

**Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**  
**Coordenação da Atenção Básica**  
**Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa**

**DOCUMENTO NORTEADOR**  
**UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO**  
**URSI**

**ANEXOS**

São Paulo  
2016



## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA – AMPI-AB

ANEXO II – FORMULÁRIO: ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO – URSI

ANEXO III - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL – AGG

ANEXO IV - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA - EDUCAÇÃO FÍSICA

ANEXO V - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA - ENFERMAGEM

ANEXO VI - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FARMÁCIA

ANEXO VII - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FISIOTERAPIA

ANEXO VIII - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FONOAUDIOLOGIA

ANEXO IX - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – GERIATRIA

ANEXO X - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – NUTRIÇÃO

ANEXO XI - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – ODONTOLOGIA

ANEXO XII - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – PSICOLOGIA

ANEXO XIII - AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA - SERVIÇO SOCIAL

ANEXO XIV- AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – TERAPIA OCUPACIONAL

ANEXO XV - MANUAL DE ACESSO AO FORMSUS PARA URSI

## ANEXO I

### **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB**

O Pacto pela Vida (2006) considera a população idosa como uma das seis prioridades do SUS, visando à promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003) assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, ações essas a serem efetivadas por meio do cadastramento da população idosa em base territorial. atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios. unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006) estabelece a mudança de paradigma priorizando a avaliação da Capacidade Funcional como estratégia para promoção à saúde da pessoa idosa e prevenção de agravos.

Considerando que o envelhecimento da população paulistana tem ocorrido de forma acelerada nas últimas décadas em todas as regiões do município e, que suas especificidades exigem abordagens e ações qualificadas para que o cuidado em saúde seja efetivo nos diferentes pontos da rede de atenção, a Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa – Coordenação da Atenção Básica - Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, propôs a implantação do instrumento denominado ***“Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica – AMPI-AB”***.

A AMPI-AB visa instrumentalizar as Unidades Básicas de Saúde para qualificação da demanda, planejamento e gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI. Pessoas idosas (60 anos ou mais) são portadoras de condições crônicas, com alta prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD) e apresentam aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes. Neste sentido, a avaliação de suas condições de saúde-doença e psicossociais e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular – PTS e de Plano de Cuidados específico são fundamentais, para melhorar e manter a melhor capacidade funcional possível e promover o envelhecimento ativo.

A AMPI-AB permite que se conheçam as necessidades de saúde da população idosa, classificando-a segundo o grau de fragilidade e categorizando os idosos em “saudáveis”, “pré-frágeis” e “frágeis”, permitindo a organização do atendimento na rede e a elaboração de Planos de Cuidados. A pontuação para as questões foi dividida em três categorias: 0 a 5 pontos: idoso saudável. 6 a 10 pontos: idoso pré-frágil e igual ou maior que 11 pontos: idoso frágil.

A AMPI-AB foi elaborada, baseando-se na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (MS, 2006), no Caderno da Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde e está organizada em um questionário inicial com 17 perguntas com respostas auto referidas, que abrangem as principais dimensões para avaliação das condições de saúde dos idosos: sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, a depender da necessidade detectada em cada uma das questões.

As 17 dimensões do processo de envelhecimento abordadas no questionário inicial são: idade, autopercepção da saúde, arranjo familiar, condições crônicas, medicamentos utilizados, número de

internações nos últimos doze meses, quedas nos últimos doze meses, acuidade visual, acuidade auditiva, limitações físicas, cognição, humor, desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), desempenho nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), incontinência urinária e fecal, perda de peso não intencional e condições bucais.

O Formulário de Dados Sociais e os Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional, indicados no instrumento, foram elaborados, usando como referencial o Caderno da Atenção Básica nº 19 do Ministério da Saúde e a literatura gerontológica e geriátrica e se referem às dimensões citadas no item anterior.

Os testes de Rastreamento da Capacidade Funcional indicados na AMPI-AB são: Teste de Snellen, Teste do Sussurro, Teste de Katz, Teste de Lawton, Timed up and go Test, Teste de Velocidade de Marcha, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e Mini-Exame do Estado Mental (Minimental).

A Avaliação Multidimensional (AMPI-AB) e seus desdobramentos (planos de cuidados, encaminhamentos e fluxos) deverão ser aplicados por profissionais da Atenção Básica devidamente capacitados para esse fim.

Os resultados da Avaliação Multidimensional deverão ser discutidos pela Equipe da Atenção Básica e utilizados como subsídio para a elaboração dos Planos de Cuidados Inicial e Específico.

O Plano de Cuidados Inicial corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso referenciado a um serviço de especialidade. Tem como objetivo garantir o vínculo entre idoso / equipe UBS / equipe URSI.

O Plano de Cuidados Específico corresponde às ações propostas pela equipe da Unidade Básica de Saúde (com ou sem cobertura da Estratégia de Saúde da Família) no acompanhamento do idoso com alterações, em algum item específico da AMPI/AB e após a realização dos testes de Rastreamento de Capacidade Funcional correspondentes. Deve fortalecer o vínculo entre equipe/idoso/família.

A Avaliação Multidimensional deverá ser agendada pelo SIGA nas Unidades de Saúde como procedimento municipal, com código número 030109900-6 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa da Atenção Básica (AMPI-AB) é instrumento necessário para encaminhamento das pessoas idosas para a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) e para o Programa Acompanhante de Idosos (conforme critérios específicos de cada um deles).

NOME:			DN:		
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		CNS:		SEXO: F ( ) M ( )	
ENDEREÇO:			EQUIPE:		
UBS:			TEL:		
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB					
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
1	Idade	Qual a sua idade?	60 - 74	( )	0
			75 - 89	( )	1
			90 ou mais	( )	2
	Encaminhamentos	Se idade entre 75 e 89 anos, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Se idade de 90 anos ou mais, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
2	Auto Percepção da saúde	Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:	Muito boa / boa	( )	0
			Regular / ruim / muito ruim	( )	1
	Encaminhamentos	Se houver auto-percepção de saúde "Regular / Ruim / Muito Ruim", aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
3	Arranjo Familiar	O(A) Sr.(a.) mora sozinho?	NÃO	( )	0
			SIM	( )	1
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar os testes de Katz, Lawton, TUGT e Dados Sociais. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes, ou na avaliação social.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Verificar critérios de encaminhamento para o PAI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
4	Condições Crônicas	O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo?	NENHUMA	( )	0
			1 ou 2	( )	1
			3 ou +	( )	2
	Encaminhamentos	Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, AVC, Doença arterial coronariana, Doenças Vasculares, Úlcera de pressão, Anemia, Asma, DPOC, Úlcera péptica, Artrose, Obesidade, Neoplasia, Demência, Epilepsia, Depressão, Doença de Parkinson, HIV/AIDS e Amputação de membro. Para os que pontuarem 1 ponto, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Para os que pontuarem 2 pontos, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Para pontuação 0 ou 1, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme pontuação geral. Para os idosos com 1 ponto nesse item, providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Para os idosos com 2 pontos nesse item, realizar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e Plano de Cuidados Inicial. Se o idoso apresentar complicações dessas condições crônicas, encaminhar para a URSI.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
5	Medicamentos	Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma diariamente?	1 a 4	( )	0
			5 ou +	( )	1
	Encaminhamentos	Para os idosos em uso de "polifarmácia" (5 ou mais medicamentos) encaminhar para orientação na unidade e para a Atenção Farmacêutica.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
6	Internações	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses?	NENHUMA	( )	0
			1 INTERNAÇÃO	( )	1
			2 INTERNAÇÕES OU +	( )	2
	Encaminhamentos	Em caso de 1 único episódio de internação, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT. Em caso de internações recorrentes (2 episódios ou mais), aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Checar causa de internação e realizar os encaminhamentos necessários.				
<b>Pontuação Parcial (A)</b>					

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB**

Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação	
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses?	NENHUMA	( )	0	
			1 EPISÓDIO	( )	1	
			2 EPISÓDIOS OU +	( )	2	
	Encaminhamentos	Em caso de 1 episódio de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional. Em caso de 2 ou mais episódios de quedas, aplicar todos os testes do Rastreamento da Capacidade Funcional e realizar Plano de Cuidados Inicial.				
Fluxo	Para idosos com 0 ou 1 ponto, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para idosos com um episódio de queda nos últimos 12 meses, em caso de alterações nos testes, providenciar Plano de Cuidados Específico e encaminhar para especialista, se necessário. Para idosos com 2 ou mais episódios de queda nos últimos 12 meses, após Rastreamento da Capacidade Funcional, realizar Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.					
8	Visão	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)	NÃO	( )	0	
			SIM	( )	1	
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste de Snellen. Ao aplicar o Teste de Snellen, caso o paciente use óculos, aplicar com os óculos.				
Fluxo	Para os idosos com Teste de Snellen normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para os idosos com Teste de Snellen indicando incapacidade de ler, ou seja, se resultado do Teste de Snellen menor ou igual a 0,7, encaminhar para avaliação com oftalmologista.					
9	Audição	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?	NÃO	( )	0	
			SIM	( )	1	
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, aplicar o Teste do Sussurro.				
Fluxo	Para os idosos com Teste do Sussurro normal, observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para os idosos com Teste do Sussurro alterado, solicitar avaliação do conduto auditivo para o médico ou enfermeiro da equipe e, se necessário, encaminhar para avaliação com otorrinolaringologista.					
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.	
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.	SIM ( )	NÃO ( )	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Sim e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como Não.	
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	SIM ( )	NÃO ( )		
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?	SIM ( )	NÃO ( )		
	Encaminhamentos	Para os idosos que apresentarem dificuldade em um ou mais itens, fazer exame completo dos MMSS/MMII, atentando para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Providenciar Plano de Cuidados Específico em caso de alterações nos testes. Conforme a dificuldade apresentada, considerar necessidade de fisioterapia.					
11	Cognição	Algum familiar ou amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.	
		O esquecimento está piorando nos últimos meses?	SIM ( )	NÃO ( )	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um a três itens assinalados como Sim.	
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ( )	NÃO ( )		
	Encaminhamentos	Para os idosos com auto percepção de alterações de memória, aplicar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM ou Mini Mental).				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.					
	Para os idosos que apresentarem alteração no resultado do Mini Mental (segundo a escolaridade), realizar o Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para a URSI.					
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.	
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	SIM ( )	NÃO ( )	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de um ou dois itens assinalados como Sim.	
	Encaminhamentos	Para os idosos com resposta afirmativa em pelo menos um dos itens, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS).				
	Fluxo	Em caso negativo, ou para idosos com bom resultado na EDG (ou GDS), observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.				
Para os idosos com EDG (ou GDS) alterada (pontuação igual ou maior que 11), realizar Plano de Cuidados Específico e os encaminhamentos necessários (Rede Hora Certa, AE, ou Saúde Mental).						

**Pontuação Parcial (B)**



**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA - AMPI/AB**

Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
13	Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?	SIM ( )	NÃO ( )	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?	SIM ( )	NÃO ( )	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem NÃO e 1, se houver de um a quatro itens assinalados como SIM.
		O(a) Sr(a) precisa de ajuda para tomar banho?	SIM ( )	NÃO ( )	
Encaminhamentos	Em caso afirmativo em uma ou mais alternativas, atribuir apenas 1 ponto. Portanto, pontuação máxima = 1. Para idosos que necessitem de ajuda em uma ou mais atividades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar Plano de Cuidados Específico e encaminhamentos necessários.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
14	Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)?	SIM ( )	NÃO ( )	
	Encaminhamentos	Para idosos que apresentarem uma ou mais dificuldades, aplicar os testes de Katz, Lawton e TUGT.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral. Para os idosos que apresentarem alterações nos testes aplicados, realizar Plano de Cuidados Específico e encaminhamentos necessários.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
15	Incontinência	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.
		O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?	SIM ( )	NÃO ( )	
	Encaminhamentos	Para os idosos que apresentarem uma ou mais dificuldades, encaminhar para consulta de Enfermagem.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)	NÃO	( )	0
			SIM	( )	1
	Encaminhamentos	Em caso afirmativo, realizar o Plano de Cuidados Inicial e encaminhar para avaliação nutricional, conforme referência do serviço.			
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses, conforme orientações sobre a pontuação geral.				
Parâmetro	Perguntas	Atributos e pontos			Pontuação
17	Condições bucais	Caso o(a) Sr.(a.) use prótese, ela está mal adaptada?	SIM ( )	NÃO ( )	Marcar cada item como Sim ou Não.
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar?	SIM ( )	NÃO ( )	
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir?	SIM ( )	NÃO ( )	A pontuação varia de 0 a 1. Será zero, se todas as respostas forem Não e 1, se houver de UM a QUATRO itens assinalados como Sim.
		O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento por causa de problemas nos dentes ou na prótese?	SIM ( )	NÃO ( )	
Encaminhamentos	Em caso de uma ou mais respostas afirmativas, encaminhar para avaliação odontológica conforme o fluxo da saúde bucal.				
Fluxo	Observar a pontuação da AMPI/AB e reavaliar em 6 a 12 meses conforme orientações sobre a pontuação geral. Providenciar o encaminhamento conforme fluxo da Saúde Bucal.				
<b>Pontuação Parcial (C)</b>					
<b>Pontuação Total (A+B+C)</b>					





NOME:		Idade:	
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		CNS:	
ENDEREÇO:		SEXO: F ( ) M ( )	
UBS:		EQUIPE:	
TEL:			
<b>DADOS SOCIAIS</b>			
<b>INSTRUÇÕES:</b> deverá ser aplicado em idosos (as) que residem sozinhos.			
1. Estado civil:		casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) outros ( ), qual?	
		viúvo(a) ( ) há quanto tempo?	
2. Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?			
3. Tem alguma fonte de renda fixa? Não ( )			
Sim ( )		Aposentado ( ) Pensionista ( ) BPC/LOAS ( )	
4. Mantém alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira? Não ( )			
Sim ( ) Atividade:			
5. Recebe ajuda financeira? Não ( )			
Sim ( )		Familiar ( ) Amigos ( ) Outros ( ), qual?	
		Instituição de Assistência ( )	
6. Frequentou a escola? Não ( ) Sim ( ) Quantos anos?			
7. Possui suporte de alguma pessoa? Não ( )			
Sim ( )		Para: AVD ( ) AIVD ( ) Atividades Externas ( )	
		Quem?	
8. Reside em:			
Casa ( )		Apartamento ( ) Sobrado ( ) Outros ( ), qual?	
Cômodo de madeira ( )		Cômodo de alvenaria ( )	
9. Imóvel: Próprio ( ) Alugado ( ) Cedido ( ) Outros ( ), qual?			
10. Meio de Transporte utilizado:		Ônibus ( ) taxi ( ) Outros ( ), Qual?	
		veículo de conhecidos ( )	
11. Tem alguma dificuldade para sair de sua casa e andar nas redondezas? Não ( )			
Sim ( ) Qual a dificuldade e por quê?			
12. Atualmente algo ou alguém o (a) incomoda? Não ( )			
Sim ( ) O Quê ou Quem?			
13. Faz uso de bebida alcoólica ou outras drogas? Não ( ) Sim ( ) Qual? Com que frequência?			
<b>OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):</b>			
Nome e assinatura do profissional:		Data:	



NOME:		IDADE:
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena	CNS:	SEXO: F ( ) M ( )
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:

### ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL

O idoso deverá identificar as figuras nos diferentes tamanhos a fim de que seja avaliada sua acuidade visual.

#### INSTRUÇÕES

- ✓ O examinador deverá orientar o idoso a indicar a direção do “E” apontado e realizar um treino inicial conforme indica a figura ao lado;
- ✓ O exame deverá ser realizado em uma sala com boa iluminação, sem ofuscamento e ambiente calmo. A escala deverá estar colada em uma parede vazia, sem janelas e a aproximadamente 1,5 m do chão.
- ✓ O idoso deverá estar sentado confortavelmente a uma distancia aproximada de 5 metros da parede onde está a escala de Snellen.
- ✓ Se o idoso já usar óculos, o teste deve ser feito com os óculos;
- ✓ Aplicar o teste com ambos os olhos abertos.
- ✓ O teste deve ser iniciado pelos ortotipos (sinais) maiores indicando com firmeza qual deve ser lida pelo idoso.



para cima



para baixo



#### AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

- Se distinguir bem até à 8ª linha, a visão é satisfatoriamente normal.
- Se, todavia, não for além da 4ª linha existe grave possibilidade de perda de capacidade visual.
- Anotar abaixo o número da última linha que o idoso enxergou na tabela.

ULTIMA LINHA LIDA COM CLAREZA:

--

- A Escala de Snellen não tem valor diagnóstico.



#### OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):


Nome e assinatura do profissional:

DATA:

**ORIENTAÇÕES**

**ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN**

**O que é?** A acuidade visual é de grande importância principalmente nas ações prevenção de quedas além de ser necessária para o desempenho das atividades diárias de vida. A Escala Optométrica de Snellen é um teste realizado para avaliação da acuidade visual sem finalidade diagnóstica.

**Objetivo:** Detectar alterações visuais mesmo com uso de lentes auxiliares (óculos ou lentes de contato).

**Procedimento:** utilizar a Escala Optométrica do E (acessível a usuários de vários níveis de escolaridade). A escala deverá ser colocada a 1,5m de altura em uma parede limpa e sala clara, devendo haver um espaço de 5 metros de distancia entre o local em que o idoso estará sentado e a parede onde a escala está exposta. Coloca-se o idoso sentado confortavelmente, com óculos (se usar), e pede-se para identificar a figura apontada iniciando do maior para o menor. Avaliar a visão BILATERAL (sem uso de tampão) identificando até qual linha o idoso consegue distinguir com clareza os símbolos. A última linha que o idoso consegue identificar **com clareza** é a que deve ser marcada como resultado. É importante orientar o idoso sobre a realização do procedimento antes de iniciá-lo.

