

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNETA DA PESSOA IDOSA

6ª edição



**BRASÍLIA – DF**  
**2025**

DISTRIBUIÇÃO  
**VENDA PROIBIDA**  
GRATUITA

# SUMÁRIO

IDENTIFICAÇÃO.....	4
--------------------	---

## PARTE I – CIDADANIA E SAÚDE NO ENVELHECIMENTO.....10

Direitos da Pessoa Idosa.....	11
Prevenção da Violência contra a População Idosa.....	14
Promovendo uma Cultura de Respeito à Pessoa Idosa.....	16
Seguridade Social.....	18
Conheça o Sistema Único de Saúde – SUS.....	22
Conheça o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.....	25
Envelhecimento Saudável.....	26
Orientações para o Autocuidado, a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças.....	31
Para Lembrar de Falar com Minha Equipe de Saúde.....	50

## PARTE II – ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....53

Medicamentos em Uso.....	56
Avaliação Ambiental.....	60
Avaliação do Suporte Sociofamiliar.....	62
Avaliação de Recursos Familiares e Comunitários (Ecomapa).....	64
Genograma ou Árvore Familiar.....	66
Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – IVCF-20.....	68
Outros Testes Complementares – Avaliação Multidimensional...73	
Diagnóstico Multidimensional Global – Avaliação Geriátrica Ampla.....	78

Avaliação de Saúde Bucal.....	82
Avaliação Clínica – Histórico de Atendimento.....	84
Histórico de Exames Laboratoriais.....	86
Histórico – Outros Exames ou Informações Relevantes.....	88
Cuidado Coordenado (Referência – Contrarreferência).....	92
Plano de Cuidados – Metas Terapêuticas e Cuidados Personalizados.....	96
Registro/Agenda de Atividades Coletivas.....	110

## **PARTE III – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....114**

Solidão.....	114
Uso de Bebidas Alcolólicas.....	115
Alterações no Comportamento.....	116
Cuidados Paliativos, Terminalidade e Luto.....	117
Planejamento Avançado de Cuidados.....	119

<b>SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS .....</b>	<b>122</b>
<b>AGENDA DE ATENDIMENTOS.....</b>	<b>124</b>
<b>CALENDÁRIO VACINAL.....</b>	<b>126</b>

# IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:	
Como você gosta de ser chamado(a):	
Data de nascimento: ____/____/____	Cole aqui sua foto
CNS:	
CPF:	
Número de Identificação Social (NIS):	
Você está inserido no Cadastro Único? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual é sua identidade de gênero? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Cisgênero <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer	
Qual é sua orientação sexual? <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer	
Povos e/ou comunidades tradicionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ribeirinha <input type="checkbox"/> Cigana <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Indígena – especifique o povo/etnia: _____	

Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de referência:	
Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Naturalizada	Naturalidade: <div></div>
Rua/avenida/praça/quadra:	N.º:
Bairro:	Complemento:
Telefone:	
Qual é sua Unidade Básica de Saúde (UBS)/equipe de Saúde da Família de referência?	
Está vinculado(a) a um Centro de Referência de Assistência Social (Cras)? Qual?	
Tem alguma deficiência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Intelectual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra: _____  Especificar:	Tem histórico de alergias? Qual?
Grupo sanguíneo/fator Rh:	

O preenchimento dos campos abaixo deve ser a lápis, para serem alterados sempre que necessário.

Sabe ler e escrever? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual foi o nível educacional mais elevado que você frequentou? <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio/técnico <input type="checkbox"/> Educação de Jovens e Adultos <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Pós-graduação
Pratica alguma religião ou espiritualidade? <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer
Qual é sua ocupação principal?
Tem fonte de renda fixa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Salário <input type="checkbox"/> Aposentadoria <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> BPC/Loas ou Bolsa Família <input type="checkbox"/> Outra: _____
Situação conjugal: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/união estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____

Reside com quem?

☐ Sozinho(a) ☐ Cônjuge

☐ Familiar: \_\_\_\_\_

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Reside em:

☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo

☐ Moradia coletiva (Instituição de Longa Permanência de Idosos, Casa-Lar, república para idosos, abrigos)

☐ Em situação de rua ☐ Desabrigado

☐ Em privação de liberdade ☐ Residência terapêutica

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Área:

☐ Urbana ☐ Rural

Imóvel:

☐ Próprio ☐ Alugado ☐ Cedido ☐ Outro: \_\_\_\_\_

## CUIDADOS

Você precisa de cuidados de terceiros para realizar atividades do dia a dia? ☐ Sim ☐ Não

Você tem uma pessoa que cuida de você? ☐ Sim ☐ Não

☐ Cuidador(a) ☐ Familiar ☐ Amigo(a) ☐ Vizinho(a)

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Você é responsável pelo cuidado de alguém? ☐ Sim ☐ Não

☐ Familiar. Qual? \_\_\_\_\_

☐ Outro: \_\_\_\_\_

## PESSOAS DE REFERÊNCIA

**Você tem pessoas de referência?** ☐ Sim ☐ Não

Informe os dados de pessoas que possam ser contatadas em caso de urgência.

O preenchimento dos campos abaixo deve ser a lápis, para serem alterados sempre que necessário.

Nome completo:

Telefone:

Qual é o grau de relação?

☐ Familiar ☐ Vizinho(a) ☐ Amigo(a)

☐ Outro: \_\_\_\_\_

Essa pessoa mora com você? ☐ Sim ☐ Não

Nome completo:
Telefone:
Qual é o grau de relação? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____
Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Nome completo:
Telefone:
Qual é o grau de relação? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Vizinho(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____
Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não



# PARTE I

## CIDADANIA E SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

Você sabia que, no Brasil, a pessoa idosa é aquela que chegou ou ultrapassou os 60 anos de idade? Mais do que um marco temporal, o envelhecimento é uma parte natural da vida e cada etapa merece ser valorizada e celebrada.

Políticas públicas, como saneamento, acesso à alimentação e nutrição adequadas, além de avanços na medicina, contribuíram para o aumento da esperança de vida ao nascer, que em 2023 chegou a 76,4 anos no Brasil. No entanto, mais do que prolongar a vida, é fundamental garantir que um número cada vez maior de pessoas possam envelhecer com saúde, qualidade de vida, dignidade, respeito e pleno exercício da cidadania.

Nosso país é diverso, e cada pessoa envelhece de modo único. Algumas mantêm a independência, outras precisam de mais apoio. Por isso, é fundamental que pessoas idosas e suas famílias tenham acesso a serviços e profissionais de saúde preparados para oferecer um cuidado humanizado, respeitando as necessidades e preferências de cada um.

A *Caderneta da Pessoa Idosa*, elaborada pelo Ministério da Saúde, é uma aliada para acompanhar sua saúde, orientar sobre cuidados, direitos e cidadania. Além disso, ela facilita o registro e a troca de informações entre os profissionais de saúde, garantindo um atendimento mais seguro e alinhado às suas necessidades.

Sempre que for a consultas, realizar exames, procedimentos de saúde ou acessar serviços de assistência social, como Centros de Referência da Assistência Social (Cras), Centros-Dia, Centros de Convivência ou outros espaços que promovem o exercício da cidadania, lembre-se de levar sua Caderneta com você. Ela também serve como um documento pessoal, ajudando a

acessar rapidamente informações importantes sobre sua saúde, inclusive em situações de urgência.

Desejamos a você e a sua família muita saúde e qualidade de vida em todos os anos. E que esta Caderneta ajude a efetivar o seu direito a um envelhecimento saudável, digno e cidadão.

## DIREITOS DA PESSOA IDOSA

Você sabia que, no Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais têm seus direitos garantidos por lei? Conhecer esses direitos é fundamental para um envelhecimento digno e cidadão.

### QUEM DEVE PROTEGER A PESSOA IDOSA?

Segundo a legislação brasileira, a proteção da pessoa idosa é uma responsabilidade compartilhada entre **a família, a comunidade, a sociedade e o poder público**. Esse princípio está claramente estabelecido no Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003), que diz:

**Art. 3º:** É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A dignidade da pessoa humana é um dos princípios fundamentais da Constituição Federal de 1988. A legislação brasileira assegura os direitos fundamentais para a população de 60 anos ou mais. Para comprovar a idade, basta apresentar um documento que contenha sua foto, como a Carteira de Identidade ou a Carteira Nacional de Habilitação.

Principais leis e normativas que envolvem a população idosa:

- **Política Nacional do Idoso:** Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
- **Estatuto da Pessoa Idosa:** Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 (redação dada pela Lei n.º 14.423, de 22 de julho de 2022).
- **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:** Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, Anexo I do Anexo XI, de 28 de setembro de 2017.

## CONHEÇA SEUS DIREITOS

- **Acompanhante em hospital:** se precisar ficar internado(a) ou em observação, você tem direito a um(a) acompanhante.
- **Participar ativamente do seu tratamento:** é seu direito conhecer as propostas de tratamento de saúde disponíveis e optar por aquela que considerar mais favorável, caso esteja no domínio das suas faculdades mentais.
- **Medidas de proteção:** você pode exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados.
- **Descontos em eventos:** você tem direito a pelo menos 50% de desconto nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer.
- **Gratuidade no transporte público:** você tem direito ao transporte coletivo urbano e semiurbano gratuito a partir dos 65 anos, com reserva de 10% dos assentos.
- **Transporte interestadual:** as empresas devem reservar duas vagas gratuitas por veículo para pessoas idosas com renda igual ou inferior a dois salários-mínimos e conceder 50% de desconto para pessoas idosas se excederem as vagas garantidas.
- **Vagas de estacionamento:** reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados para pessoas idosas.
- **Prioridade em processos judiciais:** você tem prioridade na tramitação de processos e procedimentos judiciais.
- **Benefício de Prestação Continuada (BPC):** você tem direito ao BPC a partir dos 65 anos, se não tiver meios de prover sua própria subsistência ou de tê-la provida pela família.
- **Acréscimo na aposentadoria:** em casos especiais, você pode ter acréscimo de 25% na aposentadoria por invalidez.
- **Direitos do octogenário:** pessoas com 80 anos ou mais têm prioridade especial em filas de supermercados, bancos, assentos de transporte público e processos judiciais.

## EXERCENDO SEUS DIREITOS

- **Documentação:** mantenha seus documentos pessoais em um local seguro e de fácil acesso.
- **Conversar sobre seus direitos:** converse com familiares e profissionais que atendem você sobre seus direitos e o respeito à sua autonomia. Informe sobre suas preferências, que devem ser consideradas na definição da melhor estratégia de cuidado em cada ocasião.

## DIREITO AO CUIDADO

**A Lei n.º 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados**, estabelece que todas as pessoas têm direito a serem cuidadas, a cuidar e ao autocuidado. A pessoa idosa, especialmente aquela que necessita de assistência, apoio ou auxílio na execução de atividades de vida diária, é considerada público prioritário.

### SAIBA MAIS!

Conheça o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003), acessando o QR Code ao lado:





## SAIBA MAIS!

Conheça a Política Nacional de Cuidados (Lei n.º 15.069, de 23 de dezembro de 2024), acessando o QR Code ao lado:

# PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO IDOSA

Caracteriza-se como violência contra a pessoa idosa qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico e/ou psicológico. Conhecer seus direitos e como se proteger é fundamental.

## TIPOS DE VIOLÊNCIA

- **Violência física:** uso da força física de forma intencional, com o objetivo de lesar, provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
- **Violência sexual:** ações nas quais uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder, fazendo ou não uso de força física, armas ou drogas, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, por vingança ou outra intenção.
- **Violência psicológica:** qualquer conduta que lhe cause dano emocional mediante ameaça, constrangimento, humilhação, isolamento, vigilância constante, insulto, chantagem, ridicularização e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica.
- **Violência financeira e/ou patrimonial:** ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho,

bens e valores da pessoa. Consiste na aquisição imprópria ou ilegal ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais.

