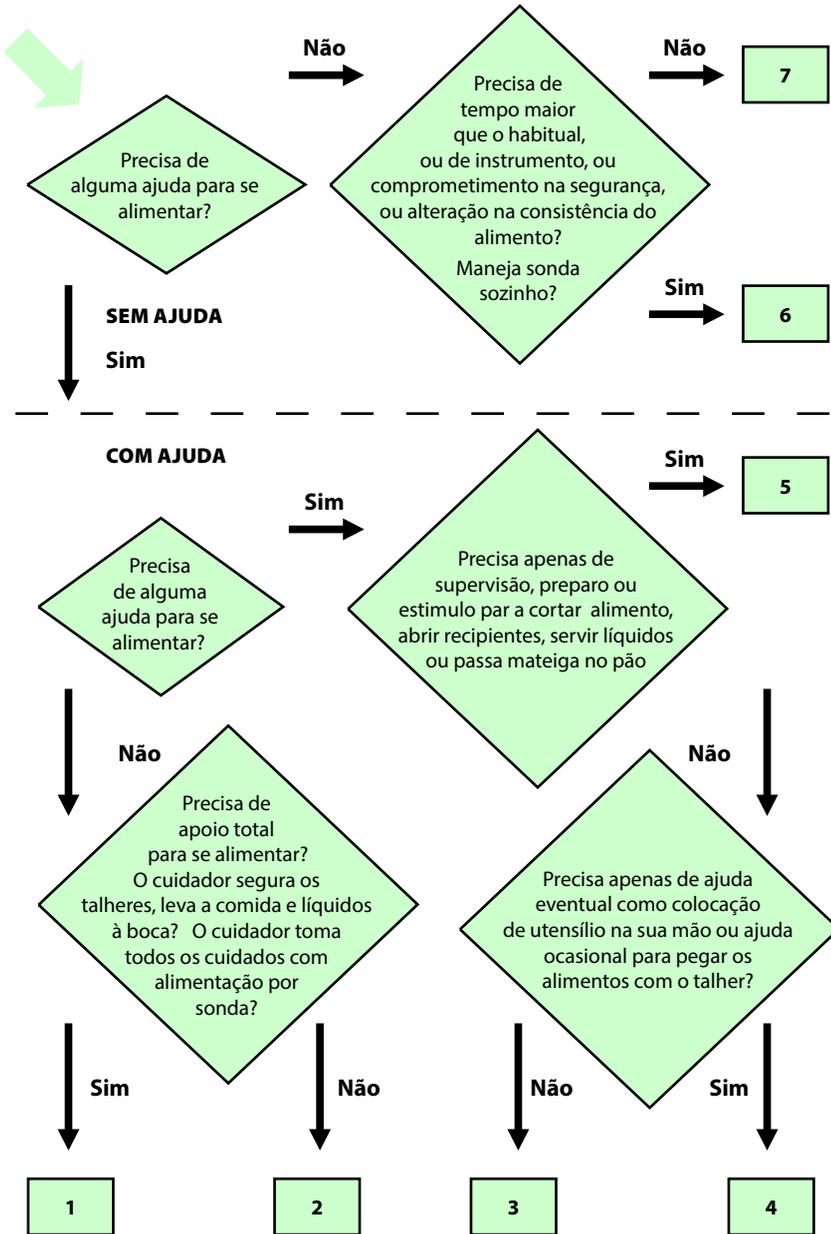
Medida de Independência Funcional Árvore de Decisões



Fonte: BRASIL, 2006

MIF - ÁRVORE DE DECISÕES - ALIMENTAÇÃO

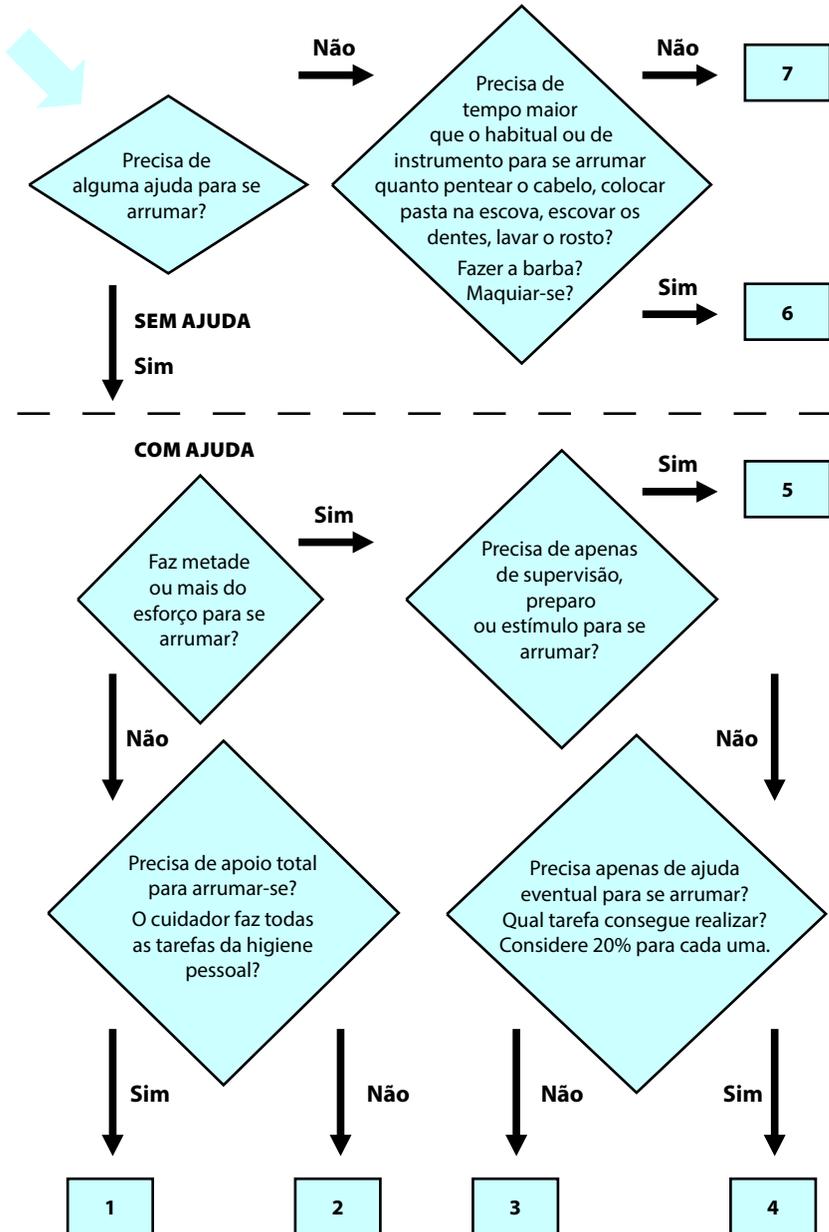
(Considerar utensílios necessários para levar os alimento à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — HIGIENE PESSOAL

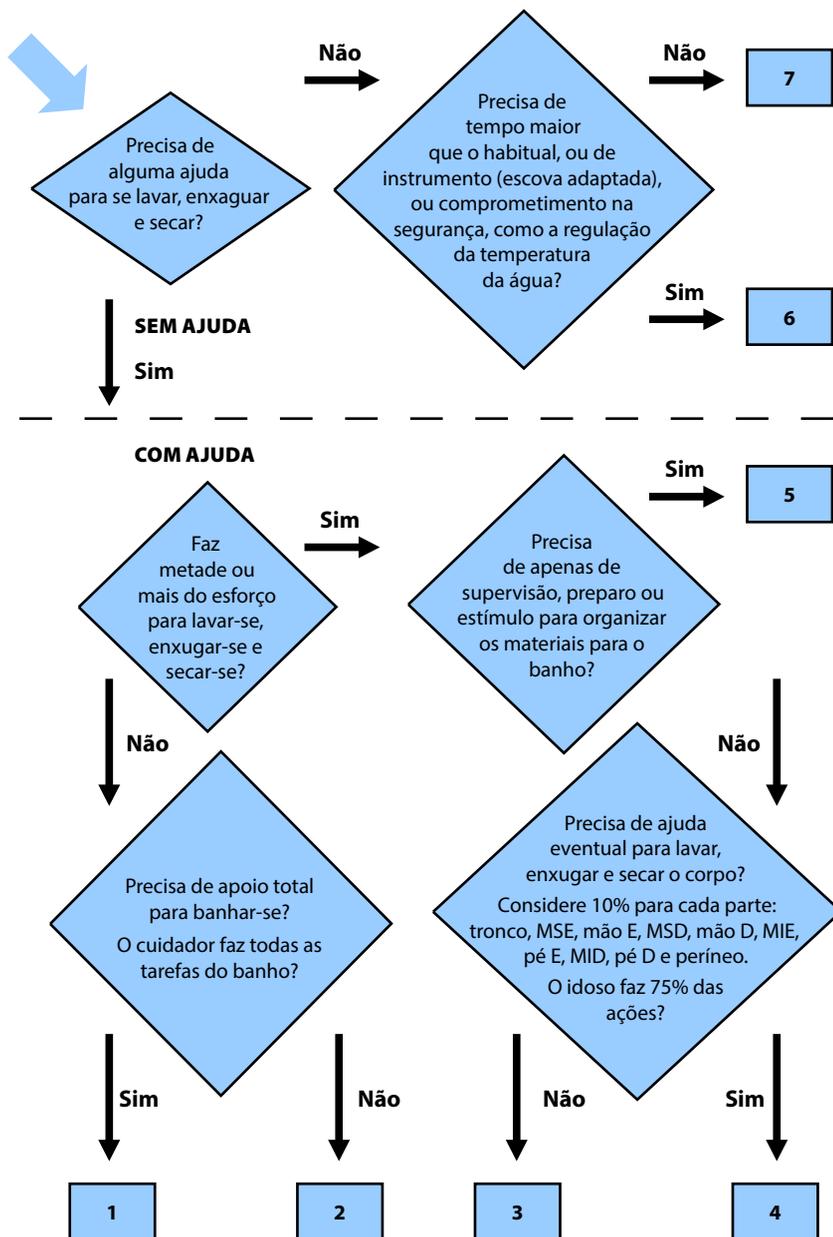
(Considerar cuidados de apresentação e aparência: escovar os dentes, pentear os cabelos, lavar as mãos e o rosto. Fazer barba ou maquiagem)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — BANHO

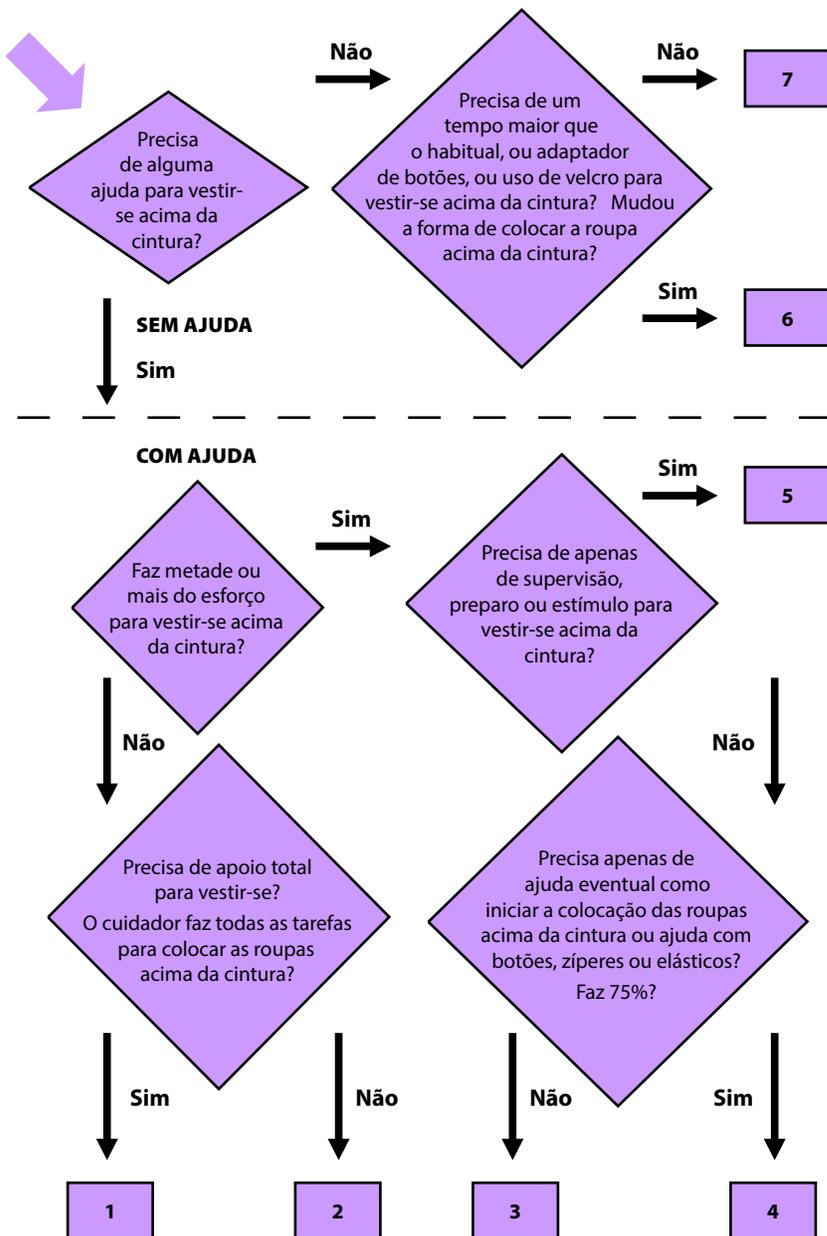
(Considerar lavar, enxugar e secar o corpo em segurança — exceto as costas)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — VESTIR-SE ACIMA DA CINTURA

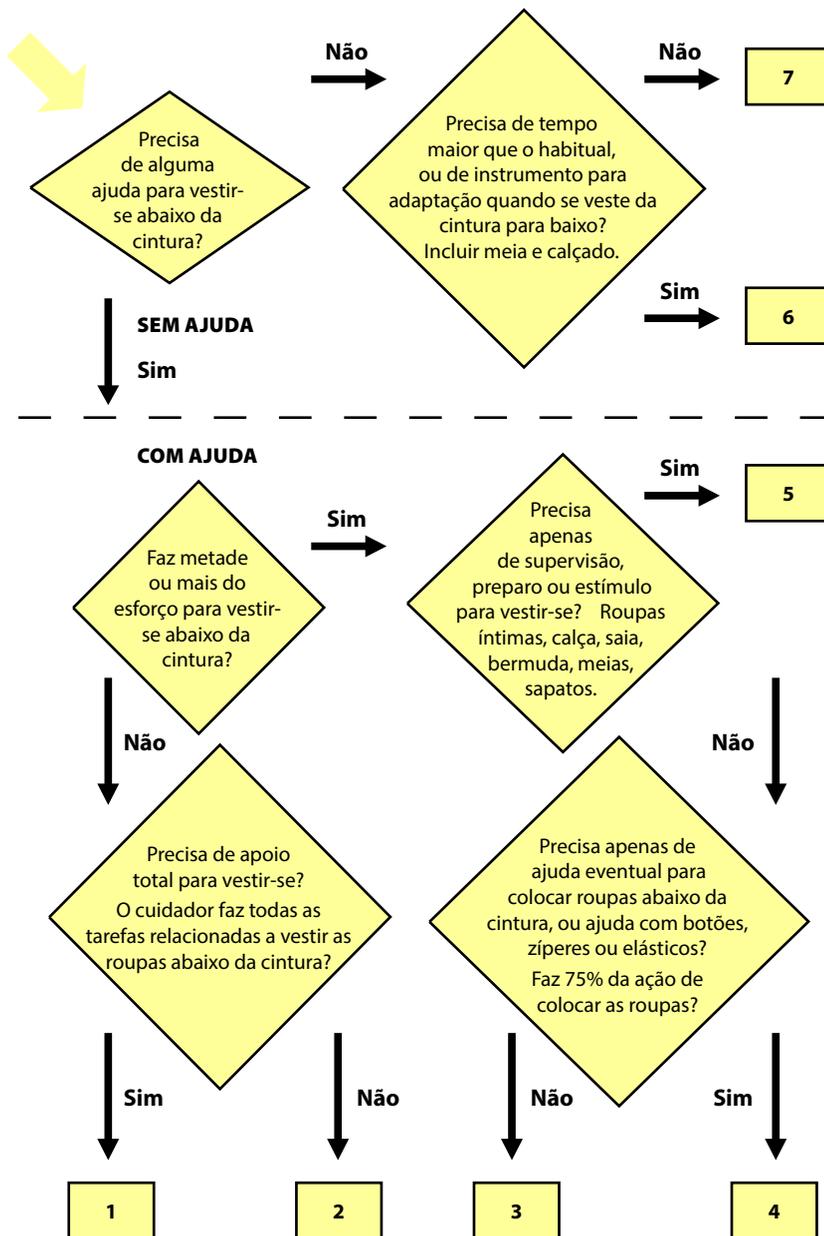
(Colocar e tirar roupa da cintura para cima. Necessário uso de prótese ou órtese?)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — VESTIR-SE ABAIXO DA CINTURA

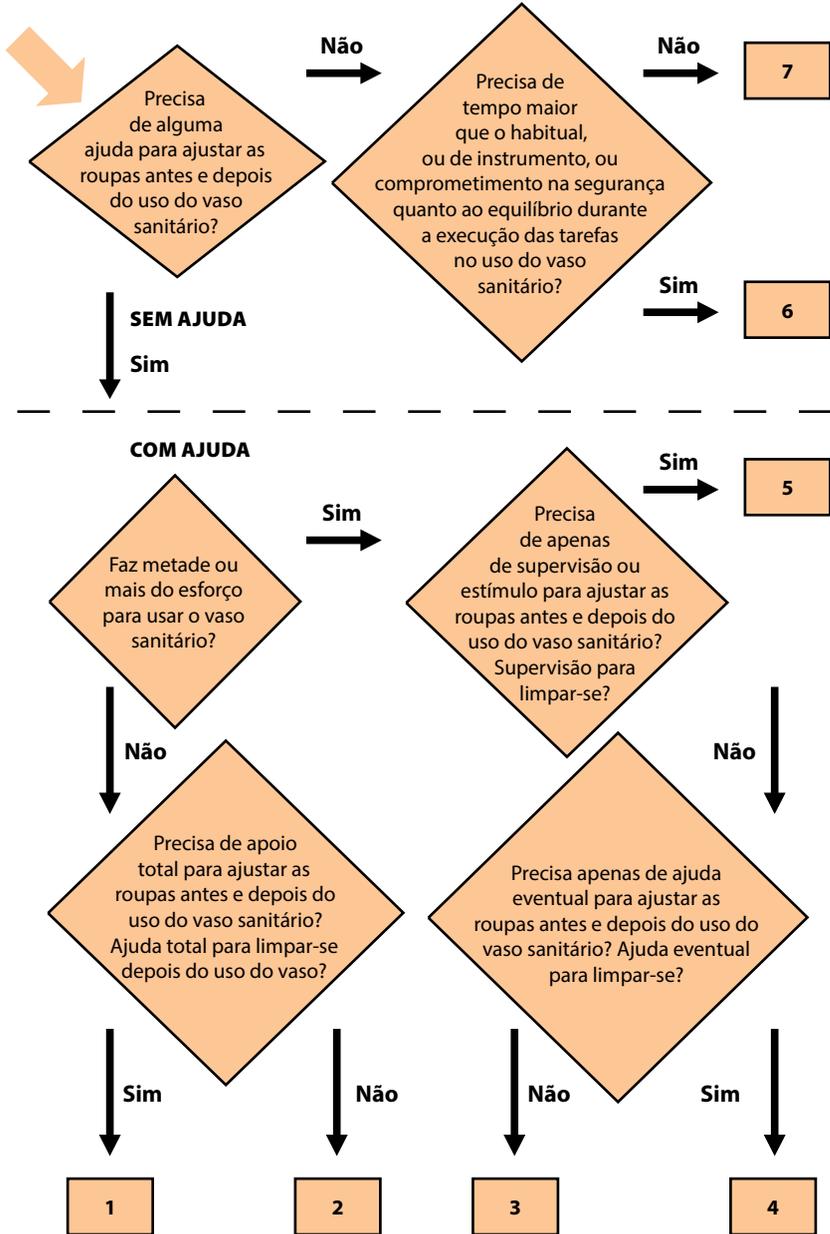
(Colocar e tirar roupa da cintura para baixo. Necessário prótese ou órtese?)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — USO DO VASO SANITÁRIO