**Quem faz?** O Teste de Snellen poderá ser realizado por qualquer membro da equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, incluindo agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem, desde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:** o resultado será avaliado conforme a capacidade de ler as letras menores da escala optométrica, ou seja, será considerado adequado o indivíduo que conseguir distinguir bem os símbolos até a 8ª linha. As alterações serão consideradas se a dificuldade em distinguir os símbolos usados acontecer acima da 8ª linha. Entre a 5ª e 8ª linha será considerada uma perda de acuidade visual moderada e se a dificuldade for até a 4ª linha, será considerado um grave comprometimento da acuidade visual.

**Encaminhamentos:** o idoso que apresentar alteração da acuidade visual deverá ser encaminhado para o serviço especializado para avaliação completa.

**Referências:**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. PARECER COREN-SP 026/2014 – CT. Competência dos profissionais de Enfermagem para realização de testes de acuidade visual e exames oftalmológicos. São Paulo, 2014.

<b>REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:</b>	
Nome e assinatura do profissional:	DATA:

NOME:		DN:
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena	CNS:	SEXO: F ( ) M ( )
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:
<b>TESTE DO SUSSURRO – AVALIAÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA</b>		
<b>INSTRUÇÕES</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O idoso deverá ser orientado sobre o teste para que esteja atento ao comando.</li> <li>✓ Posicionamento do avaliador no momento da aplicação do teste: deverá estar atrás e fora do alcance visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 centímetros;</li> <li>✓ Deve-se “sussurrar”, <b>em cada ouvido</b>, uma questão breve e simples como, por exemplo, “Qual o seu nome?” e checar se o idoso consegue perceber o contato verbal e responde adequadamente.</li> </ul>		
<b>INTERPRETAÇÃO:</b>		
<p>Ao sussurrar a pergunta o idoso deverá dar uma resposta correspondente o que lhe foi perguntado.</p> <p>Também pode avaliar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 – Compreende as situações sociais?</li> <li>2 – Consegue entender o que ouve no rádio ou televisão?</li> <li>3 – Tem necessidade de que as pessoas repitam o que lhe é falado?</li> <li>4 – Sente zumbido ou algum tipo de barulho no ouvido ou cabeça?</li> <li>5 – Fala alto demais?</li> <li>6 – Evita conversar? Prefere ficar só?</li> </ol> <p>OBSERVAÇÃO: Se o idoso fizer uso de aparelho auditivo, aplicar o teste com o aparelho certificando-se de que o aparelho esteja ligado.</p>		
<b>RESULTADOS OBTIDOS</b>		
<b>OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste)</b>		
Nome e assinatura do profissional:		Data:





NOME:		DN:
RAÇA/COR: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		CNS: SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:
<b>TESTE DE KATZ: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária</b>		
<b>INSTRUÇÕES</b>		
As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são: SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. COM AJUDA TOTAL: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.		
1	<b>BANHO:</b> A avaliação da atividade "BANHAR-SE" é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
2	<b>VESTIR:</b> Para avaliar a função "VESTIR-SE" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
3	<b>BANHEIRO:</b> A função "USAR O BANHEIRO" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função, incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total). <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
4	<b>TRANSFERÊNCIA:</b> A função "TRANSFERÊNCIA" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências. <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
5	<b>CONTINÊNCIA:</b> O termo "CONTINÊNCIA" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxílio para a realização de um desses procedimentos). <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
6	<b>ALIMENTAÇÃO:</b> a função "ALIMENTAR-SE" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes. <input type="checkbox"/> SEM AJUDA <input type="checkbox"/> COM AJUDA PARCIAL <input type="checkbox"/> COM AJUDA TOTAL	
<b>RESULTADO:</b>		
0 – INDEPENDENTE para todas as atividades	3 – Dependente para TRÊS atividades	5 – Dependente para CINCO atividades
1 – Dependente para UMA atividade	4 – Dependente para QUATRO atividades	6 – Dependente para TODAS as atividades
2 – Dependente para DUAS atividades		
<b>OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):</b>		
Nome Legível e Assinatura do profissional		DATA:

**RASTREAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL  
ORIENTAÇÕES**

**TESTE DE KATZ: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária**

**O que é?** Teste de avaliação das condições do idoso para realizar as atividades básicas de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia.

**Objetivo:** Avaliar a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas, as atividades básicas de vida, indicando se existe independência ou dependência parcial ou total para a sua realização.

**Procedimento:** As atividades consideradas básicas são: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação. Para cada item há uma padronização que indica a independência, dependência parcial ou dependência total para a realização das atividades básicas que deverá ser perguntado ao idoso e assinalado conforme a resposta apresentada.

**Quem faz?** O Teste de Katz poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:** a pontuação varia de 0 (ZERO) a 6 (SEIS) pontos, onde 0 (ZERO) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (SEIS), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

**Encaminhamentos:** cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. O resultado do teste também servirá para o acompanhamento evolutivo da pessoa idosa.

**Referência:** adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

**REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:**


Nome e assinatura do profissional:	DATA:
------------------------------------	-------

NOME:		DN:
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		CNS:
ENDEREÇO:		SEXO: F ( ) M ( )
UBS:	EQUIPE:	TEL:
<b>TESTE DE LAWTON: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida</b>		
<b>INSTRUÇÕES</b>		
As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar ou não as tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. As alternativas são: SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. NÃO CONSEGUE: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.		
1	O (a) Sr(a) consegue usar o telefone? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
8	O (a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
9	O (a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças? ( ) SEM AJUDA	( ) COM AJUDA PARCIAL
<b>INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS</b>		
0 - INDEPENDENTE para TODAS as atividades. 1 - Dependente (parcial ou total) para UMA atividade. 2 - Dependente (parcial ou total) para DUAS atividades. 3 - Dependente (parcial ou total) para TRÊS atividades. 4 - Dependente (parcial ou total) para QUATRO atividades.		5 - Dependente (parcial ou total) para CINCO atividades. 6 - Dependente (parcial ou total) para SEIS atividades. 7 - Dependente (parcial ou total) para SETE atividades. 8 - Dependente (parcial ou total) para OITO atividades. 9 - Dependente (parcial ou total) para TODAS as atividades.
<b>OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):</b>		
Nome e assinatura do profissional:		DATA:

## RASTREAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

### ORIENTAÇÕES

#### TESTE DE LAWTON: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária

**O que é?** Teste de avaliação das condições do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia.

**Objetivo:** Avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. O idoso submetido ao teste será avaliado como independente ou dependente no desempenho das nove funções.

**Procedimento:** Para cada item será aplicada uma padronização de resposta que indica se existe independência, dependência parcial ou dependência total para a realização da atividade proposta. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim. Todos os testes deverão ser aplicados individualmente.

**Quem faz?** O Teste de Lawton poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:** a pontuação varia de 0 (ZERO) a 9 (NOVE) pontos, onde 9 (NOVE) indica dependência (parcial ou total) para o desempenho de todas as atividades e 0 (ZERO) indica independência na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

**Encaminhamentos:** cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. O resultado do teste também servirá para o acompanhamento evolutivo da pessoa idosa.

**Referência:** adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

<b>REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:</b>	
Nome e assinatura do profissional:	DATA:



**RASTREAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL**  
**ORIENTAÇÕES****TIMED UP AND GO (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS**

**O que é?** Teste de avaliação da mobilidade funcional, cujo desempenho está relacionado com o equilíbrio, marcha e capacidade funcional do idoso, podendo indicar seu grau de fragilidade.

**Objetivo:** Avaliar risco de quedas.

**Procedimento:** Solicitar ao idoso, que se levante sem apoio, caminhe e retorne ao local de origem, sentando-se novamente. Deverá ser avaliado o tempo de percurso e as condições em que o idoso realiza o trajeto.

**Quem faz?** O TUGT poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:**

- O teste é considerado normal quando o tempo do percurso for inferior a 10 segundos.
- Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda, sendo este risco aumentado, quando o tempo obtido for acima de 19 segundos, ou seja, 20 segundos ou mais.
- Se a pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador), tolera-se o tempo entre 10 a 19 segundos.
- Em qualquer dos casos, há risco acentuado de quedas sempre que o tempo for superior a 20 segundos.
- O teste deve ser considerado alterado, se o idoso não puder executá-lo por motivos de ordem motora (não consegue se levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para realização do teste).

**Encaminhamentos:** os idosos com alterações de marcha e equilíbrio e/ou com história de quedas deverão ser encaminhados diretamente para a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), ou outras especialidades, conforme avaliação da equipe da UBS.

Para os idosos com risco aumentado de quedas (> 10 seg), mas que não caíram nos últimos 12 meses, a equipe da UBS deverá incluir a prevenção de quedas no Plano de Cuidados.

**Referências:** BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

ALEXANDRE, T. S., MEIRA, D.M.; RICO, N. C.; MIZUTA, S.K. Acurácia do Timed Up and Go Test para rastrear risco de quedas em idosos na comunidade. Revista Brasileira de Fisioterapia: 16(5);381-8. São Carlos, 2012.

POSIALLO,D.; RICHARDSON,S. The Timed Up and Go Test: A Test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS:39:142-148. EUA, 1981.

**REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:**

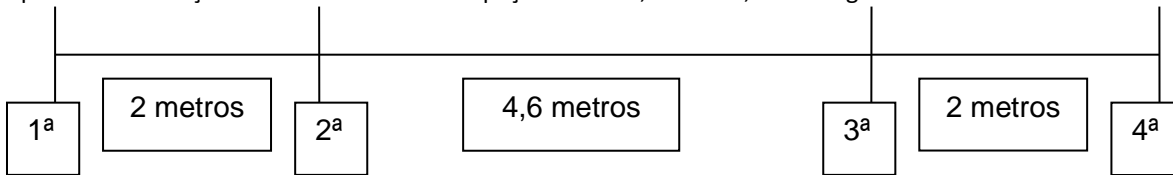

Nome e assinatura do profissional:	DATA:
------------------------------------	-------

NOME:		DN:
RAÇA/COR:	CNS:	SEXO:
( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		F ( ) M ( )
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:

**TESTE DE VELOCIDADE HABITUAL DE MARCHA**

**INSTRUÇÕES**

- **Material/equipamento:** cadeira (45 cm a 48 cm de altura) com braços, de pés fixos (sem rodinhas), cronômetro, fita adesiva e trena ou barbante, ou fita com 3m (para demarcar a distância de 3m em linha reta);
- **Utilizar um vão livre de 8,6 metros, realizando as seguintes demarcações:**
  - ponto de partida
  - trecho de 2 metros (aceleração)
  - trecho de 4,6 metros (o que será medido efetivamente)
  - trecho de 2 metros (desaceleração) e ponto de chegada
- **Observação:** a demarcação dos trechos deverá estar bem visível, para que o profissional saiba exatamente, quando o idoso pisa naquele ponto.
- Considerar os dois metros iniciais para aceleração e os 2m finais para desaceleração, medindo a velocidade apenas do trecho intermediário de 4,6 metros;
- Orientar o idoso, certificando-se do entendimento da tarefa;
- Cronometrar o trajeto intermediário (4,6m).
- Solicitar ao idoso, que ande no ritmo normal a distância de 8,6m, sendo os dois metros iniciais para aceleração e os 2m finais para desaceleração. Necessita-se de um espaço livre de 8,6 metros, sem irregularidades.



- O cronômetro deverá ser acionado a partir da 2ª marca (2m) e pausado na 3ª marca (6,6m), ou seja, só deve ser registrado o tempo gasto, para percorrer o espaço entre a 2ª e a 3ª marcas (4,6 metros).
- O tempo que é gasto nas partes iniciais e finais do trajeto não precisa ser registrado (2 metros iniciais e finais).
- Esse procedimento deverá ser repetido três vezes.
- O indivíduo deverá aguardar a realização de cada teste subsequente, mantendo-se na posição de pé.
- Anotar o tempo obtido em cada percurso e calcular a média dos três percursos no campo específico (Resultados),
- O resultado a ser considerado será a média do tempo gasto (em segundos) nos três percursos.
- O ponto de corte leva em consideração o gênero e a altura, conforme tabela abaixo.

**RESULTADOS**

1ª medida: ____ s	2ª medida: ____ s	3ª medida: ____ s	MÉDIA dos 3 percursos: ____ s
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------------------

**AVALIAÇÕES DOS RESULTADOS**

Gênero	Altura (cm)	Ponto de corte	Gênero	Altura (cm)	Ponto de corte
<b>Masculino</b>	< 168	< 5,49 s	<b>Feminino</b>	< 155	< 6,61 s
	> 168	< 5,54 s		> 155	< 5,92 s

**OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):**


Nome e assinatura do profissional:	DATA:
------------------------------------	-------







**RASTREAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL**

**ORIENTAÇÕES**

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)**

**O que é?** Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. A GDS não substitui a entrevista específica de avaliação especializada realizada por profissionais da área da saúde mental.

**Objetivo:** Favorecer a identificação de um estado depressivo no idoso.

**Procedimento:** Aplicar o questionário assinalando SIM ou NÃO a cada item, atribuir a pontuação correspondente a cada resposta e somar os pontos obtidos.

**Quem faz?** A GDS poderá ser realizada por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:** somar os pontos obtidos nas 15 questões e, conforme resultado considerar o idoso com quadro psicológico normal ou indicativo de depressão leve ou grave.

**Encaminhamentos:** sugere a indicação de avaliação neuropsicológica específica e, também, a elaboração de plano de cuidados específico após a discussão em equipe.

**Referência:**

Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

PARADELA, E.M.P., LOURENÇO, R.A., VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 39(6):918-23, 2005.

ALMEIDA, O.P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo, 57(2)-B:421-426, 1999.

**REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:**


Nome e assinatura do profissional:	DATA:

<b>NOME:</b>		<b>IDADE:</b>
<b>RAÇA/COR:</b> ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena	<b>CNS:</b>	<b>SEXO:</b> F ( ) M ( )
<b>ESCOLARIDADE EM ANOS:</b>		<b>TEL:</b>
<b>UBS:</b>	<b>EQUIPE:</b>	

**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MINIMENTAL**

**INSTRUÇÕES**

Aplicar os 11 testes seguindo as orientações conforme o nível de instrução do idoso, assinalando a pontuação obtida em cada item. Anexar a este instrumento os registros gráficos (frase e desenho) realizados pelo idoso em folha à parte (itens 10 e 11), com a identificação do usuário. Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão, suspender a testagem no dia.

1.	Orientação temporal (0 a 5 pontos)	Em que dia estamos?	ANO	1	DIA	1	
			SEMESTRE	1	DIA DA SEMANA	1	
			MÊS	1	TOTAL		
2.	Orientação espacial (0 a 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	Rua	1	
			Cidade	1	Local	1	
			Bairro	1	TOTAL		
3.	Repita as palavras (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos até que o entrevistado o aprenda. Faça 5 repetições no máximo.	CANECA			1	
			TIJOLO			1	
			TAPETE			1	
			TOTAL				
4.	Este item deve ser realizado de acordo com a capacidade do idoso em realizar cálculos ou seu grau de alfabetização.	Para o idoso que faz cálculos	Quanto é 100 - 7?	93	1	Para o idoso alfabetizado	
			Quanto é 93 - 7?	86	1		
			Quanto é 86 - 7?	79	1		
			Quanto é 79 - 7?	72	1		
			Quanto é 72 - 7?	65	1		
			TOTAL				
			TOTAL				
5.	Memorização (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras ditas anteriormente (no item 3)	CANECA			1	
			TIJOLO			1	
			TAPETE			1	
			TOTAL				
6.	Linguagem 1 (0 a 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	RELÓGIO			1	
			CANETA			1	
			TOTAL				
7.	Linguagem 2 (0 a 1 ponto)	Peça ao idoso que repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	NÃO REPETE			0	
			REPETE			1	
			TOTAL				
8.	Linguagem 3 (0 a 3 pontos)	Peça ao idoso que siga uma ordem de 3 estágios de comando:	Pegue o papel com a mão direita			1	
			Dobre o papel ao meio			1	
			Ponha o papel no chão			1	
			TOTAL				
9.	Linguagem 4 (0 a 1 ponto)	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS!" Peça ao idoso que leia o comando e execute.	NÃO EXECUTA			0	
			EXECUTA			1	
			TOTAL				
10.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa para escrever uma frase completa:	NÃO EXECUTA			0	
			EXECUTA			1	
			TOTAL				
11.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa que copie o desenho ao lado		NÃO EXECUTA			0
				EXECUTA			1
				TOTAL			
				TOTAL GERAL			

**INTERPRETAÇÃO**

**OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):**

A nota de corte deve levar em consideração o nível de escolaridade do idoso avaliado.

**ANALFABETOS:** 20 pontos

**1 a 4 anos de escolaridade:** 25 pontos

**5 a 8 anos de escolaridade:** 27 pontos

**9 a 11 anos de escolaridade:** 28 pontos

**mais que 11 anos de escolaridade:** 29 pontos

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome Legível e Assinatura do profissional:

## RASTREAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

### ORIENTAÇÕES

#### MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MINIMENTAL

**O que é?** É um teste neuropsicológico, de fácil e rápida aplicação, que avalia superficialmente a função cognitiva dos idosos.

**Objetivo:** Avaliar os seguintes domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Não é um instrumento para diagnóstico, mas indica quais funções devem ser investigadas.

**Procedimento:** Para cada item será avaliada a resposta do idoso a um comando. Cada acerto dará uma pontuação que será anotada em cada categoria e somada para avaliação do corte, conforme a escolaridade referida pelo idoso avaliado (o grau de escolaridade deve ser anotado em campo específico no cabeçalho). Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão suspender a testagem no dia.