- **Negligência:** caracterizada como a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades básicas para o bem-estar físico ou psicológico da pessoa idosa. O abandono é uma forma de negligência.

## COMO SE PROTEGER E PREVENIR A VIOLÊNCIA

- **Informação e conscientização:** conhecer seus direitos e os tipos de violência é o primeiro passo para se proteger.
- **Rede de apoio:** mantenha contato com amigos(as), vizinhos(as) e familiares em quem confie. Participe de grupos comunitários e atividades sociais para fortalecer sua rede de apoio.
- **Denúncia:** se você ou alguém que você conhece está sofrendo violência, denuncie. Procure a Delegacia do Idoso, o Ministério Público, o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa, os serviços de saúde ou ligue para o Disque 100, que atende denúncias de violação dos direitos humanos.

**Profissional de saúde:** conheça o Portal Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – e acesse a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada no QR Code ao lado:



# PROMOVENDO UMA CULTURA DE RESPEITO À PESSOA IDOSA

## RESPEITO À DIVERSIDADE

O artigo 9º da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, que trata do direito à segurança e a uma vida livre de violência, assegura que as pessoas idosas têm o direito de viver com segurança e serem tratadas com respeito, independentemente de suas características.

Esses direitos englobam não somente a busca por um envelhecimento digno, mas também a promoção da independência, a participação social plena, a salvaguarda contra abusos e tortura, o acesso a cuidados de saúde adequados e a liberdade de expressão, entre outras prerrogativas essenciais.

### VOCÊ SABIA?

O dia **15 de junho** foi estabelecido como **Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Essa data serve para lembrar a importância de proteger os direitos das pessoas idosas e combater todas as formas de violência e abuso.



## GARANTIA DO ACESSO

Acesso e acessibilidade envolvem a utilização de serviços sem enfrentar barreiras físicas, sociais ou econômicas.



**Lembre-se:** a sua idade é uma conquista e **NÃO** poderá ser usada como justificativa para lhe negar acesso ou oportunidades.

Caso encontre dificuldades para acessar serviços de saúde, você pode buscar orientação na **Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde (SUS)** pelo **telefone 136**.

## IDADISMO: ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO PELA IDADE

O idadismo é um processo social que desqualifica e exclui pessoas com base na idade, fundamentado em crenças pejorativas que justificam preconceitos ou atos discriminatórios. Também é conhecido como etarismo ou ageísmo.

Com relação às pessoas mais velhas, ele se manifesta por meio do **estigma** (que representa a forma como vemos a idade ou as pessoas idosas), do **preconceito** (como sentimos diante da idade ou das pessoas idosas) e da **discriminação** (como agimos diante da idade ou das pessoas idosas).

Essas expressões podem ocorrer em três dimensões:

- **Institucional:** nas normas ou práticas organizacionais dos serviços e instituições.
- **Interpessoal:** nas relações entre indivíduos.
- **Internalizada:** quando a pessoa apresenta crenças, sentimentos e ações negativas sobre si ou sua idade.

Essas formas de idadismo impactam negativamente o exercício de seus direitos, a cidadania e a saúde, podendo contribuir para adoecimentos.

## COMO SUPERAR O IDADISMO

- **Envolve-se** em atividades com participação de pessoas de todas as idades que valorizem sua experiência e suas contribuições.
- **Promova** o respeito a todas as idades em sua comunidade.
- **Fortaleça** redes de apoio com familiares, amigos e organizações comunitárias.

**Gestores e profissionais:** ajudem a reduzir o idadismo institucional. Promovam o respeito às pessoas idosas em todos os espaços.

## SEGURIDADE SOCIAL

**Acesso às informações previdenciárias:** utilize o site ou o aplicativo Meu INSS para consultar contribuições, simular aposentadorias e agendar atendimento, ou compareça presencialmente a um posto do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

### ATENÇÃO!

Mantenha em local seguro todos os documentos que comprovem seu tempo de trabalho e suas contribuições.

**Cuidado com fraudes:** nunca forneça dados pessoais ou senhas por telefone ou a pessoas desconhecidas.

## BENEFÍCIOS SOCIAIS

- **Benefício de Prestação Continuada (BPC):** garantido para pessoas com 65 anos ou mais que comprovem não ter como prover a própria subsistência, ainda que com o apoio da família.
- **Bolsa Família:** disponível para famílias em vulnerabilidade social cadastradas no CadÚnico e que atendam aos critérios de renda.
- **Outros benefícios:** incluem a Tarifa Social de Energia Elétrica e programas de assistência, conforme a legislação vigente.

**Onde buscar auxílio:** procure o Cras ou a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua região para orientações sobre benefícios e outros serviços disponíveis.

## PLANEJAMENTO: A MINHA RELAÇÃO COM A APOSENTADORIA

A aposentadoria pode ser considerada um marco de vida, envolvendo mudanças emocionais, sociais e psicológicas. A mudança de rotina, depois de anos de hábitos e costumes estabelecidos, pode se tornar um grande desafio para muitas pessoas, trazendo impactos para sua saúde e seu bem-estar.

Use os espaços das próximas páginas para refletir sobre planos futuros ou vivências relacionadas a essa etapa de vida, como o significado que o trabalho teve e ainda pode ter para você, as mudanças nos vínculos e nas relações com outras pessoas (seja com familiares, amigos ou outros), o lazer, a espiritualidade, a sua relação com o ambiente doméstico ou com as atividades de cuidado e autocuidado e os planos para o futuro, como a vontade de aprender novas habilidades.

Conversar sobre esses temas com sua equipe de saúde de referência pode ser muito enriquecedor e contribuir para que os profissionais ofereçam cuidados adequados às suas necessidades e expectativas.

A blank sheet of lined paper with horizontal ruling lines. The paper has a green border on the right and bottom edges. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

[illegible]

## EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

A educação possibilita a participação ativa e a integração social, além de fazer bem para sua saúde mental e física, gerar bem-estar, autonomia e qualidade de vida. Se você tem desejo de retomar ou continuar os estudos, conheça algumas iniciativas, como:

- **Educação de Jovens e Adultos (EJA):** voltada para pessoas que nunca estudaram ou que desejam concluir o ensino fundamental ou médio.
- **Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati):** programa que oferece cursos, aulas e atividades para pessoas idosas, muitas vezes de forma gratuita em intuições de ensino superior brasileiras.

## CONHEÇA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O SUS oferta cuidado universal e integral à população idosa, com serviços distribuídos em três níveis de atenção: **Primária, Secundária e Terciária.**

A **Atenção Primária** realiza ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde e da qualidade de vida, incluindo rastreamento, diagnóstico e tratamento de condições crônicas, atendimentos domiciliares, cuidado comunitário e familiar, práticas integrativas e complementares, assistência farmacêutica, vacinação, saúde bucal, entre outras. É a principal porta de entrada do sistema, atendendo também casos agudos como febre, sinusites, resfriados, dor de cabeça, dor de barriga, etc. Esses cuidados são ofertados principalmente na UBS, também conhecidas nos territórios como Centros ou Postos de Saúde, e estão distribuídas em todos os municípios do País.

A **Atenção Especializada** inclui os níveis Secundário e Terciário, que ofertam cuidados às urgências, emergências, consultas com especialistas focais, procedimentos invasivos e de média e alta complexidade. Também é responsável pela oferta de exames e tratamentos de alto custo, como oncológicos, hemodiálise, grandes queimaduras, transplantes, cirurgias, radioterapia, quimioterapia, entre outros. Esses cuidados são ofertados, principalmente,

nas policlínicas, nos hospitais, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nos Centros de Especialidades.



**O SUS é universal, ou seja, todos têm direito, sem discriminação.**

As equipes da Estratégia Saúde da Família acompanham as pessoas e suas famílias ao longo de toda a vida, reconhecendo seu território e cuidando de maneira efetiva dos principais problemas de saúde que acometem uma população.

Além de consultas e exames, o SUS também oferta ações de vigilância sanitária, controle de zoonoses, alimentação e nutrição, saúde mental, reabilitação, cuidados paliativos, resgate em acidentes, apoio a situações de calamidade pública ou emergência sanitária, entre outras diversas ações.

### **VOCÊ SABIA?**

**O SUS tem gestão tripartite, ou seja, sua organização demanda esforços dos três níveis de gestão: municipal, estadual e federal.**

A **participação social** é um dos pilares fundamentais que orientam a execução das ações direcionadas às necessidades das pessoas em cada território.

**Faça parte!** Conheça os conselhos locais de saúde; participe de conferências de saúde e ajude a promover melhorias defendendo o SUS!



## SAIBA MAIS!

Conselhos de Saúde  
Municipal, Estadual e Nacional.

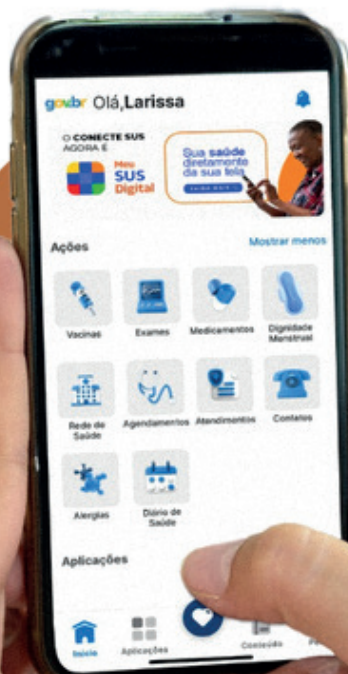
(<https://www.gov.br/saude/pt-br/sus/conselhos>)

## APLICATIVO MEU SUS DIGITAL

Conheça mais sobre o SUS Digital  
no QR Code ao lado:



Meu  
**SUS**  
Digital



# CONHEÇA O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

O Suas organiza toda a Política de Assistência Social e oferece atendimento em três níveis de complexidade, por profissionais assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais, terapeutas ocupacionais, cuidadores sociais, entre outros.

## CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

Os Cras estão presentes em quase todos os municípios do País e oferecem apoio social, cadastro a benefícios e serviços de proteção social, tais como:

- **Atendimento social:** orientação sobre direitos e benefícios sociais.
- **Grupos de convivência:** atividades sociais e recreativas que promovem a inclusão social e o bem-estar.

## CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

Os Creas proporcionam apoio especializado para pessoas que enfrentam situações de risco ou de violação de direitos, como:

- **Situação de violência:** proteção social especializada, apoio psicológico e jurídico para situações de violência e abuso.
- **Proteção social de alta complexidade:** abrigos; serviços de acolhimento institucional como moradias coletivas para pessoas idosas; apoio a situações de calamidade pública ou emergências sanitárias.

## COMO ACESSAR ESSES SERVIÇOS?

- **Visite um desses serviços no seu município ou consulte os profissionais nas Unidades Básicas de Saúde:** converse com sua equipe de saúde de referência, incluindo os agentes comunitários de saúde, e peça orientação sobre quais serviços estão disponíveis no território onde você vive.

## ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

### ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO (SENESCÊNCIA)

Ao longo do tempo, nosso corpo passa por algumas transformações previsíveis, e conhecê-las é fundamental para cuidar melhor do corpo e da mente, promovendo mais saúde, em todas as fases da vida, inclusive no envelhecimento.



#### SAIBA MAIS!

Conheça o ***Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa!*** O material traz informações sobre o cuidado e o autocuidado no envelhecimento.

## FUNCIONALIDADE, AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

Independentemente da idade, e mesmo que você conviva com alguma doença ou condição crônica, **funcionalidade é um importante indicador de saúde** no contexto do envelhecimento, e os cuidados em saúde devem ser ofertados para manter e melhorar a sua saúde física e mental, com foco na manutenção ou na recuperação da sua independência, autonomia e qualidade de vida.

Chamamos de **funcionalidade** a combinação de todas as capacidades físicas e mentais, interagindo com o ambiente em que você vive e que permite que você seja ou faça o que considera importante. A **autonomia** é a capacidade de tomar decisões adequadas e gerir a própria vida. A **independência** é a capacidade de executar as ações e as atividades de vida diária que são importantes para você.