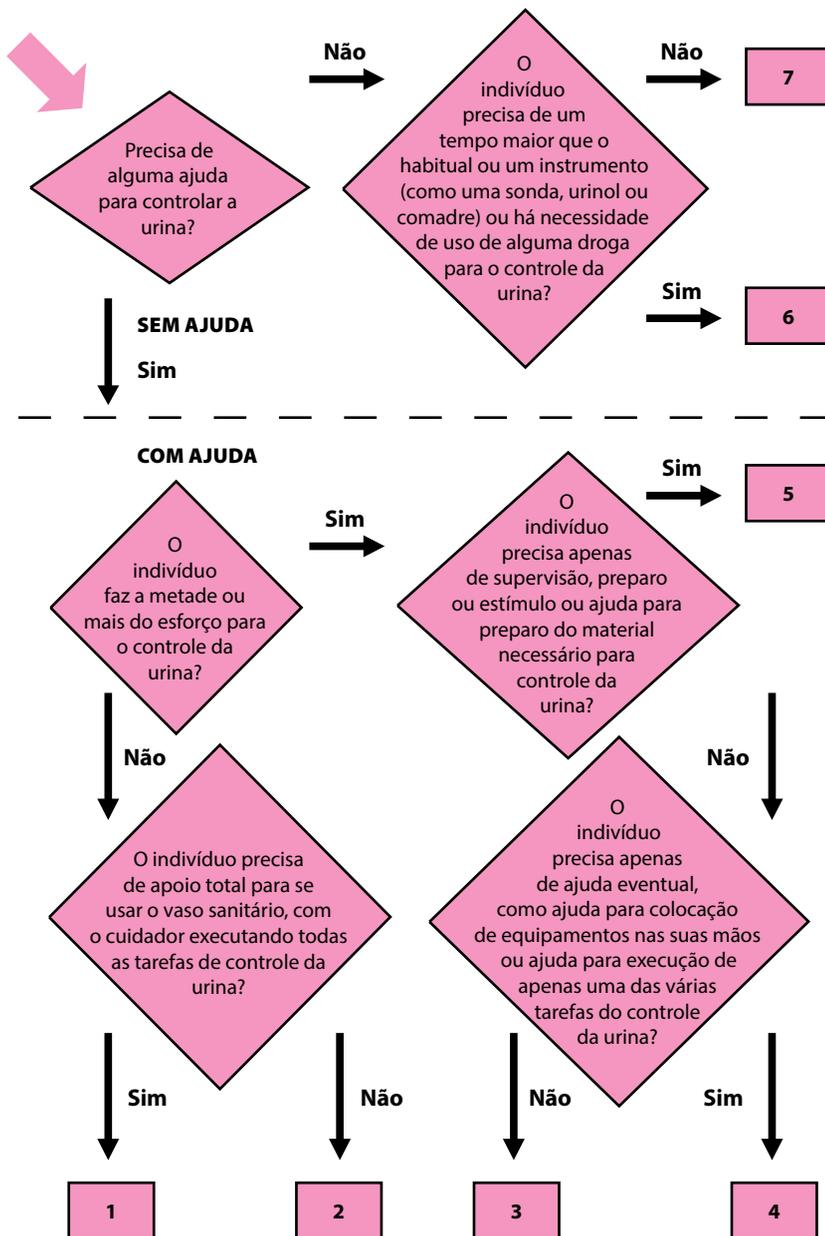
(Realizar a higiene perineal. Despir e vestir a roupa antes e depois da utilização do vaso sanitário ou da comadre)



Fonte: BRASIL, 2006

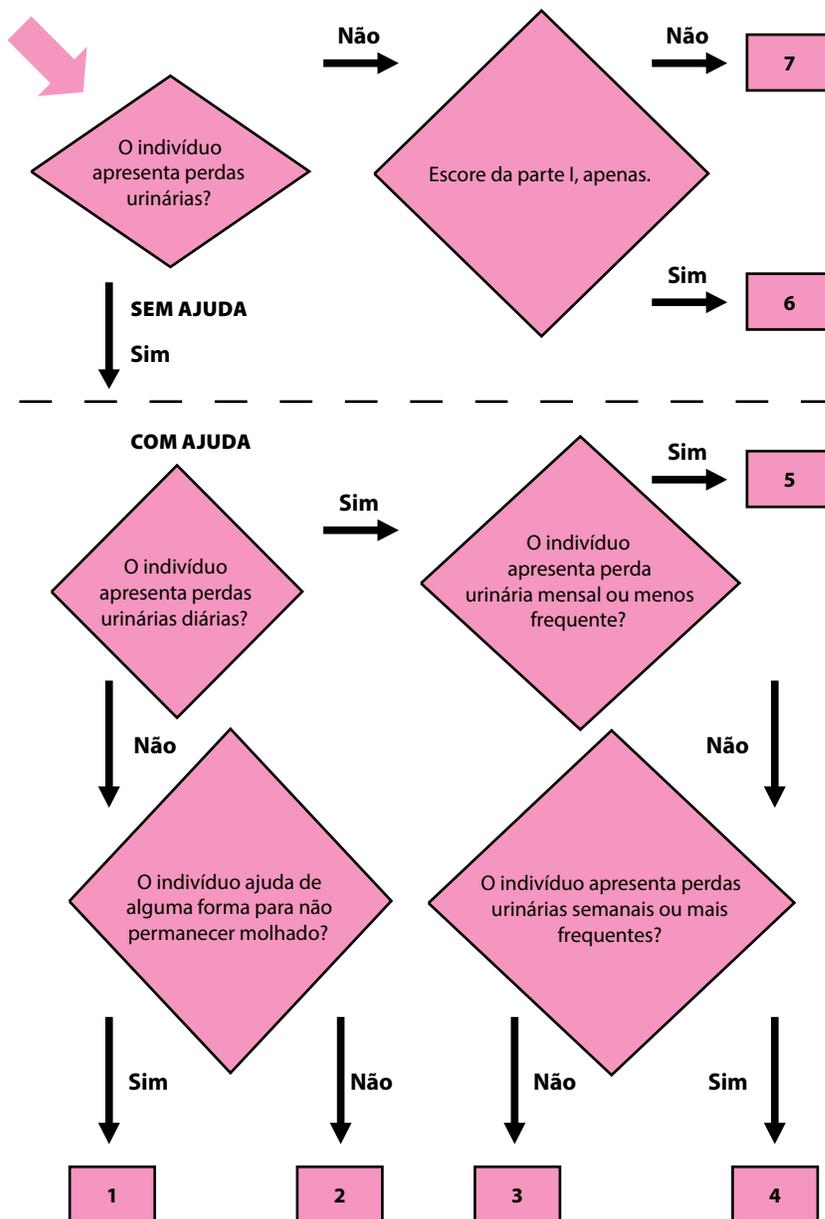
MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — URINA — PARTE I

(Controle completo e intencional da diurese. Necessário utilizar equipamentos ou meios para o controle vesical?)



Fonte: BRASIL, 2006

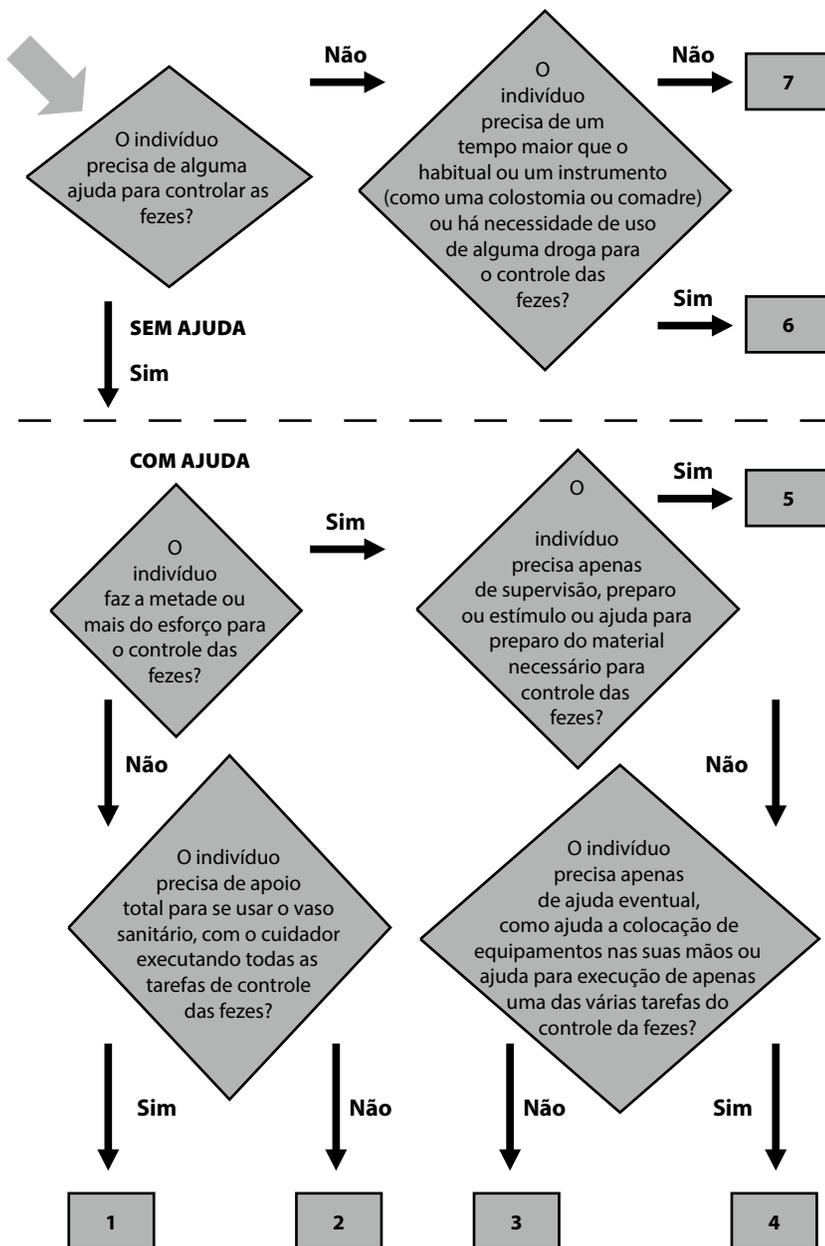
MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — URINA — PARTE II
 (Considerar se há perdas urinárias e a frequência. Mensal, Semanal, Diária.)



Fonte: BRASIL, 2006

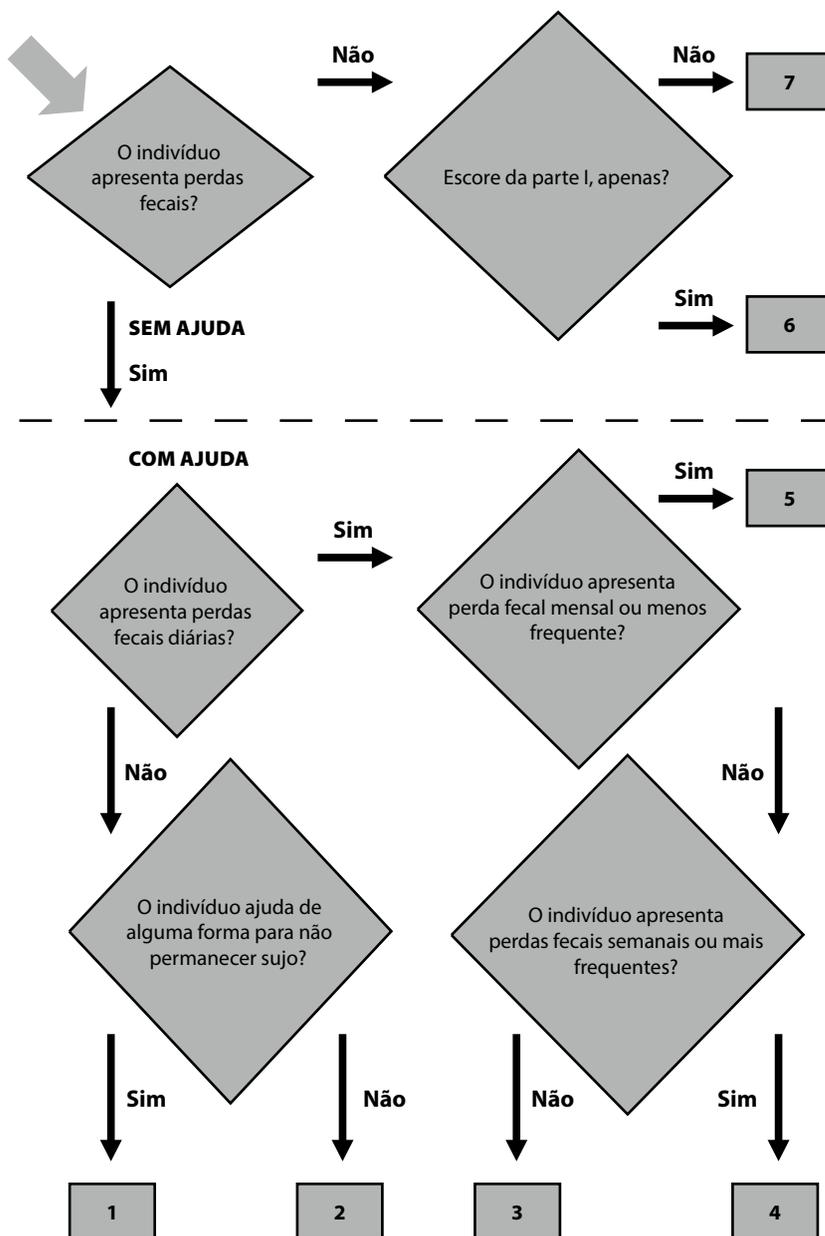
MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — FEZES — PARTE I

(Controle intencional e completo da defecação. Necessário equipamentos ou meios para defecar?)



Fonte: BRASIL, 2006

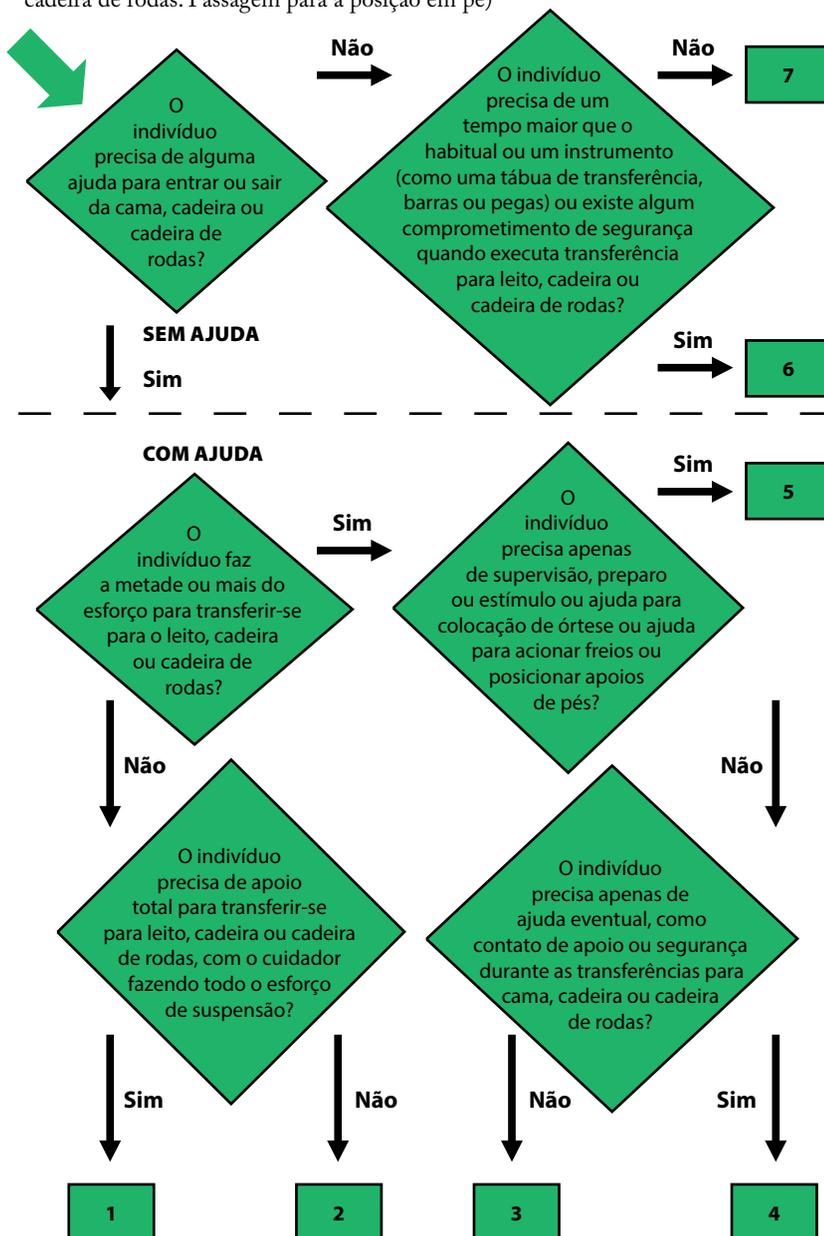
MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — FEZES — PARTE II
 (Considerar se há perda de fezes. Registrar a frequência: mensal, semanal ou diária)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES TRANSFERÊNCIA LEITO, CADEIRA E CADEIRA DE RODAS

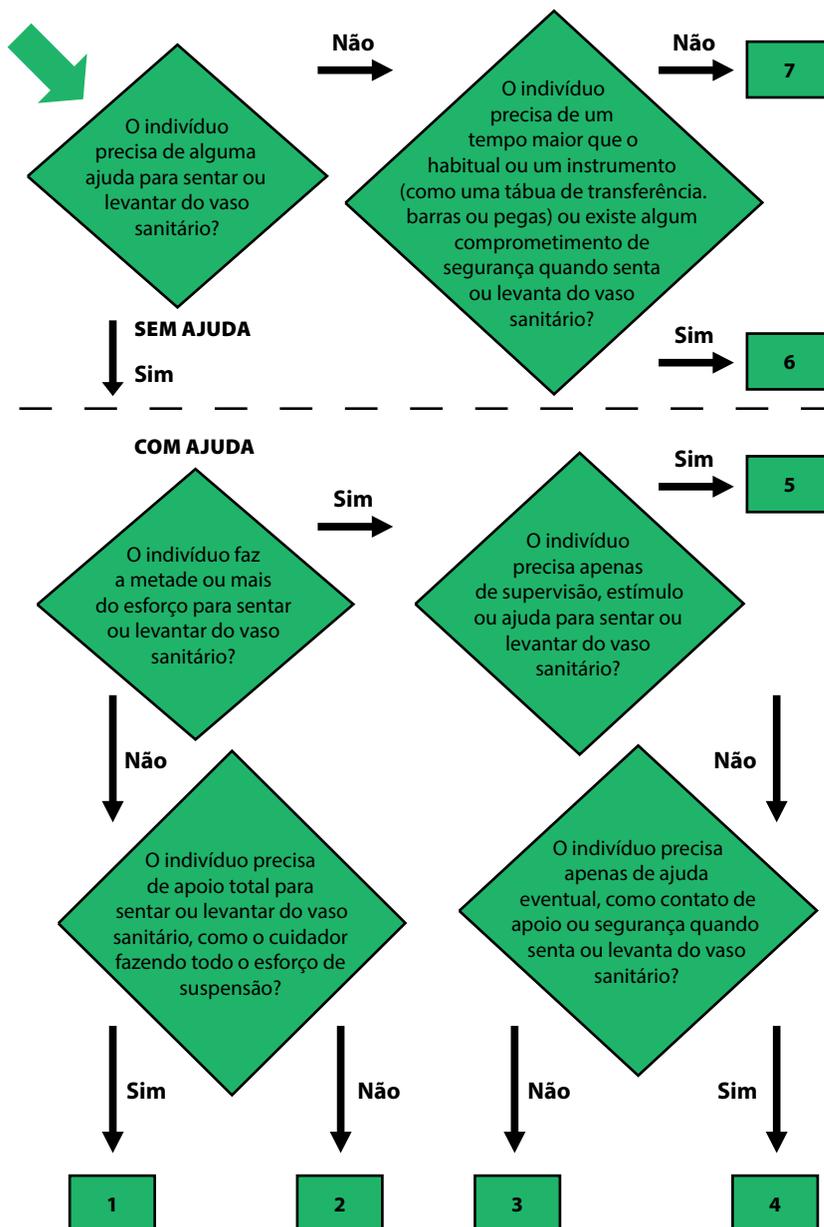
(Considerar todos os aspectos relacionados a transferência de/para o leito, cadeira ou cadeira de rodas. Passagem para a posição em pé)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES TRANSFERÊNCIA VASO SANITÁRIO

