

**PROGRAMA MAIS VIDA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – MINAS GERAIS**  
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

**AVALIAÇÃO GLOBAL**

**PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA N°:**

**CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO**

Este campo pode ser preenchido por qualquer profissional da ESF.  
Os dados devem ser preenchidos por extenso, completos, sem abreviatura e de forma legível.

Data do atendimento: \_\_\_\_\_ N° Cartão SUS: \_\_\_\_\_

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

DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc. ( ) Fem. ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grau de instrução: \_\_\_\_\_

Informante: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

**CAMPO 2 – REGISTRO CLÍNICO**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Queixa principal e História clínica

Observações

Este campo deve ser preenchido pelo médico

Queixa principal e História clínica

**CAMPO 3 - HISTÓRIA PREGRESSA**

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

Doenças anteriores	Sim ( ) Não ( )	Citar:
Cirurgias	Sim ( ) Não ( )	Citar:
Internações	Sim ( ) Não ( )	Citar:
Doenças ou acidentes do trabalho	Sim ( ) Não ( )	Citar:
Outras	Sim ( ) Não ( )	Citar:
Órteses e próteses: Citar o tipo e tempo de uso		
Presença de alergias e/ou intolerâncias: Citar:		
Consultas médicas nos últimos 6 meses:		

ROTINA		URGÊNCIA	
Nº	Diagnósticos:	Nº	Diagnósticos:

**CAMPO 4 – VACINAÇÃO**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Poderá ser consultado e deverá ser preenchido o cartão espelho na sala de vacinação da unidade.

Vacinação em dia:	Sim ( ) Não
Reação vacinal:	Sim ( ) Não ( ) Citar

**CAMPO 5– ATIVIDADES COTIDIANAS**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro.

Descrever:		
Atividades de lazer:		
Atividade física		
Orientada por profissional?:	Sim ( ) Não ( )	
Tabagismo:	Sim ( ) Não ( )	
Data de início:	Quantidade:	Frequência:

Uso de álcool: Sim ( ) Não ( )

Tipo de bebida:

Data de início:	Quantidade:	Freqüência:
-----------------	-------------	-------------

Triagem de **CAGE: Teste nº 1** Teste positivo ( ) Teste negativo ( )

Uso de substâncias lícitas ou ilícitas: Sim ( ) Não ( )

Data de início:	Quantidade	Freqüência
-----------------	------------	------------

Tratamentos realizados:

Sexualidade:

Sono e outros hábitos:

Direção veicular: Sim ( ) Não ( ) Motivo:

**CAMPO 6 – HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro  
CONSULTAR O GENOGRAMA E CADASTRO FAMILIAR, ATUALIZANDO-OS SE NECESSÁRIO.

Em caso de adoecimento ou incapacidade, você teria alguém disponível para ajudá-lo nas atividades de vida diária?.....( ) Sim ( ) Não

Quem é sua referência familiar?

**CAMPO 7 – MEDICAMENTOS**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro

Medicamentos de uso contínuo utilizados atualmente

NOME	DOSE	TEMPO DE USO	INDICAÇÃO MÉDICA
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não
			( ) Sim ( ) Não

História de hipersensibilidade ou intolerância:  
Outras informações sobre medicamentos

**CAMPO 8 - Anamnese e Exame físico para revisão dos Sistemas Fisiológicos Principais**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro

**Enfermeiro**

Peso:	g	PA (Ortotatismo):	mmHg	IMC:		TAX:	°C
Altura:	cm	PA (deitado):	mmHg	FC:	bpm	FR:	irpm

Mini avaliação nutricional **Teste nº2**Saúde bucal: **Teste nº 3****Observações do enfermeiro****Médico**

Geral, tireóide, linfadenomegalias:

Pele e anexos:

Aparelho cardiovascular:

Aparelho respiratório:

Aparelho digestivo:

Aparelho genito-urinário:

Sistema nervoso:

Sistema músculo esquelético:

Realizar a otoscopia

**CAMPO 9 – AVALIAÇÃO AMBIENTAL**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e equipe

Identificar e registrar todas as áreas da casa inapropriadas para circulação ou atividades cotidianas do idoso e orientar as correções a serem realizadas. **Roteiro nº4**

**CAMPO 10 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL**

Este campo deve ser preenchido pelo enfermeiro e médico

Este campo deve ser preenchido pelo Enfermeiro

**ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD- Teste nº 5**

Teste de Atividades Básicas de Vida diária – AVDB-AUTO CUIDADO:

 Independência       Dependência parcial       Dependência importante

Teste de Atividades Instrumentais de Vida Diária:

 Independência       Dependência parcial       Dependência importante**Comprometimento em AVD**       sim       não**COMUNICAÇÃO****Visão:** Avaliar o grau de deficiência visual: dificuldade para leituras, assistir TV, dirigir carro, se afirmativo aplicar o Teste Snellen. **Teste nº. 6**

Anotar a data da última consulta oftalmológica e uso de lentes corretivas.

