**PAGe 3.0 – Em construção**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Serviço/Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Entrada no Serviço: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Entrevistado: □ idoso □ outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Avaliação: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Horário - Início:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Término:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** |
| **1.** Nome:  | Nome social:  |
| **2.** Endereço: |
| **3.** Telefones:  |
| **4.** Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | **5.** Idade: \_\_\_\_\_\_\_ | **6.** **Gênero:** □ Feminino □ Masculino |
| **7.** Estado civil: | □ solteiro(a)□ casado(a)/união estável□ separado(a)/divorciado(a)□ viúvo(a) | **8.** Escolaridade: | □ analfabeto□ ensino fundamental (incompleto)□ ensino fundamental (completo)□ ensino médio (incompleto)□ ensino médio (completo)□ ensino superior (incompleto)□ ensino superior (completo) |
| **9.** De acordo com sua escolaridade, o(a) senhor(a) estudou, formalmente, durante \_\_\_\_\_ anos. |
| **10.** O(a) Sr(a) é aposentado(a)? □ sim □ não, qual é a profissão atual**? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **11**. Caso seja aposentado ou pensionista, qual a profissão que exerceu por mais tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **12.** Exerce atualmente algum tipo de trabalho remunerado? Se sim, qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **13.** Rendimento mensal individual (I) e familiar (F): | □ Não possui renda□ BPC - Benefício de Prestação Continuada□ até um salário mínimo □ mais de 1 a 2 salários mínimos □ mais de 2 a 3 salários mínimos □ mais de 3 a 4 salários mínimos □ mais de 4 a 5 salários mínimos □ mais de 5 a 10 salários mínimos □ mais de 10 salários mínimos | **14.** Com quem mora: | □ sozinho(a)□ somente com o cônjuge□ com o cônjuge e o(s) filho(s)□ com o cônjuge, filho(s) e neto(s)□ com o cônjuge e neto(s)□ com filho(s)□ com filho(s) e neto(s)□ com neto(s)□ outros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **15.** Religião: □ sim □ não | Qual?: | □ católico  | □ evangélico | □ espírita | □ outro: \_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **I. AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE BIOPSICOSSOCIAL EM IDOSOS** |

|  |
| --- |
| **ASPECTOS PSICOLÓGICOS**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉFICIT COGNITIVO** | **1.** O(a) senhor(a) considera que a sua memória é tão boa quanto a de outras pessoas da sua idade? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **2.** Vou lhe dizer 3 palavras e o(a) senhor(a) irá repeti-las em seguida. Peço que memorie essas 3 palavras, pois vou lhe perguntar sobre elas mais tarde novamente. **[Instruções: Falar as 3 palavras em sequência pausadamente. Caso o(a) idoso(a) não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontuar ao lado se o(a) idoso(a) repetiu corretamente as três palavras na primeira tentativa].** CARRO – VASO - TIJOLO | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **3.** Agora, eu vou marcar um minuto no relógio e durante esse tempo o(a) senhor(a) deve falar o maior número de animais de que se lembrar. Quanto mais animais o(a) senhor(a) falar nesse tempo, melhor. **[Anote os nomes de animais falados pelo(a) idoso(a) a cada 15 segundos. Registrar, mas não contar animais repetidos]** Pode começar. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **[Instruções: Pontue se o(a) idoso(a) falou uma quantidade de animais igual ou superior a nota de corte. Nota de corte de acordo com escolaridade: analfabetos = 9 animais; 1-7 anos = 12 animais e 8 anos ou mais = 13 animais.]** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **4.** O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? **[Instruções: o entrevistador** **não deve dizer as palavras. Pontue se o(a) idoso(a) lembrou e repetiu corretamente as 3 palavras].** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **5.** **[Instruções: Esteja com uma folha em mãos e fale todos os comandos de uma vez só]** Senhor(a), vou lhe pedir para realizar uma tarefa agora com este papel. Pegue-o com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa. **[Instruções: Pontue se o(a) idoso(a) realizou os 3 comandos corretamente]** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **6. Teste do desenho Relógio. [Instruções: Aplique apenas se o (a) idoso tiver escolaridade igual ou superior a 5 anos. Caso não, pontue ao lado de forma negativa. Esteja com uma folha com um desenho de um círculo de 11 cm de diâmetro e dê as instruções para a tarefa].** Senhor(a), nesta folha temos um mostrador de um relógio. Gostaria que o senhor(a) colocasse os números dentro dele. **[Aguardar].** Por favor, agora indique o horário 11h10 (onze horas e 10 minutos)**.**  |