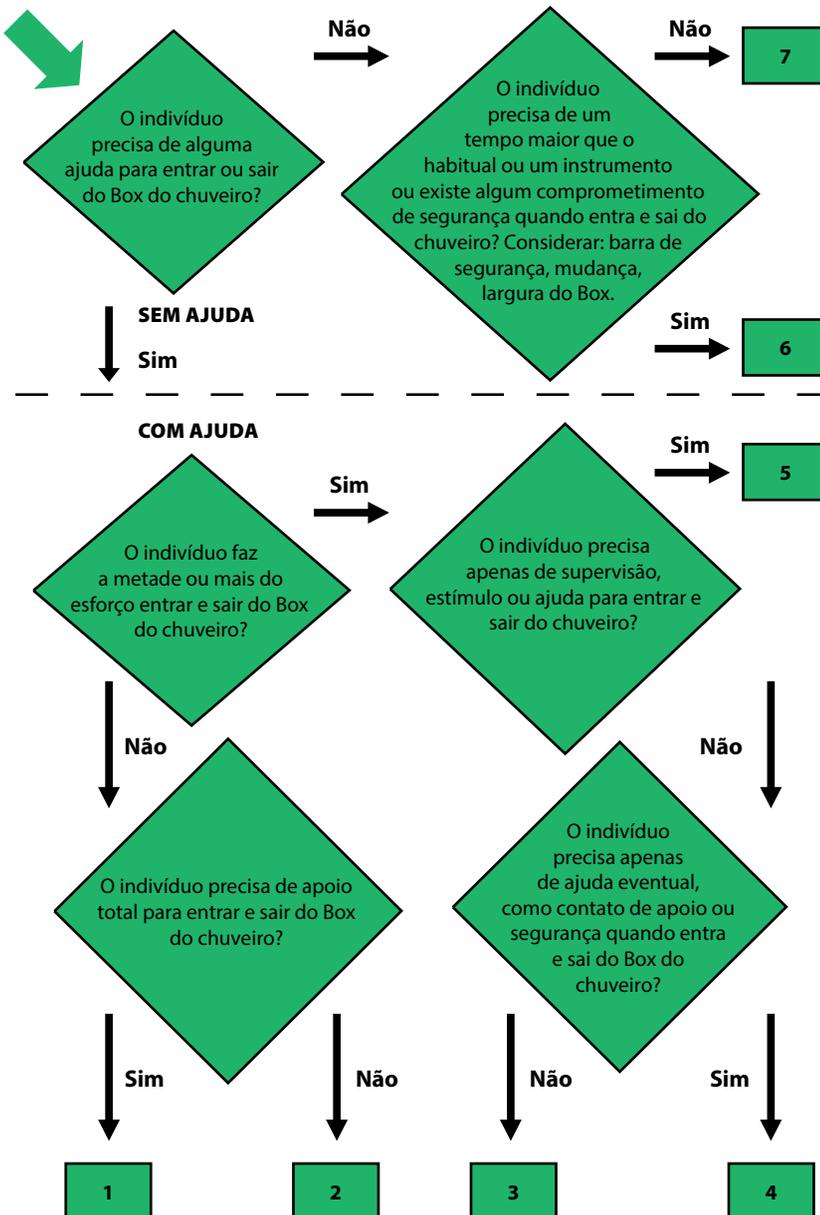
(Considerar passar / sentar - para o vaso sanitário e vice-versa)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES TRANSFERÊNCIA CHUVEIRO / BANHEIRA

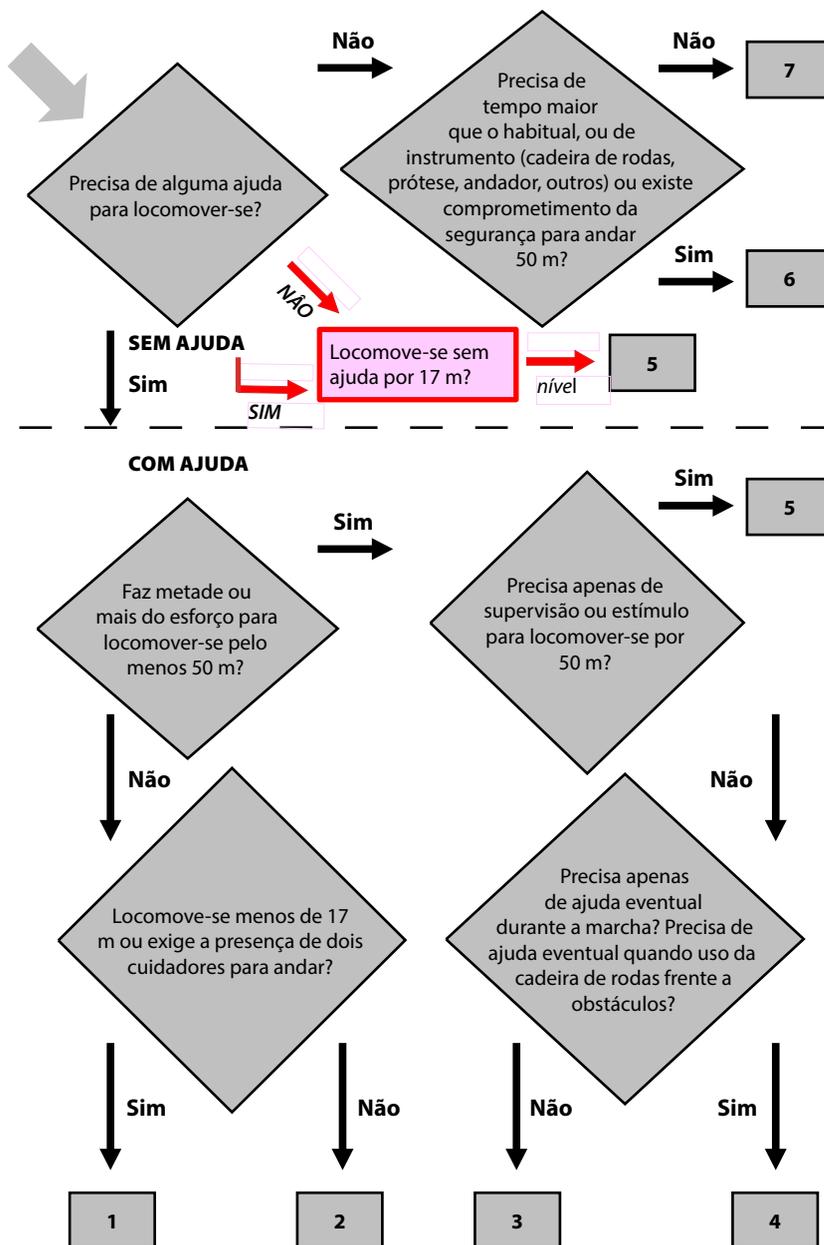
(Considerar entrar e sair do Box do chuveiro)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — LOCOMOÇÃO

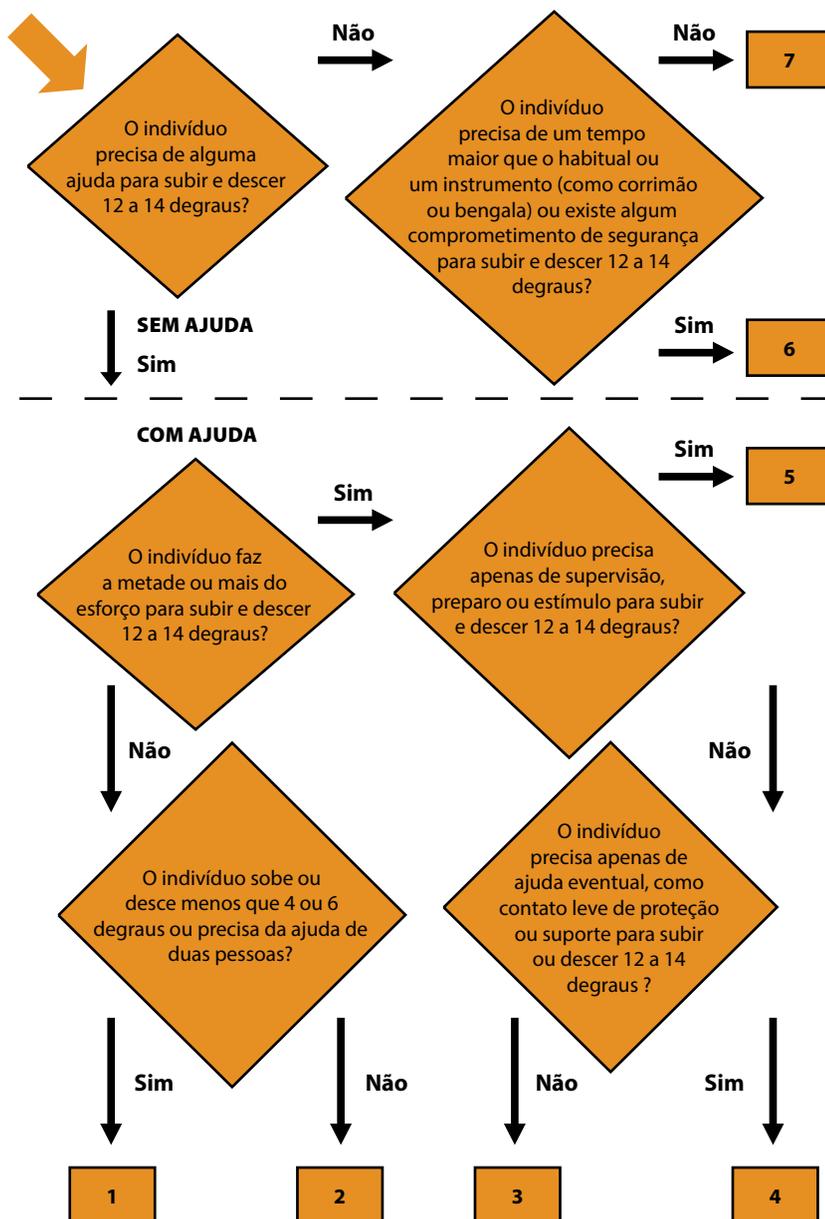
(Avaliar o andar a partir da posição do pé ou utilização de cadeira de rodas — uma vez sentado — em piso plano. Considerar distâncias de 50 m e depois 17 m.)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — LOCOMOÇÃO: ESCADAS

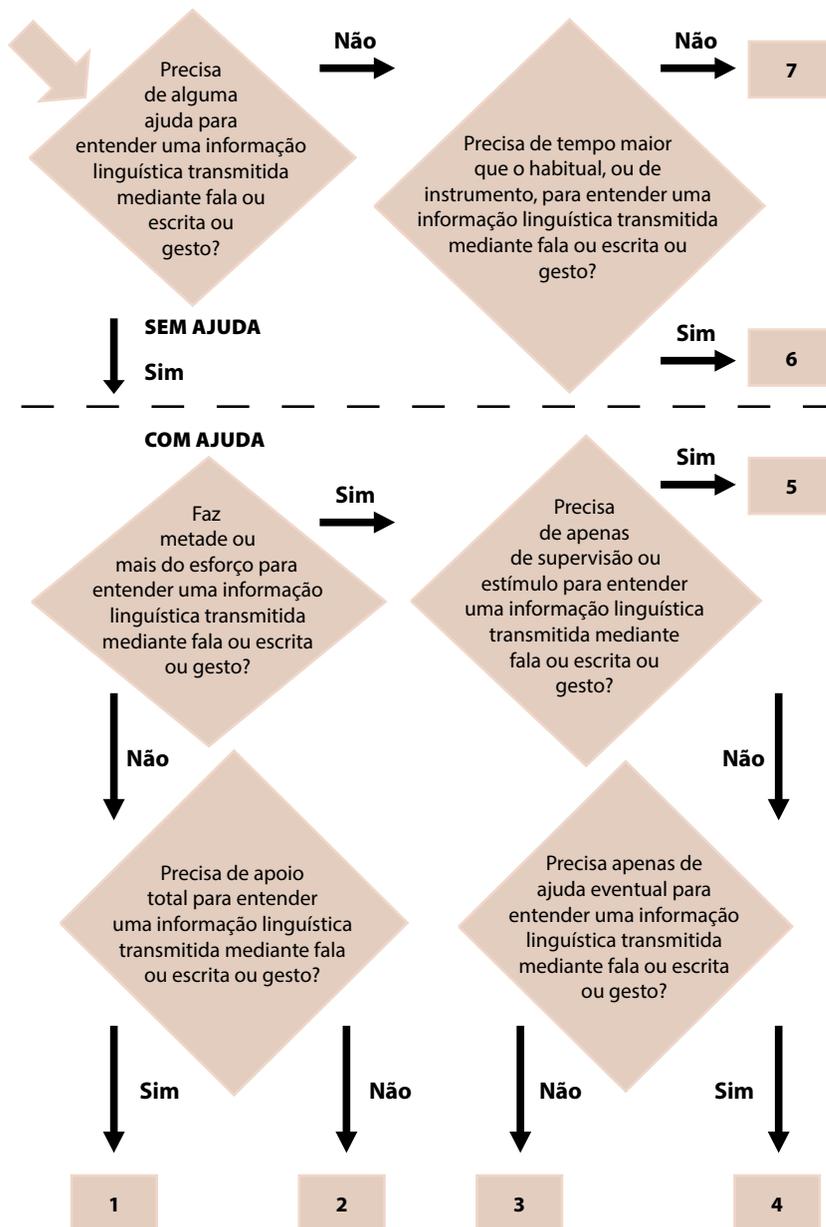
(Considere subir e descer 12 a 14 degraus — um lance de escadas. Ambiente interior.)



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — COMPREENSÃO

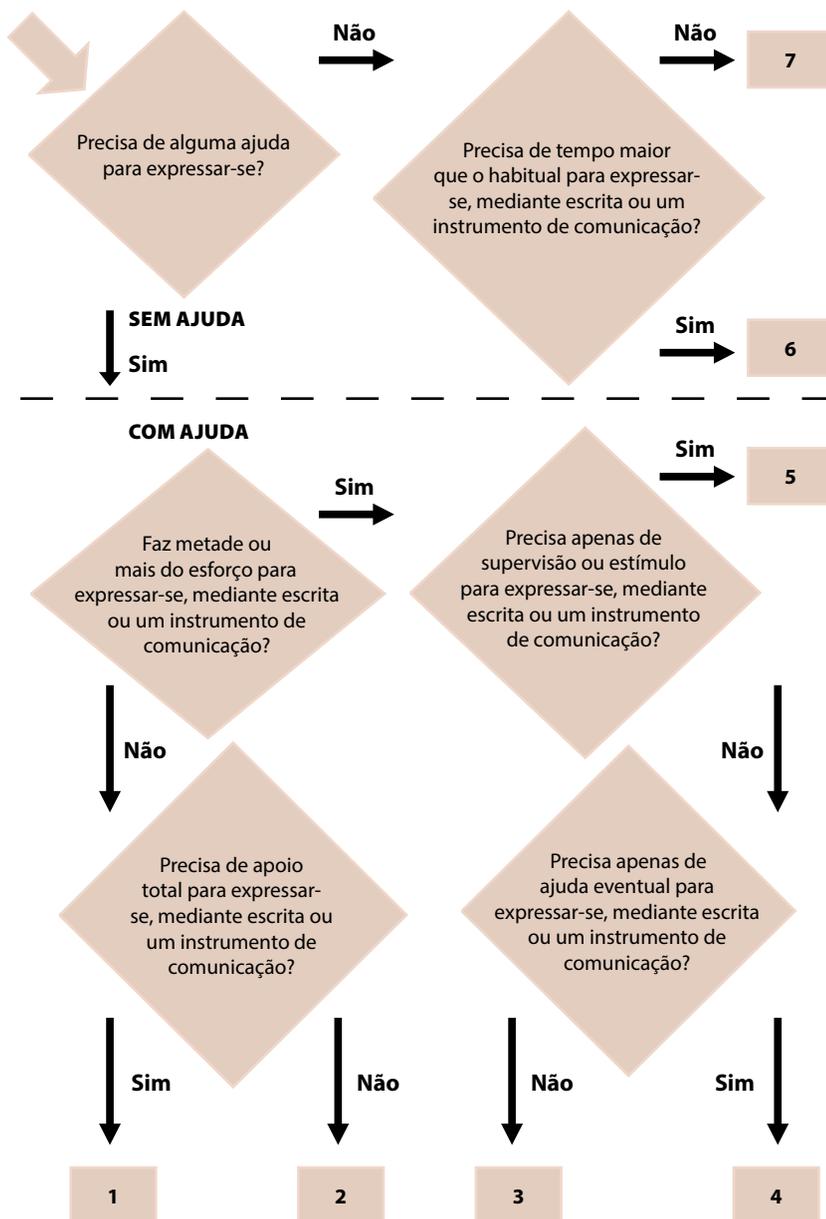
(Compreensão de uma comunicação visual ou auditiva. Registrar o modo de compreensão mais usual. Se são usados por igual, registrar (A) auditivo e (V) visual).



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — EXPRESSÃO

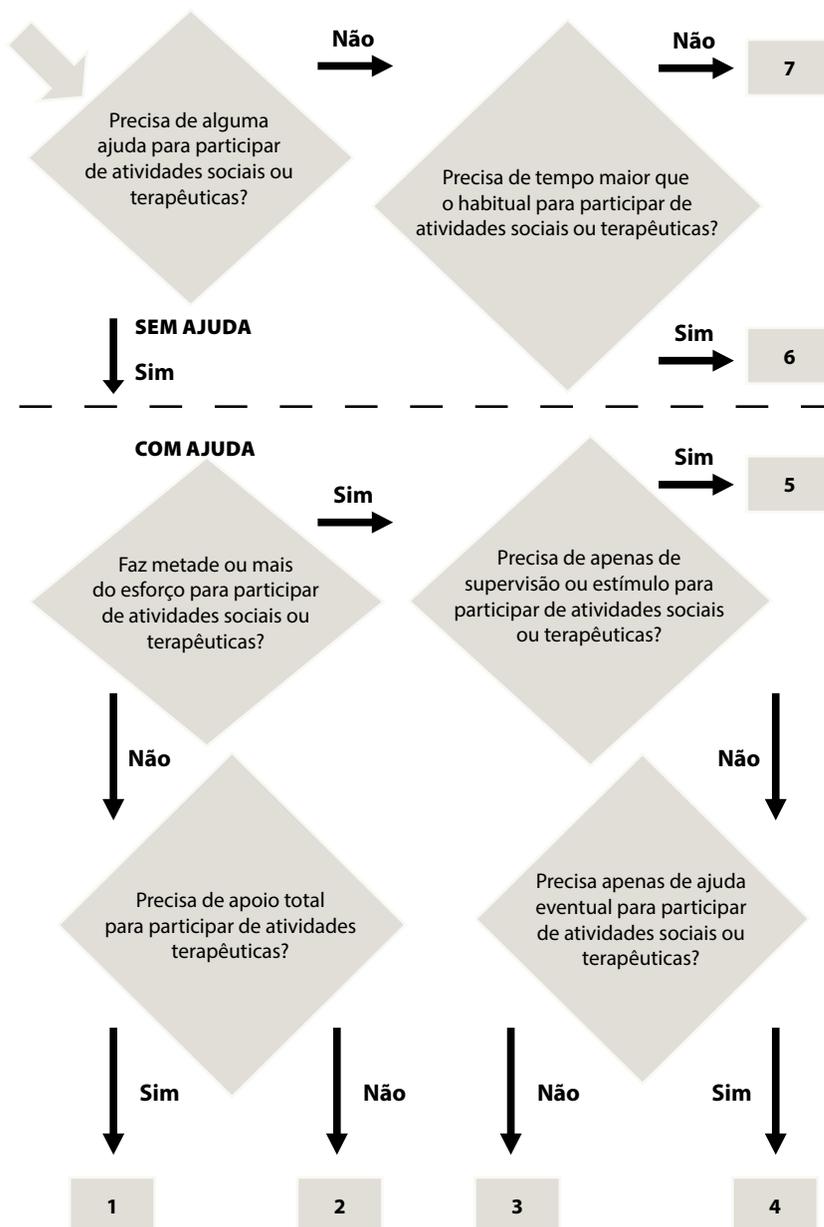
(Expressão clara da linguagem verbal ou não verbal. Expressa informação linguística verbal ou gráfica com sentido, gramática apropriada e exata. Avaliar e registrar o modo de expressão mais usual. Se ambos, registrar (V) verbal e (N) não verbal).



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — INTERAÇÃO SOCIAL

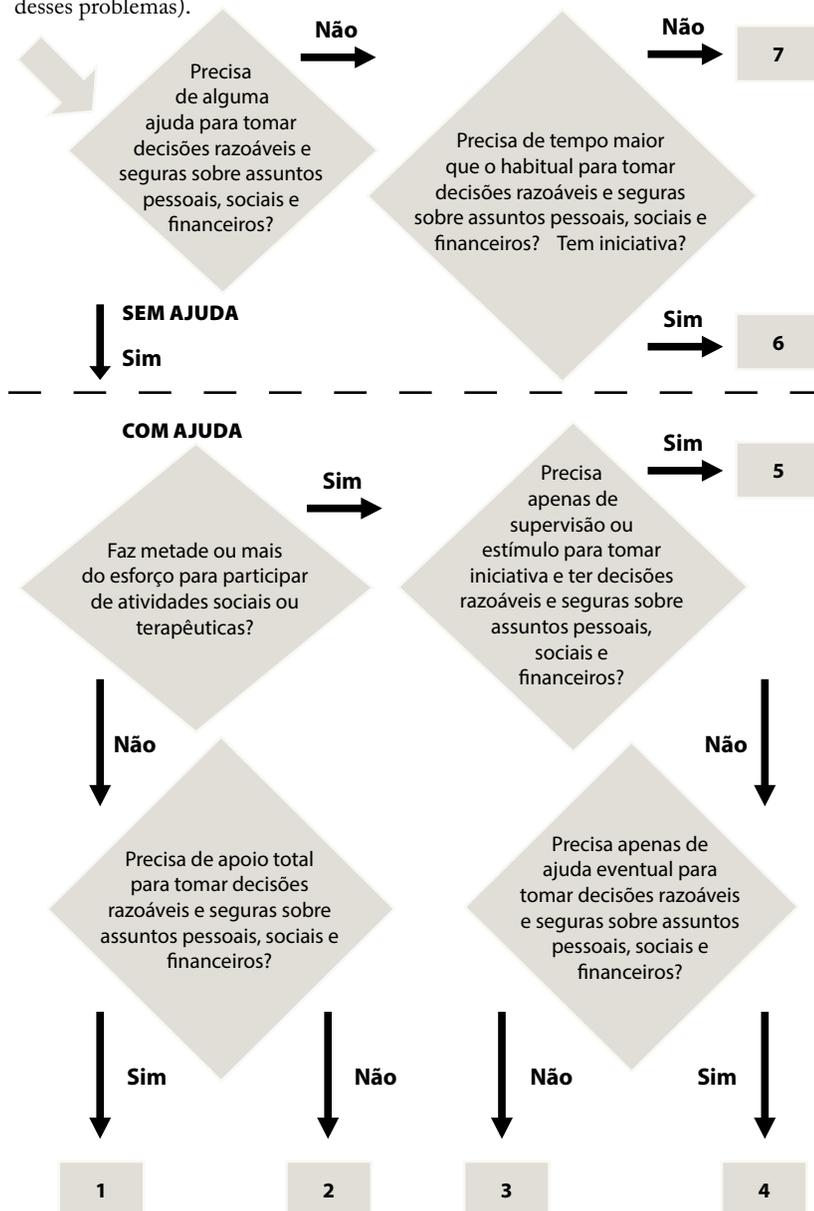
(Avalia o desempenho, a maneira [habilidade] como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros).