**Audição:** Avaliar a presença de deficiência auditiva, dificuldade para conversação se afirmativo aplicar o Teste do sussurro. **Teste nº. 7**

Anotar a data da última consulta com otorrinolaringologista a necessidade de reabilitação ou uso de prótese.

**Fala:** Avaliar distúrbios da fala.

Este campo deve ser preenchido pelo médico

**MOBILIDADE Teste nº. 8**Quedas no último ano       Sim       Não      Número de quedas:Repercussão: fratura, limitação, incapacidade       Sim       Não

Caracterizar a queda:

**Comprometimento na mobilidade**       sim       não**COGNIÇÃO- Teste nº. 9**

Teste Mini-Mental simplificado:

Pontuação:

**Comprometimento cognitivo, com provável demência:**       sim       não**HUMOR****Teste nº. 10 – GDS 5:**Pontuação: \_\_\_\_\_ Possibilidade de depressão:       SIM       NÃO**Comprometimento no humor**       sim       não

**CAMPO 11- IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Este campo deve ser preenchido pelo médico.

**Diagnóstico funcional/nível de dependência:**  
**Gigantes da geriatria: citar.**

**Diagnósticos dos principais sistemas fisiológicos**

**Classificação de risco**

risco habitual

risco alto / idoso frágil

**CAMPO 12 - CONDUTA**

Este campo deve ser preenchido pelo médico

**CAMPO 13 - INFORMAÇÃO PARA O USUÁRIO**

Este campo deve ser preenchido pelo médico e enfermeiro

**ORIENTAÇÕES SOBRE O PLANO DE CUIDADO- EM ANEXO**

Promoção da saúde e prevenção de doenças

Tratamento

Reabilitação

**CAMPO 14 - ENCAMINHAMENTO**

Este campo deve ser preenchido pelo médico

Interconsulta ou Referenciamento

Alterações identificadas a serem avaliadas no retorno

**CAMPO 15 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Este campo deve ser preenchido pelo médico e enfermeiro

Registro da consulta no SIAB, SISVAN, BPA E SIM.

Data:

1. Preencher quadro controle de pressão arterial e de glicemia, anexos ao prontuário.

2. Fazer notificações obrigatórias e orientação de educação em saúde

Assinatura e carimbo

## PLANO DE CUIDADOS

### DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS

#### 1. Diagnóstico Funcional

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL					
FUNÇÕES		COMPROMETIMENTO FUNCIONAL			
		NÃO	SIM		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AUTO-CUIDADO		Semi-dependência	Dependência incompleta	Dependência completa
	AVDS INSTRUMENTAIS		Dependência parcial		Dependência completa
COGNIÇÃO / HUMOR	COGNIÇÃO				
	HUMOR				
MOBILIDADE	MARCHA		Instabilidade Postural	Imobilidade Parcial                  Completa	
COMUNICAÇÃO	VISÃO				
	AUDIÇÃO				
	FALA / VOZ				
Outras Funções Orgânicas:	SAÚDE BUCAL				
	CONTINÊNCIA URINÁRIA				
	CONTINÊNCIA FECAL				
	ESTADO NUTRICIONAL				
	SUPORTE FAMILIAR				
	SUPORTE SOCIAL				

#### 2. DIAGNÓSTICO DOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS PRINCIPAIS

Lista de problemas			Especificar
Incontinência urinária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Instabilidade postural	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Doença neuropsiquiátrica	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Neoplasias	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Doença cardiovascular	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Doença pulmonar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Osteoporose	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Imobilização	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Doenças endócrinas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Alteração do sono	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Alteração do apetite	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Alteração gastro intestinal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Depressão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Outras			