### Para refletir!

Para mim, o envelhecimento saudável representa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Na promoção do envelhecimento saudável, o cuidado ofertado deve respeitar sua autonomia e estar alinhado às suas necessidades, preferências, expectativas e aos seus valores. Sempre que passar por consultas em serviços de saúde:

### **INFORME SOBRE SUA SAÚDE, AS DOENÇAS EXISTENTES E A FORMA COMO AS DOENÇAS AFETAM O SEU DIA A DIA.**

Além dos aspectos biológicos, as doenças afetam de maneira diferente a qualidade de vida de cada indivíduo. Conhecer seus sentimentos, medos, suas ideias, expectativas ou como um problema de saúde afeta suas atividades diárias permite que os profissionais orientem o melhor tratamento indicado.

### **INFORME SOBRE O SEU CONTEXTO DE VIDA.**

Aspectos ambientais, sociais e familiares podem afetar diretamente sua saúde e a forma como o cuidado deve ser orientado. Informe aos profissionais de saúde sobre o local onde você mora, como são suas relações sociais e familiares, sua rotina, seja com atividades de trabalho (remuneradas ou não) ou atividades de lazer e/ou hobbies.

### **PARTICIPE ATIVAMENTE DO SEU TRATAMENTO E EXERÇA SUA AUTONOMIA!**

Participar ativamente do seu plano terapêutico, em conjunto com os profissionais de saúde, é uma forma de exercer seu direito à autonomia. Sua opinião é fundamental para escolher as opções de tratamento que funcionam melhor para você e sua rotina.

## **FORTALEÇA A RELAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA.**

Construa uma relação de confiança e diálogo aberto com sua equipe de saúde de referência. O vínculo gerado ao longo do tempo permite melhor avaliação, diagnóstico e tratamento. Mesmo que faça acompanhamento com mais de um profissional ou serviço de saúde, mantenha seu acompanhamento na sua unidade básica de referência, responsável por organizar e coordenar o seu cuidado no Sistema de Saúde.

## **UM POUCO SOBRE MIM: AFETOS E SIGNIFICADO**

Escreva aqui sobre aspectos importantes de sua história de vida; sobre o que te faz bem, suas preferências, desejos ou vivências que carregam importante significado para você.

---

---

---

---

---

---

---

---

[illegible]

# ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO, A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DE DOENÇAS ALIMENTAÇÃO

## 1. Evite os alimentos ultraprocessados e prefira alimentos in natura:

**Alimentos in natura** são aqueles que vêm diretamente de plantas ou de animais, como frutas, legumes, ovos. Quando esses alimentos passam por pequenas alterações, tornam-se **alimentos minimamente processados**, como grãos secos, carnes frescas ou congeladas.

Por outro lado, os **alimentos processados** geralmente são os alimentos fabricados com adição de sal ou açúcar, como conservas de legumes ou frutas em caldas.

Já os **alimentos ultraprocessados** são aqueles que são fabricados com vários ingredientes químicos, como biscoitos recheados, salgadinhos, refrigerantes, sucos industrializados, entre outros.

Além de conter altos níveis de açúcar, sódio e gordura, os **alimentos ultraprocessados** podem piorar condições como a hipertensão e aumentar o risco de infarto ou diabetes.

**Confira o exemplo a seguir:**



**2. Mantenha uma alimentação diversificada,** incluindo frutas, legumes, verduras folhosas, carnes, ovos, peixes, leite. Valorize a combinação do arroz com feijão todos os dias, no almoço e no jantar, sempre que possível. Priorize alimentos frescos, da estação e da sua região.

**3. Coma devagar e aproveite a refeição! Sempre que possível, coma em companhia!** O prazer ao se alimentar também faz parte da sua saúde. Alimentação é mais do que só a ingestão de nutrientes e pode trazer boas oportunidades para fortalecer amizades e afetos!

**4. Beba água regularmente,** de preferência, nos intervalos das refeições. Evite refrigerantes e sucos industrializados. Se quiser deixar a água mais saborosa, acrescente folhas de hortelã, manjericao ou pedaços de frutas, como laranja ou limão.

**5. Observe os rótulos dos produtos e sempre verifique a lista de ingredientes:** escolha alimentos mais saudáveis ao optar por aqueles com ingredientes naturais, com menos aditivos químicos e menor quantidade de açúcar, sódio ou gordura.

**Cuidado com as propagandas de alimentos.** Na maioria das vezes, os alimentos vendidos como “light”, “diet” ou “zero” são produtos ultraprocessados sem valor nutricional adequado. **Prefira os alimentos in natura ou minimamente processados!**

**6. Sempre lave as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos e antes de comer!**

**Higienize as frutas, as verduras e os legumes** deixando-os por 10 minutos de molho em uma mistura feita com 1 colher de sopa de hipoclorito de sódio (água sanitária própria para higienizar alimentos) para cada 1 litro de água.

Em seguida, enxague os alimentos com água potável, de preferência filtrada.

**7. Evite o excesso de sal, óleo, gorduras ou açúcar no preparo de alimentos.** Reduza o sal e dê preferência aos temperos naturais como cheiro-verde, alho, cebola, orégano, açafrão, gengibre, entre outros. Prefira receitas que não levem açúcar na preparação. Evite frituras e substitua por assados ou cozidos.

**8. Mantenha a higiene e os cuidados com a saúde bucal!** Manter boa saúde bucal ajuda a garantir boa saúde nutricional. Leia mais no capítulo sobre saúde bucal.



## SAIBA MAIS!

O ***Guia Alimentar para a População Brasileira*** apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação que promovem a saúde de pessoas, famílias e comunidades.

Acesse o documento completo do Ministério da Saúde no QR Code ao lado.

## ATENÇÃO!

Busque ajuda e orientações junto à sua equipe de saúde de referência, em caso de:

- **Dificuldade para mastigar.**
- **Tosse ou engasgos ao engolir líquidos.**
- **Falta de apetite e perda de peso não intencional.**
- **Mudanças no paladar** que podem ser influenciadas por medicamentos, doenças, deficiência de nutrientes ou higiene bucal inadequada.
- **Sinais de desidratação** como boca seca, urina com cor ou cheiro forte.
- **Perda ou diminuição do olfato.**

## VOCÊ SABIA?

A baixa ingestão de líquidos ao longo do dia pode causar mal-estar, tontura, alterações de comportamento, como ansiedade, além de outros problemas de saúde, como infecções de urina frequentes.

Lembre-se de que cada pessoa é única, e as necessidades diárias de alimentos e de líquidos podem variar entre as pessoas.

## ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividade física regular ajuda a melhorar a qualidade de vida, trazendo benefícios físicos, emocionais e sociais.



## CONHEÇA O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Ele funciona por meio da implantação de estabelecimentos em espaços públicos, onde são ofertadas práticas corporais e atividades físicas, com infraestrutura adequada, equipamentos e profissionais qualificados.

O PAS faz parte do SUS e pode estar disponível no seu município.

Informe-se com os agentes comunitários de saúde (ACS) do seu bairro e com os gestores de saúde locais.

### VOCÊ SABIA?

Não fazer atividade física e ficar muito tempo parado(a) ou sedentário(a) está associado a diversas doenças crônicas e a quedas nas pessoas idosas.

**Mantenha-se ativo(a) sempre que puder!**

Saiba mais sobre como colocar a atividade física na sua rotina de maneira segura e eficaz.

## COMO INICIAR UMA ROTINA DE ATIVIDADE FÍSICA

Fazer alguma atividade física é melhor do que não fazer nenhuma!

**COMECE DEVAGAR:** se você não está acostumado(a) a fazer exercícios, comece com atividades leves e aumente a intensidade aos poucos. Por exemplo, comece com caminhadas curtas e aumente aos poucos a distância percorrida. De preferência, busque manter no mínimo 150 minutos por semana de atividades de intensidade leve a moderada.

**ESCOLHA ATIVIDADES DAS QUAIS VOCÊ GOSTE:** encontre algo que você goste de fazer, seja uma caminhada no parque, uma aula de dança ou jardinagem, por exemplo.

**COLOQUE A ATIVIDADE FÍSICA NA ROTINA DIÁRIA:** procure formas de ser ativo(a) todos os dias, como caminhar até o mercado, subir escadas em vez de usar o elevador e fazer tarefas domésticas.

**FIQUE ATENTO(A) AOS SINAIS DO CORPO:** em caso de surgimento de desconforto ou dor, procure orientação com a sua equipe, se necessário.

Praticar atividade física é seguro para a maioria das pessoas, no entanto é necessário tomar alguns cuidados, como usar equipamentos adequados, hidratar-se antes, durante e depois da atividade e usar proteção solar ao se exercitar ao ar livre.

**Importante!** Evite realizar atividades físicas em horários próximos ao meio-dia. Também é prudente evitar atividades externas em ocasiões com condições climáticas extre-

mas, como em dias de calor muito forte. **Fazer atividades em horários mais frescos ajuda a garantir segurança e bem-estar.**

## BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A realização de atividades físicas traz vários benefícios, como:

- Diminui a mortalidade por todas as causas.
- Diminui o número de casos de hipertensão, diabetes tipo 2 e até de alguns tipos de cânceres.
- Ajuda no controle do peso e da pressão arterial.
- Melhora a postura, o equilíbrio e diminui o risco de quedas.
- Contribui para o envelhecimento com autonomia e independência.
- Diminui as dores nas costas e nas articulações e protege contra osteoporose e contra o risco de ter fraturas.
- Ajuda a fortalecer redes de apoio, promover novas amizades e prevenir o isolamento social.
- Melhora a saúde mental, a disposição e o sono.
- Ajuda a manter memória, atenção, concentração e raciocínio.
- Diminui o risco de demência, como a doença de Alzheimer.

Nunca é tarde para melhorar hábitos de vida e começar a fazer atividades físicas.

**Busque orientação profissional em serviços de saúde em sua região, nas Unidades Básicas de Saúde ou nas Academias da Saúde.**

## DICAS PARA SUPERAR BARREIRAS

- **Tempo:** divida a atividade física em sessões curtas ao longo do dia; por exemplo, uma atividade de 30 minutos pode ser dividida em 3 blocos de 10 minutos cada.
- **Motivação:** convide amigos(as) ou familiares para se exercitarem com você. Participar de grupos de atividade física ou de atividades coletivas também pode ser motivador.
- **Limitações físicas:** consulte um(a) profissional de saúde para adaptar os exercícios às suas necessidades e capacidades.



### SAIBA MAIS!

Confira o ***Guia de Atividade Física para a População Brasileira!***

O material oferece orientações práticas sobre como incorporar a atividade física na sua rotina, adaptadas para todas as idades e níveis de aptidão física.

## SAÚDE BUCAL

CUIDAR DA SAÚDE  
ENVOLVE TAMBÉM  
CUIDAR DA SAÚDE  
DA SUA BOCA!



**BRASIL**  
**SORRIDENTE**

Saúde Bucal no SUS

**A piora nas condições de saúde bucal e a perda de dentes não são condições naturais do envelhecimento** e não devem ser consideradas normais.

A boca não se resume somente aos dentes, mas também à gengiva, à língua, às áreas internas da bochecha, ao palato (céu da boca) e aos lábios. Quando essas áreas estão saudáveis, elas trabalham em conjunto para que possamos mastigar, falar e até rir melhor. Cuidar bem da saúde bucal é um passo importante para se manter saudável e ativo(a).

### **Fique atento(a)!**

Dentes e implantes dentários amolecidos, gengiva sangrando, próteses dentárias (também conhecidas como dentadura, chapa ou ponte móvel) folgadas ou mal-adaptadas, cheiro ruim, dor e inchaço na região da boca são sinais de **problemas bucais** e precisam ser avaliados.

## **PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

Manter hábitos saudáveis, como uma alimentação equilibrada, praticar atividades físicas, usar protetor solar e protetor labial, além de evitar alimentos com muito açúcar e evitar bebidas alcoólicas e cigarros, incluindo cigarros eletrônicos, ajuda a melhorar a sua saúde bucal e prevenir o câncer de boca.