| **[Instruções: Análise o desenho e pontue ao lado se o(a) idoso(a) atingiu a nota de corte esperada. Nota de corte: Atribua um ponto para cada posicionamento correto dos números 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 e 11, mais um ponto para cada ponteiro correto (pontuação máxima = 10). Nota de corte = 7].** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **Pontuação (máxima = 6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?**  | **□ sim** | **□ não** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATITUDE NEGATIVA EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ENVELHCIMENTO** | **7.** Que idade o (a) senhor(a) sente ter\_\_\_\_\_\_\_\_? Por quê? **Instruções: Com base na resposta dada, analisar e registrar ao lado se o(a) idoso(a) sente-se mais velho do que realmente é:]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **8.**  De maneira geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é boa? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **9.** O(a) senhor acha que a velhice, de forma geral, tem mais pontos negativos do que positivos? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **10.** Ao pensar no seu envelhecimento, o(a) senhor(a) se sente preocupado(a)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **11.** O(a) senhor(a) acha que é possível ter uma vida sexual saudável na velhice? (sugestão disciplina: trocar saudável por prazerosa) | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **12.** O(a) senhor(a) acha que há poucas coisas que uma pessoa possa realizar na velhice?  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **13.** O(a) senhor(a) acha que a velhice é sinônimo de debilidade física? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **14.** O(a) senhor(a) acha que é melhor morrer cedo do que ficar velho(a)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima = 8): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?**  | **□ sim** | **□ não** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEPRESSÃO** | **[Instruções: antes de iniciar diga ao idoso: “Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o(a) senhor(a) vem se sentindo na última semana”.]**  |
| **15.** De modo geral o(a) senhor(a) está satisfeito com a vida?  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **16.** O(a) senhor (a) se sente triste com frequência?  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **17.** O(a) senhor(a) abandonou muitas das coisas que fazia ou gostava de fazer?  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **18.** O(a) senhor(a) tem medo de que algo ruim lhe aconteça? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **19.** O(a) Sr.(a) se sente impaciente e agitado(a) com frequência? (futuro: rever questões duplas) | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima = 5):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |
| --- |
| **ASPECTOS BIOLÓGICOS**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DÉFICIT SENSORIAL** | **20.** O(a) senhor(a) tem dificuldades para enxergar? **[Observação: Mesmo se já utilizar óculos ou outros métodos corretivos.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **21.** O(a) senhor(a) tem dificuldade para ouvir o que as pessoas falam? **[Observação: Mesmo se já utilizar aparelho auditivo]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **22.** O(a) senhor(a) tem dificuldade para sentir o sabor dos alimentos? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **23.** Por causa dos seus sentidos (visão, audição, paladar), o senhor(a) tem dificuldade de realizar suas atividades cotidianas? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima=4):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INCAPACIDADE FUNCIONAL** | **O(a) senhor(a) necessita de ajuda para**: | **24**. Fazer compras fora de casa? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **25.** Usar meios de transporte coletivo (ônibus, metrô e trem)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **26.** Cozinhar a própria comida? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **27.** Usar o telefone? (futuro: adequação ao uso atual de celular) | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **28.** Vestir-se (exceto para colocar as meias e calçados)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **29.** Tomar banho? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 6):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESNUTRIÇÃO** | **30.** O(a) senhor(a) tem dificuldades para mastigar? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **31.** O(a) senhor(a) faz menos do que três refeições por dia? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **32.** Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) percebeu que passou a comer menos sem motivo? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **33.** Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) perdeu peso sem motivo aparente? sim, quantos quilos? □ > 3kg □ de 1 a 3kg □ não sabe informar | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **34.** Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) passou por algum estresse psicológico? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **[Instruções: Medir o peso e a altura do(a) idoso(a). Caso não seja possível, seguir com os dados que forem auto referidos pelo(a) idoso(a)].** Qual o seu peso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E a sua altura? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **35.** [Instruções: faça o cálculo do índice de massa corporal e pontue ao lado se o(a) idoso(a) possui IMC menor ou igual que 22 Kg/m2.]IMC: peso\_\_\_\_\_ [kg]/estatura\_\_\_\_\_ [m2] = \_\_\_\_\_\_\_Kg/m2.  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 6): Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DCV)** | **36.** O(a) senhor(a) tem histórico familiar (pais, irmãos ou filhos) de DCV (infarto, derrame, angina)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **37.** O(a) senhor(a) tem pressão alta (superior a 140/90 mmHg)? **[Instruções: Pontuar como sim quando PA auto referida for superior ao valor indicado, mesmo com o uso de anti-hipertensivos, ou caso o(a) idoso(a) não saiba informar.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| □ sim= 0,desconhece os valores |
| **[Instruções: Solicitar exames laboratoriais recentes (últimos 6 meses). Caso não tenha, prosseguir com as perguntas 38 e 39, considerando apenas os auto relatos.]** |
| **38.** O(a) senhor(a) tem glicemia de jejum superior a 100 mg/dL?**[Instruções: Pontuar como sim quando a resposta for positiva mesmo com o uso de antidiabéticos ou caso o(a) idoso(a) não saiba informar.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **39.** O(a) senhor(a) tem colesterol alterado?O(a) senhor(a) tem colesterol alterado? **[Instruções: Pontuar como sim quando 1) verificar no exame valores de CT e HDL superior a 200 mg/dL e inferior 60 mg/dL, respectivamente, mesmo com uso de hipolipemiantes; 2) auto relato de colesterol alterado; ou 3) caso o(a) idoso(a) não saiba informar.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **40.** O(a) senhor(a) fuma ou deixou de fumar nos últimos 6 meses? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **41.** O(a) senhor(a) tem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas? Se sim, qual o tipo da bebida? \_\_\_\_\_\_\_\_ E quantas doses, taças ou latas em uma semana? \_\_\_\_\_\_\_ |
| **[Instruções: Assinale abaixo a resposta equivalente, considerando as seguintes referências:** |
|  **Homens:** Mais do que 14 doses de destilado (350 ml), 7 taças de vinho (2 litros) ou 14 latas de cerveja (5 litros).**Mulheres:** Mais do que 7 doses de destilado (175 ml), 3 ½  taças de vinho (1 litro) ou 7 latas de cerveja (2,5 litros) | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **42.** O(a) senhor(a) pratica exercícios físicos regulares (caminhada, natação, dança, ginástica, musculação, entre outros)? □ não □ Se sim, qual a frequência? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E por quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **[Instruções: Depois assinale ao lado a resposta equivalente (sim ou não) considerando prática regular de exercícios como: frequência igual ou superior a 2 dias/semana com tempo total igual ou superior a 150 minutos/semana].** | □ sim= 1  | □ não= 0 |
| **43.** IMC para obesidade: ≥27 Kg/m2 [verificar na questão 35] | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 6):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |  |
| --- | --- |
| **USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS** |  **44.** Nos últimos 5 anos, algum médico ou outro profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tem:  |
| 1. Doença do coração (angina, infarto ou ataque cardíaco)?
 | □ sim | □ não |
| 1. Pressão alta / hipertensão?
 | □ sim | □ não |
| 1. Derrame / AVC / Isquemia?
 | □ sim | □ não |
| 1. Diabetes Mellitus?
 | □ sim | □ não |
| 1. Tumor maligno / Câncer?