**"Quem faz?"** O Mini Exame do Estado Mental poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

**Avaliação de resultados:** os resultados deverão ser avaliados conforme a escolaridade do idoso avaliado. Os resultados abaixo do valor de corte sugerem alteração cognitiva.

**Encaminhamentos:** cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. A pontuação abaixo da nota de corte esperada (considerando os grupos conforme a escolaridade) denota alterações neuropsíquicas, sendo que estas fazem parte dos critérios de encaminhamento para a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) o que deverá ser feito após a realização do Rastreamento da Capacidade Funcional completo e realização do Plano de Cuidados Inicial.

#### Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRUCKI, S., NITRINI, R., CARAMELLI, P., BERTOLUCCI, P.H.F., OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivo Neuropsiquiatria, São Paulo: 61(3-B):777-81,2003.

#### REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:


Nome e assinatura do profissional:	DATA:
------------------------------------	-------

### ANEXO II

<b>NOME:</b>		<b>DN:</b>
<b>RAÇA/COR:</b> ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena		<b>CNS:</b>
		<b>SEXO:</b> F ( ) M ( )
<b>ENDEREÇO:</b>		
<b>UBS:</b>	<b>EQUIPE:</b>	<b>TEL:</b>
<b>URSI de referência:</b>		<b>Data:</b>

### FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO - URSI

<b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:</b>	<b>Data:</b>
( ) Transtornos neuropsíquicos (demência, depressão grave, Parkinson, AVC).	
( ) Três ou mais doenças crônicas com complicações	
( ) Instabilidade e alteração de marcha e equilíbrio.	
( ) Quedas recorrentes (duas ou mais quedas nos últimos doze meses)	
( ) Idoso frágil – AMPI/AB com pontuação maior ou igual a 11	

**Breve histórico do motivo do encaminhamento:**

### AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA – AMPI-AB

Data de aplicação da AMPI-AB:										Pontuação geral do questionário inicial:						
Pontuação de cada item do questionário inicial (abaixo):																
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17

**Resumo dos resultados dos Testes de Rastreamento e Dados Sociais**

--

**Breve relato do Plano de Cuidados Inicial:**

**Tratamentos já realizados:**

**Exames de Triagem:** (Os exames devem ter no máximo 90 dias de coleta)

Data da coleta:

HMG:

TSH:

T4livre:

Na:

K:

U:

C:

Glicemia:

OUTROS:

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

**Nome do Profissional (carimbo):**

**Data:**

**Para uso da regulação da UBS:**

Data de agendamento da AGG:

Responsável pelo agendamento:



### ANEXO III

PRONTUÁRIO URSI:											Data da AGG:						
TÉCNICO AVALIADOR:																	
Nome do paciente:											Data de Nascimento:						
UBS e equipe:											Prontuário UBS:						
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL - AGG</b>																	
<b>PONTUAÇÃO DA AMPI/AB</b>																	
Marcar a pontuação obtida em cada item:											Data de aplicação da AMPI/AB:						
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
<b>A) DADOS PESSOAIS</b>																	
Nome da mãe:											CNS:						
RAÇA/COR: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena											SEXO: F ( ) M ( )						
Nacionalidade:											Naturalidade:						
RG:						CPF:						TEL:					
Endereço:											Celular:						
Complemento:						Bairro:						CEP:					
Estado civil:				Escolaridade (em anos):				Profissão:									
Reside sozinho: ( ) SIM ( ) NÃO, mora com?																	
Tem transporte para vir ao tratamento: ( ) Sim ( ) Não																	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR</b>																	
Nome:											IDADE:						
Telefone:						Celular:						Recado:					
( ) Formal ( ) Informal				Grau de parentesco:				Reside com o paciente? ( ) Sim ( ) Não									
OBS:																	
<b>FAMÍLIA</b>																	
Fale sobre sua família e de como são as relações entre seus membros:																	
<b>DADOS SOCIAIS</b>																	
Situação Previdenciária: ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) BPC – Idoso ( ) Outros, qual?																	
Situação Habitacional:		( ) Apartamento				( ) Casa térrea				( ) Sobrado				Outros:			
		( ) Própria				( ) Alugada				( ) Cedida				Outros:			
		( ) Alvenaria				( ) Madeira				( ) Outros:							
Tem suporte social? ( ) NÃO ( ) SIM Qual? Considera suficiente?																	
OBS:																	

**HÁBITOS**

Tabagista?	( ) NÃO, nunca fumei ( ) NÃO, parei há:	( ) SIM Quantos cigarros/dia? Há quanto tempo?
Etilista?	( ) NÃO, nunca bebi ( ) NÃO, parei há:	( ) SIM Qual a frequência? Há quanto tempo?
Pratica algum tipo de atividade física? ( ) NÃO Por quê? ( ) SIM ( ) 1- 2 dias ( ) 3-4 dias ( ) 5-7 dias Qual?		
Tem alguma atividade de lazer? ( ) NÃO ( ) SIM, Qual? Quantas horas dedica a essa atividade na semana? Em quais dias?		

**B) DADOS CLÍNICOS**

## PRINCIPAIS QUEIXAS RELATADAS

## BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA

**SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

	Paciente deitado	Paciente sentado	Paciente em pé	PESO:
PA				ALTURA:
FC				IMC:
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL:				CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA:

**MEDICAMENTOS EM USO**

MEDICAMENTO (nome e dosagem)	HORÁRIOS	Trouxe receita médica? ( ) NÃO ( ) SIM Data da receita (se tiver): Se não tiver receita médica, assinale abaixo: Autorreferida? ( ) Referida pelo acompanhante? ( ) Autorreferida com participação do acompanhante? ( ) Percepção do entrevistador: anotar se perceber alguma dificuldade física, cognitiva ou de instrução para tomar o medicamento ou se demonstra qualquer outro sinal de não adesão ao tratamento:

### ANTECEDENTES

Já foi internado alguma vez? ( ) NÃO ( ) SIM Quando? Por quê?

Já realizou alguma cirurgia? ( ) NÃO ( ) Sim Quando? Qual?

**ANTECEDENTES PESSOAIS:** Assinalar os antecedentes pessoais (AP) e acrescentar o que não consta da lista.

HIPERTENSÃO ARTERIAL	DIABETES MELLITUS	DISLIPIDEMIA	DOENÇA CARDÍACA
DEPRESSÃO	PARKINSON	DOR CRÔNICA	INCONT. URINÁRIA
OSTEOPOROSE	CATARATA (NÃO OPERADA)	GLAUCOMA	DEGENERAÇÃO MACULAR DA RETINA
OSTEOARTRITE, local:		OUTRAS:	

### DOR

Sente algum tipo de dor? ( ) NÃO ( ) SIM (responda abaixo)

Qual a intensidade da dor? Pedir que assinale a expressão que corresponda a intensidade da dor referida:



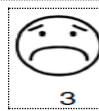
0



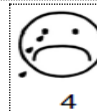
1



2



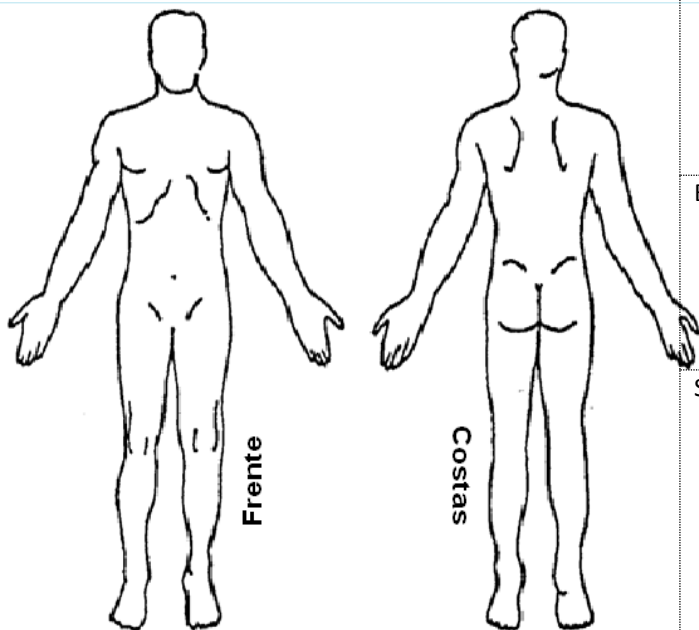
3



4

Localizar a dor assinalando na figura abaixo:

Na sua percepção, o que desencadeia a dor?



Essa dor limita algum tipo de movimento? ( ) NÃO ( ) SIM Qual?

Sente que a dor causa algum tipo de incapacidade? ( ) NÃO ( ) SIM Qual?

### C) PERCEÇÃO DO COTIDIANO

#### SATISFAÇÃO COM A PRÓPRIA VIDA

COMO SE SENTE EM RELAÇÃO A SUA VIDA?

**INVENTÁRIO DE ATIVIDADES**

SENTE-SE MOTIVADO PARA FAZER SUAS ATIVIDADES COTIDIANAS? ( ) SIM ( ) NÃO Por quê?

QUAIS ATIVIDADES VOCÊ MAIS GOSTA DE FAZER?

CONSEGUE REALIZÁ-LAS? ( ) SIM ( ) NÃO Por quê?

DEIXOU DE FAZER ALGUMA ATIVIDADE QUE GOSTAVA? ( ) NÃO ( ) SIM , QUANDO? QUAL? POR QUÊ?

**D) DADOS DE CAPACIDADE FUNCIONAL**
**COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM**

Escuta bem? ( ) SIM ( ) NÃO

Compreende o que lhe é dito? ( ) SIM ( ) NÃO

Usa aparelho auditivo? ( ) NÃO ( ) SIM, há quanto tempo?

Percebeu alguma alteração de voz? ( ) NÃO ( ) SIM Qual?

Tem alguma dificuldade de fala? ( ) NÃO ( ) SIM Qual?

Engasga ou tosse durante as refeições? ( ) NÃO ( ) SIM

Sente tontura? ( ) NÃO ( ) SIM

Teve pneumonia nos últimos 12 meses? ( ) NÃO ( ) SIM, quantos episódios?

## LOCOMOÇÃO E MOBILIDADE

Usa algum tipo de dispositivo de auxílio para desempenhar as AVDs/AIVDs (tecnologia assistiva/órgeses/próteses)? ( ) NÃO  
( ) SIM, Qual? Quando? Onde?

## QUEDAS

O senhor (a) caiu nos últimos 12 meses? ( ) NÃO ( ) SIM (PREENCHER O ITENS A SEGUIR, CONSIDERANDO O PERIODO DE 12 MESES)

Quantas vezes caiu? Sentiu algo antes de cair? ( ) NÃO ( ) SIM, o quê?

Foi ao médico por ter caído? ( ) NÃO ( ) SIM, quanto tempo depois?

Foi internado por causa da queda? ( ) NÃO ( ) SIM, por quanto tempo?

Na ultima vez, quanto tempo depois que caiu você demorou em se levantar? ( ) Imediatamente ( ) Entre 1 a 15' ( ) > 15'  
Precisou da ajuda de alguém para se levantar? ( ) NÃO ( ) SIM Que tipo?

Houve alguma consequência? ( ) NÃO ( ) SIM (assinalar as opções abaixo)

( ) Fratura Quadril ( ) Fratura punho ( ) Fratura úmero ( ) Fratura vértebra ( ) Luxação ( ) Trauma craniano

( ) Escoriação ( ) Contusão ( ) Hematoma ( ) Corte

( ) Outra, qual?

Tem medo de cair? ( ) NÃO ( ) SIM

## BUCAL

Quando foi ao dentista pela última vez?

( ) Há menos de 1 ano ( ) De 1 a 2 anos ( ) 3 anos ou mais ( ) Nunca foi ao dentista ( ) Não sabe

Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seus dentes ou prótese? Não ( ) Sim ( )

Tem sensação de boca seca? Não ( ) Sim ( )

Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou a alimentação por causa dos dentes ou prótese? Não ( ) Sim ( )

Modificou a consistência dos alimentos que ingere por causa dos dentes ou prótese? Não ( ) Sim ( )

Tem sensibilidade nos dentes ou gengiva quando ingere alimentos ou líquidos? Não ( ) Sim ( )

Tem sangramento gengival? Não ( ) Sim ( )

Tem feridas ou lesões dentro da boca ou lábios? Não ( ) Sim ( )

Essa ferida ou lesão na boca ou lábios surgiu há mais de 15 dias? Não ( ) Sim ( )

Sente alguma dor de dente ou gengiva? Não ( ) Sim ( )

Se sim, especificar:

Observações:

### DADOS NUTRICIONAIS

A	Nos últimos 3 (três) meses houve diminuição da ingesta alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldades para mastigar ou deglutir?				Pontos:
	0 = diminuição severa da ingesta	1 = diminuição moderada da ingesta	2 = sem diminuição da ingesta		
B	Perda de peso nos últimos 3 (três) meses?				Pontos:
	0 = perda superior a 3 quilos	1 = não sabe informar	2 = perda entre 1 e 3 quilos	3 = sem perda de peso	
C	Mobilidade:				Pontos:
	0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas.	1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa.	2 = normal		
D	Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?				Pontos:
	0 = SIM	1 = NÃO			
E	Problemas neuropsicológicos:				Pontos:
	0 = demência ou depressão grave	1 = demência leve	2 = sem problemas psicológicos		
F	Com possibilidade de cálculo do IMC		Sem possibilidade de cálculo do IMC		Pontos:
	0 = $IMC < 19$	1 = $19 \leq IMC < 21$	2 = $21 \leq IMC < 23$	3 = $IMC \geq 23$	Medir a Circunferência da panturrilha (CP) em cm:
				0 = CP menor que 31	1 = CP maior ou igual a 31
<b>Total de pontos:</b>		<b>Score da triagem:</b> (total máximo de 14 pontos)			
		12-14 pontos: estado nutricional normal			
		8-11 pontos: sob-risco de desnutrição			
		0-7 pontos: desnutrido			

### E) DADOS GERAIS

O QUE ESPERA DO NOSSO ATENDIMENTO?

OBSERVAÇÕES: (anotar sua percepção sobre o paciente)

ENCAMINHAMENTOS: (anotar as principais condutas definidas após a discussão com a equipe)

AO FINAL DESTE ATENDIMENTO:

- ENCAMINHAR PARA A AGE DO GERIATRA (DEVERÁ ESTAR AGENDADA PREFERENCIALMENTE PARA O MESMO DIA DA AGG);
- COMUNICAR DATA DE AGENDAMENTO DA AGE DO SERVIÇO SOCIAL;
- LEVAR A AGG PARA A DISCUSSÃO DE EQUIPE E DEFINIR A ORDEM DE REALIZAÇÃO DAS AVALIAÇÕES GERONTOLÓGICAS ESPECÍFICAS POR PRIORIZANDO DE ACORDO COM A NECESSIDADE E PROVIDENCIAR O AGENDAMENTO;
- ELABORAR O RELATORIO INICIAL DO GERENCIAMENTO COMPARTILHADO E ENVIAR PARA A UBS. PREENCHER O FORMSUS.
- SOLICITAR AO USUÁRIO OU ACOMPANHANTE QUE TRAGA TODAS AS RECEITAS PARA A AGE DO FARMACÊUTICO.

Nome e assinatura do profissional:

Data:

### ANEXO IV

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário UBS:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA - EDUCAÇÃO FÍSICA</b>			
<b>A – DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>			
PESO:		ALTURA:	
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL:		CIRCUNFERÊNCIA PANTURRILHA:	
IMC:			
<b>B – QUESTIONÁRIO GERAL DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA</b>			
1) Quantas vezes por semana você realiza atividades como lendo, assistindo televisão ou fazendo trabalhos com as mãos?			
(0) nunca	(1) 1-2 dias	(2) 3-4 dias	(3) 5-7 dias
Em média, quantas horas por dia você realiza estas atividades sentado?			
(0) Menos de uma hora	(1) De uma hora a 2 horas	(3) 2 a 4 horas	(4) mais que 4 horas
2) Quantas vezes por semana você caminha fora da sua casa ou jardim por qualquer razão?			
(0) Nunca	(1) 1-2 dias	(2) 3-4 dias	(3) 5-7 dias
Em média, quantas horas por dia você gasta andando?			
(0) Menos de uma hora	(1) De uma hora a 2 horas	(3) 2 a 4 horas	(4) mais que 4 horas
3) Quantos quarteirões você caminha por semana?			
(1) Menos que 12 quarteirões	(2) de 12 a 24 quarteirões	(3) de 24 a 48 quarteirões	(4) Mais que 48 quarteirões
4) Quantos lances de escada você sobe por semana?			
(1) Menos que um lance	(2) de 1 a 2 lances	(3) 2 a 4 lances	(4) Mais que 4 lances
5) Você faz serviços domésticos leves como lavar pratos ou varrer? ( ) SIM ( ) NÃO			
6) Você faz serviços domésticos pesados como aspirar, lavar vidros, esfregar pisos ou carregar pesos? ( ) SIM ( ) NÃO			
7) Você trabalha ou faz algum trabalho voluntário? ( ) NÃO ( ) SIM, Quantas hora, por semana, você trabalha?			
8) Qual das seguintes categorias descreve melhor o tipo de atividade requerida no seu trabalho?			
(1) Principalmente sentado com poucos movimentos dos braços			
(2) Sentado ou em pé com alguma caminhada			
(3) Caminhar carregando algum material menor que 25 quilos			
(4) Caminhar e trabalho manual pesado requerendo carregar peso acima de 25 quilos			
<small>*Matsudo, Sandra M. M. Avaliação do idoso – física e funcional. 3ed. Santo André. Gráfica Mali, 2010.</small>			
<b>C – IPAQ (versão curta)</b>			
Para responder as questões lembre que:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.</li> <li>Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.</li> </ul>			
Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.			
1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?			
_____ dias por SEMANA ( ) Nenhum			
1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: _____ Minutos: _____			
2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração? (NÃO INCLUIR CAMINHADA)			
_____ dias por SEMANA ( ) Nenhum			
2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo, no total, você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ Minutos: _____			
3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. _____ dias por SEMANA ( ) Nenhum			
3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ Minutos: _____			

\* Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclui o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? Horas: \_\_\_\_\_ minutos : \_\_\_\_\_

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? Horas: \_\_\_\_\_ minutos : \_\_\_\_\_

**SCORE DE AVALIAÇÃO** (anotar conforme a classificação abaixo):

**(1) SEDENTÁRIO:** Aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

**(2) IRREGULARMENTE ATIVO:** Aquele que realiza atividade física, porém de forma insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto a frequência e a duração. Para realizar essa classificação soma se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades ( caminhada + moderada + vigorosa).

