

Ministério da Saúde

Caderneta de

Saúde

da

Pessoa

Idosa



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA





Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Ministério da Saúde

(Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006)

Caderneta de

Saúde

Pessoa

Idosa

Idosos independentes

- Pessoas que mesmo tendo alguma doença (p.ex., HAS ou DM) são capazes de viver de forma independente e autônoma no ambiente familiar e no meio social

Idosos vulneráveis à fragilização

- Indivíduos que, por qualquer razão, apresentam determinadas condições que comprometem ou põem em risco sua capacidade funcional

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Ministério da Saúde

Caderneta de

Saúde

da

Pessoa

Idosa

- Informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa;
- Instrumento para o planejamento e organização de ações de promoção, recuperação e manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas assistidas pelas equipes de saúde.

Objetivos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

- Propiciar um acompanhamento periódico de determinadas condições de saúde da pessoa idosa e outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar;
- Reconhecer a população idosa cadastrada pelas equipes de saúde da família;
- Estabelecer critérios de risco para priorização de

Objetivos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

- Auxiliar na **identificação** dos indivíduos **frágeis** ou em processo de fragilização
 - Priorizar ações
 - Sistematizar o cuidado
 - Mapear grupos e locais de maior risco
 - Trazer ao conhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Básica as peculiaridades do processo do envelhecimento
 - Aprimorar o bem-estar individual e coletivo da população idosa, por meio da promoção do envelhecimento ativo

CONSIDERA-SE IDOSO FRAGIL OU EM SITUAÇÃO DE

Ministério da Saúde **FRAGILIDADE AQUELE QUE:**

Caderneta de

- vive em ILPI;
- encontra-se acamado;
- esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão;
- apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros;
- encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica;
- 75 anos ou mais de idade;
- Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de

(Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006)

CUIDADOS QUANTO AO PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Ministério da Saúde

- **O preenchimento da Caderneta de Saúde se dá a partir da fala do indivíduo**
- **É importante resguardar a privacidade das informações**
- **O respondente deve ficar à vontade para citar o que lhe for conveniente**
- **O idoso deve portá-la consigo**
- **Pode ser acessada por outras pessoas**

**Que
informações
podem ser
obtidas com a
Caderneta de
Saúde da Pessoa
Idosa?**



2. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Como eu sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

N.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: ____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Minha escolaridade: () analfabeto () até 4 anos
() 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Sou aposentado: () sim () não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo () não () sim

() fumo freqüentemente () fumo raramente () parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Bebida alcoólica () não () sim

() bebo frequentemente () bebo raramente () parei de beber

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física () não () sim

() faço frequentemente () faço raramente () parei de fazer

Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____

3. MORAM COMIGO _____ pessoas

4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () sim () não

5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: _____

Grau de vínculo: _____

Esta pessoa mora próximo de mim? () sim () não

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não

Obs.: _____

7. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

11)

12)

13)

14)

8. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

8)

9)

10)

11)

12)

13)

14)

9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

9.1. Internações

		Ano													
		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Número de internações	1.º sem.														
	2.º sem.														

Obs: _____

9.2. Ocorrência de quedas

		Ano													
		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
Número de quedas	1.º sem.														
	2.º sem.														

Obs: _____

CICLO DE FRAGILIDADE

perda de peso

≥ 4,5 kg ou ≥ 5% do peso corporal no último ano

↓ força

força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e IMC

fadiga

com que freqüência na última semana o sr. sentiu que tudo que fazia exigia um grande esforço ou que não pode fazer nada