### **HIGIENE BUCAL**

A limpeza dos dentes e implantes deve ser feita com uma escova com a cabeça de tamanho pequeno, com cerdas macias e creme dental com flúor. Além da escovação, use fio dental entre todos os dentes. Escovar a língua também é muito importante, pois ela acumula restos de comida e bactérias que causam mau hálito. Faça movimentos suaves com a escova, “varrendo” a língua da parte de trás até a ponta dela.

## **CUIDANDO DAS PRÓTESES E IMPLANTES**

Na ausência de dentes naturais, as próteses dentais removíveis ou fixas são importantes para ajudar na mastigação correta dos alimentos e na fala, além de manter o equilíbrio das estruturas do rosto.

O uso delas exige cuidados especiais:

- **Se você usa prótese parcial removível, também denominada ponte móvel, e prótese total, como dentadura ou chapa:** limpe sua prótese fora da boca com detergente neu-

tro e use uma escova de dente usada só para essa função. Antes de colocá-la de volta na boca, escove os dentes e limpe a gengiva, o céu da boca e a língua. Fique sem a prótese por algumas horas durante o dia e durma sem ela.

- **Se você usa implantes dentários:** escove seus implantes como faria com os dentes naturais, usando uma escova de dentes macia e fio dental para limpar entre os dentes e ao redor do implante. Uma boa higiene prolonga a vida útil dos implantes e mantém o sorriso saudável.

### VOCÊ SABIA?

As próteses totais não duram para sempre e, inclusive, pessoas sem dentes (edêntulos) devem frequentar o dentista regularmente!

## COMO CUIDAR DA BOCA SECA

Com o passar dos anos e com o uso de alguns medicamentos, a quantidade de saliva pode diminuir, deixando a boca seca. Chamamos essa situação de xerostomia. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de problemas na boca, pode ser sinal de pouca saliva. Beber água com frequência é o primeiro passo para melhorar. Se necessário, sua equipe de saúde bucal pode lhe ajudar a encontrar formas de manter sua boca mais úmida, iniciando tratamentos ou medicamentos.

## CÂNCER DE BOCA

O câncer de boca é um dos tipos de câncer mais comuns em pessoas idosas, sendo o quinto câncer mais diagnosticado em homens no Brasil, embora também ocorra em mulheres. Frequentemente é diagnosticado quando já está muito avançado, o que reduz as chances de cura.

### Fique atento(a)! Sinais de alerta do câncer de boca:

- Feridas nos lábios e na boca que não melhoram ou não cicatrizam por mais de 15 dias.
- Manchas vermelhas ou esbranquiçadas na boca.
- Sangramentos sem causa conhecida em qualquer região da boca.

Ao suspeitar de qualquer um desses sinais, procure imediatamente a sua equipe de saúde bucal!

## SEXUALIDADE

A sexualidade e a sensualidade continuam sendo importantes fontes de prazer e de conexão afetiva e emocional também para pessoas idosas, apesar de possíveis mudanças físicas ou psíquicas na maneira de lidar com as expressões de carinho e afeto.

### FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NA VIDA SEXUAL

- **Mudanças físicas:** com o envelhecimento, ocorrem mudanças no corpo que podem afetar o desejo e a resposta ao estímulo sexual.
- **Saúde geral:** condições crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e problemas nas articulações podem afetar a vida sexual.
- **Medicamentos:** alguns medicamentos podem ter efeitos adversos que interferem no desejo sexual (libido) ou na resposta aos estímulos físicos.
- **Saúde mental:** depressão, ansiedade e outras condições de saúde mental podem influenciar o interesse e a satisfação sexual.
- **Relacionamento:** o vínculo e a qualidade da relação com seu(sua) parceiro(a) são fundamentais. Comunicação e compreensão mútua ajudam a enfrentar juntos(as) os desafios e a manter uma vida sexual saudável e com respeito.

- **Estigma:** o estigma e o preconceito em relação à idade, bem como a falta de informação sobre cuidados relacionados à sexualidade, podem levar ao isolamento e à inibição social. Além disso, a falta de conhecimento e o estigma também podem aumentar a exposição a comportamentos de risco.

## PREVENÇÃO E CUIDADOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) podem atingir pessoas de todas as idades. É importante que as pessoas idosas estejam cientes dos riscos e adotem medidas de proteção:

- **Uso de preservativos:** o uso de preservativos (também conhecidos como camisinhas) é essencial para prevenir IST. O preservativo é a melhor proteção contra doenças como HIV, sífilis, gonorreia, clamídia, entre outras infecções;
- **Realização de exames:** fazer exames específicos em caso de relação desprotegida, para detectar infecções sexualmente transmissíveis e iniciar o tratamento adequado;
- **Educação e informação:** buscar informações sobre prevenção e cuidados com a saúde sexual é fundamental. Sempre que precisar, converse com sua equipe de saúde sobre dúvidas ou preocupações que aparecerem.

Saiba que as Unidades Básicas de Saúde fazem atendimentos e exames e oferecem tratamento e métodos para prevenção das principais infecções sexualmente transmissíveis. Informe-se!

## INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

A incontinência é a perda involuntária (sem querer) de urina ou fezes. As causas são várias, e o reconhecimento desse problema garante o tratamento mais adequado. Existem vários tipos de incontinência. Conheça alguns deles:

- **Incontinência de esforço:** quando há enfraquecimento dos músculos da região da pelve que dão suporte à bexiga. Nesse tipo de incontinência, pode haver vazamento de urina quando você faz qualquer atividade que force o abdome, como tossir, espirrar, dar risada, carregar peso ou até mesmo andar.
- **Urgeincontinência:** acontece quando a bexiga se contrai de forma involuntária. Você pode ter a sensação de que precisa correr para o banheiro, e algumas vezes episódios de perda de urina sem qualquer sinal prévio também podem ocorrer.
- **Incontinência por transbordamento:** nessa situação, a bexiga fica tão cheia que chega a transbordar. O aumento da próstata, a presença de diabetes, distúrbios do sistema nervoso ou o uso de álcool podem estar relacionados a essa condição.
- **Incontinência funcional:** quando a pessoa não consegue chegar ao banheiro a tempo e há limitações físicas, de saúde mental ou outras circunstâncias ambientais que impedem que a pessoa use o banheiro, podendo necessitar de fraldas.

### ATENÇÃO!

Em caso de uso de fraldas ou de roupa íntima descartável, a troca deve ser realizada sempre que necessário, quando estiverem molhadas, prestando atenção para a limpeza da pele em cada troca, usando água e sabão (neutro) ou lenços umedecidos.

## PREVENÇÃO DE QUEDAS

### O QUE É UMA QUEDA?

Uma queda acontece quando uma pessoa perde a capacidade de se equilibrar e, sem querer, termina em um nível mais baixo do que sua posição inicial. Há várias formas de evitar que isso aconteça e existe tratamento no SUS para os principais fatores relacionados às quedas.

### DICAS DE PREVENÇÃO:

- **Fale!** Sempre converse com profissionais de saúde na Unidade Básica de Saúde sobre as quedas e os tropeços, como, quando e onde ocorreram. Além disso, converse com os familiares e cuidadores sobre suas quedas;
- **Movimente-se!** Atividades que fortalecem as pernas e melhoram o equilíbrio podem diminuir o risco de ter quedas;
- **Veja!** Verifique seus olhos. Faça pelo menos um exame de vista ao ano e atualize os óculos, conforme necessário;
- **Ande!** Verifique seus pés. Peça a um profissional de saúde que verifique seus pés uma vez por ano, em busca de feridas, calosidades ou sensibilidade alterada. Esses cuidados são especialmente importantes se você tiver diabetes. Discuta sobre calçados adequados e mantenha boa higiene nos pés e nas unhas;
- **Busque a segurança da casa!** A maioria das quedas acontece em casa. Se possível, adicione barras de apoio especialmente no banheiro. Certifique-se de que tenha bastante luz em toda a sua casa. Livre-se dos perigos, mantendo o chão livre e fixando os tapetes com fita adesiva.

### IDENTIFICANDO O RISCO DE QUEDAS

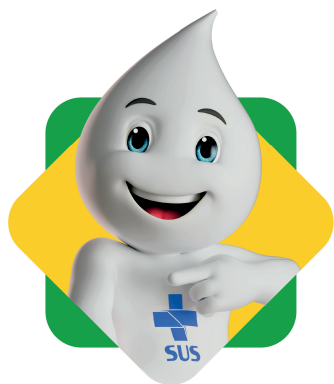
Considerando estimativas da Organização Mundial da Saúde, estima-se que cerca de 28% das pessoas idosas vivenciam ao menos uma queda por ano.

Converse sobre o risco de quedas com sua equipe de saúde de referência e busque avaliação e orientações em caso de resposta “SIM” para qualquer um dos itens a seguir.

## QUEM ESTÁ PREENCHENDO ESSE QUESTIONÁRIO\*?

☐ Pessoa idosa ☐ Amigo/familiar ☐ Profissional de saúde

1	Eu sofri quedas no ano passado.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2	Fui aconselhado(a) a usar bengala ou andador para me locomover.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3	Às vezes, eu me sinto instável ao andar.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4	Quando ando pela casa, seguro nos móveis.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5	Estou preocupado(a) com as quedas.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6	Preciso apoiar com as mãos para me levantar de uma cadeira.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7	Tenho dificuldade para subir no meio-fio.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8	Muitas vezes, tenho que sair depressa para o banheiro.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9	Perdi um pouco de sensibilidade nos pés.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10	Tomo remédios que às vezes me fazem sentir tonto(a) ou cansado(a).	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
11	Tomo remédios para dormir ou para melhorar o humor.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
12	Muitas vezes eu me sinto triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO



# Vacina sempre Brasil

## VACINAÇÃO

Uma das formas mais simples e eficazes de cuidar da saúde é **mantendo suas vacinas em dia!**

**Você sabia que existe um calendário de vacinação para pessoas com 60 anos ou mais?** Ele é coordenado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), que garante **vacinas gratuitas e seguras para todos os brasileiros** no SUS.



### SAIBA MAIS!

Sobre as principais vacinas recomendadas para as pessoas idosas — e como elas ajudam a manter sua saúde protegida — no site do Ministério da Saúde.

**Mantenha as suas vacinas sempre em dia:** esse é um compromisso com a nossa saúde e com a de todas as pessoas ao nosso redor.

Procure a **UBS** mais próxima de sua casa.

Leve esta Caderneta e todos os outros cartões de vacinação que tiver.

**As vacinas são seguras e importantes em todas as idades. Vacine-se!**

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CUIDADOS COM MEDICAMENTOS

### ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

O SUS oferece medicamentos gratuitos para as principais doenças existentes na população brasileira.

Consulte, na *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais* (Rename), a lista completa de medicamentos padronizados disponibilizados.

### Relação Nacional de Medicamentos Essenciais



Acesse a página do Programa Farmácia Popular e informe-se sobre os medicamentos e insumos disponíveis.



Programa Farmácia Popular

## POLIFARMÁCIA

Com o envelhecimento, o corpo pode se tornar mais sensível aos efeitos adversos de medicamentos e ao uso de algumas fórmulas, suplementos, chás ou outras preparações.

O fígado e os rins podem ter sua capacidade de funcionamento alteradas, e o processamento de alguns compostos químicos pode ser variável, aumentando o risco de sintomas desconfortáveis.

A **polifarmácia** é considerada um risco na população idosa, e o uso de cinco medicamentos ou mais, na ausência de orientação ou acompanhamento adequados, pode estar associado a interações medicamentosas nocivas, ao risco aumentado de quedas, além de pior qualidade de vida.

Sempre mantenha acompanhamento regular com sua equipe de saúde de referência e evite o uso de medicamentos sem orientação profissional.