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

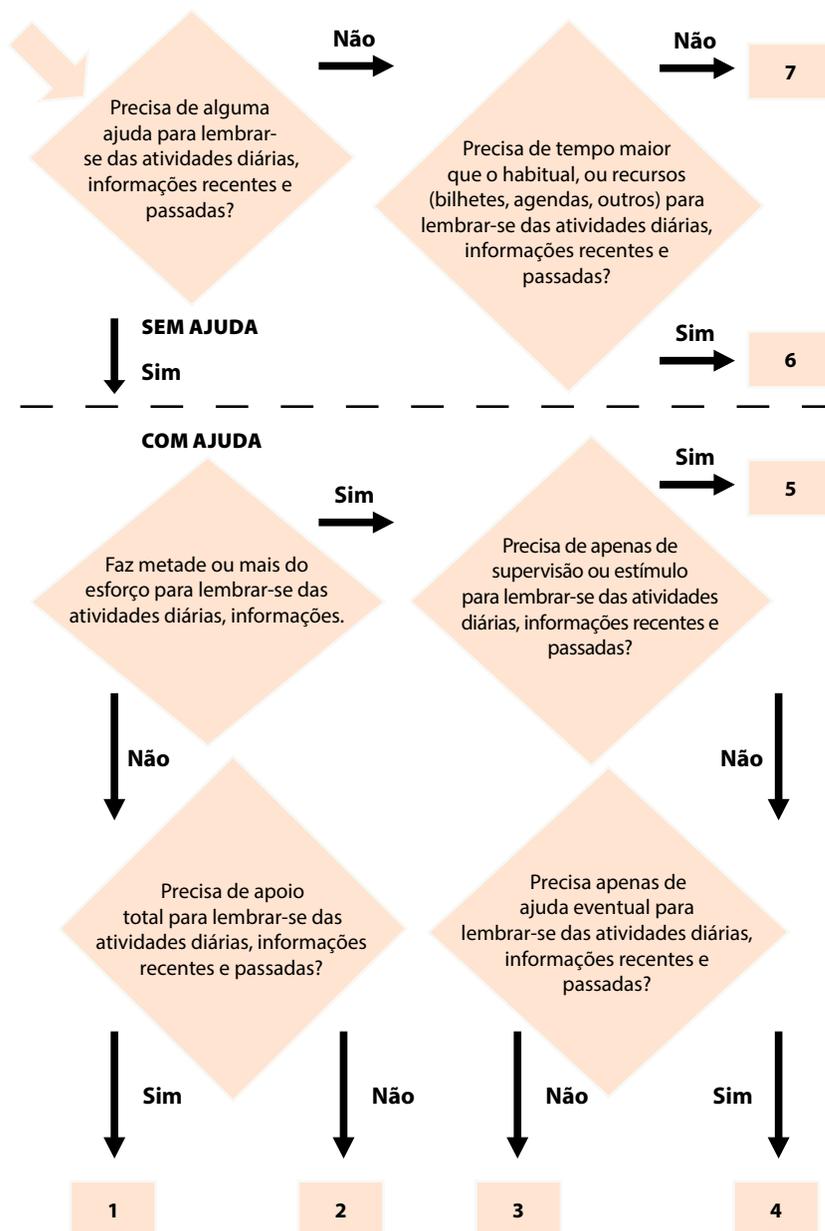
(Avalia a tomada de decisões seguras ou adaptadas ao momento, acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais. Iniciativa para corrigir tarefas e atividades para resolução desses problemas).



Fonte: BRASIL, 2006

MIF — ÁRVORE DE DECISÕES — MEMÓRIA

(Avalia capacidade [habilidade] de recordação e lembrança durante a vida corrente. Capacidade de armazenar e recuperar a informação verbal ou visual).



Fonte: BRASIL, 2006

Informações utilizadas do caso clínico:

Ao sair do hospital, Margarida tinha dificuldade para se alimentar sozinha, e ainda continua precisando que alguém corte os alimentos, portanto, necessita de ajuda eventual (**considerar que alguém ajuda minimamente**). Realiza higiene pessoal com ajuda para pentear os cabelos. Na hora do banho alguém precisa ajudá-la a secar as pernas e os pés (**considerando 10% para cada parte, Margarida só realiza 60% da atividade**) e vestir-se por causa da hemiparesia. Não precisa de ajuda para vestir as roupas porque todas foram adaptadas, com troca de zíperes por elásticos ou velcro. Precisa de um tempo acima do habitual para usar o vaso sanitário com segurança. Algumas vezes na semana apresenta perdas urinárias (**considerar a parte II da análise do controle da urina**). Tem bom controle de esfíncter fecal, mas passou a fazer uso de geleias e chás para poder evacuar. Precisa de um tempo maior para sair da cama ou se levantar da cadeira, bem como para sentar ou se levantar do vaso sanitário. É totalmente independente para entrar ou sair do chuveiro. Anda devagar e é recomendável supervisão. O mesmo se aplica para subir escadas. Precisa de supervisão para gerir seu dinheiro, bem como de tempo maior que o habitual para entender uma informação e expressar-se. Sua participação social está limitada e conta com estímulo do filho ou de Ana para lembrar-se de algumas atividades ou informações recentes.

Foi-lhe recomendada fisioterapia a ser feita de forma combinada no domicílio e em uma instituição. Entretanto, Margarida tem dificuldade de sair sozinha, esquece situações que acontecem no dia a dia, tais como dia da semana, mês, ano e até onde mora (rua e bairro).

AVALIANDO A DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO PREENCHENDO O INSTRUMENTO

NÍVEIS	7. Independência completa (em segurança e tempo normal). 6. Independência modificada (ajuda técnica).	SEM AJUDA
	Dependência 5. Supervisão 4. Dependência Mínima (Indivíduo \geq 75%) 3. Dependência Moderada (Indivíduo \geq 50%) 2. Dependência Máxima (Indivíduo \geq 25%) 1. Dependência Total (Indivíduo \geq 0%)	AJUDA
DATA		
AUTOCUIDADO		
A. Alimentação		4
B. Higiene Pessoal		4
C. Banho (lavar o corpo)		3
D. Vestir-se acima da cintura		6
E. Vestir-se abaixo da cintura		6
F. Uso do vaso sanitário		6
CONTROLE DE ESFINCTERES		
G. Controle da Urina		3
H. Controle das Fezes		6
MOBILIDADE/TRANSFERENCIAS		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		6
J. Vaso Sanitário		6
K. Banheira ou chuveiro		7
LOCOMOÇÃO		
L. Marcha / cadeira de rodas.		M - 5 C -
M. Escadas		5
COMUNICAÇÃO		
N. Compreensão		A - 6 V -
O. Expressão		V - 6 N -
COGNIÇÃO SOCIAL		
P. Interação social		5
Q. Resolução de problemas		5
R. Memória		5
TOTAL		94
Nota: Não deixe nenhum espaço em branco. Se não for possível avaliar, marque 1.		

Legenda: M (Marcha); C (Cadeira de rodas). Da compreensão = A (Auditiva); V (Visual). Da expressão = V (Verbal); N (Não Verbal).

Margarida é dependente para o autocuidado. Precisa de ajuda até 25% de terceiros. MIF motora = 67 e MIF cognitiva = 27. Total = 94 - Dependência Modificada.

9. MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO - MMRI

O Mapa Mínimo de Relações (MMR) é um instrumento gráfico que identifica os relacionamentos significativos para os indivíduos, delimitando sua rede de suporte social. (DOMINGUES, DERNTL, 2005; ALVARENGA et al., 2011). É constituído por quatro quadrantes que representam a família, os amigos, a comunidade e as relações com os serviços sociais ou de saúde.

Sobre os quadrantes, inscrevem-se três áreas, ou seja, um círculo interno de relações mais próximas, cujos contatos ocorrem pelo menos uma vez por semana; um círculo intermediário de relações pessoais, com encontros que acontecem pelo menos uma vez por mês; um círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais que ocorrem no mínimo uma vez por ano.

Os relacionamentos significativos são dispostos nos círculos para simbolizar os diversos graus de proximidade de relacionamento. Para configurar um mapa de relações, é necessário descrever a proximidade do relacionamento segundo a percepção do pesquisado e a frequência com que o contato ocorre.

O MMR do Idoso (MMRI) pode ser categorizado estruturalmente pelo número de pessoas que lhe são efetivamente significativas. O tamanho da rede de suporte social corresponde ao número de registros no MMRI, segundo a percepção do idoso. Além do tamanho, esse instrumento permite conhecer a amplitude dos relacionamentos significativos mencionados por quadrante, em termos de composição (membros da

família e da comunidade), frequência de contatos e função desempenhada.

Até duas pessoas, no primeiro círculo, caracteriza-se uma rede pequena; entre três e cinco pessoas no mesmo círculo, rede média; e acima de seis pessoas por círculo, rede grande (DOMINGUES, 2004).

Para preencher o mapa, é necessário que o entrevistado responda uma série de questões que visam compreender as relações do idoso tanto na sua família, quanto no meio social.

PERGUNTAS

- ✓ Quem visita?
- ✓ Quem faz companhia?
- ✓ Quem auxilia nas atividades domésticas?
- ✓ Quem auxilia nos cuidados pessoais?
- ✓ Quem auxilia nas situações financeiras?

COMO REALIZAR AS PERGUNTAS

1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

Uma vez por ano (raramente)?

2) Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

3) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar

de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

4) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar, pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

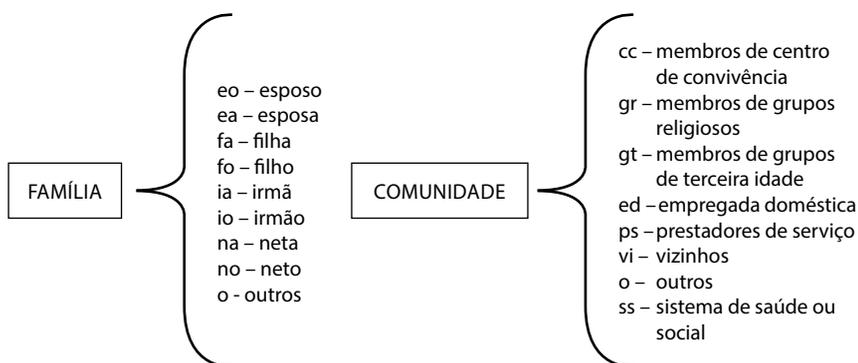
5) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio, etc., pelo menos ou no mínimo:

Uma vez por semana (frequentemente)?

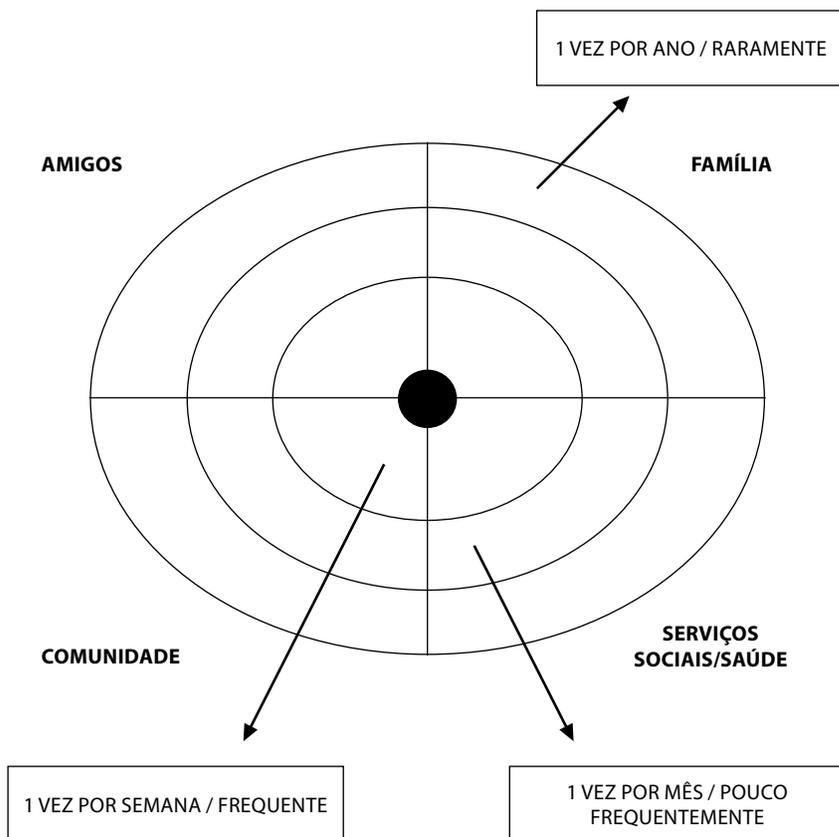
Uma vez por mês (pouco frequentemente)?

E uma vez por ano (raramente)?

ANOTAR NO MAPA SOMENTE AS ABREVIACÕES



FREQUÊNCIA DE CONTATOS



EXEMPLO

A Sra. Manoela, 65 anos, casada, com três filhas. Reside com o cônjuge e com uma filha. Tem o primário completo e nunca trabalhou fora. Ela frequenta um Núcleo de Convivência para Idosos uma vez por semana.

Inicie a entrevista da seguinte maneira:

“Agora, vamos falar sobre sua rede social. Pense nas pessoas mais presentes no seu dia-a-dia, seus familiares, amigos, vizi-

nhos, pessoas da comunidade, do grupo de convivência, prestadores de serviços, agentes comunitários de saúde, entre outros.”

1.0. Quem visita a senhora **pelo menos uma vez por semana?**

R: Minhas filhas.

Quais filhas?

R: A Josefa e a Cristina.

Alguma delas mora com a senhora?

R: A Josefa mora comigo.

Observação: Quem mora junto não visita.

1.1. Além destas pessoas, quem a visita pelo menos **uma vez por mês?**

R: Minha filha e meus netos. E uma vizinha, minha amiga. Ah! E tem uma senhora que encontro na igreja que vem em casa também.

Que filha?

R: A Antonieta.

E quais netos?

R: O Cláudio e a Ana.

1.2. Além destas pessoas, quem a visita **pelo menos uma vez por ano?**

R: Meus outros netos que moram no interior e minha irmã.

Quais outros netos?

R: O Teodoro e o Felipe.

2.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, **pelo menos uma vez por semana?**

R: Meu marido e minha filha Josefa.

2.1. Além destas pessoas, com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, **pelo menos uma vez por mês?**

R: Minha neta e minha cunhada.

2.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por ano?

R: Minha irmã.

3.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por semana?**

R: Se eu precisar eu contrato uma empregada.

3.1. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por mês?**

R: Minha vizinha.

3.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por ano?**

R: Não tem ninguém.

4.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por semana?**

R: Meu marido e minha filha, a Josefa, que moram comigo.

4.1. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por mês?**

R: Minhas outras filhas.

4.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar,

caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por ano?**

R: Minha irmã.

5.0. Quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por semana?**

R: Meu marido, minha filha que mora comigo e minha neta.

5.1. **Além destas pessoas**, quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por mês?**

R: Só se eu pedir um empréstimo no banco.

5.2. **Além destas pessoas**, quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por ano?**

R: Uma amiga do Núcleo de Convivência.

A SEGUIR TEMOS O MAPA DA SRA. MANOELA PREENCHIDO:

Mora com: Eo, Fa1

3 Filhas:

Fa1 = Josefa

Fa2 = Cristina

Fa3 = Antonieta

Netos:

No1 = Cláudio

No2 = Teodoro

No3 = Felipe

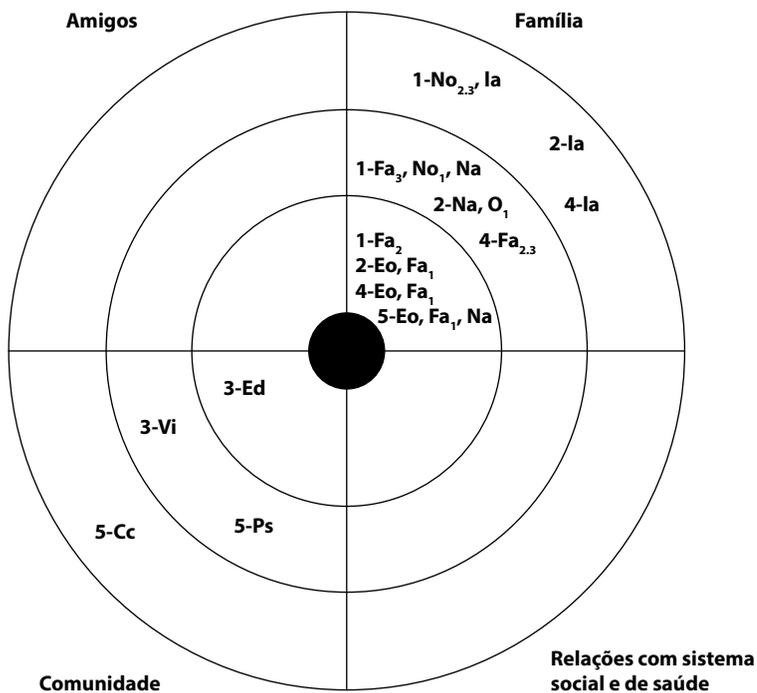
Na1 = Ana

Outros:

O1 = cunhada

Obs: Ela frequenta um Núcleo de Convivência para Idosos uma vez por semana

MMRI



AVALIANDO A REDE E O SUPORTE SOCIAL DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Margarida vive em Dourados e mora com o filho Ricardo, de 45 anos. Margarida tem mais duas filhas: Júlia de 42 anos, casada há dez com Jorge, motorista de ônibus e mãe de dois meninos, Gabriel e Pedro, de 18 e 15 anos, respectivamente. Estes residem em bairros da região sul de Dourados. A outra filha chama-se Margareth, tem 38 anos, é solteira e advogada e mora e trabalha em São Vicente, SP.

Depois do ocorrido, Margarida recebeu em seu domicílio a visita da Enfermeira Cleuza da Estratégia Saúde da Família (...) refere que sua saúde não está tão boa quanto do seu Manoel (vizinho).

Ricardo faz-lhe companhia, mas não consegue realizar algumas atividades como cuidar da casa e dos cuidados pessoais da mãe. A filha Júlia não pode ajudar nas atividades da casa e nos cuidados pessoais diariamente, mas ajuda às terças e quintas. Nos outros dias, uma moça de 20 anos, chamada Ana, foi contratada para ajudar nas atividades básicas da vida diária. Uma vez por semana, Florinda (diarista) realiza a faxina do lar. A filha Margareth visita-os a cada três ou quatro meses. Além da família, Margarida recebe visita de Manoel (vizinho) e Marta (amiga) a cada dez ou quinze dias. Por causa do estado de saúde a Agente Comunitária de Saúde, Rosário, visita-a a cada 15 dias. Margarida pode contar com Marta para fazer-lhe companhia duas vezes por mês.

A renda de Margarida é suficiente para comprar seus medicamentos. As despesas com água, luz, impostos e alimentação são divididas entre mãe e filho. Margareth ajuda financeiramente quando solicitada. Os netos visitam semanalmente a avó, sempre aos domingos.

Para o pagamento mensal de Ana e das despesas com a fisioterapia é necessário que Margareth ajude financeiramente, mas isto não ocorre todos os meses, portanto Margarida sente-se triste com a situação atual, pois vê sua limitação física como um peso para os filhos.

SUGESTÕES

Para facilitar a compreensão tanto do entrevistador quanto do idoso, inicie perguntando primeiro o nome de todos os filhos, netos, etc., e anote pelo menos o primeiro nome.

Exemplo: Sra. Margarida me fale o nome de todos os seus filhos e netos?

- Ricardo
- Júlia
- Margareth
- Gabriel
- Pedro

Em seguida, enumere de acordo a sequência elaborada.