**(3) ATIVO:** Aquele que cumpriu as recomendações de:

**(a) VIGOROSA:** maior ou igual à 3 dias/sem e 20 minutos por sessão; ou

**(b) MODERADA ou CAMINHADA:** maior ou igual à 5 dias/sem e maior ou igual à 30 minutos por sessão; ou

Qualquer atividade somada: maior ou igual à 5 dias/sem e maior ou igual à 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).

**4. MUITO ATIVO:** Aquele que cumpriu as recomendações de:

**1. VIGOROSA: maior ou igual à 5 dias/sem e maior ou igual à 30 minutos por sessão ou**

**2. VIGOROSA: maior ou igual à 3 dias/sem e maior ou igual à 20 minutos por sessão + MODERADA ou CAMINHADA: maior ou igual à 5 dias/sem e maior ou igual à 30 minutos por sessão.**

\*Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira C, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2001.

**PARECER DO EDUCADOR FÍSICO**

**OBSERVAÇÕES**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:



**ANEXO V**

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – ENFERMAGEM</b>			
Relato: ( ) paciente ( ) acompanhante ( ) não há possibilidade de entrevista			
ALGUMA QUEIXA ESPECÍFICA?			
<b>A: ANAMNESE</b>			
<b>- Informações gerais:</b>			
Estado civil:			
Nacionalidade:			
Natural de:			
Grau de instrução:			
Religião:			
Ocupação:			
- Tem cuidador familiar ou profissional?			
- Precisa de quais tipos de cuidado?			
- Informações de domicílio:	Mora com quem?		
	Animais domésticos (quais, quantos, onde ficam):		
	Condições do domicílio?		
	Acesso aos serviços de saúde?		

Hábitos:	Etilismo:	
	Tabagismo:	
	Faz uso de algum tipo de drogas:	
	Alimentação:	Alteração de apetite?
		Alteração de peso?
		Alteração na ingestão de alimentos?
		Alguma dieta especial?
	Hidratação:	
Sono e repouso:		
Atividade física:		
<b>- Antecedentes familiares:</b>		
<b>- Antecedentes pessoais:</b>	Nº de partos:	
	Nº de filhos:	
	Vida sexual?	
	Alergias?	

<b>- História pregressa:</b>	Cirurgias:
	Internações:
	Quedas:
<b>- Antecedentes patológicos/doenças crônicas (anotar histórico de lesões crônicas):</b>	
<b>- Situação vacinal:</b>	
<b>- Diagnóstico atual:</b>	
<b>- Medicações em uso:</b>	
<b>- Exames preventivos:</b>	Data e resultado da última mamografia:
	Data e resultado do último papanicolau:
	Data e resultado do último PSA:

**B: EXAME FÍSICO****- Dados antropométricos e Sinais vitais:**

Altura:	Peso:	IMC:	Dextro:	
PA:	FC:	T:	FR:	Sat O2:

**- Cabeça e pescoço**

- Nível de consciência:
- Visão:
- Audição:
- Face:
- Cavidade oral:
- Pescoço:

**- Tronco**

- Tórax:
- Ausculta cardíaca:
- Ausculta pulmonar:
- Abdome:

• **Períneo:**

• **Função vesical/continência:**

• **Função intestinal/continência:**

**- Membros superiores:**

**- Membros inferiores:**

**- Condições da pele:**

**- Condições de higiene:**

**D - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

A large rectangular area with a dotted grid pattern, intended for handwritten notes or a nursing care plan.



**Resultados esperados:**

**Observações:**

Nome e Assinatura do profissional:

Data:



**ANEXO VI**

Prontuário URSI:	TÉCNICO AVALIADOR:	Data da AGE:
Nome do paciente:		Data de Nascimento:
UBS e equipe:		Prontuário UBS:

**AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FARMÁCIA**

**A - COLETA DE DADOS ESPECÍFICOS**

**QUEIXA DO PACIENTE** (Avaliar a expectativa e a experiência no uso dos medicamentos)


**AVALIAÇÃO DOS MEDICAMENTOS** Analisar a subjetividade medicamentosa (medo/preocupação, expectativa, cultura/religião, hábitos)

- ✓ Para pacientes que apresentarem RAM, aplicar Algoritmo de Narranjo.
- ✓ Avaliar adesão voluntária e involuntária.

PRESCRIÇÃO				UTILIZAÇÃO PELO PACIENTE				R.A.M.		OBSERVAÇÃO
DATA	PRESCRITOR	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	MODO DE USAR	INDICAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	SIM	NÃO	



10. A reação foi comprovada por qualquer evidência objetiva?	1	0	0
--	---	---	---

CAPUCHO, H.C. Farmacovigilância hospitalar: processos investigativos em farmacovigilância. Ribeirão Preto, 2008.

**B - EXAMES DO PACIENTE**

Data	Exame	Resultado	Unidade	Valor de referência

**C - SINAIS VITAIS**

**PRESSÃO ARTERIAL**

MANHÃ			NOITE			MANHÃ			NOITE		
Data	Horário	PA (mmHg)	Data	Horário	PA (mmHg)	Data	Horário	PA (mmHg)	Data	Horário	PA (mmHg)

**GLICEMIA CAPILAR**

PRÉ-PRANDIAL			PÓS-PRANDIAL			PRÉ-PRANDIAL			PÓS-PRANDIAL		
Data	Horário	GC (mg/dL)	Data	Horário	GC (mg/dL)	Data	Horário	GC (mg/dL)	Data	Horário	GC (mg/dL)

**D - OBSERVAÇÕES DO FARMACÊUTICO**

**E - HIPOTESE DIAGNOSTICA**

**PROBLEMA RELACIONADO COM MEDICAMENTO**

DESCRIÇÃO	MEDICAMENTO IMPLICADO	DESCRIÇÃO	MEDICAMENTO IMPLICADO
Administração incorreta do medicamento		<b>NÃO ADEÇÃO INVOLUNTÁRIA:</b>	
Características pessoais		Não sabe tomar o medicamento	
Conservação inadequada		Esquece de tomar o medicamento	
Contra indicação		O medicamento custa muito caro	
Dose, posologia ou duração inadequada		O medicamento está em falta nas farmácias do SUS	
Duplicidade		Não sabe qual medicamento é o correto	

Erros de dispensação	Analfabeto, deficiente visual, auditivo, memória
Erros de prescrição	Perdeu a receita

**NÃO ADESÃO VOLUNTÁRIA:**

( ) Não quer	( ) Interações medicamentosas	Outros motivos:
( ) Não gosta de tomar o medicamento	( ) Interação medicamento x alimento	

**OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE AFETAM O TRATAMENTO**

Descrição	Medicamento Implicado	Descrição	Medicamento Implicado
Problema de saúde insuficientemente tratado		Polifarmácia qualitativa (MPI)	
Queixa técnica		Cascata iatrogênica	
Reação adversa a medicamento		Prescrição divergente	
Automedicação		PRM – Outros	
Polifarmácia quantitativa (uso acima de 5 medicamentos)		Não foi detectado PRM	

**CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO NEGATIVO ASSOCIADO AO MEDICAMENTO**

Descrição	Problema de saúde e Medicamento Relacionado
RNM - Necessidade - Desnecessário	
RNM - Necessidade - Desnecessário (suspeito)	
RNM - Necessidade - P.S. Não tratado	
RNM - Necessidade - P.S. Não tratado (suspeito)	
RNM - Efetividade - Não quantitativa	
RNM - Efetividade - Não quantitativa (suspeito)	
RNM - Efetividade - Quantitativa	
RNM - Efetividade - Quantitativa (suspeito)	
RNM - Segurança - Não quantitativa	
RNM - Segurança - Não quantitativa (suspeito)	
RNM - Segurança - Quantitativa	
RNM - Segurança - Quantitativa (suspeito)	

**PROBLEMAS GERONTOLÓGICOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS**

Descrição	Medicamento Relacionado	Descrição	Medicamento Relacionado
Iatrogenia		Insuficiência familiar	
Imobilidade		Violência	
Incapacidade cognitiva		Queda	
Incapacidade comunicativa		Fragilidade	
Incontinência esfincteriana		Não há problema gerontológico	
Instabilidade postural			



## ANEXO VII

Prontuário URSI:		Data da AGE:
TÉCNICO AVALIADOR:		
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FISIOTERAPIA</b>		
<b>ALGUMA QUEIXA ESPECÍFICA?</b>		
<b>1 - AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO (*SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB versão brasileira)</b>		
<b>A - POSIÇÃO EM PÉ, COM OS PÉS JUNTOS.</b>		
<b>Instrução para o avaliador:</b>	<b>Instruções para o paciente:</b>	
O paciente deverá conseguir ficar em pé sem utilizar bengala ou andador, podendo ser ajudado a levantar-se para ficar na posição.	<p>a) Agora vamos começar a avaliação.  b) Eu gostaria que o(a) Sr(a). tentasse realizar vários movimentos com o corpo.  c) primeiro eu demonstro e explico como fazer cada movimento.  d) Depois o(a) Sr(a). tenta fazer o mesmo.  e) Se o(a) Sr(a). não puder fazer algum movimento, ou sentir-se inseguro para realizá-lo, avise-me e passaremos para o próximo teste.  f) Vamos deixar bem claro que o(a) Sr(a). não tentará fazer qualquer movimento se não sentir-se seguro.  g) O(a) Sr(a). tem alguma pergunta antes de começarmos?</p>	
1. Demonstre	<p>Agora, eu vou mostrar o primeiro movimento. Depois o(a) Sr(a). fará o mesmo.</p> <p>a) Agora, fique em pé, com os pés juntos, um encostado no outro, por 10 segundos.  b) Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou balançar o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.  c) Tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.</p>	
2. Fique perto do paciente para ajudá-lo a ficar em pé com os pés juntos.		
3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.		
4. Assim que o paciente estiver com os joelhos juntos, pergunte:	O(a) Sr(a). está pronto(a)?	
5. Retire o apoio, se foi necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	“Preparar, já!” (disparando o cronômetro)	
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar seu braço, dizendo:	“Pronto, acabou.”	
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de velocidade de marcha.		
<b>PONTUAÇÃO:</b>	<b>MANTEVE POR 10 SEGUNDOS</b>	<b>( ) 1 PONTO</b>
	<b>NÃO MANTEVE POR 10 SEGUNDOS</b>	<b>( ) 0 PONTO</b>
	<b>NÃO TENTOU</b>	<b>( ) 0 PONTO</b>
Se pontuar 0, encerre os testes de equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1	Anotar o tempo de execução quando for menor que 10 segundos:	

**B – POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ PARCIALMENTE À FRENTE**

Instruções para o avaliador:	Instruções para o paciente:	
	Agora eu vou mostrar o 2º movimento. Depois o(a) Sr(a) fará o mesmo:	
1. Demonstre.	a) Eu gostaria que o(a) Sr(a). colocasse um dos pés um pouco mais a frente do outro pé, até ficar com o calcanhar de um pé encostado ao lado do dedão do outro pé. b) Fique nesta posição por 10 segundos c) O(a) Sr(a) pode colocar tanto um pé quanto o outro na frente, o que for mais confortável. d) O(a) Sr(a). pode usar os braços, dobrar os joelhos ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés. e) tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.	
2. Fique perto do paciente para ajuda-lo a ficar em pé com um pé parcialmente à frente. 3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.		
4. Assim que o paciente estiver na posição, com o pé parcialmente à frente, pergunte:	“O(a) Sr(a) está pronto(a)?”	
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“Preparar, já!” (disparando o cronômetro)	
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“pronto, acabou.”	
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de Velocidade de Marcha.		
<b>PONTUAÇÃO:</b>	MANTEVE POR 10 SEGUNDOS	( ) 1 ponto
	NÃO MANTEVE POR 10 SEGUNDOS	( ) 0 ponto
	NÃO TENTOU	( ) 0 ponto
Se pontuar 0, encerre os testes de equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1	Anotar o tempo de execução quando for menor que 10 segundos:	
<b>Observações:</b>		



**C – POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ À FRENTE**

**Instruções para o avaliador:**

**Instruções para o paciente:**

	Agora eu vou mostrar o 3º movimento. Depois o(a) Sr(a). fará o mesmo.
1. Demonstre	<p>a) Eu gostaria que o(a) Sr(a) colocasse um dos pés totalmente à frente do outro até ficar com o calcanhar deste pé encostado nos dedos do outro pé.</p> <p>b) Fique nesta posição por 10 segundos</p> <p>c) O(a) Sr(a) pode colocar qualquer um dos pés na frente, o que for mais confortável.</p> <p>d) Pode usar os braços, dobrar os joelhos, ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.</p> <p>e) Tente ficar nesta posição até eu avisar quando parar.</p>
2. Fique perto do paciente para ajuda-lo a ficar na posição em pé com um pé à frente. 3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver na posição com os pés um na frente do outro, pergunte:	“O(a) Sr(a) está pronto(a)?”
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“Preparar, já!” (disparando o cronômetro)
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“pronto, acabou.”

<b>PONTUAÇÃO:</b>	MANTEVE POR 10 SEGUNDOS	( ) 2 pontos
	MANTEVE POR 3 A 9,99 SEGUNDOS	( ) 1 ponto
	MANTEVE POR MENOS DE 3 SEGUNDOS	( ) 0 ponto
	NÃO TENTOU	( ) 0 ponto

Se pontuar 0, encerre os testes de equilíbrio e marque o motivo no Quadro 1

Anotar o tempo de execução quando for menor que 10 segundos:

<b>D – PONTUAÇÃO DOS TESTES DE EQUILÍBRIO</b>	<b>PARTE A:</b>	<b>TOTAL (A+B+C):</b>
	<b>PARTE B:</b>	
	<b>PARTE C:</b>	

**Quadro 1:**  
Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

- 1) Tentou, mas não consegui
- 2) O paciente não consegue manter-se na posição sem ajuda.
- 3) Não tentou, o avaliador sentiu-se inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros (especifique):
  
- 7) O paciente recusou a participação.

**2 - TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA (\*SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB versão brasileira)**

\* Podem ser utilizados 3 ou 4 metros

**Instruções para o Avaliador**

Material: fita crepe ou fita adesiva, espaço de 3 ou 4 metros, fita métrica ou trena e cronômetro.

**Instruções para o Paciente**

Agora eu vou observar o(a) Sr(a). andando normalmente. Se precisar de bengala ou andador para caminhar, pode utilizá-los.

**PRIMEIRA TENTATIVA**

1. Demonstre a caminhada para o paciente

Eu caminharei primeiro e só depois o(a) Sr(a). irá caminhar da marca inicial até ultrapassar completamente a marca final, no seu passo de costume, como se estivesse andando na rua para ir a uma loja.

2. Posicione o paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.

a) Caminhe até ultrapassar completamente a marca final e depois pare.  
b) eu andarei com o(a) Sr(a). Sente-se seguro para fazer isso?

3. Dispare o cronômetro assim que o paciente tirar o pé do chão.  
4. Caminhe ao lado e logo após o participante.

a) Quando eu disser “Já”, o(a) Sr(a). começa a andar.  
b) “Entendeu?” Assim que o paciente disser que sim, diga:  
“então, preparar, já!”

5. Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final, pare de marcar o tempo.

**TEMPO DE PRIMEIRA TENTATIVA:**

- A. Tempo para 3 ou 4 metros:    s.  
B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:  
1) Tentou, mas não conseguiu.  
2) O paciente não consegue caminhar sem a ajuda de outra pessoa.  
3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.  
4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.  
5) O paciente não conseguiu entender as instruções.  
6) Outros, especifique:  
7) O paciente recusou a participação.

C. Apoios para a primeira caminhada:  
(    ) NENHUM (    ) BENGALA (    ) OUTRO

D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada, pontue 0 (zero) ponto e prossiga para o teste de levantar da cadeira .

**Observações:**

**SEGUNDA TENTATIVA**

**Instruções para o Avaliador**

1. Posicione o paciente com a ponta dos pés tocando a marca inicial.
2. Dispare o cronômetro assim que o paciente tirar os pés do chão.
3. Caminhe ao lado e logo após o paciente.
4. Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final pare de marcar o tempo.

**Instruções para o Paciente**

**TEMPO DA SEGUNDA TENTATIVA:**

- A. Tempo para 3 ou 4 metros:    s.
- B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:
  - 1) Tentou, mas não conseguiu.
  - 2) O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.
  - 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
  - 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
  - 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
  - 6) Outros, especificar:
  - 7) O paciente recusou participação.

C. Apoios para a primeira caminhada:

(    ) NENHUM (    ) BENGALA (    ) OUTRO

D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada, pontue 0 (zero) ponto e prossiga para o teste de levantar da cadeira .

**PONTUAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA:**

- Extensão do teste de marcha: (    ) QUATRO metros ou (    ) TRÊS metros
- Qual foi o tempo mais rápido dentre as duas caminhadas?
- marque o menor dos dois tempos: \_\_\_\_\_ segundos e utilize para pontuar.
- Se somente uma caminhada foi realizada, marque esse tempo: \_\_\_\_\_ segundos.
- Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada: (    ) ZERO ponto.

**Pontuação para caminhada de TRÊS metros:**

- Se o tempo for maior que 6,52 segundos: (    ) 1 ponto
- Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos: (    ) 2 pontos
- Se o tempo for de 3,62 a 4,65 segundos: (    ) 3 pontos
- Se o tempo for menor que 3,62 segundos: (    ) 4 pontos

**Pontuação para caminhada de QUATRO metros:**

- Se o tempo for maior que 8,70 segundos: (    ) 1 ponto
- Se o tempo for de 6,21 a 8,70 segundos: (    ) 2 pontos
- Se o tempo for de 4,82 a 6,20 segundos: (    ) 3 pontos
- Se o tempo for menor que 4,82 segundos: (    ) 4 pontos

**Observações:**

**3 – TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA (\*SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB versão brasileira)**

**Instruções para o Avaliador**

**Instruções para o paciente**

Material: cadeira com encosto reto, sem apoio lateral, com aproximadamente 45 cm de altura, e cronômetro. A cadeira deve estar encostada à parede ou estabilizada de alguma forma para impedir que se mova durante o teste.

**Pré-teste: levantar-se da cadeira uma vez**

1. Certifique-se de que o paciente esteja sentado ocupando a maior parte do assento, mas com os pés bem apoiados no chão. Não precisa necessariamente encostar a coluna no encosto da cadeira, isso vai depender da altura do paciente.

Vamos fazer o último teste. Ele mede a força de suas pernas. O(a) Sr(a). se sente seguro para levantar-se da cadeira sem a ajuda dos braços?

2. Demonstre e explique os procedimentos.

Eu vou demonstrar primeiro, depois o(a) Sr(a). fará o mesmo.

- a) Primeiro, cruze os braços sobre o peito e sente-se com os pés apoiados no chão.
- b) Depois levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito e sem tirar os pés do chão.

3. Anote o resultado.

Agora, por favor, levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito.

4. Se o paciente não conseguir levantar-se sem usar os braços, não realize o teste, apenas diga: “Tudo bem, este é o fim dos testes.”

5. Finalize e registre os resultados e prossiga para a pontuação completa do SPPB.

**RESULTADO DO PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ**

A. Levantou-se sem ajuda e com segurança:

( ) SIM ( ) NÃO

- O paciente levantou-se sem usar os braços:  
( ) vá para o teste levantar-se da cadeira 5 vezes

- O paciente usou os braços para levantar-se:  
( ) Encerre o teste e pontue ZERO ponto

- Teste não completado ou não realizado:  
( ) Encerre o teste e pontue ZERO ponto

A. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

- 1) Tentou, mas não conseguiu.
- 2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.
- 3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- 4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- 5) O paciente não conseguiu entender as instruções.
- 6) Outros, especificar:
- 7) O paciente recusou participação.

**Observações:**

**TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA 5 VEZES**

Instruções para o Avaliador	Instruções para o Paciente
	Agora, o(a) Sr(a). se sente seguro para levantar-se da cadeira completamente cinco vezes, com os pés bem apoiados no chão e sem usar os braços?
1. Demonstre e explique os procedimentos.	Eu vou demonstrar primeiro. Depois o(a) Sr(a) fará o mesmo. a) Por favor, levante-se completamente o mais rápido possível cinco vezes seguidas, sem parar as repetições. b) Cada vez que se levantar, sente-se e levante-se novamente, mantendo os braços cruzados sobre o peito. c) Eu vou marcar o tempo com um cronômetro.
2. Quando o paciente estiver sentado, adequadamente, como descrito anteriormente, avise que vai disparar o cronômetro, dizendo:	“Preparar, já!”
3. Conte em voz alta cada vez que o paciente se levantar, até a quinta vez. 4. Pare se o paciente ficar cansado ou com a respiração ofegante durante o teste. 5. Pare o cronômetro quando o paciente levantar-se completamente pela quinta vez. 6. Também pare: - se o paciente usar os braços. - após um minuto, se o paciente não completar o teste. - quando achar que é necessário para a segurança do paciente. 7. Se o paciente parar e parecer cansado antes de completar os cinco movimentos, pergunte-lhe se ele pode continuar. 8. Se o paciente disser “Sim”, continue marcando o tempo. Se o paciente disser “Não”, pare e zere o cronômetro.	
<b>RESULTADO DO TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA CINCO VEZES</b>	
<p>A. Levantou-se as cinco vezes com segurança? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>B. Levantou-se as cinco vezes com êxito, registre o tempo: _____ segundos.</p> <p>C. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tentou, mas não conseguiu.</li> <li>2) O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda.</li> <li>3) Não tentou, o avaliador julgou inseguro.</li> <li>4) Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.</li> <li>5) O paciente não conseguiu entender as instruções.</li> <li>6) Outros, especificar:</li> <li>7) O paciente recusou participação.</li> </ol>	
<b>Observações:</b>	

**PONTUAÇÃO DO TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA**

- O paciente não conseguiu levantar-se da cadeira as cinco vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 segundos:	( ) ZERO ponto.
- Se o tempo de teste for 16,70 segundos ou mais:	( ) 1 ponto
- Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos:	( ) 3 pontos
- Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos:	( ) 4 pontos
- Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos:	( ) 5 pontos

**PONTUAÇÃO COMPLETA PARA A VERSÃO BRASILEIRA DO SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY - SPPB**

1. Pontuação total do Teste de Equilíbrio:	<b>PONTUAÇÃO TOTAL (1+2+3):</b>
2. Pontuação do Teste de Velocidade de Marcha:	
3. Pontuação do Teste de Levantar-se da Cadeira:	

PERRACINI, M.R., GAZZOLA, J.M., Apostila: Instrumentos de avaliação multidimensional de idosos. INICID, São Paulo, 2008.

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:

### ANEXO VIII

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – FONOAUDIOLOGIA</b>			
Alguma queixa específica?			
<b>A – COMUNICAÇÃO ORAL</b>			
Compreende o que se fala?		Ordens simples: ( ) NÃO ( ) SIM	
		Ordens complexas: ( ) NÃO ( ) SIM	
		( ) NÃO	
Percebe-se alteração da fala?		( ) Disartria ( ) Apraxia	
		( ) Outros:	
		( ) SIM especificar:	
É compreendido quando fala? ( ) NÃO ( ) SIM			
Observação da voz:			
Dificuldades de atenção? ( ) NÃO ( ) SIM			
Dificuldades de memória? ( ) NÃO ( ) SIM			
<b>B - ALIMENTAÇÃO</b>			
Via de alimentação:		( ) Sonda nasoesférica	( ) Gastrostomia
Saliva:		( ) Acúmulo e retirada espontânea	
( ) Oral		( ) Engasgo frequente	
( ) Deglute			
( ) Sialorréia			
Tem dificuldade para mastigar: ( ) NÃO ( ) SIM			
( ) NÃO			
Prótese dentária:		( ) SIM ( ) NÃO	
( ) SIM		( ) SUPERIOR ( ) INFERIOR	
		Usa? ( ) SIM ( ) NÃO	
Estado alerta durante a alimentação: ( ) ACORDADO ( ) SONOLENTO			
( ) NÃO			
Demora para alimentar-se?		Tempo:	
( ) SIM		Qual refeição?	
Engasga?		( ) Líquido ( ) Pastoso ( ) Sólido	
( ) NÃO			
( ) SIM			
Pigarro?		( ) NÃO	
( ) NÃO			
( ) SIM			
Tosse?		( ) Eficaz ( ) Não Eficaz	
( ) SIM		( ) Líquido ( ) Pastoso ( ) Sólido	
		( ) Antes ( ) Durante ( ) Pós-deglutição	
Fica sem fôlego?		O que é feito?	
( ) NÃO			
( ) SIM			
Fica sonolento após alimentação? ( ) NÃO ( ) SIM			
( ) NÃO			
Já teve pneumonia?		Quantas vezes?	
( ) SIM		Data da última vez que teve pneumonia:	

**C - TONTURA**

Rotatória? ( ) NÃO ( ) SIM

Com desequilíbrio corporal para o lado? ( ) NÃO ( ) SIM

Há perda da consciência? ( ) NÃO ( ) SIM

Apresenta quedas? ( ) NÃO ( ) SIM

**D - AUDIÇÃO**

Parecer em relação à audição:

**CONDUTA:**

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:



## ANEXO IX

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário UBS:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – GERIATRIA</b>			
<b>A) COLETA DE DADOS</b>			
<b>Anamnese</b>		<b>Medicamentos</b>	
<b>Exame físico</b>		<b>Outras informações relevantes</b>	

ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON							
AP1: HIPERTENSÃO ARTERIAL	( ) SIM	( ) NÃO	<p style="text-align: center;"><b>ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON</b></p> <p>Infarto do Miocárdio Insuficiência Cardíaca Doença Arterial Periférica Doença Cerebrovascular Demência DPOC Doença do tecido conjuntivo Úlcera Péptica Doença Hepática leve Diabetes HEMIPLEGIA Doença renal moderada ou grave Diabetes com lesão de órgão alvo Tumor Leucemia Linfoma Doença Hepática moderada ou Severa Tumor Sólido Metastático AIDS</p> <p style="text-align: center;"><b>PONTUAÇÃO TOTAL</b></p> <p>Anotar as respostas (sim ou não) sobre os antecedentes pessoais (AP) e acrescentar a ocorrência de outras patologias que não constem na lista. Pontuar o Índice de Comorbidades de Charlson e anotar a pontuação total.</p>				
AP2: DISLIPIDEMIA	( ) SIM	( ) NÃO			1 PONTO		
AP3: FIBRILAÇÃO ATRIAL	( ) SIM	( ) NÃO					
AP4: DEPRESSÃO	( ) SIM	( ) NÃO					
AP5: OSTEOPOROSE	( ) SIM	( ) NÃO					
AP6: OSTEOARTRITE, local:	( ) SIM	( ) NÃO					
AP7: TONTURA/VERTIGEM	( ) SIM	( ) NÃO			2 PONTOS		
AP8: DOR CRÔNICA	( ) SIM	( ) NÃO					
AP9: PARKINSONISMO	( ) SIM	( ) NÃO			3 PONTOS		
AP10: INCONTINÊNCIA URINÁRIA	( ) SIM	( ) NÃO			6 PONTOS		
AP11: CATARATA (NÃO OPERADA)	( ) SIM	( ) NÃO					
AP12: GLAUCOMA	( ) SIM	( ) NÃO					
AP13: DEGENERAÇÃO MACULAR DA RETINA	( ) SIM	( ) NÃO					
<b>OUTRAS COMORBIDADES:</b>							
Almeida, R.M.V.R., PEREIRA, W.C.A., Predição de risco de óbito pelo Índice de Comorbidade de Charlson, Rev. Saude Pública, 2011; 45(1):216-218. Rio de Janeiro.							
BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO: marcar as respostas abaixo							
FIGURA	PERCEPÇÃO	NOMEAÇÃO	MEMÓRIA INCIDENTAL	MEMÓRIA IMEDIATA	APRENDIZADO	MEMÓRIA TARDIA (5')	RECONHECIMENTO
Sapato							
Casa							
Pente							
Chave							
Avião							
Balde							
Tartaruga							
Livro							
Colher							
Árvore							
CORRETAS							
INTRUSÕES							
<b>TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL:</b> Peça ao idoso que fale nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível, anotando o número de animais lembrados em 1 minuto.							Anotar o numero:
<b>DESENHO DO RELÓGIO:</b> Entregue uma folha de papel em branco, lápis ou caneta e peça que desenhe um relógio com todos os números e coloque os ponteiros marcando 2h45'. <b>Guarde o desenho com a ficha.</b>							
<b>OBS:</b>							
NITRINI et al, Bateria Cognitiva Breve. Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento da FMUSP, Disponibilizado para o XVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Campos de Jordão, 2008.							

**B) HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

**C) CONDUTA MÉDICA**

**Problemas a serem resolvidos**

**Planejamento Terapêutico**

**ESCALA DE ESTADIAMENTO FUNCIONAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER (FAST - Funcional Assesment Stages in Alzheimer disease)**

Características clínicas	Diagnóstico	Duração	MEEM***
1. Sem decréscimo	Adulto normal	-	29 a 30
2. Queixas subjetivas	DCAI*	-	27 a 28
3. Déficit em ambiente de trabalho	Transtorno neurocognitivo leve	7 anos	24
4. Requerendo auxílio para tarefas leves	DA** leve	2 anos	19 a 20
5. Requerendo auxílio para a escolha do vestuário	DA moderada	18 meses	15
6. a. Requerendo auxílio para vestir-se	DA moderadamente grave	5 meses	9
b. Requerendo auxílio para banhar-se apropriadamente		5 meses	8
c. Requerendo auxílio para toailete (tais como dar a descarga no vaso sanitário ou limpar-se)		5 meses	5
d. Incontinência urinária		4 meses	3
e. Incontinência fecal		10 meses	1
7. a. Habilidades linguísticas limitadas à meia dúzia de palavras	DA Grave	12 meses	0
b. Vocabulário inteligível restrito a uma única palavra		18 meses	0
c. Perda da capacidade de deambular		12 meses	0
d. Perda da habilidade de sentar-se		12 meses	0
e. Perda da habilidade de sorrir		18 meses	0
f. Perda da habilidade de sustentar a cabeça		12 meses	0

\*DCAI: Declínio Cognitivo Associado à Idade

\*\*DA: Doença de Alzheimer

\*\*\*MEEM: Miniexame do Estado Mental

FREITAS, E.V., PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 4 ed. Guanabara-koogan, RJ, 2016.

**OBSERVAÇÕES:**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:



Frequência:

Horário preferido:

### E – ROTINA ALIMENTAR

Quantas refeições faz por dia?

Consumo de água:

Consumo de óleo/mês:

Faz uso de suplementos?	( ) NÃO	Quais:
	( ) SIM	Quem indicou?

### F – FREQUÊNCIA ALIMENTAR

ALIMENTO	NULO	EVENTUAL	SEMANAL	DIÁRIA	PORÇÃO MÉDIA
LEITE					
DERIVADOS DE LEITE					
LEGUMES					
VERDURAS					
FRUTAS					
CEREAIS (integral)					
FEIJÃO					
CARNE VERMELHA					
PEIXES					
FRANGO					
AÇÚCAR					
DOCES					
EMBUTIDOS					
FRITURAS					
TEMPEROS PRONTOS					
REFRIGERANTE					
OUTROS:					



**G – DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**

**H – CONDUTA DIETOTERÁPICA**

**OBSERVAÇÕES**

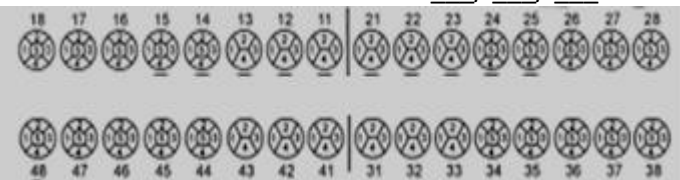
Nome e assinatura o Profissional:

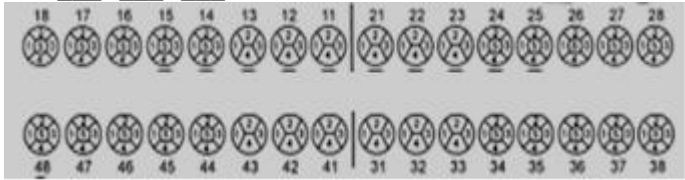
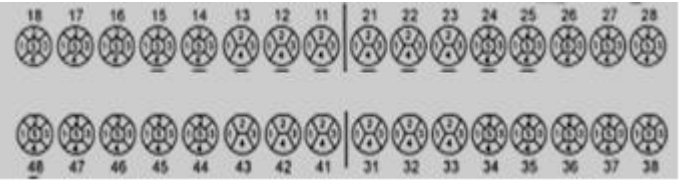
DATA:



## ANEXO II

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – ODONTOLOGIA</b>			
Alguma queixa específica:			
<b>A - ANAMNESE</b>			
<b>HISTÓRIA MÉDICA</b>			
Observou alguma alteração em sua saúde geral no último ano?		SIM ( )	NÃO ( )
Já fez alguma cirurgia?	SIM ( )	NÃO ( )	Motivo?
	Há quanto tempo?		
	Parou de sangrar normalmente?		
	Como foi a cicatrização?		
Tem ou teve alguma dificuldade para respirar?	SIM ( )	Quando?	NÃO ( )
Sente cansaço físico aos pequenos esforços?	SIM ( )		NÃO ( )
Seus pés ou mãos incham com frequência?	SIM ( )		NÃO ( )
Costuma sentir tonturas ou desfalecimento?	SIM ( )		NÃO ( )
Sente muita sede ou fome?	SIM ( )		NÃO ( )
Urina com frequência?	SIM ( )		NÃO ( )
Tem ou teve alguma destas doenças?			
( ) HEPATITE A, B,	( ) HIV	( ) MENINGITE	( ) PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
C			
( ) TUBERCULOSE	( ) ANEMIA	( ) EPILEPSIA	( ) DORES MUSCULARES
( ) SÍFILIS	( ) GASTRITE	( ) NEOPLASIAS	( ) HERPES
Tem ou teve alergia a algum medicamento, alimento ou substância?		SIM ( )	NÃO ( )
Tem com frequência algum tipo de sangramento?		SIM ( )	NÃO ( )
Nota o aparecimento de manchas roxas na pele?		SIM ( )	NÃO ( )
Gostaria de acrescentar algum fato importante que não foi abordado?	SIM ( )		NÃO ( )
O Quê?			
Observações:			
<b>HISTÓRIA ODONTOLÓGICA</b>			
Sente dor em alguma parte do rosto, da boca ou dente quando mastiga?	SIM ( )		NÃO ( )
	Localização?		
Algum dente dói com frio, calor ou doce?	SIM ( )		NÃO ( )
	Localização?		
Possui dentes com mobilidade?	SIM ( )		NÃO ( )
	Localização?		
Sente gosto desagradável na boca?	SIM ( )		NÃO ( )
Sente a gengiva irritada, inchada, dolorida ou sangrante?	SIM ( )		NÃO ( )
Escova os dentes com regularidade?	SIM ( )		NÃO ( )
Qual o tipo de cerdas da sua escova de dentes?	DURAS ( )	MÉDIAS ( )	MACIAS ( )
Usa fio ou fita dental?	SIM ( )		NÃO ( )
Usa antisépticos bucais?	SIM ( )		NÃO ( )