### ATENÇÃO!

Comunique aos profissionais de saúde sobre **chás, xaropes, vitaminas, cápsulas ou outras preparações que você toma**. Mesmo os medicamentos naturais ou fitoterápicos podem mudar a absorção ou a eliminação de outros medicamentos e causar danos.

## CUIDADOS GERAIS COM OS MEDICAMENTOS

- Confira na embalagem como o medicamento deve ser guardado.
- Mantenha o medicamento em sua embalagem própria, ela protege contra contaminação, garante adequada identificação e permite o acompanhamento da data de validade.
- Caso você tenha dificuldade para ler, sua equipe de saúde pode ajudar a identificar os medicamentos com fitas coloridas, diferentes texturas ou figuras específicas.
- Prefira ingerir os medicamentos com água.

**Dica!** Você pode usar alarmes ou aplicativos no celular para lembrar os horários dos medicamentos e ajudar a organizar o seu tratamento.

## SEGUINDO O TRATAMENTO RECOMENDADO

Ao iniciar um tratamento, é importante que você tire todas as suas dúvidas e se prepare para as possíveis dificuldades e barreiras que pode enfrentar. Converse com a sua equipe de saúde sobre essas dificuldades e peça ajuda sempre que precisar.

## COMPREENDENDO POSSÍVEIS BARREIRAS

Quando você conversa com profissionais de saúde sobre seus medicamentos, é essencial que você compartilhe suas preocupações e dificuldades, como as da tabela na página seguinte.

Pergunta	Sim	Não	Às vezes
Você tem dificuldade para abrir ou fechar embalagens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldade para ler o que está escrito na embalagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldades para lembrar de tomar o medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldades para tomar vários comprimidos de uma vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você tem dificuldades para conseguir os medicamentos no tempo certo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você costuma mudar a forma como usa os medicamentos sem orientação médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Atenção!

É fundamental seguir corretamente a indicação do tratamento. Caso perceba efeitos adversos, sintomas desconfortáveis ou considere que algum ajuste pode ser necessário, **informe o profissional de saúde responsável pela prescrição ou busque sua equipe de Saúde da Família de referência.**

## PARA LEMBRAR DE FALAR COM MINHA EQUIPE DE SAÚDE

Anote na tabela da próxima página situações importantes sobre sua saúde, que você gostaria de levar para sua equipe na próxima consulta. Anote, por exemplo, se apresentar algum mal-estar incomum, tontura ou desequilíbrio, crises de dor, problemas com o sono, engasgos ou vômitos, pintas ou machucados na pele que não desaparecem, nódulos ou ínguas, esquecimentos, confusão, desorientação, convulsão, entre outros.

**Para falar com o profissional de saúde  
na próxima consulta**

<b>Data</b>	<b>O que aconteceu?</b>	<b>O que foi feito para melhorar?</b>	<b>Outras observações</b>

**Para falar com o profissional de saúde  
na próxima consulta**

<b>Data</b>	<b>O que aconteceu?</b>	<b>O que foi feito para melhorar?</b>	<b>Outras observações</b>

## PARTE II

# ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

As páginas a seguir, sinalizadas com a cor azul, são direcionadas ao registro dos **profissionais de saúde** que te acompanham.

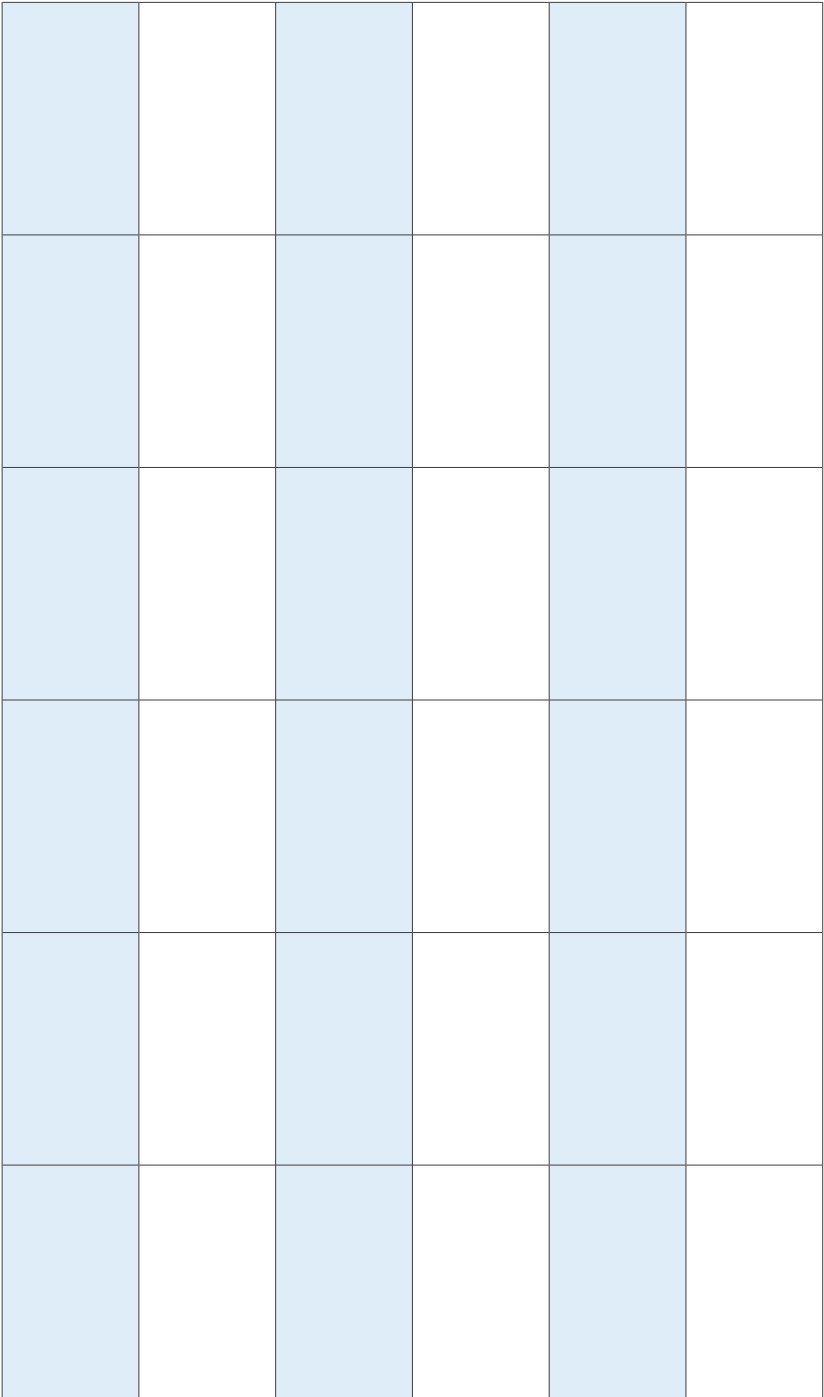
**Acompanhamento de saúde** (condições, síndromes, diagnósticos, cirurgias, internações, eventos adversos ou outras ocorrências relevantes no histórico de acompanhamento de saúde).

DATA	CONDIÇÕES	OBSERVAÇÃO

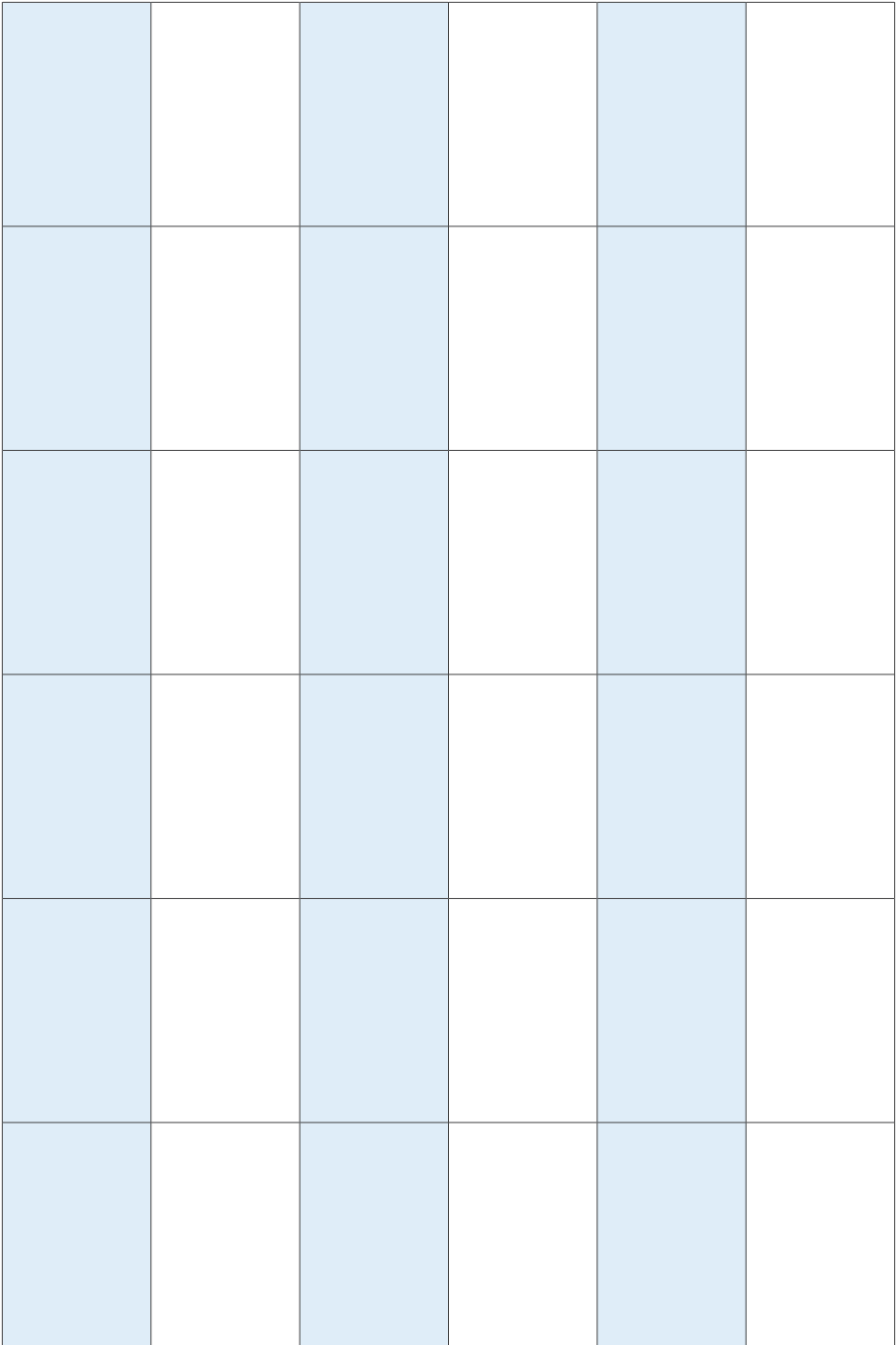



# MEDICAMENTOS EM USO

NOME DO MEDICAMENTO E CONCENTRAÇÃO	DOSE E FREQUÊNCIA	INDICAÇÃO	INICIADO EM	DESPRESCRIÇÃO	
				DATA	MOTIVO



DESPRESCRIÇÃO	MOTIVO				
	DATA				
INICIADO EM					
INDICAÇÃO					
DOSE E FREQUÊNCIA					
NOME DO MEDICAMENTO E CONCENTRAÇÃO					



## 6º AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA AVALIAÇÃO AMBIENTAL

[illegible]

<b>Cozinha e quarto</b>									
Armários na altura adequada ao alcance das mãos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>Escada <input type="checkbox"/> Não há</b>									
Piso antiderrapante	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Corrimão bem posicionado, firme e de ambos os lados	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

<b>AVALIAÇÃO SENTINELAS DE VULNERABILIDADE DE RISCO INDIVIDUAL</b>									
Está fumante?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Faz uso de álcool?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está restrito ao leito (acamado)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está restrito ao domicílio (domiciliado)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está em situação de rua?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

# AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR

<b>DATA:</b>	20__	20__	20__	20__	20__
Responsável:					
<b>SUPORTE FAMILIAR</b>					
Mora sozinho	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), abrigos, casa-lar, ou outras formas de moradias coletivas	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Presença de companheiro ou cônjuge	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Viveu recente, no último ano	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Presença de alguém com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>SUPORTE SOCIAL</b>						
Você é capaz de ler e escrever?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Bolsa Família	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Moradia própria	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Moradia em boas condições de organização e higiene	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Acesso a renda própria ou de familiares próximos, suficiente para garantir a própria subsistência	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho família, igreja, grupo de convivência etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

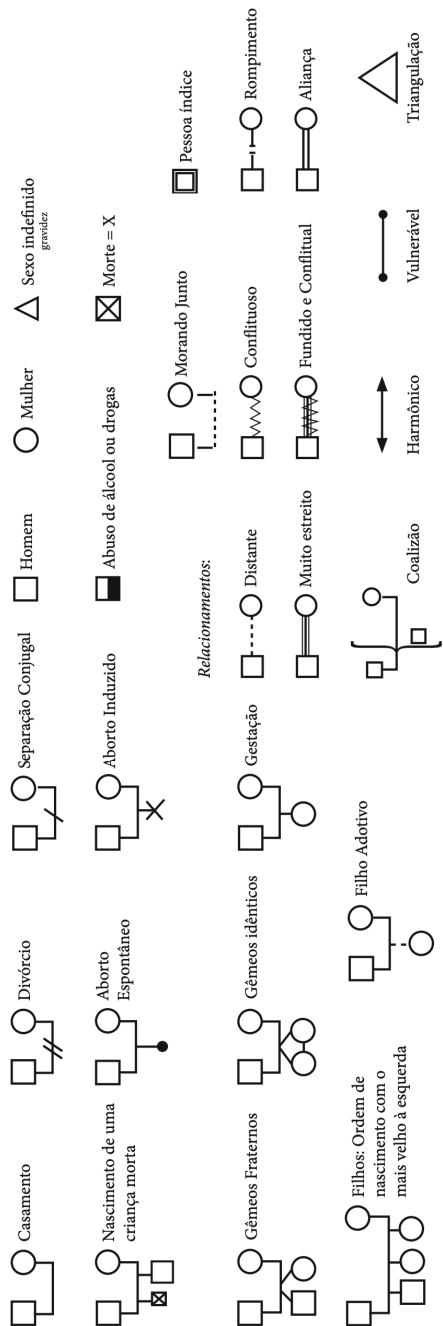
## AVALIAÇÃO DE RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS (ECOMAPA)

Sugere-se que seja preenchido a lápis,  
para atualização sempre que necessário.

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvidas  
quanto ao preenchimento  
do Ecomapa, consulte o  
material de apoio do  
UNA-SUS.**





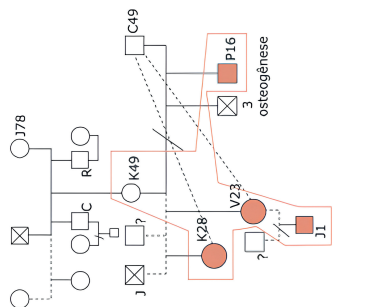
# GENOGRAMA OU ÁRVORE FAMILIAR

Sugere-se que seja preenchido a lápis,  
para atualização sempre que necessário.

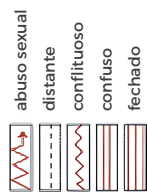
Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

**Em caso de dúvidas  
quanto ao preenchimento  
do Genograma, consulte o  
material de apoio do  
UNA-SUS.**





FAMÍLIA K  
MOMENTO 1 nov/09



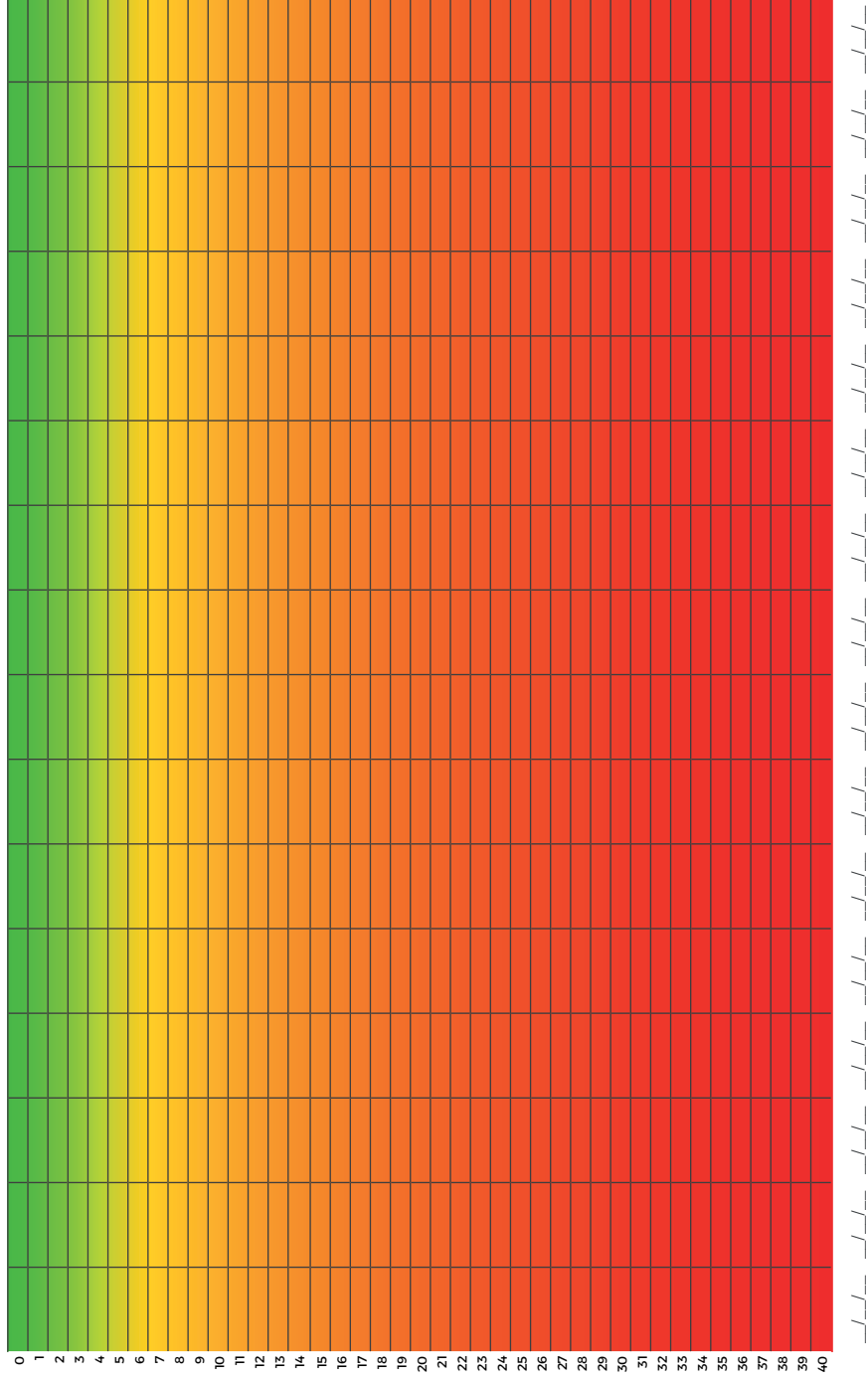
J1  
acidentes

IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos (0) <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos (1) <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos (3)	Máx. 3 pts
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b>	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa (0) <input type="checkbox"/> Regular ou ruim (1)	Máx. 1 pt
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD</b>	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde (0)	Máx. 4 pts
	<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde (0)	
	<b>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (4) <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde (0)	
<b>AVD Instrumental</b> <small>A pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que a pessoa tenha respondido sim para as questões 3, 4 e 5.</small>	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (6) <input type="checkbox"/> Não (0)	Máx. 6 pts
	<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)	Máx. 3 pts
<b>COGNIÇÃO</b>	<b>8. Você tem um esquecimento que está piorando nos últimos meses?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)	
	<b>9. Você tem um esquecimento que está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b>	<input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)	

<b>HUMOR</b>		<p><b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p><b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 4 pts
	<b>Alcance, preensão e pinça</b>	<p><b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p><b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 2 pts
<b>MOBILIDADE</b>	<b>Capacidade aeróbica e/ou muscular</b> <small>A pontuação máxima é de 2 pontos, mesmo que a pessoa tenha respondido sim para todos os itens.</small>	<p><b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês <input type="checkbox"/></li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> <input type="checkbox"/></li> <li>• Circunferência (perímetro) da panturrilha menor que 31 cm <input type="checkbox"/></li> <li>• Em um teste de velocidade da marcha, o tempo gasto para percorrer 4 metros é maior que 5 segundos <input type="checkbox"/></li> </ul>	Máx. 2 pts
	<b>Marcha</b>	<p><b>15. Você tem dificuldade para caminhar que possa impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p><b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 4 pts
	<b>Continência Esfinteriana</b>	<p><b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 2 pts







## **OUTROS TESTES COMPLEMENTARES AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**

## **74 OUTROS TESTES COMPLEMENTARES AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**





## **76 OUTROS TESTES COMPLEMENTARES AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**





ESCORE DE RISCO INICIAL*		DATA	/	/	/	/	/	/
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL GLOBAL — FICHA-ESPELHO	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	RESPONSÁVEL						
		AVD AVANÇADA						
		AVD INSTRUMENTAL						
		AVD BÁSICA						
		ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA						
		POSTURA/MARCHA/ TRANSFERÊNCIA						
	MOBILIDADE	CAPACIDADE AERÓBICA						
		CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA						
	ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO SAÚDE BUCAL							
	COMUNICAÇÃO	AUDIÇÃO						
		FALA / VOZ / MOTRICIDADE OROFACIAL						
		VISÃO						
	COGNIÇÃO							
	HUMOR/COMPORTAMENTO							
	SONO							
	COMORBIDADES							
	FATORES DE RISCO							
	MEDICAMENTOS							
	INTERAÇÃO SOCIAL E AMBIENTE	LAZER						
		SUPORTE FAMILIAR						
		SUPORTE SOCIAL						
		SEGURANÇA AMBIENTAL						
		ACESSO A SERVIÇOS						

\*PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

ESCORE DE RISCO INICIAL *		DATA	/	/	/	/	/	/
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL GLOBAL — FICHA-ESPELHO	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	RESPONSÁVEL						/ / /
		AVD AVANÇADA						
		AVD INSTRUMENTAL						
		AVD BÁSICA						
		ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA						
	MOBILIDADE	POSTURA/MARCHA/ TRANSFERÊNCIA						
		CAPACIDADE AERÓBICA						
		CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA						
	ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO SAÚDE BUCAL							
	COMUNICAÇÃO	AUDIÇÃO						
		FALA / VOZ / MOTRICIDADE OROFACIAL						
		VISÃO						
	COGNIÇÃO							
	HUMOR/COMPORTAMENTO							
	SONO							
	COMORBIDADES							
	FATORES DE RISCO							
	MEDICAMENTOS							
	INTERAÇÃO SOCIAL E AMBIENTE	LAZER						
		SUORTE FAMILIAR						
		SUORTE SOCIAL						
		SEGURANÇA AMBIENTAL						
		ACESSO A SERVIÇOS						