### 3. CONDUTA

#### 3.1 Interconsultas e encaminhamentos:

Tipo	Motivo
Clínica	
Centro Mais Vida	
Outros	

#### 3.2. Propostas/ Intervenções

PROBLEMA IDENTIFICADO	INTERVENÇÃO PROPOSTA
<b>1. Dependência nas atividades de vida diária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigação da causa: cognição – humor – mobilidade – comunicação</li> <li>Avaliação do suporte social e familiar</li> <li>Definição do cuidador e/ou referência familiar</li> <li>Rede de apoio social</li> </ul>
<b>2. Presença de déficit cognitivo e/ou do humor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completar avaliação cognitiva e do humor</li> <li>Definir diagnóstico de incapacidade cognitiva e diferenciar demência, depressão, <i>delirium</i> e doença mental</li> </ul>
<b>Suspeita de demência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar para Centro Mais Vida</li> </ul>
<b>Suspeita de depressão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar tratamento antidepressivo. Casos mais graves ou risco de suicídio, encaminhar para Centro Mais Vida e/ou Saúde Mental</li> </ul>
<b><i>Delirium</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar para urgência</li> </ul>
<b>Doença Mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar para avaliação na Saúde Mental</li> </ul>
<b>3. Presença de instabilidade postural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação clínica e neurológica global.</li> <li>Implementação do protocolo de prevenção de quedas</li> <li>Avaliação e tratamento da osteoporose (densitometria óssea) Encaminhar para Centro Mais Vida</li> <li>Avaliação ambiental</li> </ul>
<b>4. Imobilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar causa</li> <li>Reabilitação</li> </ul> <p>Implementação do protocolo para o idoso acamado (cuidados com idoso acamado)</p>
<b>5. Incapacidade comunicativa</b>	
<b>Redução da visão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação oftalmológica</li> </ul>
<b>Redução da audição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação otorrinolaringológica / fonoaudiológica / Protetização</li> </ul>
<b>Alteração da fala</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonoaudiologia</li> </ul>



<b>6. Incontinência urinária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar causa</li> <li>• Afastar diurético, se possível</li> <li>• Propedêutica uro-ginecológica</li> <li>• Implementar tratamento farmacológico, fisioterápico e/ou cirúrgico</li> </ul>
<b>7. Emagrecimento recente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínica global</li> <li>• Avaliação nutricional</li> </ul>
<b>8. Alteração na saúde bucal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação odontológica- encaminhar CEO</li> </ul>
<b>9. Polipatologia / Polifarmácia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação clínica e gerenciamento das co-morbidades</li> <li>• Avaliação de interação medicamentosa droga-droga e droga-doença</li> <li>• Suspensão de drogas “fúteis”</li> <li>• Priorização de ações</li> </ul>
<b>10. Ausência de suporte social e/ou familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do serviço social</li> </ul>

## 5. Exames solicitados:

## 6. Assinatura e carimbo

## ANEXOS

### Teste nº 1 CAGE

**Indicação:** Idoso com história de alcoolismo positiva.

**Perguntas:** a) Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool (**C**ut dow)?

b) Alguém já o criticou pelo ato de beber (**A**ny)?

c) Sente-se culpado (**G**uilty) por beber?

d) Costuma beber logo pela manhã (**E**ye-opener)?

**Escore:** Teste positivo para dependência de álcool com 2 respostas afirmativas.

### Teste nº.2: Mini avaliação nutricional

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – MAN			
Peso (kg):	Altura (cm):	IMC:	Circunferência da panturrilha:
Perda de peso superior a 3 quilos nos últimos meses .....( )sim ( )não			

### Teste nº. 3: Mini avaliação da saúde bucal

Mini Avaliação da Saúde bucal		
<b>Observar a presença de:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Diminuição da quantidade de alimentos ou mudança no tipo de alimentação por causa dos dentes?		
Problemas de mastigação		
Sensibilidade exagerada a alimentos ou líquidos nos dentes ou gengivas?		
Edentulismo		
Prótese dentária		
Xerostomia		
Feridas ou lesões na mucosa oral ou língua		
Sangramento gengival		
<b>Obs.</b> Qualquer alteração acima, encaminhar ao odontólogo		

### Teste nº. 4: ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

<b>FUNÇÃO</b>	<b>INDEPENDÊNCIA</b>	<b>DEPENDÊNCIA</b>
<b>AVD's instrumentais (Lawton-Brody simplificado)</b>		
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?		
Você é capaz de fazer compras?		
Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?		
Você é capaz de usar o telefone?		
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes?		
<b>AVD's básicas (Katz)</b>		
Tomar banho		
Vestir-se		
Uso do vaso sanitário		
Transferência		
Continência urinária e/ou fecal		
Alimentar-se		

a) O que o senhor(a) deixou de fazer e que não está fazendo?

b) O que o senhor(a) fazia e gostaria de fazer?