- Ricardo – FO₁
- Júlia – FA₁
- Margareth – FA₂
- Gabriel – NO₁
- Pedro – NO₂

Inicie perguntando de acordo a sequência elaborada acima:

Exemplo

A filha **Margareth FA₂** visita a senhora?

- Uma vez por semana (frequentemente)?
- Uma vez por mês (pouco frequentemente)?
- Uma vez por ano (raramente)?

- E assim sucessivamente para os demais membros da família e com as demais questões. Só depois inicie perguntando sobre os demais da rede de suporte.

Separar primeiro os membros da família dos demais membros da rede social facilita a compreensão do idoso, pois, ele pode esquecer inclusive de citar algum membro da família e também facilita o entrevistador a não se confundir e não se esquecer de anotar o nome de ninguém.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

1.0. Quem visita a senhora **pelo menos uma vez por semana?**

R: Minha filha Júlia, meus netos Gabriel e Pedro e meu genro Jorge.

1.1. Além destas pessoas, quem a visita pelo menos uma vez por mês?

R: Meus vizinhos Manoel e Marta, minha agente de saúde Rosário e você (enfermeira Cleuza).

1.2. Além destas pessoas, quem a visita pelo menos uma vez por ano?

R: Minha filha Margareth que mora em São Sebastião.

2.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, **pelo menos uma vez por semana?**

R: Com a Ana e algumas vezes com a Júlia e o Ricardo.

2.1. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, **pelo menos uma vez por mês?**

R: Minha amiga Marta.

2.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por ano?

R: Meus netos Gabriel e Pedro

3.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por semana?**

R: Florinda que é minha diarista.

3.1. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por mês?**

R: Não tem.

3.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados da casa, arrumar, limpar, cozinhar, fazer compras **pelo menos uma vez por ano?**

R: Não tem ninguém.

4.0. Com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por semana?**

R: A Ana e a Júlia.

4.1. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar,

caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por mês?**

R: *A Marta*

4.2. **Além destas pessoas**, com quem a senhora pode contar, caso precise, para cuidados pessoais, como trocar de roupa, tomar banho, comer, **pelo menos uma vez por ano?**

R: *Não tem mais ninguém.*

5.0. Quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por semana?**

R: *O meu filho Ricardo.*

5.1. **Além destas pessoas**, quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por mês?**

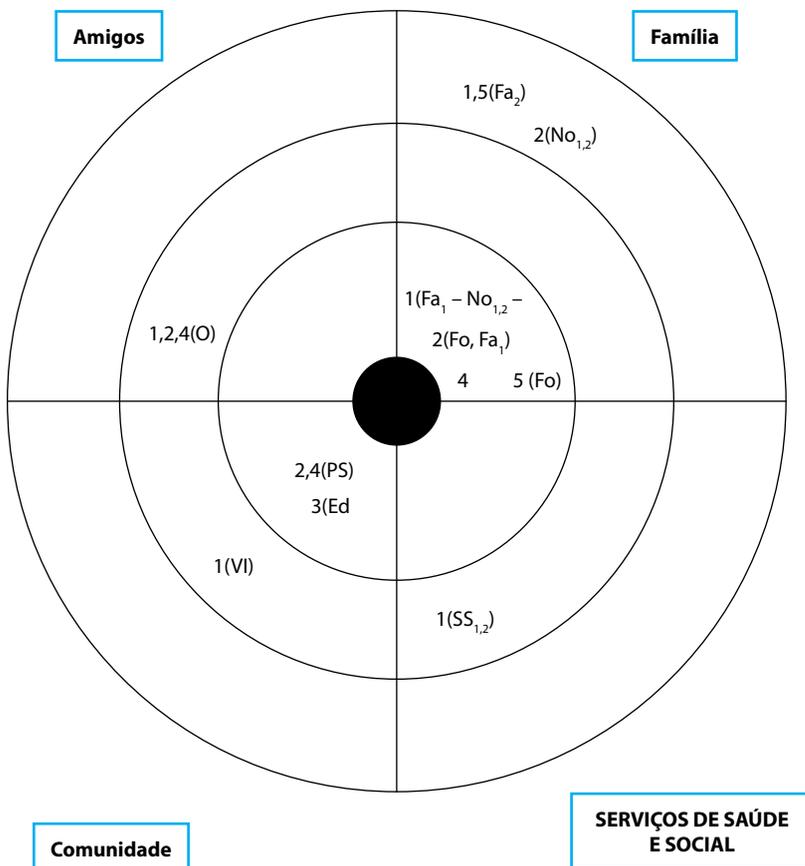
R: *Ninguém.*

5.2. **Além destas pessoas**, Quem ajuda ou ajudaria, caso precise, a senhora financeiramente, a pagar uma conta, o aluguel da casa, comprar remédio, comida, **pelo menos uma vez por ano?**

R: *Minha outra filha Margareth.*

A seguir temos o mapa da Sra. Margarida preenchido:

<p>FAMÍLIA</p> <p>Fo= Ricardo (mora com Margarida) Fa₁ = Júlia Fa₂ = Margareth</p> <p><u>Netos:</u> No₁ = Gabriel No₂ = Pedro</p> <p><u>Outros da família:</u> O₁ = Jorge (genro)</p> <p>AMIGOS O₁ = Marta</p>	<p>COMUNIDADE:</p> <p>Vi₁ = Manoel Ed = Florinda (diarista) PS₁ = Ana (cuidadora)</p> <p>SISTEMA DE SAÚDE E SOCIAL:</p> <p>SS₁ = Rosário (agente comunitária) SS₂ = Cleuza (enfermeira)</p>
--	--



10. APGAR DE FAMÍLIA

O contexto familiar é permeado por relações afetivas e a qualidade dessas relações irá refletir no cuidado dispensado a seus membros. Para que o idoso possa usufruir de melhores condições de vida, deve haver carinho, respeito e cuidado no convívio familiar. O afeto, a ajuda mútua e a compreensão são determinantes para a boa qualidade de vida do idoso.

A funcionalidade familiar é o relacionamento harmônico e o equilíbrio entre as relações dos membros de uma família, ou seja, o modo como interagem entre si e com os outros. Tudo que afeta um dos componentes da família pode causar impacto sobre os demais membros. (ANDRADE, MARTINS, 2011).

Na perspectiva da funcionalidade familiar, as famílias podem ser classificadas como funcionais ou disfuncionais. São consideradas funcionais ou maduras quando respondem com estabilidade emocional aos conflitos e às situações críticas e seus membros são capazes de conviver em harmonia, mantendo-se independentes, porém, comprometidos uns com os outros. Regidas por laços de carinho e responsabilidade, tais famílias são flexíveis, mas firmes, e suas relações são baseadas em respeito, conhecimento e compreensão. Essas famílias desempenham papel fundamental no cuidado ao idoso (ANDRADE, MARTINS, 2011).

Nos sistemas familiares disfuncionais ou imaturos, os membros priorizam seus interesses individuais em detrimento do grupo familiar, não assumem os papéis que lhes cabem e, em situações de crise, culpam seus próprios familiares. Os vínculos são superficiais e a agressividade e a hostilidade são comuns. Famílias disfuncionais podem ser do tipo clã (que se organizam em torno de um membro), abandonadoras (voltadas para seus próprios interesses), distantes (em que os integrantes apresentam sempre uma explicação racional para

justificar sua ausência nas obrigações para com a família) ou superprotetoras (protetoras ao extremo, o que prejudica a liberdade e a privacidade dos membros) (PINTO, 1997).

O fato de o idoso pertencer a um determinado sistema familiar afeta sua possibilidade de resolver as dificuldades associadas ao envelhecimento. Famílias imaturas e disfuncionais podem não prover cuidados necessários a seus parentes idosos. E, em se tratando de depressão, tais famílias podem não oferecer o cuidado e a atenção requeridos, o que pode agravar o quadro da doença no idoso (PINTO, 1997).

Souza et al.,(2014) classificaram as famílias de 374 idosos em Dourados. Destes, 187 tinham sintomas depressivos e 187 não. Utilizaram o Apgar de Família para detectar se havia associação entre tais sintomas e a funcionalidade familiar, bem como as características dos idosos. Observaram associação significativa entre sintomas depressivos e disfunção familiar, sexo feminino, quatro e mais pessoas morando no mesmo domicílio e inatividade física. Concluíram que a família funcional pode representar apoio efetivo para os idosos com sintomas depressivos por oferecer ambiente de conforto que assegura o bem-estar de seus membros, ao passo que a família disfuncional dificilmente consegue prover a atenção necessária ao idoso, o que pode agravar seus sintomas.

O Apgar de família é um instrumento que permite avaliar a funcionalidade familiar, identificando as disfunções existentes na estrutura familiar.

O APGAR representa um acrônimo onde as letras representam:

- | | | |
|--|---|-----------------|
| A - Adaptation (adaptação) | } | Domínios |
| P - Partnership (companheirismo) | | |
| G - Growth (desenvolvimento) | | |
| A - Affection (afetividade) | | |
| R - Resolve (capacidade resolutiva) | | |

Os cinco domínios são avaliados por meio de cinco questões simples, às quais atribuem-se os seguintes valores:

0 - 4 = elevada disfunção familiar

5 - 6 = moderada disfunção familiar

7 - 10 = boa funcionalidade familiar

Para o preenchimento do instrumento, deve-se considerar todos os membros da família, ligados por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência.

⇒ Esse instrumento visa captar a opinião do membro da família (no caso o idoso), sobre como se dão as relações com os demais membros.

AVALIANDO A FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Para o pagamento mensal de Ana e das despesas com a fisioterapia é necessário que Margareth ajude financeiramente, mas isto não ocorre todos os meses, portanto Margarida sente-se triste com a situação atual, pois vê sua limitação física como um peso para os filhos.

Mesmo sendo cuidada por Ricardo e Júlia, não existe bom diálogo familiar. Assuntos quase não são discutidos em família, somente ocorre comunicação quando o problema envolve recursos financeiros. Algumas vezes, Margarida sente-se insatisfeita com esta situação. Além disso, não existe comunicação na resolução de outros problemas familiares.

Estes não são compartilhados e Ricardo acaba tomando a decisão por todos. Margarida reclama ainda que nunca recebeu apoio dos familiares quando desejou fazer algo novo e que melhorasse sua qualidade de vida, tudo foi sempre decidido de forma a evitar mudanças na rotina de todos os membros.

Quanto aos sinais de afeto ninguém compartilha seus sentimentos e frustrações e tão pouco ouve as necessidades e carências de Margarida.

Apesar de Margarida viver com Ricardo, ela passa muito tempo sozinha e quando recebe a visita de todos os filhos e netos, cada um está preocupado com sua própria vida, o que deixa Margarida cada dia mais triste e a faz pensar que todos estão ali apenas de corpo presente e não para visitá-la e dar-lhe atenção. Em outros momentos Margarida, fica apenas ouvindo as discussões familiares sem poder se expressar.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS	Sempre	Algumas vezes	Nunca
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro da família com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extrafamiliares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da família.	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	-	1	-
P = Partnership (Companheirismo): Satisfação do membro da família com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição, é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados".	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	-	-	0

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS	Sempre	Algumas vezes	Nunca
		2	1	0
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro da família com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para o alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através de apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	-	-	0
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro da família com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	-	-	0
R = Resolve (Capacidade resolutive): Representa a satisfação do membro da família com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associam-se a decisão, a determinação ou a resolubilidade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de se dedicarem uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos esses aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	-	-	0

TOTAL: 1 (elevada disfunção familiar)

11. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Existem vários testes que avaliam a cognição dos indivíduos, entretanto, nenhum deles sozinho é capaz de determi-

nar um diagnóstico, além de sofrer influências relacionadas às questões culturais, sociais e de escolaridade (MAGALDI, 2005). Dada a complexidade de avaliar as diversas funções intelectivas, faz-se o uso de testes de rastreio que normalmente consideram as seguintes áreas cognitivas: orientação, memória, linguagem, praxia, habilidade construtiva e funções executivas.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é utilizado mundialmente por ser rápido e simples. Como qualquer outro teste de rastreio, sofre influência direta da escolaridade. É composto por 20 itens que avaliam a orientação temporal (5 itens), a orientação espacial (5 itens), a memória de fixação ou imediata, a atenção e o cálculo (representado por uma sequência seriada de subtração que poderá ser substituída pelo soletrar da palavra MUNDO, ao contrário), memória de evocação, linguagem (5 itens) e praxia construtiva.

A pontuação máxima é de 30 pontos. As notas de corte podem variar segundo o contexto social. Os pontos de corte sugeridos são: Analfabetos (19); com 1 a 3 anos de estudo (23); com 4 a 7 anos de estudo (24) e acima de 7 anos de escolaridade (28). (BRUCKI et al, 2003)

Neste Guia, para efeito de nota de corte, foi adotado o seguinte critério: Analfabeto = 19/20 (caso/não caso) e Alfabetizado = 24/25 (caso/não caso), independente dos anos de estudos completos e de acordo com os resultados de confiabilidade para os idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família de Dourados, MS. (SANTOS et al., 2010).

Como preencher o instrumento

Antes de iniciar o teste, o entrevistador deve solicitar a colaboração da família ou dos acompanhantes (cuidadores) que estejam no ambiente doméstico. Devem ser orientados para não responder pelo idoso, nem dar dicas. Tampouco deve

constar no ambiente calendário e relógio que possa nortear o idoso, durante o teste.

Orientação temporal

1. Que dia é hoje?	1
2. Em que mês estamos?	1
3. Em que ano estamos?	1
4. Em que dia da semana estamos?	1
5. Qual a hora aproximada? (variação \pm 1 hora)	1

- ✓ Não dê dicas, apenas pergunte.
- ✓ Não há necessidade de confirmar ao paciente se está ou não certo, apenas passe para o próximo item.

Orientação espacial

6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)	1
7. Que local é este? (apontar ao redor para dar sentido mais amplo).	1
8. Em que bairro estamos ou qual o nome da rua mais próxima?	1
9. Em que cidade estamos?	1
10. Em que Estado estamos?	1

Registro de memória

11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso - carro - tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.	3
--	---

- ✓ Pedir atenção do idoso. Diga as três palavras e repita caso o idoso não tenha entendido. Registre o número de palavras evocadas.

Atenção e cálculo

12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7= 65).	5
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM	1

- ✓ Pedir atenção do idoso para efetuar o cálculo da seguinte forma: Você tem R\$ 100,00 e gastou sete reais. Quanto sobrou?
- ✓ Não corrija e nem diga se acertou ou errou. Passe para o próximo valor e questione.
- ✓ Na impossibilidade de realizar o cálculo ou se recusar a fazê-lo, este poderá ser substituído pela palavra MUNDO sendo soletrada ao contrário.

Memória de evocação

14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente.	3
--	----------

- ✓ Não fazer associações para que o idoso consiga lembrar

Linguagem

15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)	2
16. Repetir uma frase: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	1
17. Comando verbal: "Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1ponto)	3
18. Seguir o comando escrito: "Feche os olhos"	1
19. Escrever uma frase completa.	1

- ✓ Mostre os objetos descritos acima e peça para o idoso nomear. Pontue somente se o mesmo acertar.
- ✓ Pronuncie a frase e repita somente uma vez caso o idoso não a tenha entendido. Lembre-se que as palavras devem ser repetidas pelo idoso na mesma sequência.
- ✓ No comando verbal, pontue somente o que o idoso fizer.
- ✓ Não dê dicas no comando escrito, apenas peça para o idoso ler e fazer o que está escrito.

Praxia construtiva

PRAXIA CONSTRUTIVA		
20. Copiar o desenho		1

O idoso deve copiar o desenho exatamente como está acima. A figura não precisa estar reta, mas é preciso conter as 10 linhas que a compõe, ou seja, precisa formar 10 ângulos.

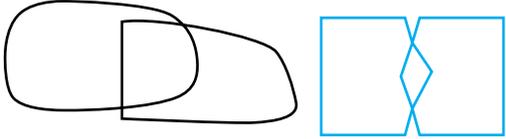
AVALIANDO A COGNIÇÃO DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Margarida tem dificuldade de sair sozinha, esquece situações que acontecem no dia a dia, tais como dia da semana, mês, ano e até onde mora (rua e bairro). Por ser analfabeta não consegue realizar cálculos matemáticos simples e ficou com dificuldade para reproduzir imagens (desenhos).

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

I. ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS	ACERTOS
1. Que dia é hoje?	1	1
2. Em que mês estamos?	1	0
3. Em que ano estamos?	1	0
4. Em que dia da semana estamos?	1	0
5. Qual a hora aproximada? (variação \pm 1 hora)	1	1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)	1	1
7. Que local é este? (apontar ao redor. Sentido mais amplo).	1	1
8. Em que bairro estamos ou o nome da rua mais próxima?	1	0
9. Em que cidade estamos?	1	1
10. Em que Estado estamos?	1	1

	PONTOS	ACERTOS
II. REGISTRO DE MEMÓRIA DE FIXAÇÃO		
11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso – carro – tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.	3	2
III. ATENÇÃO E CÁLCULO		
12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7= 65).	5	0
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM	1	-
IV. MEMÓRIA DE EVOCÇÃO		
14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente.	3	1
V. LINGUAGEM		
15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)	2	2
16. Repetir uma frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	1
17. Comando verbal: “Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1ponto)	3	3
18. Seguir o comando escrito: “Feche os olhos”	1	0
19. Escrever uma frase completa.	1	0
PRAXIA CONSTRUTIVA		
20. Copiar o desenho 	1	0
TOTAL	15	

Presença de déficit cognitivo.

12. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor com forte impacto funcional em qualquer faixa etária. Na velhice, ela envolve os aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), psicológicos (viuvez, falta de atividades sociais e mudanças de papéis) e sociais (pobreza, escolaridade, solidão e modificações no suporte social) (DJERNES, 2006).

Nos idosos, frequentemente, a depressão é subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde veem os sintomas depressivos como manifestações normais decorrentes do processo de envelhecimento (SNOWDON, 2002). Todavia, a presença desses sintomas pode ser responsável por perda de autonomia e agravamento dos quadros patológicos preexistentes (RODRIGUES et al., 2008). Com frequência, a depressão está associada à elevação dos riscos de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida a tratamentos terapêuticos. Ademais, a presença de comorbidades e o uso de muitos medicamentos, comuns entre os idosos, fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão tornem-se mais complexos (RODRIGUES et al., 2008).

Alvarenga, Oliveira e Faccenda (2012) verificaram a estrutura fatorial da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens em uma amostra de 503 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS. Encontraram a prevalência de 34,4% de idosos com sintomas depressivos e a análise fatorial identificou quatro fatores: apatia, desesperança, desmotivação e isolamento. **A análise do estudo não permite generalização para a população em geral, portanto o GPENSI continua investigando os sintomas depressivos nos idosos.**

A Escala de Depressão Geriátrica foi elaborada em 1983, por Yesavage e colaboradores, com a finalidade de identificar os sintomas depressivos em idosos (BRASIL, 2006). Compreende perguntas simples, categorizadas em SIM/NÃO, e possui as seguintes pontuações:

0 - 5: normal
6 - 10: Início de Depressão
11 - 15: Depressão severa

Orientações:

- Observe as reações dos idosos a cada pergunta. Anote no diário de campo todas as intercorrências, inclusive se o mesmo chorar.
- Repita a pergunta quando o idoso ficar indeciso, mas **NÃO** induza a resposta.
- Se perceber no idoso algum desconforto emocional, interrompa as perguntas e só as retome quando ele se sentir confortável.
- Na identificação de sintomas depressivos, oriente o idoso e também sua família.
- As respostas em negrito (Sim ou Não) tem o valor de 1 ponto, pois são indicadores de sintomas depressivos.

AVALIANDO O ESTADO AFETIVO OU DE HUMOR DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

Sente-se insegura, sem energia, insatisfeita com a vida, sempre com medo de que algo ruim possa lhe acontecer. Avalia a própria saúde como ruim.

Prefere e passa a maior parte do tempo em casa, pois acredita que não tem mais nada a fazer ou aprender. As sequelas do AVC modificaram muito a sua rotina de atividades e por isso apresenta períodos de choro por se sentir um peso (inútil) para os filhos, principalmente para Roberto. Considera sua vida muito vazia e sente-se muito aborrecida e de mal com a vida a maior parte do tempo. Há muito tempo não sabe o que é sentir-se alegre. Além disso, suas falhas frequentes de memória estão sendo motivo de risos entre os familiares. Para Margarida, isso é mais um motivo para não querer continuar vivendo, pois tem certeza que sua situação não tem mais solução e que, com exceção dela, todos estão em situação muito melhor.

Refere que sua saúde não está tão boa quanto do seu Manoel (vizinho), que tem a mesma idade que a sua.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

- Circule ou marque um X na resposta

1. Sente-se satisfeito com a 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 tem mais problemas de memória que outras pessoas?	SIM	NÃO
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
12. Vale a pena viver como vive agora?	SIM	NÃO
13. Sente-se cheio de energia?	SIM	NÃO
14. Acha que sua situação tem solução?	SIM	NÃO
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	SIM	NÃO
TOTAL	15	
Pontuação: 1 ponto para cada resposta em negrito.		