 | □ sim | □ não |
| 1. Asma / Bronquite / Enfisema?
 | □ sim | □ não |
| 1. Osteoporose
 | □ sim | □ não |
| 1. Reumatismo
 | □ sim | □ não |
| 1. Tendinite
 | □ sim | □ não |
| 1. Problemas de circulação
 | □ sim | □ não |
| 1. Depressão?
 | □ sim | □ não |
| 1. Outra?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | □ sim | □ não |
| **[Instruções: registre a quantidade total de diagnósticos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]** |
| **45.** O(a) senhor(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde: |  |  |
| 1. Dor de cabeça?
 | □ sim | □ não |
| 1. Dor nas costas ou em outra parte do corpo?
 | □ sim | □ não |
| 1. Alergia?
 | □ sim | □ não |
| 1. Problema emocional?
 | □ sim | □ não |
| 1. Tontura?
 | □ sim | □ não |
| 1. Dificuldades para dormir?
 | □ sim | □ não |
| 1. Incontinência urinária / perda de urina
 | □ sim | □ não |
| 1. Outro? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | □ sim | □ não |
| **46.** Quais os medicamentos utilizados pelo(a) senhor(a)? **[Instruções: Solicitar as bulas dos medicamentos e fazer registro legível dos respectivos nomes e classes terapêuticas.]** |
| **Nome** | **Classe terapêutica**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS** |  **[Instrução: Para classificar se há presença de polifarmácia, registrar ao lado se o(a) idoso(a) utiliza cinco medicamentos ou mais.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **47.** O(a) senhor(a) sabe para que serve todos os seus medicamentos? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **48.** Nos últimos 6 meses, houve aumento progressivo na quantidade de medicamentos prescritos para o(a) senhor(a)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **49.** Os medicamentos que o(a) senhor(a) faz uso foram prescritos por médicos diferentes? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **50.** O(a) senhor(a) toma os medicamentos de acordo com as orientações médicas? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **51.** O (a) senhor(a) deixa de tomar seus medicamentos com frequência? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **52.** O(a) senhor(a) tem o costume de tomar remédios por conta própria? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **53.** Verificar na lista de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos brasileiros (anexada ao PAGe) se o(a) idoso(a) toma algum dos medicamentos citados na mesma. **[Instruções: Pontue ao lado e os deixe destacados na lista.]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **54.** Cálculo do risco para reações adversas.**[Instruções: Para utilizar esta tabela e saber se o idoso se enquadra em um grupo de risco para reações adversas, verifique na questão 44 o número de diagnósticos e na questão 53 se o idoso faz uso de medicamento inapropriado. Circule estas informações nas respectivas coluna e linha em destaque na tabela e, em seguida, as cruze para saber o número máximo de medicamentos que o idoso poderia tomar. Por último, verifique na questão 46 se (o) idoso(a) utiliza uma quantidade de medicamentos superior ao valor indicado na tabela. Assinale ao lado a respectiva resposta.]** |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Uso de medicamento inapropriado** |
| **Nº de diagnósticos** | **Sim** | **Não** |
| **1** | 9 | 18 |
| **2** | 6 | 15 |
| **3** | 2 | 11 |
| **4** | 0 | 7 |
| **5 ou mais** | 0 | 4 |

 | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 9):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |
| --- |
| **ASPECTOS SOCIOAMBIENTAIS**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BAIXO SUPORTE SOCIAL** | **55.** O(a) senhor(a) tem: cônjuge\_\_\_\_\_\_\_\_, pais\_\_\_\_\_\_\_\_, irmãos (nª)\_\_\_\_\_\_\_\_, filhos(nª)\_\_\_\_\_\_\_\_, netos (no)\_\_\_\_\_\_\_\_ e bisnetos (n°). **[Instruções: Fazer registro dos familiares vivos].**  |