**Teste nº. 5. Deficiência visual - SNELLEN**

Deficiência visual:	( ) Sim	( ) Não
Teste Snellen ( 5 metros)	( ) < 0,3	( ) > 0,3
Dificuldade para ler jornais ou revistas	( ) Sim	( ) Não

≡ ∟ E M ≡

0,3

M ≡ ∟ ≡ E

0,4

E M E ∟ ≡ E

0,5

## Teste nº. 6: Deficiência Auditiva – Teste do sussurro

<b>Deficiência auditiva:</b>	( ) Sim	( ) Não
Teste do sussurro (60 cm de cada ouvido)	( ) Positivo	( ) Negativo
Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas	( ) Sim	( ) Não
<b>Otoscopia:</b>		

## Teste nº. 7 : Mobilidade

História de 2 ou mais quedas no último ano.....( ) sim ( ) não

Repercussão funcional .....( ) sim ( ) não

Especificar:

	<b>Duração</b>
<b>Levantar e andar 3 metros</b> <i>“O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira”</i>	<10 seg.
	10 a 20 seg.
	20 a 30 seg.
	≥ 30 Seg.

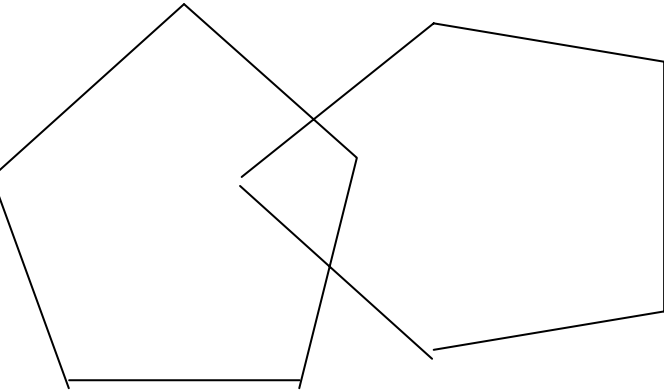
## Teste nº. 8: COGNIÇÃO

### MINI-MENTAL

ESCOLARIDADE (anos/escola): \_\_\_\_\_

<b>Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)</b>		<b>DATA (score)</b>				
<b>Orientação Temporal</b> (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Ano					
	Mês					
	Dia do mês					
	Dia da semana					
	Semestre/Hora aproximada					
<b>Orientação Espacial</b> (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada item</i>	Estado					
	Cidade					
	Bairro ou nome de rua próxima					
	<i>Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)</i>					
<b>Registro</b> (3 pontos)	<i>Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA CARRO, VASO e TIJOLO</i>					
	<i>Subtrair 100 – 7 = 93 – 7 = 86 – 7 = 79 – 7 = 72 – 7 = 65 Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM</i>					
<b>Atenção e Cálculo</b> (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.						
<b>Memória de Evocação</b> (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?					
<b>Nomear dois objetos</b> (2 pontos)	<i>Relógio e caneta</i>					
<b>Repetir</b> (1 ponto)	<i>“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”</i>					

<b>Comando de estágios</b> (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	<i>"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"</i>					
<b>Escrever uma frase completa</b> (1 ponto)	<i>"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"</i>					
<b>Ler e executar</b> (1 ponto)	<i>FECHE SEUS OLHOS</i>					
<b>Copiar diagrama</b> (1 ponto)	<i>Copiar dois pentágonos com interseção</i>					
<b>PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)</b>						



# FECHE SEUS OLHOS

## Teste nº. 9. Escala Geriátrica de Depressão

### Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15 e GDS-5)

(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)

Você está basicamente satisfeito com sua vida?..... Sim **NÃO**

Você se aborrece com frequência?..... **SIM** Não

Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?..... **SIM** Não

Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?..... **SIM** Não

Você sente que sua situação não tem saída?.....**SIM** Não

## Roteiro nº. 1. Avaliação ambiental

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