Presença Grave de Sintomas Depressivos.

13. ESCALA DE DOWNTON (RISCO DE QUEDAS)

No processo de envelhecimento, podem surgir diversas comorbidades, entre essas, doenças crônico-degenerativas, que causarão certa limitação nas atividades diárias do idoso. A diminuição progressiva dos movimentos corporais resultará na diminuição de tônus muscular, que poderá resultar em desequilíbrio e quedas.

Durante o processo de envelhecimento, o *feedback* para os centros de controle postural torna-se reduzido ou inapropriado. Concomitantemente, o sistema musculoesquelético é acometido, podendo perder a capacidade de responder de forma adequada aos distúrbios da estabilidade postural. (Guimarães et. al., 2004 apud BORGES et. al., 2010, p. 43):

Em Dourados, MS, a prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família foi de 33,4% havendo associação significativa para o sexo feminino, os que tinham 80 anos e mais, e os que referiram depressão e problemas de coluna (ALVARENGA *et al.*, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) instiga os profissionais de saúde a avaliarem essa população de modo multidimensional, com o intuito de prevenir as quedas. Portanto, ressalta-se a necessidade do registro do evento para a qualidade do atendimento e da assistência prestada ao idoso.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para a saúde da pessoa idosa. Este instrumento possibilita ao profissional de saúde planejar e organizar as ações de promoção, recuperação e manutenção da capacidade funcional das pessoas

assistidas pelas equipes de saúde. A Caderneta contempla a ocorrência de quedas e qual a repercussão do fato na saúde do idoso, ou seja, se a queda fez com que ele deixasse de fazer alguma atividade após o episódio.

A Portaria Nº 3.213, de 20 de Dezembro de 2007, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as políticas de prevenção e promoção dos cuidados de quedas e osteoporose na população idosa, propõe mecanismos para investigar as causas das quedas, bem como estratégias para o enfretamento das situações encontradas (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde e familiares/cuidadores necessitam de instrumentos de avaliação para uso na prática cotidiana de promoção da saúde do idoso (LANGE, 2005; MIRANDA, MOTA, BORGES, 2010).

A Escala de Downton pode ser usada para avaliar e quantificar o risco de queda em idosos. É composta por cinco itens cujo escore varia entre 0 e 14, com pontuações superiores caracterizando maior risco (FERREIRA, CAETANO, DÁMAZIO, 2011). As questões podem ser assinaladas mais de uma vez com um X, exceto as questões 1 e 4 (um e quatro), em que há apenas uma alternativa.

Considera-se como ponto de corte, para alto risco de quedas, o escore ≥ 3 pontos, que apresentou uma sensibilidade de 79,4%, especificidade de 63,2% e acurácia de 70,0% (PINHO *et. al.*, 2012).

Da Escala

<p>QUESTÃO 1</p> <p>Quedas anteriores: () Não () Sim</p> <p>Perguntar também ao familiar/cuidador, pois o mesmo pode ajudar o idoso a se recordar.</p>
<p>QUESTÃO 2</p> <p>Medicações: () Nenhuma - () Sedativos - () Diuréticos - () Anti-hipertensivos () Drogas antiparquinsonianas - () Antidepressivos - () Outras medicações</p>
<ul style="list-style-type: none">• Nenhuma: considerar verdadeira quando o idoso afirmar não fazer uso de nenhum tipo de medicamento de uso contínuo.• Sedativos: considerar os ansiolíticos, hipnóticos e benzodiazepínicos e anestésicos que produzem sedação.• Diuréticos: considerar os medicamentos que intensificam o fluxo urinário.• Anti-hipertensivos: considerar os vasodilatadores diretos, inibidores adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor Angiotensina, inibidor direto da renina.• Drogas antiparquinsonianas: considerar os precursores de dopamina, agonistas de receptores de dopamina, inibidor seletivo de monoamino oxidase B, inibidores da catecol-o-metiltransferase, liberador de dopamina, bloqueador de sua recaptção, estimulador de sua síntese e fármacos anticolinérgicos.• Antidepressivos: antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptção da serotonina, inibidores da monoamino oxidase, inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina.• Outras medicações: considerar verdadeira quando o idoso afirmar fazer uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo, além dos já citados a cima.• OBS: pode ser marcada mais de uma alternativa.
<p>QUESTÃO 3</p> <p>Déficit sensorio: () Nenhum - () Visão prejudicada - () Audição prejudicada - () Membros</p>
<ul style="list-style-type: none">• Nenhuma: considerar verdadeira quando o idoso declarar não possuir nenhuma dificuldade visual, auditiva ou de locomoção.• Visão prejudicada: considerar verdadeira quando o idoso declarar ter visão embaçada, visão turva ou qualquer outra alteração na visão.• Audição prejudicada: considerar verdadeira quando o idoso declarar ter algum tipo de alteração/perda auditiva.• Membros: considerar verdadeira quando o idoso apresentar qualquer alteração nos membros que prejudiquem sua plena locomoção (ex. amputação, AVC, neuropatias, entre outros).• OBS: pode ser marcada mais de uma alternativa.
<p>QUESTÃO 4</p> <p>Estado mental: () Orientado - () Confuso</p>
<ul style="list-style-type: none">• Orientado: considerar a afirmativa verdadeira quando o idoso apresentar-se orientado quanto a espaço e tempo.• Confuso: considerar a afirmativa verdadeira quando o idoso apresentar orientação temporal e espacial insatisfatória, ou MEEM menor que 24/30.
<p>QUESTÃO 5</p> <p>Marcha (modo de andar): () Normal - () Seguro com equipamento de ajuda para caminhar () Inseguro com/sem equipamento - () Incapaz</p>
<ul style="list-style-type: none">• Normal: considerar verdadeira quando o idoso não apresentar dificuldade de locomoção, e não necessitar de apoio para realização do mesmo.• Seguro com equipamento de ajuda para caminhar: considerar verdadeira quando o idoso declarar que necessita de auxílio de equipamento como bengala e andador para se locomover com segurança, citar esses exemplos durante a entrevista.• Inseguro com/sem equipamento: considerar verdadeira quando o idoso declarar que não possui segurança em se locomover, mesmo que com a ajuda de equipamento de auxílio, mas ainda assim o faz.• Incapaz: considerar verdadeira quando o idoso encontrar-se acamado ou cadeirante, impossibilitado de se locomover.

14. ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDA

Em idosos, as quedas são ocorrências importantes porque resultam em comprometimentos de gravidade variável, tais como: restrição das atividades cotidianas, isolamento social, declínio da condição de saúde e aumento da dependência funcional (ALVARENGA *et al.*, 2009).

A maioria das internações por causas externas de idosos são devidas as lesões e traumas provocados por quedas e atropelamentos (MINAYO, 2003). Em Campinas, pesquisa com 73 idosos identificou que 61,6% caíram por causa do ambiente e 36,9% por problemas de saúde, sendo que 50,7% ficaram dependentes como consequência da queda (JAHANA e DIOGO, 2007).

A Escala Ambiental de Risco de Queda adaptada contém questões que abordam a segurança de áreas de locomoção, disposição da mobília, iluminação, disponibilidade e acesso aos objetos, nos seguintes locais: quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada e sala.

O teste consta de 29 questões, sendo a pontuação no estudo realizada da seguinte forma: 0 (zero) para cada resposta afirmativa e 1(um), para cada negativa, sendo que quanto maior o escore final, maior é o risco de quedas. Menos de 10 pontos o ambiente é considerado de baixo risco; entre 10 a 20 pontos, risco moderado; e acima de 20 pontos é igual a alto risco ambiental para quedas. (BORGES; MARINHO FILHO E MASCARENHAS, 2010)

Orientações para o uso da Escala Ambiental de Risco de Queda segundo Minas Gerais (2006):

- Na ausência de escadas no ambiente, somente este item não será pontuado negativamente. Caso o entrevistador preferir, pode marcar como “sim” os seis sub tópicos para evitar que o indivíduo entrevistado perca pontos em relação ao meio ambiente por algo que não exista na sua residência.

- Em relação ao item lavabo/pia: o idoso deve ser questionado se quando se apoia para lavar o rosto, a pia encontra-se fixa de maneira que ele consiga apoiar-se de forma segura diminuindo, assim o risco de queda.
- Os espelhos nas escadas: referem-se a porção vertical do degrau entre os degraus, ou seja, o espaço entre um degrau e outro. Este espaço deve ser isento de “vão” para evitar que o idoso enrosque o pé e caia.

I. Área de locomoção

1. Área de locomoção desimpedida
- É necessário dar exemplos de locais desimpedidos ao idoso (ex.: não possuir mesa de centro na sala ou mesas grandes no meio da cozinha, entre outros) e perguntar se a disposição dos móveis facilita a circulação.
2. Barras de apoio Revestimentos uniformes e tapetes bem fixos
Questionar se existe desnível entre os pisos na casa, ou se existe algum piso solto; - Em relação aos tapetes, perguntar se existe grande quantidade deles pela casa e perguntar se suas pontas são presas por uma fita dupla face ou em baixo de algum móvel, não deixando pontas soltas.

II. Iluminação

3. Aumentar a intensidade de 2 a 3 vezes, especialmente no banheiro e nas escadas, usar luz fluorescente
4. Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus.
- Questionar se na casa há luz fluorescente e se quando acesas ele consegue enxergar com facilidade o ambiente em que se encontra.
5. Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura.
6. Distribuir interruptores acessíveis na entrada dos cômodos
- Perguntar se ele consegue ter acesso fácil aos interruptores ao entrar nos cômodos, se são fáceis de notar, sem a necessidade de caminhar no escuro para os alcançar.
7. Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro.
- Perguntar se existe iluminação auxiliar/indireta durante a noite, evitando que a casa fique totalmente escura durante a noite.
8. Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los
9. Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior
- Questionar se há na casa luzes noturnas que clareiem de maneira suficiente a parte externa da residência até a entrada.
10. Cama com luz indireta

III. Quarto de dormir

11. Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis
- Questionar se o idoso tem facilidade de acesso às roupas, ou tem necessidade de subir em alguma escada ou banco para as alcançar.
12. Cadeira permitindo sentar-se para se vestir
- Questionar se possui uma cadeira ou poltrona onde o idoso pode se apoiar totalmente para poder vestir-se
13. Controle de luz e telefone ao lado da cama
14. Cama de boa altura (45 cm) e colchão firme
- Questionar se a cama possui uma altura ideal para que o idoso sentado apoie totalmente os pés no chão e possa passar tranquilamente da posição sentado na cama para de pé.

IV. Banheiro

15. Lavabo: facilmente acessível e bem fixo
- Questionar o idoso se ele tem facilidade em acessar o lavabo ou se possui alguma dificuldade, questionar também se pode se apoiar nele de maneira segura de forma que esse não se encontre deslocado.
16. Área do chuveiro: antiderrapante ou cadeira de banho
- Perguntar se na área de banho propriamente dita possui piso antiderrapante
17. Box: abertura fácil e cortina bem firme
- Questionar se há box e, em caso afirmativo, perguntar se ele tem dificuldade para abrir.
18. Aumento da altura do vaso sanitário
19. Barras de apoio laterais ao vaso

V. Cozinha

20. Armários: baixos e sem necessidade de uso de escada.
- Questionar se os armários estão à altura da cintura ou peito, para que não haja necessidade de escadas, bancos, entre outros para alcançar os utensílios que estão guardados.
21. Pia sem vazamentos e que permita entrada de cadeira de roda se necessário
- Questionar se há alguma pia/torneira/encanamento com vazamento, de forma que deixe o piso escorregadio.

VI. Escada

22. Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela
- Questionar se nos degraus da escada existe revestimento antiderrapante.
23. Corrimão bilateral e sólido. Observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro.
- Questionar se existe corrimão em ambos os lados da escada.
24. Interruptores no início e final da escada
- Questionar se o corrimão é seguro para se apoiar.
25. Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau
- Questionar se o corrimão limita-se somente do primeiro degrau ao último ou se possui prolongamento
26. Espelho do degrau fechado com lixas antiderrapantes.
- Questionar se possui a porção vertical do degrau entre degraus, sem deixar nenhum espaço aberto.
27. Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes
- Questionar se existe alguma desigualdade ou irregularidade entre os degraus e espelhos.
28. Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela

VII. Sala

29. Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços
--

Local onde passa a maior parte do tempo	Atividade desenvolvida	Problemas com o local
- Questionar quais são os três locais em sua residência em que o idoso passa mais tempo.	- Questionar quais as atividades desenvolvidas rotineiramente nos locais anteriormente citados.	- Questionar se ele consegue identificar algum fator de risco para queda no local (ex.: tapetes, áreas de locomoção impedidas, entre outros),
Existe algum local em sua residência que o senhor (a) não frequenta? Por qual motivo?		
- Questionar se o idoso frequenta todos os locais de sua residência, tanto da área interna quanto externa. Caso a resposta seja negativa, perguntar o motivo e se está associado ao medo da queda.		

AVALIANDO O RISCO AMBIENTAL PARA QUEDAS DE MARGARIDA

Informações utilizadas do caso clínico:

A residência da família é própria e fica na região norte de Dourados. É de alvenaria e possui seis cômodos (dois quartos, dois banheiros, sala e cozinha). Nos fundos da casa existem dois degraus que dão acesso ao quintal que não é cimentado, com pedras soltas. Quanto a infraestrutura, o imóvel conta com eletricidade, acesso à água encanada e esgoto, e o lixo é coletado a cada dois dias pela Prefeitura. Possui fogão, geladeira, televisão em cores, rádio, máquina de lavar com centrífuga e telefone fixo. O piso da casa é frio e há vários tapetes nos ambientes do quarto e sala. A iluminação é de luz amarela e à noite fica bastante escuro, pois não existe iluminação auxiliar.

Margarida Passa a maior parte do tempo no quarto e deitada. A altura da cama é boa e ela em acesso fácil para pegar as roupas na cômoda e no armário. No banheiro há tapete antiderrapante e o box abre-se facilmente. Margarida possui ainda dois gatos de estimação (Felpudo e Algodão).

Há dois meses, Margarida que é hipertensa, diabética e tem artrose, sofreu uma queda decorrente do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Atualmente apresenta disfasia, disfagia e hemiparesia que compromete seu lado esquerdo, mas com boas perspectivas de recuperação.

PREENCHENDO O INSTRUMENTO

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas.		X
	Barras de apoio Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		X

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
ILUMINAÇÃO	Aumentar a intensidade de 2 a 3 vezes: especialmente no banheiro e nas escadas, usar luz fluorescente.		X
	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus.		X
	Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura		X
	Distribuir os interruptores por lugares fáceis de notar. Acessíveis na entrada dos cômodos	X	
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro.		X
	Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los	X	
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		X
	Cama com luz indireta		X
QUARTO DE DORMIR	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis	X	
	Cadeira permitindo assentar para se vestir	X	
	Controle de luz e telefone ao lado da cama		X
	Cama de boa altura (45 cm) e colchão firme	X	
BANHEIRO	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo	X	
	Área do chuveiro: antiderrapante ou cadeira de banho		X
	Aumento da altura do vaso sanitário		X
	Barras de apoio laterais e paralelas ao vaso		X
	Box: abertura fácil e cortina bem firme	X	
COZINHA	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada.	X	
	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de roda se necessário	X	
ESCALADA	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela.		X
	Interruptores no início e final da escada.	X	
	Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela.	X	
	Corrimão bilateral e sólido. Observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro.	X	
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau.	X	
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes.	X	
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.	X	
SALA	Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços.		X
TOTAL – Risco Moderado			14
Local onde passa a maior parte do tempo	Atividade desenvolvida	Problemas com o local	
Quarto	Nenhuma.	Muitos tapetes e animais domésticos no ambiente.	

Existe algum local em sua residência que a senhora não frequenta? Por qual motivo? Não.

15. ESCALA DE BRADEN

As úlceras de pressão são frequentes em idosos institucionalizados ou dependentes e debilitados (MARINI, 2002). São definidas como áreas localizadas em que há morte celular devida à pressão por longos períodos do tecido mole, onde há uma proeminência óssea e uma superfície dura. O metabolismo das células é dependente da circulação sanguínea para carrear os nutrientes necessários e remover produtos do próprio metabolismo; quando não há o aporte nutricional adequado, ocorre morte celular. Nas UP, a pressão é o principal fator de risco, apesar de existirem outros (LIMA e GUERRA, 2011).

A organização *The National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2014), que tem por missão pesquisar, educar e promover políticas públicas para a prevenção e tratamento da UP, define-a “como uma lesão na pele e/ou no tecido subjacente, geralmente, sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão, ou da pressão em combinação com o cisalhamento e/ou a fricção”. Além desses fatores, existem outros, como a condição nutricional e a umidade a que o paciente está exposto.

A etiologia da UP está relacionada a fatores de risco extrínsecos e intrínsecos ao paciente. Os fatores extrínsecos são a pressão, a fricção, o cisalhamento e a umidade. A associação da presença de fricção, cisalhamento e umidade pioram esta condição (MARINI, 2002).

São diversos os fatores intrínsecos relacionados ao surgimento de UP, entre eles as doenças agudas que são responsáveis pelo aumento das taxas metabólicas e do consumo de oxigênio,

o que compromete os tecidos. As limitações da mobilidade ou imobilidade causadas por diversos fatores como sequela de AVC, problemas ortopédicos, artrite, doenças terminais, doenças vasculares, desnutrição ou desidratação, além de história prévia de UP também são importantes fatores contribuintes intrínsecos para aumentar o risco desse tipo de lesão (MARINI, 2002).

Alguns estudos trazem a classificação das úlceras de pressão como um dos métodos que facilita a avaliação, o acompanhamento e o seu tratamento.

As úlceras de pressão são classificadas em quatro estágios nos quais estão descritos no quadro 1 (Marini, 2002):

Quadro 1 – Classificação dos Estágios de Úlcera de Pressão (UP)

ESTÁGIOS	DEFINIÇÃO
I	Eritema não esbranquiçado de pele intacta, precursor da ulceração da pele.
II	Lesão parcial da pele, envolvendo epiderme e/ou derme, ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.
III	Lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A úlcera apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes.
IV	Grande destruição com presença de tecidos necróticos ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte, tendões e cápsula articular

Fonte: Marini (2002)

Para diminuir a incidência de UP é necessário um protocolo de prevenção e diminuição de riscos. Portanto, o paciente deve ser avaliado como um todo em vários aspectos, inclusive doenças preexistentes e seu estado nutricional. A mudança de decúbito a cada duas horas, o tipo de leito usado para pacientes inconscientes e/ou rebaixamento do nível de consciência

e sua higiene pessoal, bem como cuidados da incontinência urinária, são fatores decisivos para evitar UP.

A redução da incidência diminuiria os custos com curativos, bem como o uso de antibióticos, tendo em vista que os custos causados ao paciente são intangíveis, pois não se podem mensurar os danos psicológicos e o desgaste decorrente do aumento do tempo de internação.

Hoje, a UP é um problema de saúde pública, por isso, muitos esforços têm sido feitos para melhorar os cuidados com os pacientes. Atualmente, a UP é utilizada como indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão através da Escala de Braden

Escala de Braden foi desenvolvida por Braden e Bergstron como estratégia para diminuir a incidência de UP. É composta por seis subescalas: percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, estado nutricional, fricção e cisalhamento (AYELLO; BRADEN, 2002)

É um método validado para que a equipe de saúde e/ou cuidador possa avaliar os pacientes quanto ao risco de desenvolver UP. A partir de então, usar medidas preventivas. Possui escores que variam de 6 a 23 e é subdividida em subitens. Esses escores avaliam os seguintes pontos: percepção sensorial, umidade, atividade mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento da pele do paciente com o leito. Cada subitem da escala possui escore de 1 a 3 ou 4; quanto menor o escore, maior o risco de desenvolver UP.

O risco para o desenvolvimento de UP pode ser, assim, classificado (AYELLO; BRADEN, 2002):

- Escore Total igual ou menor que 09 pontos significa risco muito elevado.

- Escore Total entre 10 e 12 pontos = risco alto ou elevado.
- Escore Total 13 ou 14 pontos = risco moderado.
- Escore Total 15 ou 16 (adultos) e 17 ou 18 (idosos) pontos = em risco.
- Escore Total entre 19 a 23 pontos = sem risco.
- O subitem **Percepção Sensorial** é classificado como completamente limitado (escore 1); muito limitado (escore 2); ligeiramente limitado (escore 3); nenhuma limitação (escore 4).

O subitem **Umidade** é classificado como pele constantemente úmida (escore 1); pele muito úmida (escore 2); ocasionalmente úmida (escore 3); e raramente úmida (escore 4).

O subitem **Atividade** é classificado como acamado (escore 1); sentado (escore 2); anda ocasionalmente (escore 3); anda frequentemente (escore 4).

O subitem **Mobilidade** é classificado como completamente imobilizado (escore 1); muito limitado (escore 2); ligeiramente limitado (escore 3); nenhuma limitação (escore 4).

O subitem **Nutrição** muito pobre (escore 1); provavelmente inadequada (escore 2); adequada (escore 3); e excelente (escore 4).