| **56.** O(a) senhor(a) encontra pessoas que o(a) senhor(a) gosta com frequência? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **57.** O(a) senhor(a) participa de decisões tomadas pela sua família? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **58.** O(a) senhor(a) se sente satisfeito(a) com os seus relacionamentos afetivos?  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **59.** O (a) senhor(a) pode contar com alguém se precisar de dinheiro? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **60.** O(a) senhor(a) pode contar com alguém para ajudá-lo(a) a resolver problemas?  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **61.** O(a) senhor(a) tem pessoas com quem possa se divertir e relaxar? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **62.** O (a) senhor(a) participa de eventos socioculturais, tais como: peças de teatro, cinema, universidade aberta a terceira idade, centro de convivência, festas, ligados à religião, entre outros). | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **63.** O (a) senhor(a) é atendido regularmente por serviços de saúde? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **Pontuação (máxima 8):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIOLÊNCIA** | **64.** O(a) senhor (a) tem medo de alguém do seu convívio? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **65.** O(a) senhor(a) se sente abandonado? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **66.** Alguém tem falado com o(a) senhor(a) de forma que se sinta mal consigo mesmo(a)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **67.** Alguém tem agredido o(a) senhor(a) fisicamente? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **68.** O(a) senhor(a) tem passado necessidade (de roupas, alimentação, medicamentos ou outras)? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **69.** Alguém tem usado o dinheiro do(a) senhor(a) sem a sua autorização? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **70.** Alguém do seu convívio já tocou o corpo do(a) senhor(a) sem o seu consentimento? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **71.**  O(a) senhor(a) está deixando de cuidar de si próprio? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 8):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necessidade de Investigação?** | **□ sim** | **□ não** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROBLEMAS AMBIENTAIS**  | **[Ambiente Interno] - Na casa do(a) Senhor(a):** |  |  |
| **72.** Os móveis próximos às áreas de circulação são estáveis (firmes)?  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **73.** Há objetos (chinelos, brinquedos, tapetes, etc) soltos nas áreas de circulação? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **74.** O piso é escorregadio (ex. encerado, molhado)?  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **75.** Há tapetes antiderrapantes (fora e dentro do box)? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **76.** Há escadas? **[Instruções: item sem pontuação. Se não houver escadas, pular as próximas duas questões e pontuá-las positivamente.]** | □ sim | □ não |
| **77.** As escadas são iluminadas?  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **78.** As escadas possuem corrimãos em ambos os lados? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **[Comportamento de risco] - O(a) senhor(a) costuma:** |  |  |
| **79.** Subir em banquetas ou cadeiras para alcançar objetos altos? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **80.** Acender as luzes ao levantar-se à noite? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **81.** Utilizar calçados seguros e adequados (solado antiderrapante, bem ajustados e firmes no pé, sem saltos etc)? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **[Ambiente Externo]** |
| **82.** As calçadas próximas à sua residência são bem cuidadas (pavimentadas, lisas e sem buracos)? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **83.** No seu bairro, o transporte público é acessível? (futuro: trocar a palavra acessível é de fácil acesso)  | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **84.** No seu bairro, o comércio é acessível? (futuro: idem) | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **85.** No seu bairro, há facilidade e prazer em andar (a pé/com cadeira de rodas/bengala/andador)? (futuro: arrumar, retirar questões com “e”) | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **86.** No seu bairro, a diversão (restaurantes, cinema, clubes, etc) é acessível? (futuro: idem) | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **87.** O seu bairro é seguro? | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **Pontuação (máxima 15): Necessidade de Investigação?** | **□ sim** | **□ não** |

|  |
| --- |