Usa outros métodos de higiene?	Palito ( )	Escovas interproximais ou unitufo ( )
Já se submeteu a alguns dos seguintes tratamentos odontológicos	Endodôntico ( )	
	Periodontal ( )	
	Protético ( )	
Já se submeteu a cirurgia bucal?	SIM ( )	NÃO ( )
	QUAL?	
	Tipo de cirurgia?	
	Motivo?	
Já teve alguma reação alérgica por alguma substância, material ou medicamento utilizado pelo cirurgião-dentista?	SIM ( )	NÃO ( )
	Especificar:	
Sangra de maneira exagerada quando se corta ou extrai dentes?	SIM ( )	NÃO ( )
A região ferida ou operada cicatriza normalmente?	SIM ( )	NÃO ( )
Tem dificuldade de abrir a boca?	SIM ( )	NÃO ( )
Respira pela boca?	SIM ( )	NÃO ( )
Tem a sensação de boca seca?	SIM ( )	NÃO ( )
Costuma ranger ou apertar os dentes?	SIM ( )	NÃO ( )
Sente dor ou estalido quando mastiga?	SIM ( )	NÃO ( )
<b>B – EXAME FÍSICO</b>		
<b>EXAME FÍSICO EXTRA BUCAL</b>		
Pressão arterial:	X	mmHg
Articulação têmporo mandibular:		
Linfonodos:		
Simetria facial:		
Lábios		
Pele:		
Estado geral:		
<b>EXAME FÍSICO BUCAL</b>		
Exame clínico intra-oral inicial: data ___/___/___	Índice de ataque de cárie: C ( ) P ( ) O ( ) H ( )	
	Classificação por critérios de risco:	
	Cárie dentária: baixo ( ) moderado ( ) alto ( )	
	Doença periodontal: baixo ( ) moderado ( ) alto ( )	
	Tecidos moles: baixo ( ) moderado ( ) alto ( )	
Mucosa labial:	SIM ( )	NÃO ( )
Mucosa jugal:	SIM ( )	NÃO ( )
Palato:	SIM ( )	NÃO ( )
Região retromolar:	SIM ( )	NÃO ( )
Língua:		
Freios:		
Higiene oral:	boa ( ) regular ( ) ruim ( )	
Placa visível?	SIM ( )	NÃO ( )
Cálculo visível?	SIM ( )	NÃO ( )
Sangramento gengival?	SIM ( )	NÃO ( )
Recessão gengival?	SIM ( )	NÃO ( )
	Elementos dentais:	
Sensibilidade dentinária?	SIM ( )	NÃO ( )
	Elementos dentais:	
Mobilidade dentária	SIM ( )	NÃO ( )
	Elementos dentais:	
Sinais de bruxismo?	SIM ( )	NÃO ( )

Como é sua mastigação?    bilateral ( )    lado direito ( )    lado esquerdo ( )		
Prótese?	Uso:                    arcada superior ( )    arcada inferior ( )	
	Necessidade:    arcada superior ( )    arcada inferior ( )	
Observações clínicas intra e extra orais:		
Retorno em:    /    /	Assinatura:	
Exame clínico intra-oral de acompanhamento: data ___/___/___	Índice de ataque de cárie: C ( ) P ( ) O ( ) H ( )	
	Classificação por critérios de risco:	
	Cárie dentária:        baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
	Doença periodontal: baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
	Tecidos moles:        baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
Observações clínicas intra e extra orais:		
Retorno em:    /    /	Assinatura:	
Exame clínico intra-oral para alta: data ___/___/___	Índice de ataque de cárie: C ( ) P ( ) O ( ) H ( )	
	Classificação por critérios de risco:	
	Cárie dentária:        baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
	Doença periodontal: baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
	Tecidos moles:        baixo ( )    moderado ( )    alto ( )	
Observações clínicas intra e extra orais:		
Retorno em:    /    /	Assinatura:	
<b>LEGENDA: CRITÉRIOS DE RISCO PARA CÁRIE, DOENÇA PERIODONTAL E LESÕES DE TECIDOS MOLES DA CAVIDADE BUCAL</b>		
<b>Quadro 1 – Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual</b>		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>GRUPO</b>	<b>SITUAÇÃO INDIVIDUAL</b>
BAIXO RISCO	<b>A</b>	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	<b>B</b>	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
RISCO MODERADO	<b>C</b>	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	<b>D</b>	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.
ALTO RISCO	<b>E</b>	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
	<b>F</b>	Presença de dor e/ou abscesso.
<b>Quadro 2 – Classificação do sextante segundo critérios de risco para doença periodontal.</b>		
<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CRITÉRIOS</b>
BAIXO RISCO	0	Elemento com periodonto sadio.
	X	Ausência de dentes no sextante.
RISCO MODERADO	1	Elemento com gengivite.
	2	Elemento com cálculo supra gengival.
ALTO RISCO	B	Seqüela de doença periodontal anterior.
	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade.
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função.

**Quadro 3 – Classificação do indivíduo segundo critérios de risco para tecidos moles.**

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	Tecidos normais
RISCO MODERADO	1	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2.
ALTO RISCO	2	Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

**C . ÍNDICE DE ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE BUCAL – IADHB\***

**ATIVIDADES AVALIADAS**

1.ESCOVAÇÃO	Inclui a escovação dos dentes e escovação das dentaduras e enxágue das mesmas. Dentados: Instruir o indivíduo a colocar dentifrício na escova de dente. Então levar a escova até à boca ou dentes. Edêntulos parciais ou totais (usuário de prótese): Instruir o indivíduo a tirar sua prótese e, enquanto segura a mesma em uma mão, pegar a escova para próteses com a outra mão, então instruir para que escove sua prótese. Depois instruí-lo a colocar sua prótese dental em um recipiente e colocar pastilha efervescente no recipiente juntamente com a prótese.
2. USO DO FIO DENTAL	Inclui o uso do fio dental na dentição natural. Instruir o indivíduo a retirar 30 cm de fio e enrolá-lo no seu dedo médio em uma mão. E enrolar o resto do fio dental no dedo médio da outra mão. Então, instruí-lo a levar o fio à boca.
3. ENXÁGUE BUCAL	Inclui enxaguar a boca com água, adstringente, ou enxaguatórios bucais antissépticos. Instruir o indivíduo a encher um copo com enxaguatório bucal, então instruí-lo a bochechar o líquido em sua boca, mas não engolir. Então instruir o indivíduo a cuspir o líquido em outro recipiente ou na pia (quaisquer que estejam disponíveis).
4. APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	Inclui aplicar flúor tópico em gel aos dentes. Instruir o indivíduo a colocar o flúor em seu dedo indicador (ou qualquer outro dedo usável), e então levar o dedo com gel aos dentes.

<b>Pacientes dentados</b>		<b>Pacientes desdentados reabilitados com próteses removíveis</b>	
<b>Atividades avaliadas</b>	<b>Pontos</b>	<b>Atividades avaliadas</b>	<b>Pontos</b>
Abrir a pasta de dentes		Abrir a pasta de dentes	
Colocar a pasta na escova		Colocar a pasta na escova	
Levar a escova à boca		Levar a escova à boca	
Escovar os dentes		Escovar os dentes	
Cuspir a saliva		Cuspir a saliva	
Usar fio dental		Usar fio dental	
Limpar a escova		Limpar a escova	
Total de pontos		Total de pontos	

**ESCORE IADHB**

0. O indivíduo é independente, não necessita de ajuda para realizar a tarefa.
1. O indivíduo requer dispositivo(s) para completar a tarefa com desempenho melhorado.
2. Outra pessoa é necessária para supervisionar ou dar assistência física para a tarefa ser completada.
3. O indivíduo requer supervisão com ou sem contato físico (observação, instrução ou estímulo).
4. O indivíduo é completamente dependente, requer assistência total

**Plano de tratamento:**

**Exames Complementares:**

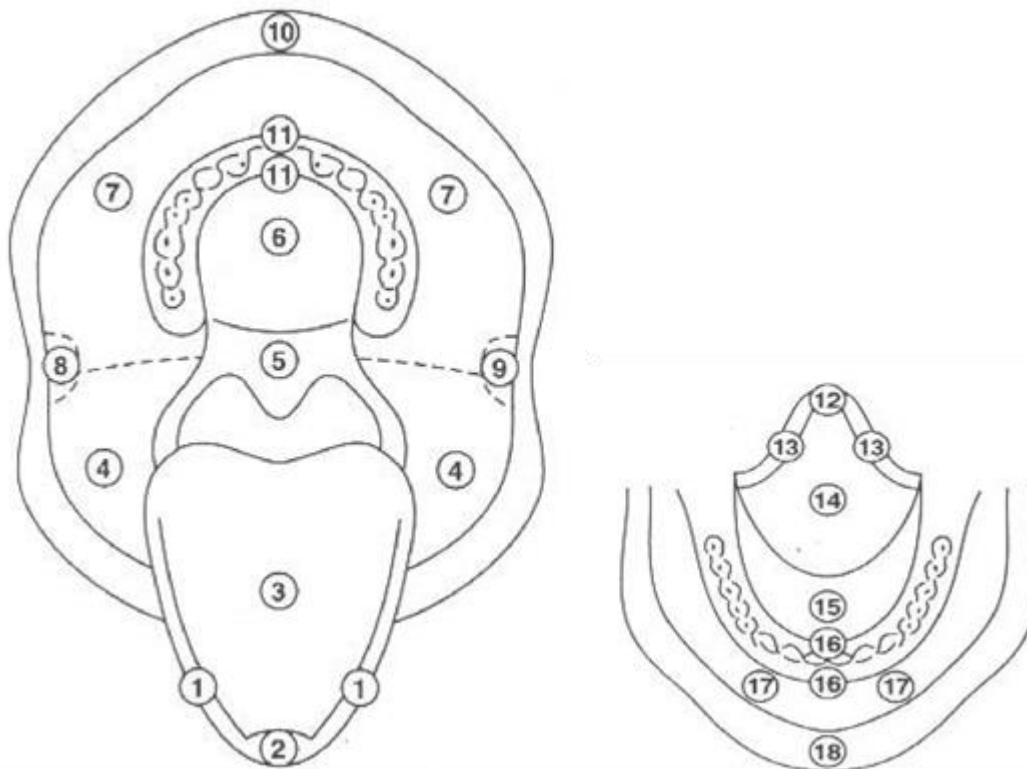
**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

\*BAUER, J. G. The Index of ADOH: concept of ,easuring oral self-care functioning in the elderly. Spec. Care Dentistry 21(2):63-67.USA, 2001.

Nome e assinatura do Profissional:

Data:

Prontuário URSI:	Data:
TÉCNICO AVALIADOR:	
Nome do Paciente:	Data de Nascimento:
UBS e equipe:	Prontuário da UBS:
<b>FICHA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO BUCAL - SEMIOLOGIA</b>	
Queixa do paciente:	
História da doença:	
Exame geral:	
Exame extra-oral:	
Exame intra-oral:	
Hipóteses diagnósticas:	
Exames complementares solicitados e resultados relevantes:	
Necessidade de biópsia:	SIM ( )                      NÃO ( )
Diagnóstico final:	
Número/código do exame anatomo-patológico:	
Número/código do exame citológico:	



Cor: ( ) branca ( ) vermelha ( ) mucosa ( ) negra ( ) não se aplica

Características: ( ) plana ( ) bolha ( ) rugosa ( ) placa ( ) vesicular ( ) fissurada ( ) ulcerada

Tamanho:

Contorno: ( ) irregular ( ) regular ( ) bordas elevadas ( ) não se aplica

Consistência: ( ) firme ( ) flácida ( ) crepitante ( ) não se aplica

Inserção: ( ) séssil ( ) pediculada

Duração da lesão:

Distribuição da lesão: ( ) única ( ) múltipla ( ) difusa ( ) não se aplica

Aspecto radiográfico: ( ) radiopaco ( ) radiolúcido

Conduta: ( ) tratamento clínico ( ) tratamento expectante ( ) encaminhamento

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:



Prontuário URSI:	Data:
TÉCNICO AVALIADOR:	
Nome do Paciente:	Data de Nascimento:
UBS e equipe:	Prontuário da UBS:

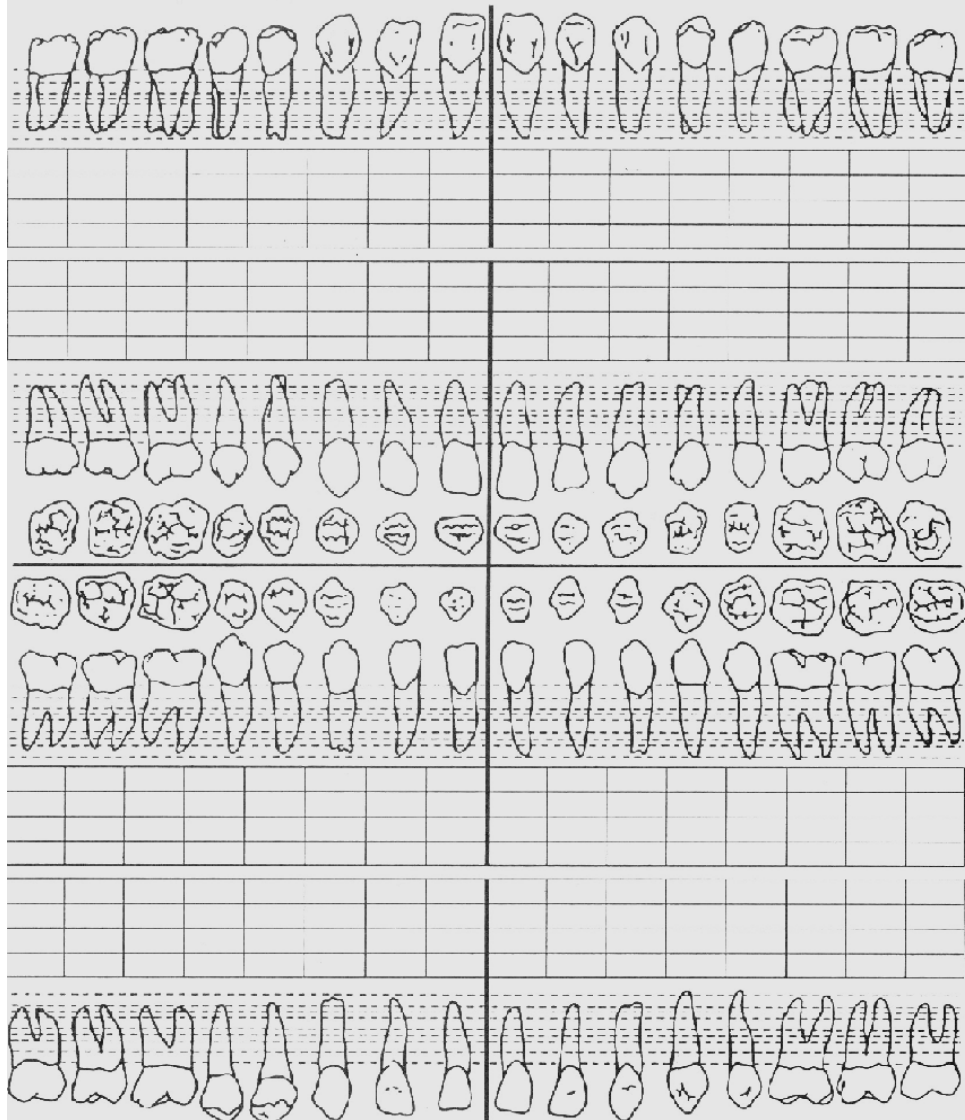
**FICHA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO BUCAL: PERIODONTIA**

Queixa principal:

ALERTA MÉDICO:

1	2
4	3

OBSERVAÇÕES



- 18
- 17
- 16
- 15
- 14
- 13
- 12
- 11
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
  
- 38
- 37
- 36
- 35
- 34
- 33
- 32
- 31
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48

*Orbital* **Oral** PERIOD/34

História da doença:

<b>Hábitos:</b>			
<b>Fumo</b>	SIM ( )		NÃO ( )
	Quantidade:	cigarros/dia	Tipo:
	Parou há:		
<b>Álcool</b>	SIM ( )		NÃO ( )
	Quantidade:	cigarros/dia	Tipo:
	Parou há:		
<b>Exame extra-oral:</b>			
<b>Exame intra-oral:</b>			
HIGIENE ORAL:			
USO DE FIO DENTAL:			
SANGRAMENTO GENGIVAL:			
BRUXISMO/BRIQUISMO:			
HALITOSE:			
IRRITAÇÃO POR PRÓTESE:			
LESOES:			
XEROSTOMIA:			
RESPIRADOR BUCAL:			
CONDIÇÃO DA PRÓTESE:			
NÚMERO DE ESCOVAÇÕES DIÁRIAS:			
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS:</b>			
Nome e assinatura do Profissional:			DATA:



Prontuário URSI:		Data:
TÉCNICO AVALIADOR:		
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:
<b>FICHA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO BUCAL: ENDODONTIA</b>		
Elemento dental?		
Queixa principal?		
História da doença:		
Ausência de dor ( )		
Presença de dor	( ) Espontânea	( ) Provocada
	( ) Contínua	( ) Frio/quente
	( ) Intermitente	( ) Sal/açúcar
	( ) Difusa/reflexa	( ) Mastigação
	( ) Localizada	
Observações:		
Testes para diagnóstico:	( ) Sondagem gengival/periodontal _____ mm (anotar a maior medida)	
	( ) Exposição clínica da furca	
	( ) Percussão vertical (positivo / negativo)	
	( ) Percussão lateral (positivo / negativo)	
	( ) Palpação apical (positivo / negativo)	
Observações:		
Verificação pulpar:	Testes realizados:	
	Ausência de dor ( )	Presença de dor ( )
	Observações:	
<b>Exame clínico:</b>		
( ) Aumento volumétrico intra-bucal	( ) Exposição pulpar	( ) Mobilidade dental
( ) Aumento volumétrico face	( ) Fístula	( ) Restauração
( ) Cárie	( ) Fratura coroa	( ) Trauma oclusal
( ) Cor coroa alterada	( ) Luxação dental	( ) Outros:
( ) Coroa protética	( ) Linfadenite regional	
<b>Exame radiográfico:</b>		
( ) calcificação canal	( ) hipercementose	( ) reabsorção externa
( ) canais obturados	( ) instrumento fraturado	( ) reabsorção interna
( ) capeamento	( ) lesão furca	( ) raiz curta
( ) cárie (coroa)	( ) lesão periodontal lateral	( ) raiz curva
( ) cárie raiz	( ) nódulo pulpar	( ) raiz delgada
( ) dens in dente	( ) núcleo metálico	( ) rarefação óssea periapical
( ) dente restaurado	( ) osteosclerose	( ) rizogênese incompleta
( ) espessamento periodontal	( ) perfuração radicular	( ) sobreobturação
( ) fratura raiz	( ) pulpotomia	( ) outros



## ANEXO XII

Prontuário URSI:	Data da AGE:
TÉCNICO AVALIADOR:	
Nome do Paciente:	Data de Nascimento:
UBS e equipe:	Prontuário da UBS:
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – PSICOLOGIA</b>	
<b>ALGUMA QUEIXA ESPECÍFICA?</b>	
<b>INSTRUÇÕES PARA O AVALIADOR</b>	
<p>Peça para o idoso fazer um desenho e, em seguida, solicite que ele conte a estória da imagem desenhada. Faça um relato da estória contada abaixo e registre suas impressões e conduta no verso.</p> <p>OBS: Não há um jeito certo e único de fazer o Desenho-História, o mais importante é que o (a) idoso (a) sinta-se a vontade e possa usufruir da experiência de modo descontraído, colocando-se pessoalmente e estabelecendo uma comunicação com o profissional para além do relato verbal. A técnica de Desenho-Estória não é um teste psicológico, mas um facilitador da comunicação emocional.</p>	
<b>RESUMO DO RELATO DO IDOSO</b>	

**CONSIDERAÇÕES**

**CONDUTA**

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:

### ANEXO XIII

Prontuário URSI:		Data da AGE:	
<b>TÉCNICO AVALIADOR:</b>			
Nome do Paciente:		Data de nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:	
Telefone:		Sexo:	
E-mail:		Cuidador:	
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA - SERVIÇO SOCIAL</b>			
<b>A - CUIDADOR</b>			
Não ( )	Sim ( )	Formal ( )	Informal ( )
Se parente, grau:			
Nome do Cuidador:			
Escolaridade:			
Saúde			
Conta com apoio de familiar ou outros envolvidos no cuidado ao idoso?			
Não ( )	Sim ( ) Quem?		
Outras Ocupações?			
Não ( )	Sim ( ) Quais? Dias/Horário?		
Outras Responsabilidades?			
Não ( )	Sim ( ) Quais?		
Principais dificuldades como cuidador:			
<b>B - Situação Previdenciária</b>			
Aposentado ( )	Pensionista ( )	BPC/LOAS ( )	
<b>Qualificação profissional e Situação no Mercado de Trabalho dos familiares</b>			
Nº Trabalhadores com vínculo:		Atividade:	
Nº Trabalhadores sem vínculo:		Atividade:	
Nº de pessoas desempregadas:		Atividade:	
<b>C - Situação Socioeconômica</b>			
Renda Mensal Familiar			R\$
Renda através de atividades dos membros			R\$
Renda Financeira do paciente:	Aposentadoria ( )	Pensão ( )	BPC/LOAS ( ) R\$
Benefícios Assistenciais (especificar):			R\$
<b>Renda Familiar Total:</b>			<b>R\$</b>
Outros Auxílios (especificar)			R\$

D – Despesas								
5.1. Moradia:	R\$	Aluguel, Financiamento da Casa, impostos						
5.2. Alimentação	R\$							
5.3. Saúde	R\$							
5.4. Outros	R\$							
<b>TOTAL DAS DESPESAS</b>	R\$							
E - Situação Habitacional: Características do domicílio								
Tipo moradia	Tipo de construção		Condição		Nº de cômodos		Saneamento Básico	
Casa	Madeira		Cedida		Quarto		Água encanada	SIM ( ) NÃO ( )
Apartamento	Alvenaria		Própria		Sala		Luz elétrica	SIM ( ) NÃO ( )
Cômodo	Outros:		Invadida		Cozinha		Esgoto	SIM ( ) NÃO ( )
Barraco			Herdada		Banheiro		Coleta de lixo	SIM ( ) NÃO ( )
Cortiço			Outros:		Outros:		Observações:	
Outros:								
Como é a acessibilidade a sua casa?								
F – Composição Familiar								
Membros da família			Pessoa portadora de deficiência			Usuários de substâncias psicoativas		
Nº de membros			Física			Tabaco		
Crianças			Mental			Álcool		
Adolescentes			Física e mental			Drogas		
Adultos			Identificar:			Identificar o dependente:		
Idosos								
Como é a convivência com os membra sua família?								
G – Parecer técnico:								
H - Conduta Interventiva:								
Nome e assinatura do Profissional:						DATA:		

### ANEXO XIV

Prontuário URSI:		Data da AGE:
TÉCNICO AVALIADOR:		
Nome do Paciente:		Data de Nascimento:
UBS e equipe:		Prontuário da UBS:
<b>AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA ESPECÍFICA – TERAPIA OCUPACIONAL</b>		
Alguma queixa específica?		
<b>A - AVALIAÇÃO DA ROTINA DE ATIVIDADES, PAPÉIS OCUPACIONAIS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL:</b>		
ATIVIDADES QUE DESEMPENHOU AO LONGO DA VIDA:		
ATIVIDADES QUE REALIZA ATUALMENTE (OCUPAÇÕES SIGNIFICATIVAS):		
<b>ROTINA DURANTE A SEMANA (Ambientes domésticos, trabalho, lazer, social, religioso, educacional, etc.)</b>		
MANHÃ	TARDE	NOITE (INCLUIR O PERÍODO DE SONO)

ROTINA NO FINAL DE SEMANA (Ambientes: doméstico, trabalho, lazer, social, religioso, educacional, etc.)		
MANHÃ	TARDE	NOITE (INCLUIR O PERÍODO DE SONO)

**B - AVALIAÇÃO DE FUNÇÕES E ESTRUTURAS CORPORAIS**

**Aspectos físicos**

Queixas em membros superiores? ( ) NÃO ( ) SIM

Quais? (Descrever fraqueza, dores, limitação de movimento, deformidades, parestesias)

<b>Membro acometido:</b> ( ) MSD ( ) MSE	<b>Membro dominante:</b> ( ) MSD ( ) MSE	<b>Coordenação motora alterada?</b> ( ) GROSSA ( ) UNIMANUAL ( ) FINA ( ) VISOMOTORA
--	--	--

<b>Preensão alterada:</b> ( ) Palmar ( ) Tríplíce ( ) Polpa-polpa	<b>Escrita:</b> ( ) Palmar ( ) Palmar ( ) Palmar
---	--

**Aspectos ambientais e Tecnologia Assistiva (TA)**

Avaliação do uso de órteses, próteses e recursos de Tecnologia Assistiva nas AVDs:

Tipo de TA:

Uso há quanto tempo?

Condição de manutenção?

Esquema/Efetividade de uso:

Cadeira de rodas/Aparelhos de auxílio para deambulação:

( ) Não utiliza ( ) Utiliza e manuseia ( ) Utiliza e não manuseia

Condições do domicílio: barreiras arquitetônicas (escadas, rampas):

Sanitário adaptado? ( ) NÃO ( ) SIM

Box adaptado? ( ) NÃO ( ) SIM



OBSERVAÇÕES: Verificar lentificação, estereotípias motoras, tremor, incoordenação.

**Aspectos de funções sensoriais**

Refere/observo alterações de visão?

( ) NÃO ( ) SIM ( ) Corrigida com óculos ( ) Não corrigida com óculos

Refere/observo alterações de audição?

( ) NÃO ( ) SIM ( ) Corrigida com aparelho ( ) Não corrigida com aparelho

Aspectos percepto-cognitivos que interferem na atividade (apraxias, agnosias, afasias, negligência, perseveração, etc.):

**C - AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL**

Presença de sofrimento psíquico? ( ) NÃO ( ) SIM

Qual?

Linguagem corporal: ( ) Preservada ( ) Levemente alterada ( ) Comprometida

Como?

**D - TESTES ESPECÍFICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL (SE NECESSÁRIO)**

( ) **Classificação de Idosos quanto a Capacidade para Auto-cuidado (CICAC):** Avaliação AVDs para idosos sem comprometimento Cognitivo/Demências. Almeida, CICAC. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, V. 15, n. 3, p. 112-20, set-dez, 2004.

Conclusão:

( ) **Escala de Avaliação de Incapacidade na Demência (DAD-BR):** Avaliação AVDs para idosos com comprometimento Cognitivo/Demências. Canon, Novelli, Gautier, Célinas, Versão Longa da Escala de Avaliação de Incapacidade na Demência, 2014.

Conclusão:

( ) **Loewstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (D-LOTCA-G):** para idosos com comprometimento Cognitivo/Demências (Complementação à Bateria Breve da AGG). Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment. Noomi Katz, Phd OTR Asnat Bar - Haim Rrez, Phd, OT, Sarah Averbuch, MSc, OT. Tradução e adaptação Profa Marcia Novelli, 2006.

Conclusão:

( ) **Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly - IQCODE:** para familiares e cuidadores de idosos com demência. (Complementação à Bateria Breve da AGG). Jorm, 1994; Sanchez e Lourenço. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, Cadernos de Saúde Pública, Vol. 25, n°7, Rio de Janeiro, Julho 2009.

Conclusão:

( ) **Checklist de Adequação Ambiental.**

Conclusão:

( ) **Outros:**

**OBSERVAÇÕES GERAIS:**

Nome e assinatura do Profissional:

DATA:

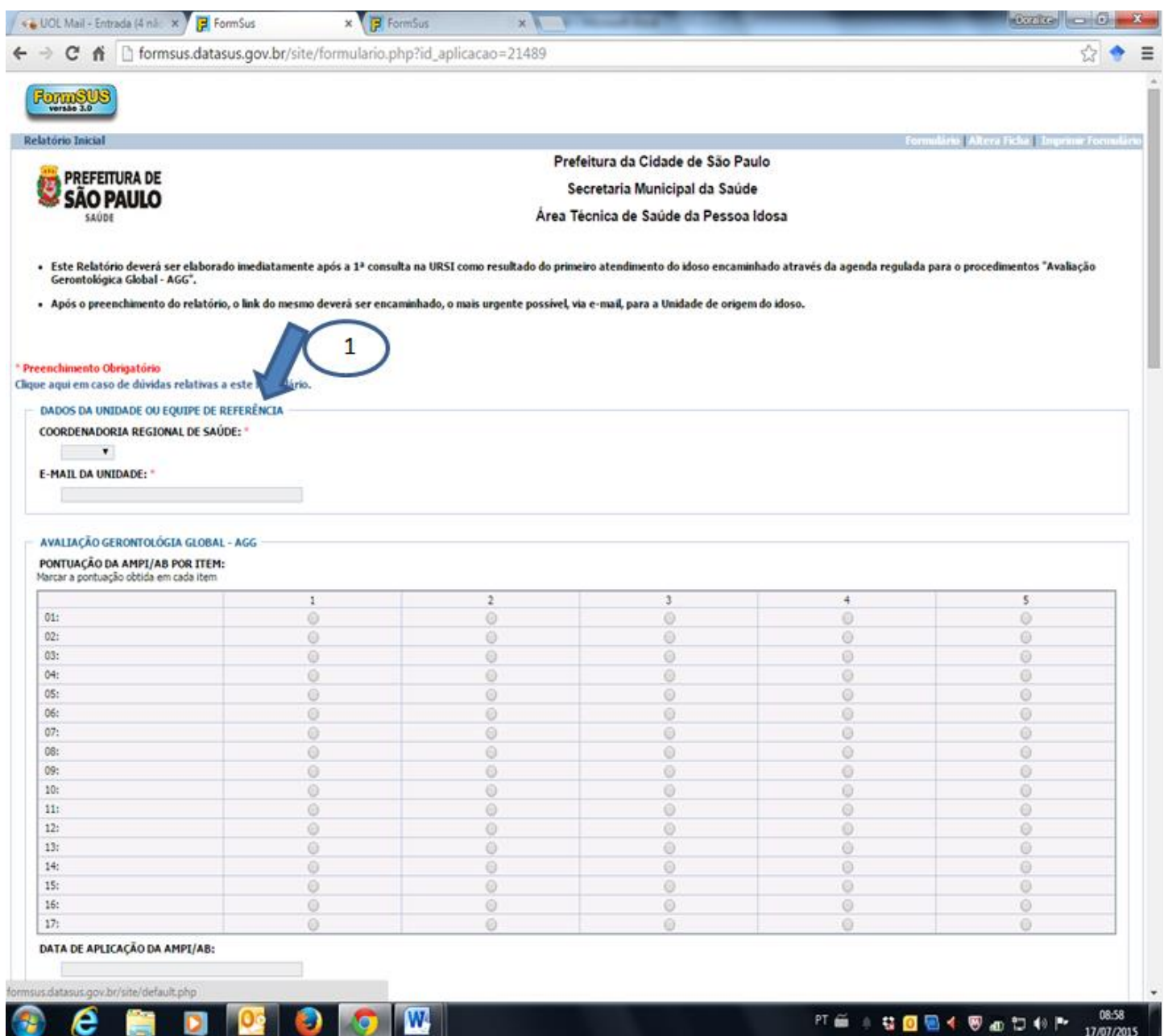
## Manual de acesso ao FormSUS para elaboração do Relatório Inicial da Avaliação Gerontológica Global – AGG

O link abaixo é o endereço do FormSUS para acesso ao formulário para elaboração do Relatório Inicial da Avaliação Gerontológica Global (RI-AGG).

Você pode clicar sobre ele ou copiar e colar na barra de endereços do seu Browser.

[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=21489](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21489)

A imagem abaixo é o que você verá quando acessar o relatório.



The screenshot shows a web browser window with the URL `formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21489`. The page title is "Relatório Inicial" and it is for the "Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa".

Instructions on the page:

- Este Relatório deverá ser elaborado imediatamente após a 1ª consulta na URSI como resultado do primeiro atendimento do idoso encaminhado através da agenda regulada para o procedimentos "Avaliação Gerontológica Global - AGG".
- Após o preenchimento do relatório, o link do mesmo deverá ser encaminhado, o mais urgente possível, via e-mail, para a Unidade de origem do idoso.

A red circle with the number "1" and a blue arrow points to the "Preenchimento Obrigatório" section, which includes a link for doubts: "Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário."

The form contains the following sections:

- DADOS DA UNIDADE OU EQUIPE DE REFERÊNCIA**
  - COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: \* (dropdown menu)
  - E-MAIL DA UNIDADE: \* (text input)
- AValiação GERONTOLÓGIA GLOBAL - AGG**
  - PONTUAÇÃO DA AMPI/AB POR ITEM:  
Marcar a pontuação obtida em cada item

	1	2	3	4	5
01:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- DATA DE APLICAÇÃO DA AMPI/AB: (text input)

1 - O Campo **DADOS DA UNIDADE OU EQUIPE DE REFERÊNCIA** contém os dados referentes a URSI ou outro equipamento de saúde (UBS, Hora Certa) onde está lotada a equipe de referência da saúde do idoso (Médico Geriatra, Fisioterapeuta, Assistente Social, entre outros).

2 – Escolha a Coordenadoria de Saúde onde está localizada a equipe de referência da saúde do idoso.

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: \***

Nome ▾

**SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE: \***

▾

**E-MAIL DA UNIDADE: \***

▾

---

**AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL - AGG**

**PONTUAÇÃO DA AMPI/AB POR ITEM:**  
Marcar a pontuação obtida em cada item

	1	2	3	4	5
01:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DATA DE APLICAÇÃO DA AMPI/AB:**

▾

**NOME DO TÉCNICO AVALIADOR: \***  
Nome do profissional que preencheu a AGG

▾

---

**DADOS DA PESSOA IDOSA**

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: \***

▾

**Nº DO PRONTUÁRIO NA URSI:**

▾

---

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA**

**NOME DO PACIENTE IDOSO: \***

▾

**DATA DE NASCIMENTO:**

▾

**NOME DA MÃE:**

▾

3 – Escolha a Supervisão Técnica de Saúde onde está localizada a equipe de referência da saúde do idoso.