O subitem **Fricção e Cisalhamento** está classificado como problema (escore 1); problema em potencial (escore 2); e nenhum problema (escore 3).

<p>Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou uso de medicamentos sedativos, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	<p style="text-align: right;">4</p>
<p>Umidade Nível de exposição da pele à umidade</p>	<p>1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o Paciente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>1. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	<p style="text-align: right;">3</p>
<p>Atividade Nível de atividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	<p style="text-align: right;">3</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	<p style="text-align: right;">3</p>

<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> <p style="text-align: right;">3</p>
<p>Fricção e forças de deslizamentos</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p style="text-align: right;">PONTUACAO TOTAL 18</p>

Fonte: SERPA, 2006

Segundo a Escala de Braden, Margarida apresenta risco para formação de úlcera de pressão.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.R.; TURINE, M.A.S. **Sistema de Informação de Gestão Social:** monitoramento e avaliação de programas de complementação de renda. In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. 3ed. São Paulo: Cortez, 2007 p.193-207.

ACUÑA, K; CRUZ, T. **Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia - ABE&M; v. 48, n. 3, p. 345 – 361, 2004.

ACÚRCIO, F.A.; SILVA A.L.; RIBEIRO A.Q.; ROCHA, N.P.; SILVEIRA, M.R.; KLEIN, C.H.; et al. **Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos.** Revista da Associação Médica Brasileira; v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009.

ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C; FACCENDA, O; GASPAR, J. C; AMENDOLA, F. **Prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS.** Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul; v. 03, n. 01, p. 75, 2009.

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP; v.44, n.4, p.1046-1051, 2010a.

ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O.; CERCHIARI, E.A.N.; AMENDOLA, F. **Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família.** Cogitare Enfermagem – UFPR; v.15,n.2, p.217-24, 2010b.

ALVARENGA, M.R.M., et al. **Rede de Suporte Social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família.** Revista Ciência &

Saúde Coletiva; v.16, n.5, p.2603 – 2611, 2011.

ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O. **Sintomas depressivos em idosos:** análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. Acta Paulista de Enfermagem, Unifesp; v.25, n.4, p. 497-503, 2012

ANDRADE, A.I.N.P.; MARTINS, R.M.L. **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos.** Millenium. n.40, p.185-199, 2011.

ARAÚJO, M.A.R. et al. **Análise comparativa de diferentes métodos de triagem nutricional do paciente internado.** Comunicação em Ciências da Saúde - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; v.21, n.4, p.331-342, 2011.

AYELLO E.A, BRADEN B. *How and why to do pressure ulcer risk assessment.* Advances in Skin & Wound Care; v.15, n.3, p.125-33, 2002.

BARATA, R.R.; BARRETO, M.L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R.P. **Equidade e saúde:** contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

BARBOSA, M.T. **Os idosos e a complexidade dos regimes terapêuticos.** Revista da Associação Médica Brasileira; v.55, n.4, p.363-381, 2009.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Índice de desenvolvimento da família (IDF).** Texto para discussão nº 986, Rio de Janeiro, 2003. p. 1-20.

BLANES, D. **Formulação de indicadores de acompanhamento e avaliação de políticas socioassistenciais.** In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. F. (Org.) Família: rede, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE - PUC-SP, 2003. p. 231-240.

BORGES, P. S.; MARINHO FILHO, L.E. N.; MASCARENHAS, C. H.M. **Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como ambiente de quedas em idosos com acidente vascular encefálico**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, UNATI; v.13. n.1, p.41-50, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília. Cadernos de Atenção Básica; n.19. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 3.213 de 20 de dezembro de 2007**. Brasília 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3213.htm>>. Acesso em: 20/03/2013

BRYAN F, JONES JM, RUSSEL L. **Reliability and validity of a nutrition screening tool to be used with clients with learning difficulties**. Journal of Human Nutrition and Dietetics - The British Dietetic Association; v.11, n. 1, p.41-50, 1998.

BRUCKI, S.M.D., et al. **Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil**. Arquivos de Neuropsiquiatria – Academia Brasileira de Neurologia; v.61, n.1, p. 777-781, 2003.

CARVALHO, M.; BARROS, R.P.; FRANCO, S. Índice de Desenvolvimento da Família (IDF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. F. (Org.) **Família: rede, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE - PUC-SP, 2003. p. 241-265

DJERNES JK. **Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review**. Acta Psychiatrica Scandinavica - John Wiley & Sons, Inc. (EUA); v.113, n. 5, p.372–87, 2006.

DOMINGUES M.A.R.C. **Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso**. 2004.

Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

DOMINGUES, M.A.R.C; DERNTL A.M.; Rede de Suporte Social. In: Jacob Filho W. **Avaliação global do idoso**: Manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2005. p.159-170.

EMED T.C.X.S., KRONBAUER A, MAGNONI D. **Miniavaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos**. Revista Brasileira de Nutrição Clínica - Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral; v.21, n. 3, p. 219-223, 2006.

ESPERANÇA, R.L.D.; CERCHIARI, E.A.N.; MARTINS, P.C.S.; ALVARENGA, M.R.M.; CANEVARI, S.C. **Passeios turísticos como estratégia de prevenção e recuperação da saúde mental em idosos**. Revista Turismo Visão e Ação, Univali – Eletrônica; v.14, n.2, p.184-195, 2012.

FERREIRA, N.C.; CAETANO, F. M.; DÁMAZIO, L. C.M. **Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, UNATI; v.5, n.2, p. 74-79, 2011.

GIROTTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T. **Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco; v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D. **Queda em idosos: principais causas e consequências**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco; v. 04, n. 17, p. 152, 2007.

JOHNSON M., GRIFFITHS R., PIPER M., LANGDON R. **Risk factors for an untoward medication event among elders in community-based nursing caseloads in Australia**. *Public Health*

- Nursing, Wiley Periodicals, Inc. (EUA); v.22, n.1, p. 36-44, 2005.
- LANGE, C. **Acidentes domésticos com diagnósticos de demência atendidos em laboratório de Ribeirão Preto, SP.** 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco; v. 8, n. 3, p.775-782, 2003.
- LIMA, A.C.B.; GUERRA, D.M. **Avaliação do custo do tratamento de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados usando curativos industrializados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Abrasco; v. 16, n. 1, p. 267-277, 2011.
- LISBOA, J.R.; ALVARENGA, M.R.M.; RENOVATO, R.D. Índice de complexidade de **farmacoterapia do idoso dependente para o autocuidado na Atenção Primária.** *Revista Geriatria & Gerontologia*, SBGG; v.7, n.1, p.28-33, 2012.
- MAGALDI, R.M. Cognição. In: In: Jacob Filho W. **Avaliação global do idoso: Manual da Liga do GAMIA.** São Paulo: Atheneu; 2005. p.87-98.
- MARINI M.F. Úlcera de pressão. In: FREITAS, E.V, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002. p.654-664.
- MELCHIORS, A.C.; CORRER, C.J.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. **Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index.** *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*; vol. 89, n.4, p. 210-218, 2007.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas

Gerais. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos**: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; v. 19, n. 03, p. 786, 2003.

MIRANDA, R. V.; MOTA, V. P.; BORGES, M. M. M. C. **Quedas em Idosos**: Identificando Fatores de Risco e Meios de Prevenção. Revista Enfermagem Integrada – Unileste; v. 03, n. 01, p. 462, 2010.

NAJAR, A.L.; BAPTISTA, T.W.F.; ANDRADE, C.L.T. **Índice de desenvolvimento da família**: uma análise comparativa em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; v.24, sup.1, p.134-147, 2008

NAJAS M, NEBULONI C.C. Avaliação do estado nutricional. In: Ramos L.R. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole; 2005. p. 299-314.

NAJAS, M. I. **Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington, 2014 (EUA). Disponível em: <http://www.npuap.org>. Acesso em 28 set. 2014

OLIVEIRA-FILHO, A.D., et al. **Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia; v.99, n.1, p. 649-658, 2012.

PINHO, T.A.M. *et al.*, **Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP; v.46, n.2, p.320-327, 2012.

PINTO, C. **A família e a terceira idade:** orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas; 1997.

RIBERTO, M., et al. **Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional.** Acta fisiátrica – HC-USP; v.8, n.1,p.45-52,2001.

RIBERTO, M. et al., **Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional.** Acta fisiátrica – HC-USP; v.11, n.2, p. 72-76, 2004.

RICCI N.A.; KUBOTA M.T.; CORDEIRO R.C. **Concordância de observadores sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar.** Revista de Saúde Pública – USP; v.39, n. 4, p. 655-662 , 2005.

RODRIGUES RA, SCUDELLER PG, PEDRAZZI EC, SCHIAVETTO FV, LANGE C. **Morbidity and interference in seniors' functional ability.** Acta Paulista de Enfermagem – Unifesp; v.21, n. 4, p. 643-8, 2008.

SALMASO, F.V., *et al.* **Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, ABE&; v.58, n. 3, p. 226-231, 2014.

SANTOS C.S., et al. **Avaliação da confiabilidade do miniexame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas.** Cogitare Enfermagem – UFPR; v. 15, n.3, p. 406-412, 2010.

SASS, G.G.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O. **Sistema de informação para monitoramento da saúde de idosos.** Journal of Health Informatics - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde; v.4, n (esp.), p. 209-215, 2012.

SECOLI, S.R. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos.** Revista Brasileira de Enfermagem – ABEn; v.63,n.1,p.136-140, 2010.

SERPA, L.F. **Capacidade preditiva da subescala Nutrição da Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.** 2006. Tese de doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SNOWDON J. **How high in the prevalence of depression in old age?** Revista Brasileira de Psiquiatria – ABP; 2002;24 (Supl 1): 42-7.

SOUZA, R.A. et al. **Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. v.48, n.3, p.469-76, 2014.

TIRAPEGUI, J.; RIBEIRO, S. M. L. **Avaliação Nutricional Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TUCKER CM, FENNELL RS, PEDERSEN T, HIGLEY BP, WALLACK CE, PETERSON S. **Associations with medication adherence among ethnically different pediatric patients with renal transplants.** Pediatric Nephrology Journal; v.17, n.4, p. 251-256, 2002.

VALE, F.C.R.; LOGRADO, M.H.G. **Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade.** Comunicação em Ciências da Saúde - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; v.22, n.4, p.31-46, 2013.

ZASLAVSKY, C.; GUSI. **Idoso. Doença cardíaca e comorbidades.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia; v.79, n.6,p.635-639, 2002.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

Cadastrado ESF / UBS () Não - () Sim	Nº da ESF:	Microárea:	Família:
--	-------------------	-------------------	-----------------

Nome:

Idade:

Sexo: () Mas () Fem

Arranjo Familiar – com quem mora:

(1) só - () acompanhado.

Reside em área:

() urbana () rural

Religião:

católico (1) - protestante/evangélico (2) - espírita (3) outras (4) - não tem (5)

Possui recurso financeiro próprio

(0) Não - Sem recurso (1) Não - Auxílio da família (2) Sim.

Benefício Social

(0) - Nenhum benefício (1) Pensão (2) Aposentadoria (3) Pensão e aposentadoria
(4) Benefício de Prestação Continuada - BPC

Possui residência própria? N (0) S (1)

Atualmente mora na residência: própria (1) - alugada (2) - cedida (3)

Condições de moradia*: boa (1) - regular (2) - precária (3)

Renda Familiar Mensal: R\$

Número de pessoas que residem na moradia:

Renda per capita: R\$

Pratica atividade física: N (0) - S (1)

Se sim – qual atividade?

Frequência semanal:

Se não: por qual motivo?

Participa de atividade social: Não (0) - Sim (1)

Autoavaliação da Saúde

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

(1) Muito boa - (2) Boa - (3) Regular - (4) Ruim - (5) Muito ruim

História de hospitalizações nos últimos 12 meses: N(0) - S(1)

Frequência: Nenhuma (0) - 1 vez(1) - 2 vezes(2) - 3 vezes(3) - 4 vezes ou mais(4)

Sofreu queda nos últimos 12 meses? N(0) - S (1) **Quantas vezes?** _01_

Onde? Em casa (0) - Fora de casa (1) - Ambas situações (2)

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

1) Hipertensão	2) D. Isq.Coração	3) AVC/DCV - sequelas	4) Insuf.Cardíaca
5) Diabetes	6) DPOC	7) Osteoartrose	8) Osteoporose
9) Incontinência Urinária	10) Depressão	11) Dist.digestivos	12) Problemas de Coluna

13) Outros:

= () - Coloque o número total de diagnósticos médicos identificados

FAZ USO DE MEDICAMENTOS? Não (0)

Sim (1)

Número total de medicamentos _____

(Incluindo medicamentos de uso contínuo, esporádico ou usados quando necessário.)

Quais? – Nome genérico (comercial), apresentação, dosagem, frequência.

EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA							
Alergias: () não - () não sabe - () sim. Quais:							
Vacinações: () anti-hepatite B - () antitetânica - () Influenza - () febre amarela							
Antecedentes familiares:							
Exame neurológico:							
() Declínio cognitivo associado à idade		() Paraplegia		() hemiparesia		() tetraplegia	
() paralisias		() parestesia		() confusão		() agitação psicomotora	
() Latência na resposta motora		() tremores		() Diminuição da obtenção dos reflexos		() demência	
() Distúrbios da marcha		() disfagia		() disfasia		() disartria	
() afasia		() Sinal da roda dentado (Parkinsonismo)					
Crânio:							
() simétrico / sem alterações				() assimétrico			
Olhos							
() acuidade visual diminuída		() Acuidade visual preservada		() presença de secreção		() Ausência de lesão Tecido palpebral	
() conjuntiva normocoradas		() conjuntiva hipocorada		() opacidade do cristalino		() arco senil - esbranquiado ao redor da córnea	
() Xeroftalmia		() diminuição da acomodação visual		() Pupila fotorreagentes		() Pupilas Isocóricas	
() Pupilas anisocóricas		() Presença de lesão Tecido palpebral					
() Diminuição da sensibilidade a cores		() Diminuição da sensibilidade a cores					
Orelhas/ Ouvidos							
() Diminuição da percepção da profundidade		() atrofia e ressecamento do meato auditivo externo		() diminuição da acuidade auditiva		() diminuição da percepção em alta frequência	
() zumbido		() acuidade auditiva diminuída		() acuidade auditiva preservada		() respondendo aos estímulos verbais	
() letárgico, com demora de respostas motoras e verbais.		() diminuição da discriminação dos tons					
Nariz							
() simétrico		() mucosa normocarada		() desvio de septo		() batimento das asas do nariz	
() algia a digitopressão.		() algia a digitopressão.					
Boca							
() prótese dentária		() Halitose		() mucosa Normocorada		() Diminuição da produção salivar	
() cianose		() cáries		() Recesso gengival		() anodontia parcial/ total	

Pescoço				
<input type="checkbox"/> abaulamento	<input type="checkbox"/> algia	<input type="checkbox"/> torcicolo	<input type="checkbox"/> sopros carotídeos	<input type="checkbox"/> cicatriz
<input type="checkbox"/> diminuição da distancia mentomanubrial		<input type="checkbox"/> aumento ou nodulações na tireoide na tireoide		
Tórax e Pulmões				
<input type="checkbox"/> simétrico	<input type="checkbox"/> assimétrico	<input type="checkbox"/> expansibilidade torácica normal	<input type="checkbox"/> aumento do diâmetro ântero-posterior	<input type="checkbox"/> algia/dor torácica quando respira
<input type="checkbox"/> Tosse produtiva	<input type="checkbox"/> Tosse seca	<input type="checkbox"/> utiliza musculatura acessória para respiração		<input type="checkbox"/> rigidez da caixa torácica
Ausculta torácica				
<input type="checkbox"/> ruídos adventícios presentes	<input type="checkbox"/> ruídos adventícios diminuídos	<input type="checkbox"/> ruídos adventícios ausentes	<input type="checkbox"/> roncos	<input type="checkbox"/> sibilos
Ausculta cardíaca:				
<input type="checkbox"/> ritmo regular	<input type="checkbox"/> ritmo irregular	<input type="checkbox"/> Frequência Cardíaca	Bulhas cardíacas: <input type="checkbox"/> normofonética	<input type="checkbox"/> hipofonética
Coluna vertebral				
<input type="checkbox"/> lordose (condição em que a curva lombar natural da espinha se mostra exagerada)		<input type="checkbox"/> cifose (é um aumento na curvatura da área torácica)	<input type="checkbox"/> escoliose (curvatura lateral pronunciada da espinha).	
Mamas				
<input type="checkbox"/> simétricas	<input type="checkbox"/> sem depressões ou abaulamentos	<input type="checkbox"/> nódulos palpáveis	<input type="checkbox"/> espessamento da pele	<input type="checkbox"/> retração da pele
<input type="checkbox"/> flácido	<input type="checkbox"/> mamilos simétricos	<input type="checkbox"/> sinais inflamatórios	<input type="checkbox"/> mamilos não apresentam secreções / ausência de secreção a expressão	
Axilas				
<input type="checkbox"/> ausência de gânglios palpáveis	<input type="checkbox"/> gânglios palpáveis	<input type="checkbox"/> erupções da pele	<input type="checkbox"/> pigmentação incomum	<input type="checkbox"/> nódulos sensíveis e sem mobilidade
Abdome				
<input type="checkbox"/> plano	<input type="checkbox"/> abaulado	<input type="checkbox"/> globoso	<input type="checkbox"/> abdome em avental (obeso)	<input type="checkbox"/> retraído ou escavado e deprimido
Ausculta Abdominal				
<input type="checkbox"/> Peristaltismo normal	<input type="checkbox"/> Peristaltismo aumentado	<input type="checkbox"/> Peristaltismo diminuído	<input type="checkbox"/> Peristaltismo ausente	
<input type="checkbox"/> Ruídos hidroaéreos presentes	<input type="checkbox"/> Ruídos hidroaéreos diminuídos	<input type="checkbox"/> Ruídos hidroaéreos aumentados		

Palpação Abdominal				
<input type="checkbox"/> algia quadrante qual____	<input type="checkbox"/> Parede abdominal aumentada (edema, adiposidade)	<input type="checkbox"/> parede abdominal diminuída (desnutrição, desidratação)	<input type="checkbox"/> flácida (aumentos repetidos do abdome)	<input type="checkbox"/> Tensão da parede
<input type="checkbox"/> presença de massas palpáveis. Local:_____		<input type="checkbox"/> Sensibilidade.	<input type="checkbox"/> Hérnias	<input type="checkbox"/> Visceras aumentadas
Genitália feminina:				
<input type="checkbox"/> presença de lesões	<input type="checkbox"/> ausência de lesões	<input type="checkbox"/> hiperemia dos orifícios glandulares	<input type="checkbox"/> prolapso uterino.	<input type="checkbox"/> atrofia, ressecamento e/ou encurtamento vaginal
Genitália masculina:				
<input type="checkbox"/> lesões e ulcerações.	<input type="checkbox"/> Presença de Hérnias	<input type="checkbox"/> lesões devido as DST ou carcinomas	<input type="checkbox"/> Atrofia testicular	<input type="checkbox"/> uretrite
Urina				
<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> oligúria	<input type="checkbox"/> disúria	<input type="checkbox"/> anúria	<input type="checkbox"/> polaciúria
<input type="checkbox"/> hematúria	<input type="checkbox"/> odor	<input type="checkbox"/> turva	<input type="checkbox"/> incontinência urinária	<input type="checkbox"/> Cólicas renais
Fezes:				
<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> Ausentes	<input type="checkbox"/> constipação	<input type="checkbox"/> diarreica	<input type="checkbox"/> melena
Extremidades:				
<input type="checkbox"/> hipertonia (rigidez)	<input type="checkbox"/> hipotonia (flacidez).	<input type="checkbox"/> Motilidade Involuntária	<input type="checkbox"/> paraplegia	<input type="checkbox"/> hemiplegia
<input type="checkbox"/> tetraplegia.	<input type="checkbox"/> hemiparesia	<input type="checkbox"/> algia (contraturas e distensões)	<input type="checkbox"/> fraqueza muscular.	<input type="checkbox"/> Força muscular maior do lado dominante
<input type="checkbox"/> paralisia	<input type="checkbox"/> Nódulos	<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> presença de varizes/ trombose venosa	<input type="checkbox"/> edema
Pele e anexos:				
<input type="checkbox"/> boa perfusão	<input type="checkbox"/> aumento da pigmentação	<input type="checkbox"/> pele amarelada (icterícia)	<input type="checkbox"/> vermelhidão	<input type="checkbox"/> palidez (lábios, mucosas, face, unhas)
<input type="checkbox"/> cianose (mãos, pés, unhas)	<input type="checkbox"/> hematomas	<input type="checkbox"/> ressecamento	<input type="checkbox"/> sudoréica	<input type="checkbox"/> desidratação
<input type="checkbox"/> Lesões: descrever localização, distribuição no corpo, coloração, temperatura, pruriginosa, tamanho, formato, elevada/superficial, bordas regulares/irregulares, dor: Lesão sacral, ulcera por pressão				
Observações pertinentes:				