| **DOMÍNIO TRANSVERSAL**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUEDAS** | **88.** O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? Se sim, quantas?\_\_\_\_\_\_\_\_ **[Se não, pontue também a resposta “não” na próxima questão e vá para a questão 91.]**  | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **89.** O(a) senhor(a) sofreu alguma fratura decorrente destas quedas? Se sim, quais? | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **90.** O que o (a) senhor(a) estava fazendo quando sofreu essa(s) queda(s)? **[Investigar atividade realizada, local, horário do dia, tipo de calçado, riscos ambientais etc.]** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **91.** Avaliação de força de MMII **[Instruções: Utilizando uma cadeira sem braços, de assento e encosto firmes, peça ao(a) idoso(a) para levantar-se da cadeira sem ajuda. Assinale ao lado se o(a) idoso(a) conseguiu realizar a tarefa.]** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **92.** Avaliação de equilíbrio **[Instruções: Peça ao(a) idoso(a) para permanecer em pé em uma única perna, sem apoio dos membros superiores, durante 5 segundos. Oriente retornar o pé no chão em caso de perda de equilíbrio. Assinale ao lado se o(a) idoso(a) conseguiu realizar a tarefa.]** | □ sim= 1 | □ não= 0 |
| **93.** O(a) senhor(a) faz uso de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, andador) sem orientação profissional? (futuro: incluir instruções: marcar não se o idoso não faz uso de dispositivos de auxílio à marcha) | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| Baseado nas respostas de itens anteriores, identifique se o idoso apresenta/utiliza: |
| **94.** Idade > 75 anos **[Ver em dados de identificação]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **95.** Gênero feminino **[Ver em dados de identificação]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **96.** Alterações cognitivas **[Pontuação negativa Teste do Relógio]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **97.** Comprometimento AVDs **[Pontuação > 4 em Incapacidade Funcional]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **98.** Déficit visual **[Ver questão 20]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **99.** Riscos domésticos **[Ver questões 72 a 78]- melhorar instrução** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **100.** Riscos comportamentais **[Ver questões 79 a 81] - melhorar instrução** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **101.** Inatividade **[Ver questão 42]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **102.** Acidente Vascular Encefálico prévio **[Ver questão 44]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **103.** Faz uso de medicações psicotrópicas, em especial benzodiazepínicos, OU uso contínuo de 5 ou mais medicações (polifarmácia) **[Ver questão 46]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **104.** Apresenta alguma das doenças a seguir: hipertensão, tontura/ vertigem, Parkinson, amputação de membros inferiores, convulsões, artrite, osteoporose, incontinência, diabetes, neuropatia, hipotensão postural **[Ver questões 44 e 45]** | □ sim= 0 | □ não= 1 |
| **Pontuação (máxima 16): Necessidade de Investigação?** | □ sim | □ não |

|  |
| --- |
| **ESCORES** |

|  |
| --- |
| **PONTUAÇÃO POR DIMENSÃO** |
| **ASPECTOS PSICOLÓGICOS (MÁXIMA = 19 PONTOS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ASPECTOS BIOLÓGICOS (MÁXIMA = 33 PONTOS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ASPECTOS SOCIOAMBIENTAIS (MÁXIMA = 31 PONTOS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **QUEDAS (MÁXIMA = 16 PONTOS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PONTUAÇÃO TOTAL (MÁXIMA = 99 PONTOS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **MAPAS DAS DEMANDAS**   |
| **1.** Calcule a contribuição (em %) de cada dimensão para o caso em questão. Após registrar os valores no mapa, circule a dimensão prioritária (utilizar o cálculo automático - excell).**2.** Calcule a contribuição (em %) de cada domínio para o caso em questão. Após registrar os valores no mapa, circule as demandas prioritárias. (utilizar o cálculo automático - excell).**2.** O(a) idoso(a) apresenta outras demandas não contempladas no mapa? Se sim, especificar: |

|  |
| --- |
| **AVALIAÇÃO DO GERONTÓLOGO** |
| **Assinatura do Entrevistador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **II. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES** |
| 1. Identificação das Demandas/Problemas (listes as demandas/problemas identificadas na avaliação de acordo com a ordem de prioridade. Lembre-se de verificar se as prioridades da equipe são compatíveis com as prioridades do idoso/família).
 |
|   |
| 1. Estabelecimento das Metas (estipule as metas a curto, médio e longo prazos para cada problema ou demanda identificada no item anterior).
 |
|  |