4- Escolha a Unidade (UBS, URSI, Hora Certa) onde está localizada a equipe de referência da saúde do idoso.

5- Informe o email da Unidade onde está localizada a equipe de referência da saúde do idoso.

The screenshot shows a web browser window with the URL `formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php#posicao_campo761229`. The form is titled "AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL - AGG" and includes several sections:

- SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:** Includes a dropdown menu for "Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme" (callout 3), a dropdown for "NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:" (callout 4), and a text field for "E-MAIL DA UNIDADE:" (callout 5).
- PONTUAÇÃO DA AMPI/AB POR ITEM:** A table with 17 rows (01-17) and 5 columns (1-5) for marking scores. Each cell contains a radio button.
- DATA DE APLICAÇÃO DA AMPI/AB:** A text field.
- NOME DO TÉCNICO AVALIADOR:** A text field with the subtitle "Nome do profissional que preencheu a AGG".
- DADOS DA PESSOA IDOSA:** Includes a dropdown for "COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:" and a text field for "Nº DO PRONTUÁRIO NA URSI:".
- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA:** Includes text fields for "NOME DO PACIENTE IDOSO:" and "DATA DE NASCIMENTO:".
- NOME DA MÃE:** A text field at the bottom.

The Windows taskbar at the bottom shows the date and time as 09:16 on 17/07/2015.

**Campo *AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL***

- 6- Marque a pontuação de cada item obtida na AMPI-AB
- 7- Informe a data de aplicação da AMPI-AB.
- 8- Informe o nome de um dos profissionais que aplicou a AGG.

**AValiação GERONTOLÓGIA GLOBAL - AGG**

**PONTUAÇÃO DA AMPI/AB POR ITEM:**  
Marcar a pontuação obtida em cada item

	1	2	3	4	5
01:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DATA DE APLICAÇÃO DA AMPI/AB:**

**NOME DO TECNICO AVALIADOR: \***  
Nome do profissional que preencheu a AGG

**DADOS DA PESSOA IDOSA**

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: \***

**Nº DO PRONTUÁRIO NA URSI:**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA**

**NOME DO PACIENTE IDOSO: \***

**DATA DE NASCIMENTO:**

**NOME DA MÃE:**

**NACIONALIDADE:**

**NATURALIDADE:**

**Campo *DADOS DA PESSOA IDOSA***

9 – Escolha a Coordenadoria Regional de Saúde de referência do idoso.

10 – Escolha a Supervisão Técnica de Saúde de referência do idoso.

11 - Escolha a Unidade Básica de Saúde de referência do idoso.

12 – Informe o número do prontuário do idoso.

The image shows a web browser window displaying a form titled "FORMULÁRIO DE REGISTRO DE PESSOA IDOSA". The form is divided into two main sections: "DADOS DA PESSOA IDOSA" and "DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA".

**DADOS DA PESSOA IDOSA:**

- COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE: (Callout 9)
- SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE: \* (Callout 10)
- NOME DA UBS DE ORIGEM DA PESSOA IDOSA: (Callout 11)
- Nº DO PRONTUÁRIO NA URSE: (Callout 12)

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA:**

- NOME DO PACIENTE IDOSO: \*
- DATA DE NASCIMENTO:
- NOME DA MÃE:
- NACIONALIDADE:
- NATALIDADE:
- RAÇA/COR: \*
- SEXO: \*
- CNS: \*
- RG:
- CPF:
- TELEFONE FIXO:
- CELULAR:
- ENDEREÇO:
- COMPLEMENTO:
- BAIRRO:
- CEP:

The form is filled with sample data, and the callouts 9, 10, 11, and 12 point to specific fields in the "DADOS DA PESSOA IDOSA" section.

### Campo **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA**

Neste campo temos 21 subcampos para identificação do idoso (subcampo 13 até subcampo 33). Quando o idoso declarar que mora acompanhado (subcampo 32), deverá ser anotado no subcampo 33, o nome e grau de parentesco dessa pessoa.

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA**

NOME DO PACIENTE IDOSO: \*  
Doralice Severo da Cruz ← 13

DATA DE NASCIMENTO:  
21/11/1958 ← 14

NOME DA MÃE:  
Oracy Margarida da Cruz ← 15

NACIONALIDADE:  
Brasileira ← 16

NATURALIDADE:  
São Paulo ← 17

RAÇA/COR: \*  
PARDA ← 18

SEXO: \*  
FEMININO ← 19

CNS: \*  
8000000000000000 ← 20

RG:  
130000001 ← 21

CPF:  
90000000-00 ← 22

TELEFONE FIXO:  
(11) 2623-0000 ← 23

CELULAR:  
(11) 9000-00000 ← 24

ENDEREÇO:  
Av. Guilherme Cotching, 000 ← 25

COMPLEMENTO:  
Bloco 0 - Apto. 00 ← 26

BAIRRO:  
Vila Guilherme ← 27

CEP:  
00000-000 ← 28

ESTADO CIVIL:  
CASADO ← 29

ESCOLARIDADE(EM ANOS):  
mais de 8 anos ← 30

PROFISSÃO:  
← 31

RESIDE SOZINHO:  
NÃO ← 32

SE NÃO, MORA COM QUEM?:  
Nome e grau de parentesco  
← 33

### Campo **Identificação do Cuidador**

34 – Informar o nome do cuidador

35 – Informar a idade do cuidador

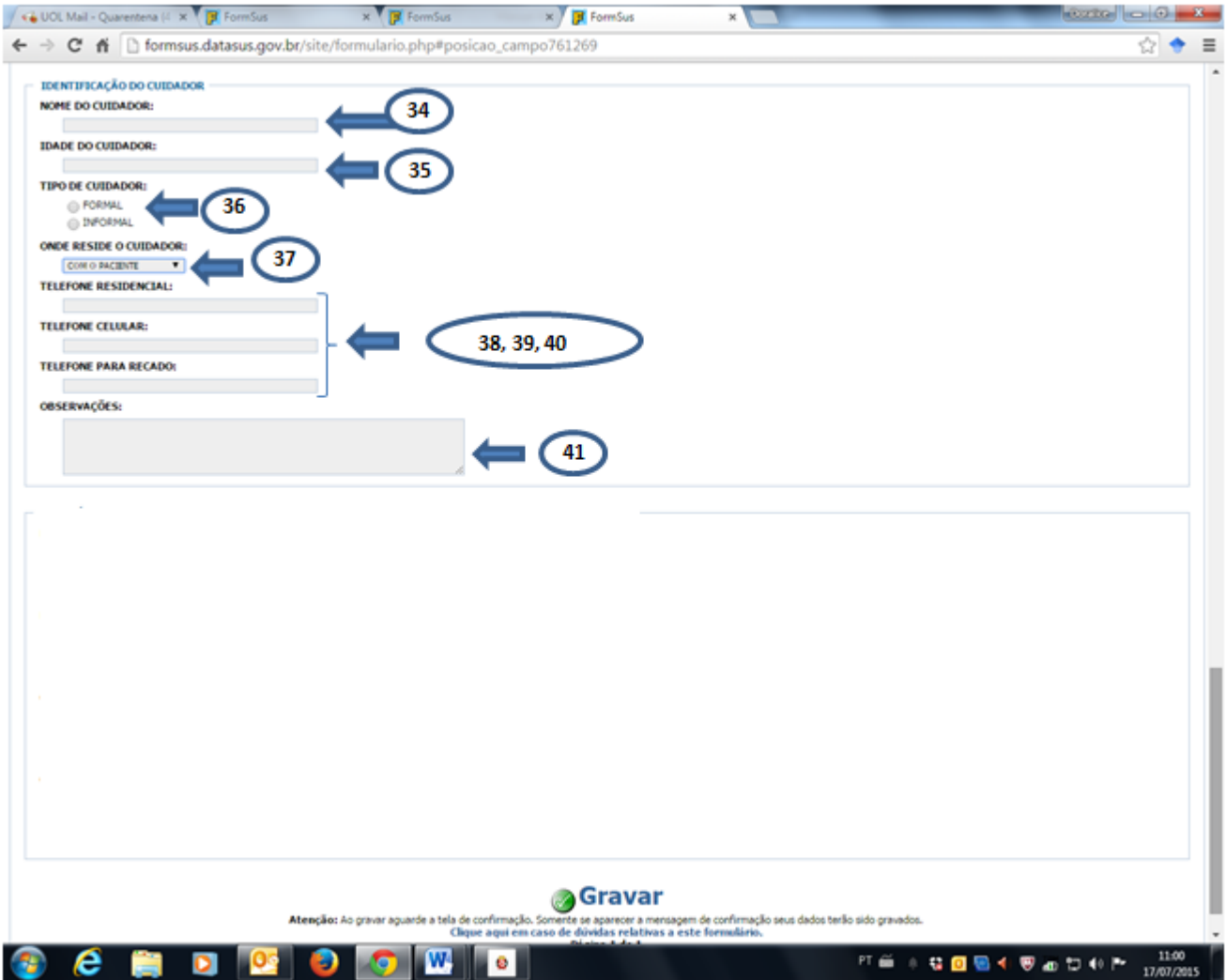
36 – Informar se é um cuidador formal ou informal

37 – Informar se o cuidados reside com o paciente, próximo ou distante do paciente

38 – 39 – 40 – Informar os número dos telefones nos campos 38 a 40

41 – Campo destinado a observações





The image shows a screenshot of a web browser displaying the FormSus application. The browser's address bar shows the URL: `formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php#posicao_campo761269`. The page title is "IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR". The form contains several fields and a dropdown menu, with blue arrows and circles pointing to specific elements labeled with numbers:

- 34**: Points to the "NOME DO CUIDADOR:" text input field.
- 35**: Points to the "IDADE DO CUIDADOR:" text input field.
- 36**: Points to the "TIPO DE CUIDADOR:" section, which includes radio buttons for "FORMAL" and "INFORMAL".
- 37**: Points to the "ONDE RESIDE O CUIDADOR:" dropdown menu, which is currently set to "COM O PACIENTE".
- 38, 39, 40**: A bracket groups the "TELEFONE RESIDENCIAL:", "TELEFONE CELULAR:", and "TELEFONE PARA RECADOS:" text input fields.
- 41**: Points to the "OBSERVAÇÕES:" text area.

At the bottom of the form, there is a "Gravar" button and a warning message: "Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados. Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário." The Windows taskbar at the bottom shows the system tray with the date "17/07/2015" and time "11:00".

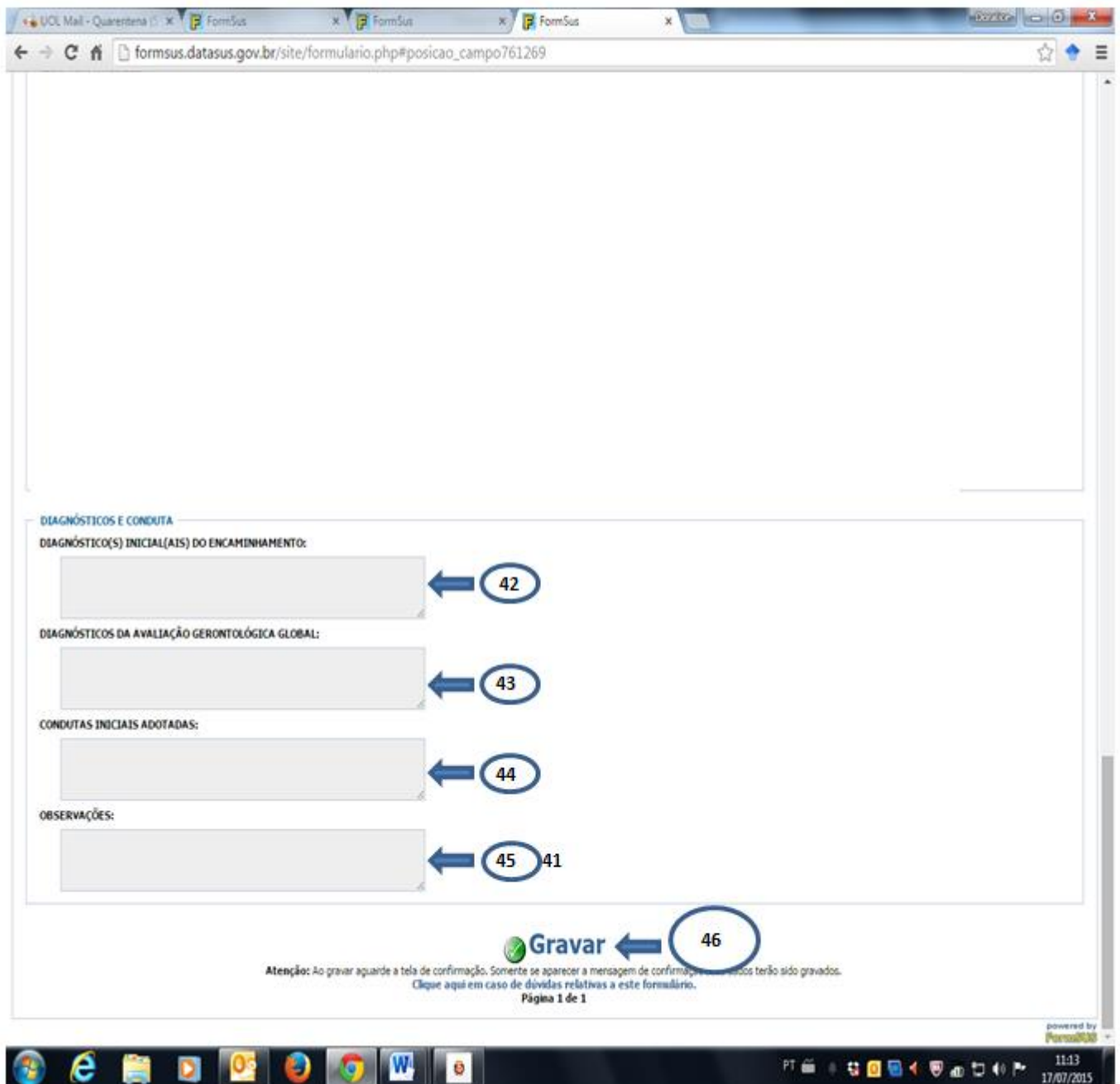
### ***Campo Diagnósticos e Conduta***

***42 – Informar o diagnóstico que motivou o encaminhamento para a equipe de referência.***

***43 – Informar o diagnóstico resultante da AGG.***

***44 – Informar as condutas adotadas***

***45 – Campo destinado a observações***



**DIAGNÓSTICOS E CONDUTA**

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(AS) DO ENCAMINHAMENTO: ← 42

DIAGNÓSTICOS DA AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL: ← 43

CONDUTAS INICIAIS ADOTADAS: ← 44

OBSERVAÇÕES: ← 45

**Gravar** ← 46

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação os dados terão sido gravados.  
Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.

Página 1 de 1

46 - Após o preenchimento pressionar o botão **Gravar**.

***O sistema retornará o relatório abaixo:***

***Copie e cole o endereço e envie via email para a UBS de origem do idoso. Obrigada!!***

Anote o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro!	
Formulário:	Relatório Inicial
Endereço:	<a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21489&amp;acao=alterar&amp;codigo_alterar=21489.14R/QdRmENaU*">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=21489&amp;acao=alterar&amp;codigo_alterar=21489.14R/QdRmENaU*</a>
Protocolo:	21489.14R/QdRmENaU*

Relatório Inicial



#### DADOS DA UNIDADE OU EQUIPE DE REFERÊNCIA

##### COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:

Norte

##### SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:

Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

##### NOME DA UNIDADE DE SAÚDE:

2068079 UBS CARANDIRU

##### E-MAIL DA UNIDADE:

ubscarandiru@vmvg.org.br

#### AVALIAÇÃO GERONTOLÓGIA GLOBAL - AGG

##### NOME DO TÉCNICO AVALIADOR:

Doralice Severo da Cruz

#### DADOS DA PESSOA IDOSA

##### COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:

Norte

**SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:**

Supervisão Técnica de Saúde Vila Maria/ Vila Guilherme

**NOME DA UBS DE ORIGEM DA PESSOA IDOSA:**

2063670 UBS V SABRINA

**Nº DO PRONTUÁRIO NA URSI:**

459789

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA**

**NOME DO PACIENTE IDOSO:**

Doralice Severo da Cruz

**DATA DE NASCIMENTO:**

21/11/1958

**NOME DA MÃE:**

Oracy Margarida da Cruz

**NACIONALIDADE:**

Brasileira

**NATURALIDADE:**

São Paulo

**RAÇA/COR:**

PARDA

**SEXO:**

FEMININO

**CNS:**

8000000000000000

**RG:**

130000001

**CPF:**

01145099807

**TELEFONE FIXO:**

(11) 2623-0000

**CELULAR:**

(11) 9000-00000

**ENDEREÇO:**

Av. Guilherme Cotching, 000

**COMPLEMENTO:**

Bloco 0 - Apto. 00

**BAIRRO:**

Vila Guilherme

**CEP:**

00000-000

**ESTADO CIVIL:**

CASADO

**ESCOLARIDADE(EM ANOS):**

mais de 8 anos

**RESIDE SOZINHO:**

NÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR**

**NOME DO CUIDADOR:**

José da Silva

**IDADE DO CUIDADOR:**

66

**TIPO DE CUIDADOR:**

INFORMAL

**ONDE RESIDE O CUIDADOR:**

COM O PACIENTE

**TELEFONE RESIDENCIAL:**

(11) 2623-0000

**TELEFONE CELULAR:**

(11) 9000-0000

**TELEFONE PARA RECADO:**

(11) 9000-0000

**OBSERVAÇÕES:**

absfd ro f dlk

**Criação** : 17/07/2015 11:26:05

**Atualização : 17/07/2015 11:26:05**