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

1. Dimensão: Ausência de vulnerabilidade

COMPONENTE: FECUNDIDADE			
Item	Questão	Sim	Não
01	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo no último ano?	0	1
02	Alguma mulher desta família teve filho nascido vivo nos dois últimos anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES			
03	Há alguma criança de zero a 6 anos?	0	1
04	Há alguma criança ou adolescente até 14 anos?	0	1
05	Há alguma criança, adolescente ou jovem até 17 anos?	0	1
COMPONENTE: ATENÇÃO E CUIDADOS ESPECIAS COM IDOSOS			
06	Presença de idoso (60 anos ou mais)?	0	1
07	Há presença de idoso com 75 anos ou mais?	0	1
COMPONENTE: DEPENDÊNCIA ECONÔMICA			
08	Presença de cônjuge (relacionado ao/a responsável pelo domicílio)?	1	0
09	Na sua casa mais que a metade dos moradores encontra-se em idade ativa, ou seja, de 15 anos ou mais (segundo IBGE/PNAD 2011)?	1	0
COMPONENTE: PRESENÇA DA MÃE			
10	Nesta família há alguma criança que não viva com a mãe?	0	1
11	Nesta família há alguma criança cuja mãe tenha morrido?	0	1
COMPONENTE: DESVANTAGEM FÍSICA E SOCIAL			
12	Há alguma pessoa com incapacidade visual?	0	1
13	Há alguma pessoa com incapacidade auditiva?	0	1
14	Há alguma pessoa com incapacidade para deambular?	0	1
15	Há alguma pessoa com deficiência física?	0	1
16	Há alguma pessoa com problemas mentais permanentes?	0	1

2. Dimensão: Acesso ao conhecimento

COMPONENTE: ANALFABETISMO			
Item	Questão	Sim	Não
17	Há alguma pessoa adulta nesta família que não sabe ler e escrever - analfabeto?	0	1
18	Há alguma pessoa adulta nesta família que tenha dificuldade para ler e escrever - analfabeto funcional?	0	1
19	Há alguma pessoa adulta com o ensino fundamental completo?	0	1
COMPONENTE: ESCOLARIDADE			
20	Há algum adulto com ensino médio ou segundo grau completo?	1	0
21	Há algum adulto com alguma educação superior?	1	0
COMPONENTE: QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL			
22	Há pelo menos um trabalhador com qualificação de nível médio ou superior?	1	0

3. Dimensão: Acesso ao trabalho

COMPONENTE: DISPONIBILIDADE DE TRABALHO			
Item	Questão	Sim	Não
23	Mais da metade das pessoas em idade ativa exerce trabalho remunerado? (considerar 15 anos ou mais/ excluir trabalho infantil)	1	0
24	Pelo menos um trabalhador está há mais de seis meses no trabalho atual?	1	0
COMPONENTE: QUALIDADE DO POSTO DE TRABALHO			
25	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado no setor formal?	1	0
26	Pelo menos um trabalhador desta família está ocupado em uma atividade agrícola?	0	1
COMPONENTE: REMUNERAÇÃO			
27	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 1 salário mínimo?	1	0
28	Há alguma pessoa trabalhando com rendimento superior a 2 salários mínimos?	1	0

4. Dimensão: Disponibilidade de recursos

COMPONENTE: EXTREMA POBREZA / POBREZA / CAPACIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA			
Item	Questão	Sim	Não
29	Renda familiar per capita superior à linha da extrema pobreza?	1	0
30	Renda familiar per capita superior à linha da pobreza?	1	0
31	A maior parte (50%) da renda familiar advém de transferências (exemplo: ajuda de outras famílias ou instituições, benefícios como moradia, alimentação, roupas, vale-refeição, alimentação ou transporte, Bolsa-Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Benefício Assistencial de Prestação Continuada)?	0	1

5. Dimensão: Desenvolvimento infantil

COMPONENTE: TRABALHO PRECOCE			
Item	Questão	Sim	Não
32	Alguma pessoa desta família com menos de 14 anos está trabalhando?	0	1
33	Alguma pessoa desta família com menos de 16 anos está trabalhando?	0	1
COMPONENTE: ACESSO À ESCOLA			
34	Alguma pessoa desta família entre 0 a 6 anos está fora da escola?	0	1
35	Alguma pessoa desta família entre 7 a 14 anos está fora da escola?	0	1
36	Alguma pessoa desta família entre 15 a 17 anos está fora da escola?	0	1
COMPONENTE: PROGRESSO ESCOLAR			
37	Alguma criança até 14 anos está com mais de dois anos de atraso escolar?	0	1
38	Algum adolescente desta família com idade entre 10 a 14 anos é analfabeto?	0	1
39	Algum jovem desta família entre 15 a 17 anos é analfabeto?	0	1
COMPONENTE: MORTALIDADE INFANTIL			
40	Há alguma mãe cujo filho tenha morrido?	0	1
41	Há alguma mãe cujo filho tenha nascido morto?	0	1

6. Dimensão: Condições habitacionais

COMPONENTE: PROPRIEDADE / DEFICIT HABITACIONAL			
Item	Questão	Sim	Não
42	A família possui residência própria?	1	0
43	A família reside em casa alugada ou cedida?	0	1
44	Há mais que dois moradores por dormitório?	0	1
COMPONENTE: ABRIGABILIDADE			
45	O domicílio é feito de material de construção permanente (alvenaria)?	1	0
COMPONENTE: ACESSO ABASTECIMENTO DE ÁGUA / SANEAMENTO BÁSICO / LIXO / ENERGIA ELÉTRICA			
46	Neste domicílio há abastecimento de água da rede pública ou poço artesiano?	1	0
47	Neste domicílio há esgotamento sanitário adequado (rede geral ou fossa séptica)?	1	0
48	Neste domicílio há coleta de lixo?	1	0
49	Neste domicílio há acesso à eletricidade?	1	0
COMPONENTE: ACESSO A BENS DURÁVEIS			
50	Fogão	1	0
51	Geladeira	1	0
52	Freezer independente da geladeira	1	0
53	Televisão em cores	1	0
54	Rádio	1	0
55	Máquina de lavar roupa (não pode ser tanquinho)	1	0
56	Telefone móvel - celular	1	0
57	Telefone fixo	1	0
58	Computador	1	0
59	Internet	1	0

ÍNDICE DE COMPLEXIDADE DA FARMACOTERAPIA (ICFT)

NOME: _____ **Data:** _____

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados quando necessário): _____

a) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray /comprimidos sublinguais	2
Tópico	Cremes/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas /soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e nariz	Gotas, cremes, pomadas para ouvido	3
	Colírios, gotas para os olhos	3
	Géis, pomadas para os olhos	3
	Gotas, cremes, pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers - Pó seco para inalação	3
	Aerolizers	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/ concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: pré-carregadas	3
	Injeções: ampolas/ frascos-ampolas	4
	Supositórios/ óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Cremes vaginais	2
Total seção A		

b) Para cada medicação da farmacoterapia marque [√] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [√] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia s/n			0,5	
2x dia			2	
2x dia s/n			1	
3x dia			3	
3x dia s/n			1,5	
4x dia			4	
4x dia s/n			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h s/n			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h s/n			2	
6/6h			4,5	
6/6h s/n			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h s/n			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h s/n			6,5	
s/n			0,5	
Dias alternados			2	
Oxigênio s/n			1	
Oxigênio < 5h			2	
Oxigênio > 15			3	
Total seção B				

c) Marque [√] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [√] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/ pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo			1	
Dose variável			1	
Tomar /usar em horário específico			1	
Relação com alimento			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar /usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas			2	
Total seção C				

Total da Complexidade da Farmacoterapia = _____

ESCALA DE ADESAO TERAPEUTICA DE MORISKY DE 8 ITENS

NOME: _____ **Data:** _____

Item	Questão	Resposta	
		Não	Sim
1	Você às vezes se esquece de tomar os seus remédios para pressão?	Não	Sim
2	Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?	Não	Sim
3	Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	Não	Sim
4	Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	Não	Sim
5	Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?	Não	Sim
6	Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?	Não	Sim
7	Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?	Não	Sim
8	Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? (1)Nunca – (2)Quase Nunca – (3)Às Vezes – (4)Frequentemente – (5)Sempre		

Classificação da adesão	Pontuação
Alta	8
Média	6 a 8
Baixa	Menor que 6

DETERMINE SUA SAÚDE NUTRICIONAL

NOME:

DATA

QUESTÕES	SIM	PT
1. Eu tenho alguma doença que fez com que eu mudasse meu hábito alimentar no tipo e na quantidade de alimentos ?		2
2. Eu faço menos de duas refeições por dia ?		3
3. Eu como poucas frutas, legumes, verduras, leite ou substitutos ?		2
4. Eu bebo 3 ou mais doses de cerveja, vinho, aguardente ou licor quase todos os dias?		2
5. Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação ?		2
6. Eu tenho problemas financeiros que me dificultam a compra de alimentos ?		4
7. Eu me alimento sozinho a maior parte do tempo ?		1
8. Eu uso 3 ou mais medicamentos diferentes por dia ?		1
9. Eu ganhei ou perdi cerca de 5 quilos nos últimos 6 meses involuntariamente ?		2
10. Algumas vezes, eu tenho dificuldades físicas para fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me sozinho ?		2

Pontuação:

0 – 2	BOM	Sem risco nutricional ou baixo risco
3 – 5	MODERADO	Risco nutricional
6 ou mais	ALTO	Risco nutricional

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Q1	Institucionalização ou asilamento 0 – Sim; 1 – Não.	Q10	Declínio da ingestão de alimentos nos últimos 3 meses devido a perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades em mastigar e engolir. 0 – Grave perda do apetite; 1 – Moderada perda de apetite; 2 – Sem perda de apetite
Q2	Utilização de 3 ou mais drogas prescritas por dia. 0 – Sim; 1 – Não.	Q11	Ingestão de líquidos (água, suco, café, leite, vinho, cerveja em xícaras ou copos) por dia. 0 – Menos de 3; 1 – De 3 a 4; 2 – Mais de 5.
Q3	Estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses. 0 - Sim; 1 - Não.	Q12	Forma de alimentação. 0 – Necessita de assistência; 1 – Alimenta-se sem assistência, porém, com alguma dificuldade; 2 – Alimenta-se sem nenhum problema
Q4	Mobilidade 0 – Restrição à cama ou cadeira; 1 – Ergue-se, mais não anda; 2 – Capaz de andar.	Q13	O paciente considera ter algum problema nutricional ? 0 – Desnutrição grave; 1 – Não sabe ou desnutrição moderada; 2 – Sem problema nutricional.
Q5	Problemas neuropsicológicos 0 – Demência ou depressão grave; 1 – Demência média/mediana; 2 – Sem problemas neurológicos	Q14	Em comparação com outras pessoas de mesma idade, como o paciente considera seu estado de saúde? 0 – Não tão bom; 0,5 – Não sabe; 1 – Igual; 2 – Melhor.
Q6	Úlceras de pele ou pressão 0 – Sim; 1 – Não.	Q15	Valor do IMC (Kg/m ²) 0 – IMC menor que 19; 1 – IMC entre 19 e 21; 2 – IMC entre 21 e 23; 3 – IMC maior ou igual a 23.
Q7	Ingestão de grandes refeições 0 – Uma refeição; 1 – Duas refeições; 2 – Três refeições.	Q16	Circunferência do Braço (cm) 0 – Circunferência menor que 21 cm; 0,5 - Circunferência entre 21 e 22 cm; 1 – Circunferência maior ou igual a 22
Q8	Consumo de alimentos específicos: Ao menos uma porção de leite e derivados por dia; Duas ou mais porções de ovos e legumes por semana; Carne, peixe e frango diariamente. 0 – Se 0 ou 1 resposta positiva; 0,5 – Se 2 resposta positiva; 1 – Se 3 resposta positiva	Q17	Circunferência da panturrilha (cm) 0 – Circunferência menor que 31 cm; 1 – Circunferência maior ou igual a 31;
Q9	Consumo de 2 ou mais porções de frutas e hortaliças por dia 0 – Não; 1 – Sim	Q18	Perda de peso nos últimos 3 meses 0 – Perda de peso maior que 3 kg; 1 – Não sabe informar; 2 – Perda de peso entre 1 e 3 Kg; 3 – Sem perda de peso.

TOTAL: _____

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF

NOME:

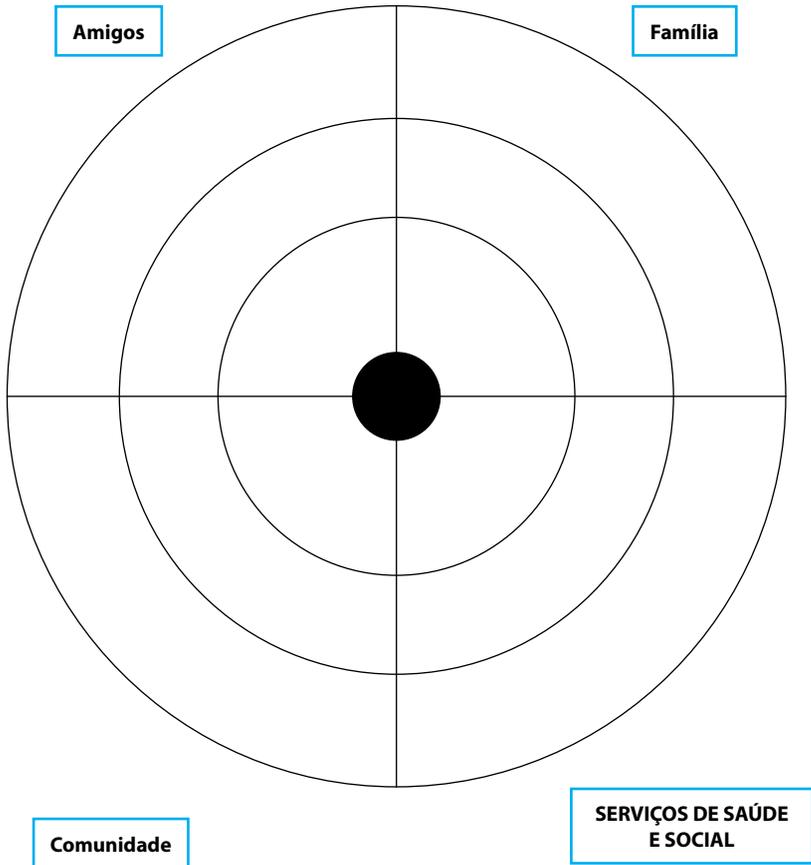
Data:

NÍVEIS	7. Independência completa (em segurança e em tempo normal). 6. Independência modificada (ajuda técnica).	SEM AJUDA
	Dependência Modificada 5. Supervisão 4. Dependência Mínima (Indivíduo \geq 75%) 3. Dependência Moderada (Indivíduo \geq 50%) 2. Dependência Máxima (Indivíduo \geq 25%) 1. Dependência Total (Indivíduo \geq 0%)	AJUDA
AUTOCUIDADO		SUBTOTAL
A. Alimentação		
B. Higiene Pessoal		
C. Banho (lavar o corpo)		
D. Vestir-se acima da cintura		
E. Vestir-se abaixo da cintura		
F. Uso do vaso sanitário		
CONTROLE DE ESFINCTERES		
G. Controle da Urina		
H. Controle das Fezes		
MOBILIDADE/TRANSFERENCIAS		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
J. Vaso Sanitário		
K. Banheira ou chuveiro		
LOCOMOÇÃO		
L. Marcha / cadeira de rodas	M - C -	
M. Escadas		
COMUNICAÇÃO		
N. Compreensão	A - V -	
O. Expressão	V - N -	
COGNIÇÃO SOCIAL		
P. Interação social		
Q. Resolução de problemas		
R. Memória		
TOTAL		
Nota: Não deixe nenhum espaço em branco. Se não for possível avaliar, marque 1.		

MIF MOTOR	
MIF COGNITIVA	
MIF TOTAL	

MMR - MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO

NOME: _____ **Data:** _____



APGAR DE FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS	Sempre	Algumas vezes	Nunca
		2	1	0
A = Adaptation (Adaptação): Representa a satisfação do membro da família com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extrafamiliares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da família.	Estou satisfeito (a), pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P = Partnership (Companheirismo): Satisfação do membro da família com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição, é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G = Growth (Desenvolvimento): Representa a satisfação do membro da família com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para o alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar, bem como seu desenvolvimento obtido através de apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
A = Affection (Afetividade): Indica a satisfação do membro da família com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição, representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R = Resolve (Capacidade resolutiva): Representa a satisfação do membro da família com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associam-se a decisão, a determinação ou a resolubilidade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de se dedicarem uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço).	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

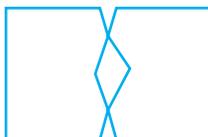
TOTAL: _____

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

NOME:

Data:

I. ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS	ACERTOS
1. Que dia é hoje?	1	
2. Em que mês estamos?	1	
3. Em que ano estamos?	1	
4. Em que dia da semana estamos?	1	
5. Qual a hora aproximada? (variação ± 1hora)	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)	1	
7. Que local é este? (apontar ao redor. Sentido mais amplo).	1	
8. Em que bairro estamos ou o nome da rua mais próxima?	1	
9. Em que cidade estamos?	1	
10. Em que Estado estamos?	1	
II. REGISTRO DE MEMÓRIA DE FIXAÇÃO		
11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso – carro – tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.	3	
III. ATENÇÃO E CÁLCULO		
12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7= 65).	5	
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM	1	
IV. MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO		
14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente.	3	
V. LINGUAGEM		
15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)	2	
16. Repetir uma frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
17. Comando verbal: “Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1ponto)	3	
18. Seguir o comando escrito: “Feche os olhos”	1	
19. Escrever uma frase completa.	1	
PRAXIA CONSTRUTIVA		
20. Copiar o desenho	1	
TOTAL		



ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

NOME:

Data:

1. Sente-se satisfeito com a 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 tem mais problemas de memória que outras pessoas?	SIM	NÃO
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NÃO
12. Vale a pena viver como vive agora?	SIM	NÃO
13. Sente-se cheio de energia?	SIM	NÃO
14. Acha que sua situação tem solução?	SIM	NÃO
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	SIM	NÃO
TOTAL		
Pontuação: 1 ponto para cada resposta em negrito.		

ESCALA DOWNTON – RISCO PARA QUEDAS

NOME:

Data:

<p>QUESTÃO 1 Quedas anteriores: () Não () Sim</p>
<p>QUESTÃO 2 Medicações: () Nenhuma - () Sedativos - () Diuréticos - () Anti-hipertensivos () Drogas antiparquinsonianas - () Antidepressivos - () Outras medicações</p>
<p>QUESTÃO 3 Déficit sensorio: () Nenhuma - () Visão prejudicada - () Audição prejudicada - () Membros</p>
<p>QUESTÃO 4 Estado mental: () Orientado - () Confuso</p>
<p>QUESTÃO 5 Marcha (modo de andar): () Normal - () Seguro com equipamento de ajuda para caminhar () Inseguro com/sem equipamento - () Incapaz</p>
TOTAL

ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDA

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Áreas de locomoção desimpedidas.		
	Barras de apoio Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos		
ILUMINAÇÃO	Aumentar a intensidade de 2 a 3 vezes: especialmente no banheiro e nas escadas, usar luz fluorescente.		
	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus.		
	Utilizar luzes noturnas e luminárias com base segura		
	Distribuir os interruptores por lugares fáceis de notar. Acessíveis na entrada dos cômodos		
	Sentinelas: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro.		
	Embutir fios dos aparelhos ou fixá-los		
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior		
	Cama com luz indireta		
QUARTO DE DORMIR	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis		
	Cadeira permitindo assentar para se vestir		
	Controle de luz e telefone ao lado da cama		
	Cama de boa altura (45 cm) e colchão firme		
BANHEIRO	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo		
	Área do chuveiro: antiderrapante ou cadeira de banho		
	Aumento da altura do vaso sanitário		
	Barras de apoio laterais e paralelas ao vaso		
	Box: abertura fácil e cortina bem firme		
COZINHA	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada.		
	Pia sem vazamentos e que permite entrada de cadeira de roda se necessário		
ESCALADA	Revestimento antiderrapante, marcação do primeiro e último degrau com faixa amarela.		
	Interruptores no início e final da escada.		
	Identificação das bordas dos degraus com faixa amarela.		
	Corrimão bilateral e sólido. Observar a distância da parede, o contraste de cor e o diâmetro.		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degrau.		
	Espelho do degrau fechado, com lixas antiderrapantes.		
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes.		
SALA	Disposição dos móveis para facilitar a circulação, sofás e cadeiras firmes e com braços.		
TOTAL			

ESCALA DE BRADEN

<p>Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou uso de medicamentos sedativos, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
<p>Umidade Nível de exposição da pele à umidade</p>	<p>1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o paciente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>1. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
<p>Atividade Nível de atividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>

ESCALA DE BRADEN

<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido, OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
<p>Fricção e forças de deslizamentos</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação levam a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>	<p style="text-align: right;">PONTUAÇÃO TOTAL</p>



Grupo de Pesquisa em
Necessidades da Saúde do Idoso



Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino,
Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul



GOVERNO DO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL



Universidade Estadual
de Mato Grosso do Sul





Grupo de Pesquisa em
Necessidades da Saúde do Idoso



GOVERNO DO ESTADO
DE MATO GROSSO DO SUL