ESCORE DE RISCO INICIAL*		DATA	/	/	/	/	/	/
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL GLOBAL — FICHA-ESPELHO	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	RESPONSÁVEL						/ / /
		AVD AVANÇADA						
		AVD INSTRUMENTAL						
		AVD BÁSICA						
	MOBILIDADE	ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA						
		POSTURA/MARCHA/TRANSFERÊNCIA						
		CAPACIDADE AERÓBICA						
		CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA						
	ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO							
	SAÚDE BUCAL							
	COMUNICAÇÃO	AUDIÇÃO						
		FALA / VOZ / MOTRICIDADE OROFACIAL						
		VISÃO						
	COGNIÇÃO							
	HUMOR/COMPORTAMENTO							
	SONO							
	COMORBIDADES							
	FATORES DE RISCO							
	MEDICAMENTOS							
	INTERAÇÃO SOCIAL E AMBIENTE	LAZER						
		SUPORTE FAMILIAR						
		SUPORTE SOCIAL						
		SEGURANÇA AMBIENTAL						
	ACESSO A SERVIÇOS							

\*PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

ESCORE DE RISCO INICIAL*		DATA	/	/	/	/	/	/
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL GLOBAL — FICHA-ESPELHO	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	RESPONSÁVEL						
		AVD AVANÇADA						
		AVD INSTRUMENTAL						
		AVD BÁSICA						
	MOBILIDADE	ALCANCE/PREENSÃO/PINÇA						
		POSTURA/MARCHA/ TRANSFERÊNCIA						
		CAPACIDADE AERÓBICA						
		CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA						
	ALIMENTAÇÃO/NUTRIÇÃO							
	SAÚDE BUCAL							
	COMUNICAÇÃO	AUDIÇÃO						
		FALA / VOZ / MOTRICIDADE OROFACIAL						
		VISÃO						
	COGNIÇÃO							
	HUMOR/COMPORTAMENTO							
	SONO							
	COMORBIDADES							
	FATORES DE RISCO							
	MEDICAMENTOS							
INTERAÇÃO SOCIAL E AMBIENTE	LAZER							
	SUPORTE FAMILIAR							
	SUPORTE SOCIAL							
	SEGURANÇA AMBIENTAL							
ACESSO A SERVIÇOS								

\*PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL											
HÁBITOS	ÁLCOOL	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
ALTERAÇÕES OU LESÕES DE MUCOSA	FUMO										
	PRESENÇA DE LESÃO NA MUCOSA BUCAL										
	BOCA SECA (XEROSTOMIA - FALTA DE SALIVA)										
	PRESENÇA DE LÍNGUA SABURROSA (LÍNGUA BRANCA)										
	PRESENÇA DE CANDIDÍASE BUCAL										
CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL	PRESENÇA DE HALITOSE										
	PRESENÇA DE PLACA BACTERIANA (BIOFILME DENTAL)										
	FATORES RETENTIVOS DE PLACA (RAÍZES RESIDUAIS, CÁLCULO)										
	PRESENÇA EVIDENTE DE GENGIVITE/ SANGRAMENTO GENGIVAL										
	PRESENÇA EVIDENTE DE PERIODONTITE/ PERDA ÓSSEA										
ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	PRESENÇA DE CÁRIE										
	PERDA DENTAL NO ÚLTIMO ANO										
		(D) DIAGNÓSTICO BUCAL; (P) PERIODONTIA; (E) ENDODONTIA; (C) CIRURGIA; (PCD) PESSOA COM DEFICIÊNCIA; (O) OUTRAS ESPECIALIDADES.									

PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR	<input type="checkbox"/> PRÓTESE TOTAL (DENTADURA) <input type="checkbox"/> PRÓTESE PARCIAL (PONTE MÓVEL)	NÃO UTILIZA E NÃO NECESSITA																
		NÃO UTILIZA, MAS NECESSITA																
		UTILIZA - ADAPTADA/ SEM NECESSIDADE DE TROCA																
		UTILIZA - NÃO ADAPTADA/NECESSITA DE TROCA																
PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR	<input type="checkbox"/> PRÓTESE TOTAL (DENTADURA) <input type="checkbox"/> PRÓTESE PARCIAL (PONTE MÓVEL)	NÃO UTILIZA E NÃO NECESSITA																
		NÃO UTILIZA, MAS NECESSITA																
		UTILIZA - ADAPTADA/ SEM NECESSIDADE DE TROCA																
		UTILIZA - NÃO ADAPTADA/NECESSITA DE TROCA																
CONSULTA CLÍNICA (EQUIPE DE SAÚDE BUCAL)		ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE																
		ATENDIMENTO NO DOMICÍLIO																

# AVALIAÇÃO CLÍNICA – HISTÓRICO DE ATENDIMENTOS

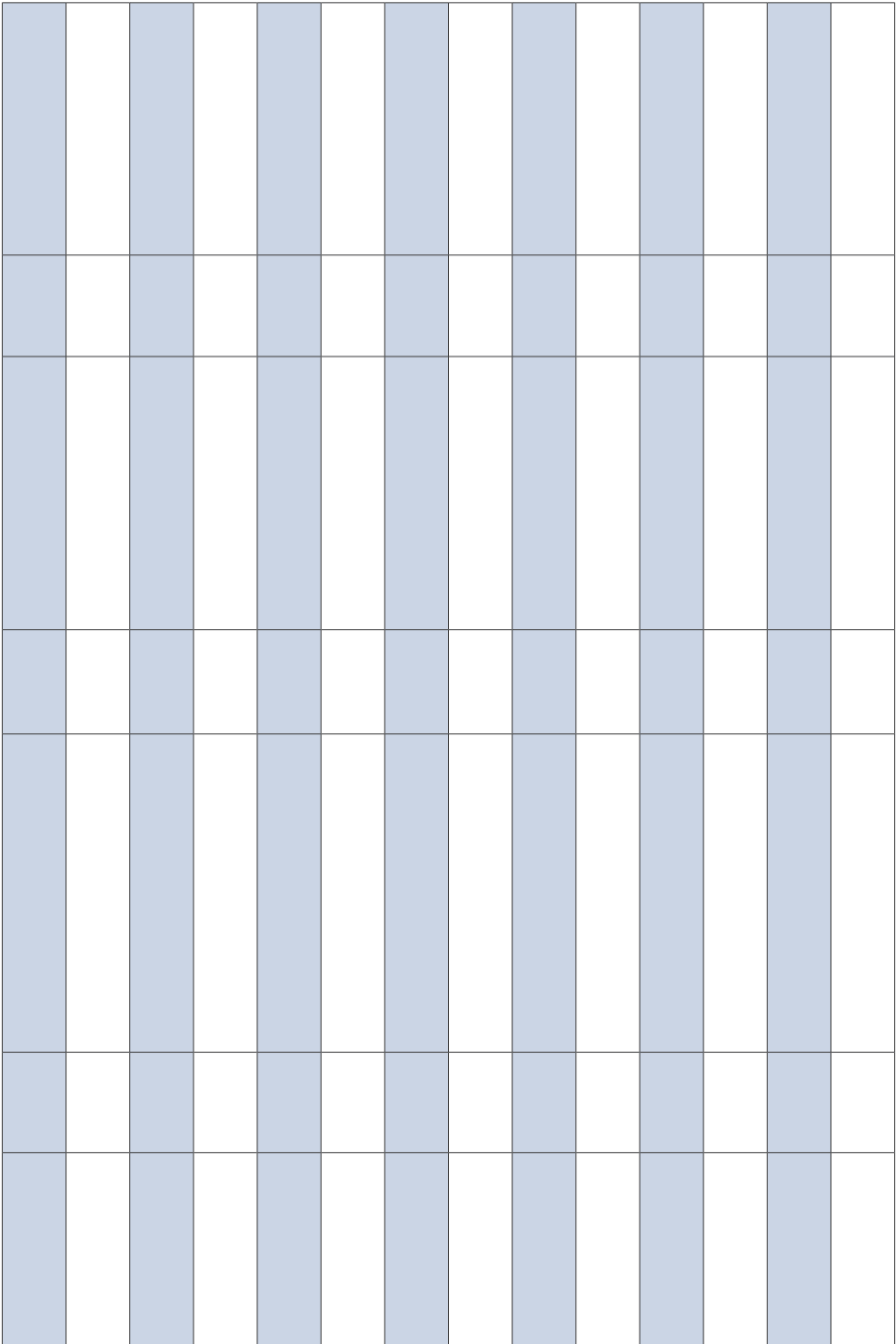
HISTÓRICO DE CONSULTAS												
DATA DO ATENDIMENTO												
QUEIXA/DEMANDA												
ESCORE DE RISCO INICIAL*												
PESO/IMC												
COGNIÇÃO												
HUMOR/ COMPORTAMENTO												
MOBILIDADE / MARCHA												
PRESSÃO ARTERIAL	DEITADO											
	SENTADO											
	EM PÉ											
RISCO CARDIOVASCULAR												
FUNÇÃO RENAL												
NUTRIÇÃO												
SAÚDE BUCAL												
AVALIAÇÃO												
PLANO												
RESPONSÁVEL												

\*PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

HISTÓRICO DE CONSULTAS												
DATA DO ATENDIMENTO												
QUEIXA/DEMANDA												
ESCORE DE RISCO INICIAL *												
PESO/IMC												
COGNIÇÃO												
HUMOR/ COMPORTAMENTO												
MOBILIDADE / MARCHA												
PRESSÃO ARTERIAL	DEITADO											
	SENTADO											
	EM PÉ											
RISCO CARDIOVASCULAR												
FUNÇÃO RENAL												
NUTRIÇÃO												
SAÚDE BUCAL												
AVALIAÇÃO												
PLANO												
RESPONSÁVEL												

\*PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

[illegible]



# HISTÓRICO – OUTROS EXAMES OU INFORMAÇÕES RELEVANTES

REGISTRO DE EXAMES DE IMAGEM, LAUDOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	
EXAMES	RESULTADOS / LAUDOS


REGISTRO DE EXAMES DE IMAGEM, LAUDOS OU OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES	
EXAMES	RESULTADOS / LAUDOS


[illegible]







# PLANO DE CUIDADOS – METAS TERAPÊUTICAS E CUIDADOS PERSONALIZADOS

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

Aqui devem ser elencadas as ações / propostas terapêuticas para o cuidado da pessoa idosa. O preenchimento é estratificado em graus de prioridade, que devem ser definidos alinhados às necessidades e objetivos da pessoa idosa. O acompanhamento periódico é essencial para alcançar resultados. Um plano de cuidados adequado deve: **estar alinhado aos objetivos, necessidades, preferências e prioridades da pessoa idosa e levar em consideração o contexto em que vive, sua rotina e seus vínculos sociais e familiares.**

**Meta Terapêutica 1** (que resultará em melhoria da condição de saúde da pessoa idosa imediatamente / que exige intervenção imediata):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 2** (que resultará em melhoria da condição geral de saúde da pessoa idosa nos próximos três meses):\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**Meta Terapêutica 3** (medidas de prevenção e promoção da saúde — cuidados de longo prazo): \_\_\_\_\_

**Profissionais de saúde envolvidos:** \_\_\_\_\_

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER FEITA EM:**

**SUS:** ☐ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ATENÇÃO PRIMÁRIA)  
☐ EMULTI ☐ SAÚDE BUCAL ☐ ATENÇÃO DOMICILIAR ☐ CENTRO DE REABILITAÇÃO ☐ PRONTO ATENDIMENTO ☐ HOSPITAL-DIA  
☐ CUIDADOS DE LONGO PRAZO ☐ CTI  
☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

**SUAS:** ☐ CRAS (CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)  
☐ CREAS (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) ☐ GRUPO DE CONVIVÊNCIA ☐ CENTRO-DIA  
☐ SERVIÇO REGIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À FAMÍLIA  
☐ CASA-LAR ☐ REPÚBLICA DE IDOSOS ☐ PROGRAMA CUIDADOR DE IDOSOS ☐ INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS ☐ OUTRAS: \_\_\_\_\_

## REGISTRO/AGENDA DE ATIVIDADES COLETIVAS

Atividades coletivas, práticas corporais ou atividades de convivência/lazer			
Atividade	Local em que é realizada	Dia/hora	Observações


Atividades coletivas, práticas corporais ou atividades de convivência/lazer			
Atividade	Local em que é realizada	Dia/hora	Observações


## PARTE III

# PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A saúde mental é essencial para o bem-estar e afeta diretamente a qualidade de vida. Com o envelhecimento, são esperadas algumas mudanças no corpo, nos papéis sociais e na maneira de lidar com as emoções, mas nenhuma delas implica doença ou adoecimento.