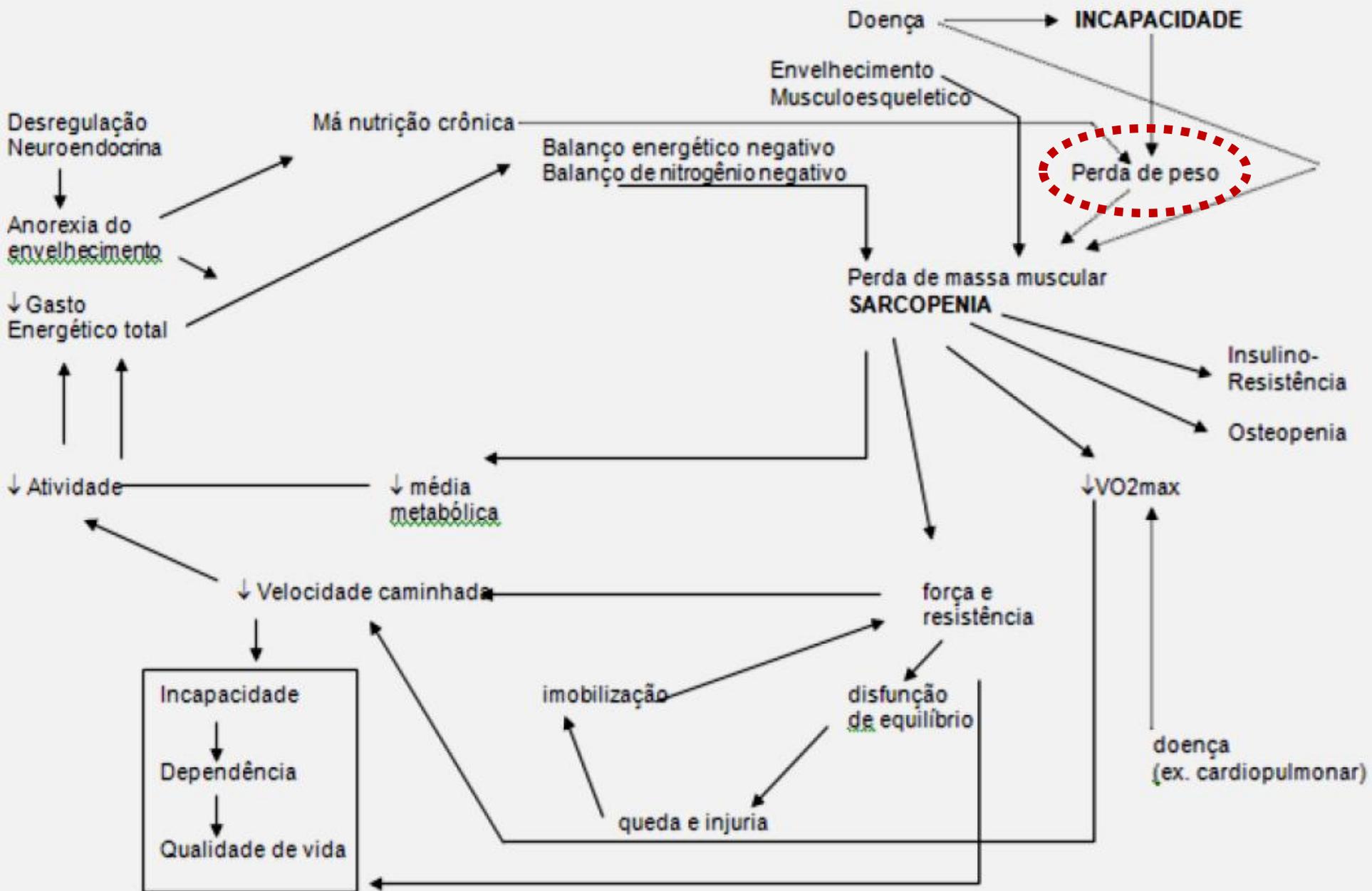
↓ velocidade de caminhada

distância de 4,5m ajustada para gênero e altura

↓ atividade física

dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero

CICLO DE FRAGILIDADE



FRAGILIDADE

Síndrome clínica



INFORMAÇÕES SOBRE A VACINA A SER APLICADA

Data: ___/___/___				
Lote: _____				
Dose: _____				
US: _____				
Ass.: _____				
Data: ___/___/___				
Lote: _____				
Dose: _____				
US: _____				
Ass.: _____				
Data: ___/___/___				
Lote: _____				
Dose: _____				
US: _____				
Ass.: _____				
Data: ___/___/___				
Lote: _____				
Dose: _____				
US: _____				
Ass.: _____				

9.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

Medicamentos:

1)

2)

3)

4)

Alimentos:

1)

2)

3)

4)

Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):

1)

2)

3)

4)

12. MINHA AGENDA DE CONSULTAS

Data	Hora	Local	Tipo de Atendimento	Nome do Profissional
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				
//				

COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER

SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.

CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÕES.

TOMAR AS MINHAS VACINAS.

MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES COM FAMILIARES E AMIGOS.

COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.

EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.

MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TERMINA AOS 60 ANOS, LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DO PRESERVATIVO É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.

SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.

11. SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

Disque saúde – 0800 61 1997 – serviço gratuito funciona todos os dias das 8h às 18h. Pode ser acionado de qualquer telefone público.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – 192

Corpo de Bombeiros – 193

Violência contra a mulher – 180

Portal do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Portal da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Saúde Legis: www.saude.gov.br/saudelegis

E-mail do Ministério da Saúde: idoso@saude.gov.br

Procons – denúncias contra empresas de planos e seguros de saúde.

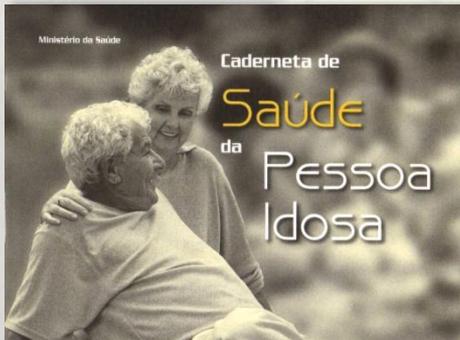
Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – denúncias de problemas de atendimento no SUS.

Delegacia de Polícia, ministérios públicos estaduais, conselhos estaduais e municipais do idoso – denúncia de maus-tratos, pessoalmente, por carta ou telefone.

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Caderneta de

Dados



Informações

Coletivas

Individuais

Planejamento

**Gestor
&
Equipe de Saúde**

Fatores: Individuais
Coletivos
Culturais
Ambientais
Econômicos

C A B
A T Á
D E S
E N I
R Ç C
N Â A
O O
Pessoa
Idosa

AÇÕES

Promoção do Envelhecimento Ativo

Participação
Saúde
Segurança



yedaenf@usp.br

OBRIGADA