Doenças como depressão ou transtorno de ansiedade podem acometer pessoas de todas as idades, inclusive pessoas idosas. O diagnóstico e tratamento dessas e outras condições que afetam a mente e o corpo está disponível no Sistema Único de Saúde.

**Atenção!** O cuidado em saúde mental é importante para todas as idades.

Em caso de esquecimento frequente ou que atrapalha a realização das tarefas do dia a dia, tristeza prolongada ou falta de interesse por atividades que antes davam prazer, busque atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Os primeiros exames, além do cuidado inicial, serão indicados por sua equipe de referência. Quando necessário, outros especialistas também podem ser acionados para complementar.

## SOLIDÃO

A solidão e o isolamento social podem afetar negativamente a saúde. Para algumas pessoas idosas, o isolamento social pode se intensificar diante de alguns marcos da vida, como a aposenta-

doria, a saída dos filhos de casa ou a perda de amigos e familiares. A solidão pode levar a problemas emocionais, cognitivos ou mesmo físicos, e conversar sobre esse assunto é importante para a sua saúde.

Participar de grupos nas Unidades Básicas de Saúde ou nos **Centros de Convivência** próximos ao seu bairro, bem como se integrar em grupos de atividades voluntárias, fazer cursos, aprender novas habilidades, praticar atividades físicas são outras formas de fortalecer vínculos e contribuir para a sua saúde.

Converse sobre esse tema com um profissional de saúde ou outras pessoas de confiança, próximas a você.

## USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

O **uso abusivo de bebidas alcóolicas** pode ser comum na população idosa. As bebidas alcóolicas podem gerar dependência, e seu consumo exagerado pode piorar problemas de saúde mental, levando, por exemplo, à piora da depressão e aumentando até o risco de suicídio.

Responda às perguntas da próxima página e, caso responda “Sim” para qualquer um dos itens, procure atendimento nas UBS.

## Autoavaliação do consumo de álcool

Seção	Pergunta	Resposta
<b>Reduzir o consumo</b>	Alguma vez você já sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida que consome?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Irritação com comentários</b>	Alguém já comentou sobre seu jeito de beber e isso aborreceu você?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Sentimento de culpa</b>	Já se sentiu culpado ou mal por causa do seu consumo de álcool?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Começo do dia</b>	Já houve uma manhã em que precisou beber para se sentir melhor ou superar uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Adaptado e traduzido de Questionário CAGE – Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. Journal of the American Medical Association, 252(14), 1905-1907.

## ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO

Mudanças rápidas no comportamento de pessoas idosas podem ter várias causas e não acontecem somente por dificuldades de convivência ou problemas mentais. Na verdade, muitas vezes, essas mudanças de comportamento podem estar ligadas a problemas de saúde orgânicos, como **dor, infecções, desidratação e reações adversas a medicamentos**.

Exemplos dessas mudanças são: mudanças no padrão de sono (dormir muito ou dormir muito pouco), episódios de agitação, agressividade, ou até mesmo falar pouco ou não querer comer.

### **Atenção!**

Às vezes, é necessário realizar exames para identificar a causa da mudança no comportamento, como algumas infecções, por exemplo.

Quando a segurança da pessoa idosa ou de outras pessoas estiver em risco iminente, como em comportamentos de se machucar, fazer mal a si mesmo ou a outros, deve-se acionar um serviço de emergência. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**Samu**), **acionado pelo telefone 192**, resgata pessoas em situação de emergência e as transporta até locais de pronto atendimento, como os hospitais ou as Unidades de Pronto Atendimento.

## **CUIDADOS PALIATIVOS, TERMINALIDADE E LUTO**

Conversar sobre esses assuntos pode ser difícil, mas conhecer esses conceitos e entender a diferença entre eles é importante para conversas abertas, diminuir medos e tabus.

### **Cuidados paliativos**

Quando se enfrenta uma doença crônica ou degenerativa, é essencial receber cuidados completos e acolhedores. Esses cuidados, chamados de cuidados paliativos, são oferecidos para aliviar sintomas desconfortáveis e melhorar a qualidade de vida diante de uma doença grave. Esses cuidados podem ser oferecidos em qualquer fase da doença e não apenas no fim da vida, com objetivo de dar conforto e dignidade, além de apoiar a pessoa e sua família na tomada de decisões que respeitem seus valores e desejos.

## Terminalidade

A terminalidade é o período em que uma doença não melhora mais com os tratamentos que buscariam sua cura ou melhora. Nesse momento, o mais importante é garantir alívio dos sintomas desconfortáveis, buscando melhorar a qualidade de vida. Devem-se evitar intervenções, procedimentos e exames que podem causar mais sofrimento do que bem-estar.

## Luto

O luto é a resposta natural que temos à perda de uma pessoa querida ou de algo significativo. Pode estar relacionado à saúde, à funcionalidade ou até mesmo a uma fase da vida. Viver o luto é uma parte importante do processo de cura e, nesse processo, podemos experimentar emoções difíceis como tristeza, raiva, culpa e muitas outras.

### Compreendendo o luto

- **Processo individual:** cada pessoa vive o luto à sua maneira. E não existe um tempo certo para “superar” a perda.
- **Fases do luto:** o luto pode se apresentar por fases como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, mas nem todos passam por todas essas fases ou na mesma ordem.
- **Permita-se sentir:** aceite suas emoções e não tenha medo de expressar o que está sentindo.
- **Rede de apoio:** ter uma rede de apoio, incluindo familiares, amigos(as) e profissionais, pode ajudar a enfrentar o luto de maneira mais suave.

## ONDE BUSCAR AJUDA?

Caso você esteja passando por um momento difícil relacionado ao luto, saiba que há ajuda disponível nas Unidades Básicas de Saúde. Quando o sofrimento se prolonga ou impede a pessoa de seguir em frente, profissionais de saúde podem oferecer suporte e acompanhamento.

## PLANEJAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS

No Planejamento Avançado de Cuidados (PAC), a pessoa, seus familiares e a equipe de saúde definem, em conjunto, os objetivos de cuidados e tratamentos futuros, baseando-se nos desejos e valores da pessoa cuidada, além dos aspectos técnicos.

O PAC permite que, caso necessário, a família tome decisões baseadas nas preferências discutidas. Isso ajuda a diminuir o sofrimento e o estresse relacionados à tomada de decisão em momentos difíceis.

### COMO EU GOSTARIA DE SER CUIDADO

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como: “O conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (CFM, 2012). Ou seja, são documentos que permitem a uma pessoa expressar suas preferências sobre cuidados futuros em situações nas quais não possa tomar essas decisões por conta própria.

Nesses documentos, qualquer pessoa maior de idade (18 anos ou mais) e com plena capacidade de decisão pode especificar como deseja que sejam tomadas as decisões sobre seu tratamento, quando não puder tomar essas decisões por conta própria.

Não existe um modelo padrão para as DAV, e elas podem ser elaboradas de forma conjunta com profissionais de saúde que acompanham você. Além disso, é válido que o documento seja cancelado em algum momento, caso seja do seu interesse.

**Registre nas páginas a seguir os aspectos que considera mais importantes para você, ao ser cuidado.**

A blank page with horizontal ruling lines. The page is framed by a yellow border on the right and bottom. The ruling lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

[illegible]

# SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

## SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

**Disque 192**



## CORPO DE BOMBEIROS

**Disque 193**

**BOMBEIROS  
193**

## DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA

**Disque 100:** tecle a **opção 2** para fazer denúncia de violência contra a pessoa idosa.

E-mail: [disquedenuncia@sedh.gov.br](mailto:disquedenuncia@sedh.gov.br)

Site: [www.disque100.gov.br](http://www.disque100.gov.br)



## CENTRAL DE ATENDIMENTO À MULHER

**Disque 180**



## DISQUE-SAÚDE

Serviço gratuito. Funciona de segunda a sexta, das 8h às 20h, e aos sábados, das 8h às 18h.

**Disque 136**



## DISQUE-SOCIAL

Serviço gratuito  
Funciona de segunda a sexta,  
das 7h às 19h.

**Disque 121**

**Whatsapp: +55 61 4042-1552**



## AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

**Disque 0800 701 9656**



## SITE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Site: <https://www.gov.br/saude/>

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

## SITE DO MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Site: <https://www.gov.br/mds>

MINISTÉRIO DO  
DESENVOLVIMENTO  
E ASSISTÊNCIA SOCIAL,  
FAMÍLIA E COMBATE À FOME

## CENTRAL DE INFORMAÇÕES DO INSS

Serviço gratuito. Funciona de  
segunda a sábado, das 7h às 22h.

**Disque 135**



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

## AGENDA DE ATENDIMENTOS

[illegible]

[illegible]

## Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

NOME: _____										Data de Nascimento: ____/____/____		Dupla Adulto (dT)	
Influenza										Hepatite B			
Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /		
Covid-19													
Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /		
Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /	Data: / / Lote: / / Lab.Produit: / / Unidade: / / Ass.: / /		



**Vacina  
sempre  
Brasil**

## Registro de Outras Vacinas e Campanhas

[illegible]



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

Tiragem: 6ª edição – 2025 – 2.400.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Integral

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Esplanada dos Ministérios, bloco O, 8º andar

CEP: 70052 – 900 Brasília/DF

Site: [aps.saude.gov.br](http://aps.saude.gov.br)

E-mail: [dgci@saude.gov.br](mailto:dgci@saude.gov.br)

*Ministro de Estado da Saúde:*

Alexandre dos Santos Padilha

*Secretária de Atenção Primária à Saúde:*

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

*Edição-geral:*

Camila Maria Mendes Nascimento

Olivia Lucena de Medeiros

*Elaboração, atualização e revisão técnica:*

Adalia Raissa Alves da Costa

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Barbara Magalhães Menezes

Camila Maria Mendes Nascimento

Francisco Norberto Moreira da Silva

Julia Estela Soeiro dos Santos

Juliana Nunes de Almeida Costa

Júlia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto

Luiza Rosa Bezerra Callado

Maria Cristina Pedro Biz

Olivia Lucena de Medeiros

Pamella Morette

Rayanne Tavares Araújo

Shenia Maria Felício Felix

*Colaboração:*

Adrienne Moura Lima

Ana Maria Cavalcante de Lima

Bernardo de Mattos Viana

Carolina de Oliveira Ávila

Daniel Miele Amado

Daniella Jinkings

Diogo do Vale de Aguiar

Edgar Nunes de Moraes

Elida Amorim Valentim

Erika Cardozo Pereira

Flávia Lanna de Moraes

Gleyce Kelly de Araújo Bezerra

Gustavo Guazzelli Nanni

Heloisa da Veiga Coelho

João Kelson Araujo da Silva

João Victor Inglês de Lara

Joana Danielle Brandão Carneiro

Julia Miller da Fonseca Baldini

Karina Correa Wengerkievitz

Luciana Pelucio Ferreira

Marcelo Galvão da Silva Santos

Mariana Borges Dias

Maria de Fátima Guimarães Vieira

Mirian da Silva Queiroz Lima

Naiza Nayla Bandeira de Sá

Raiane Fabiula Rodrigues de Azevedo

Rubens Bendlin

San Diego Oliveira Souza

Thais da Silva Sabião

Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa

*Supervisão editorial:*

Claudia de Amorim Souto

Júlio César de Carvalho e Silva

*Revisão textual:*

Claudia de Amorim Souto

*Projeto editorial, ilustrações e diagramação:*

Daniel Felix de Souza

Gabriel Dias

Gabriel Felipe Moreira Medeiros

*Normalização:*

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

OS 2025/0155



**Ouv SUS 136**  
Ouvidoria-Geral do SUS

Biblioteca Virtual em Saúde  
do Ministério da Saúde  
[bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

GOVERNO  
FEDERAL