



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE
DIVISÃO DAS POLÍTICAS DOS CICLOS DE VIDA
POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA
GRUPO CONDUTOR DAS DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**NOTA TÉCNICA 03/2022 -
POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA/DPCV/DAPPS/SES**

**ORIENTAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE AMBULATÓRIOS
ESPECIALIZADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS**

**Porto Alegre,
Julho de 2022**

Índice de siglas

AGG - Avaliação Gerontológica Global
APS - Atenção Primária em Saúde
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AE - Atenção Especializada
AVD - Atividades da Vida Diária
ABVD -- Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD Atividades Instrumentais da Vida Diária
AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária
CRS - Coordenadoria Regional de Saúde
CSPI - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Funcional -20
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
RAS - Rede de Atenção Saúde
RS - Rio Grande do Sul
SES - Secretaria Estadual de Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde

APRESENTAÇÃO

A Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS) estabeleceu, dentre as suas prioridades para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 a implementação de Serviços de referência regional ou macrorregional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. Concomitantemente, foi publicado decreto e portaria atualizando a forma de incentivo financeiro para os hospitais vinculados ao SUS através da SES (Programa Assistir)¹. Dentre os tipos de serviços contemplados dentro dos hospitais para recebimento do recurso, mediante observação do regulamento do programa, encontra-se o ambulatório especializado para adultos com condições crônicas e pessoas idosas (RIO GRANDE DO SUL, 2021a).

Nesse contexto, a Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa em conjunto com o Grupo Conductor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas (GC - Crônicos) da SES/RS, Portaria SES N° 64/2017, apresenta este documento com o objetivo de subsidiar as orientações para a organização do cuidado ofertado à Pessoa Idosa no âmbito da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Propõem-se estratégias para fortalecer articulações e qualificar o cuidado com a população idosa referenciada para esse serviço, esta construção conta com o apoio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), das Áreas Técnicas da Atenção Primária em Saúde (APS), Política de Alimentação e Nutrição (PAN), do Departamento de Gestão da Atenção Especializada (DGAE), do CONASS, assim como de outros parceiros externos.

¹ O Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos e Pessoas Idosas configura um dos Tipos de Serviço (TS) contemplados no Programa ASSISTIR, instituído pelo Decreto Estadual nº 56.015/2021 e regulamentado pelas Portarias SES/RS nº 537/2021 e nº 638/2021, com o objetivo de destinar recursos financeiros aos hospitais vinculados ao SUS, de forma equânime e transparente, independentemente da gestão ser municipal ou estadual, devendo o montante a ser repassado observar ao regramento do programa e atender cumulativamente os critérios: regionalização da saúde, capacidade instalada e resolutiva de cada instituição e limites orçamentários. Destaca-se que os hospitais e/ou municípios têm autonomia para implementar Ambulatórios Especializados de Atenção à Saúde de Pessoas Idosas, independente da inclusão no Programa Assistir. A habilitação no referido Programa inclui a adesão a este modelo de ambulatório, as normativas estaduais e o recurso do incentivo estadual.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 BASE CONCEITUAL PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	7
2.1. Envelhecimento Ativo.....	7
2.2. Capacidade Funcional.....	8
2.3. Perfis de Funcionalidade.....	10
2.4. Declínio Funcional.....	13
3 MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	17
4 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	22
4.1 Estratificação de Risco da Pessoa Idosa.....	22
4.1.1 A Estratificação de Risco a partir do IVCF-20 (Índice de Funcionalidade Clínico Funcional 20).....	23
4.2 Critérios de referenciamento da APS para a AE (Ambulatório Especializado para Pessoas Idosas)	
4.3 Fluxo de Atendimento.....	29
4.4 Equipe multiprofissional.....	30
4.5 Primeiro Atendimento.....	30
4.6 Instrumentos para aprofundamento diagnóstico.....	31
4.7 Exames.....	32
4.8 Monitoramento e Avaliação.....	33
4.9 Compartilhamento do Cuidado com a APS.....	35
5 REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO I.....	39
ANEXO II.....	40
ANEXO III.....	43
ANEXO IV.....	49
ANEXO V.....	53

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira configura uma acelerada transição demográfica e traz profundos desafios para a estruturação das políticas de saúde de atenção às pessoas idosas. No Estado do RS, os principais determinantes dessa transição demográfica, são a redução das taxas de natalidade e mortalidade, associados ao aumento na expectativa de vida, acarretando em importantes mudanças na estrutura populacional do estado, identificadas a partir de meados do século XX, e exigindo adaptação das redes de atenção à saúde local para o enfrentamento da nova realidade.

Desde 1950, o estado apresenta taxas de fecundidade cada vez mais baixas. Segundo pesquisa do IBGE (2014), a média de filhos por mulher naquele ano foi de 5,22, caindo para 1,75 em 2010 (FILHO, 2017). Em panorama mais atual, observa-se a mesma tendência: de 2010 a 2019 houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60. Quanto à expectativa de vida da população idosa gaúcha, a FEE (2018) aponta que houve um acréscimo de 5,1 anos de vida de 2000 a 2015, passando de 72,4 a 77,5. Além disso, há um aumento na expectativa de vida das pessoas que atingem os 60 anos de idade. Enquanto, em 2000 esperava-se que uma pessoa idosa, ao atingir os 60 anos vivesse, em média, mais 19,4 anos, atingindo os 79,4 anos, em 2015 esse tempo é aumentado em 22,7 anos, alcançando os 82,7 anos de idade. Na população longeva (80 anos ou mais), em 2000, esperava-se que as pessoas idosas que atingissem os 80 alcançassem 87,7 anos; já em 2015, 89,8 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Em 2020 a população idosa já representava 18,77% dos gaúchos (2.143.707), sendo que dentre estes, 326.058 (15,2% dos acima de 60 anos)² tinham 80 anos ou mais, tornando o RS o estado com a maior proporção desse idosos no Brasil. Com o processo de envelhecimento da população gaúcha, a pirâmide etária se aproxima, graficamente, de pirâmides de países desenvolvidos, com uma diminuição expressiva da sua base e alargamento de seu topo. Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS; em 2019 esse grupo etário atingiu

² BRASIL. Ministério da Saúde DATASUS. **População residente: estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo: 2000-2020.**

2,7% (312.814) da população total. A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década. O IBGE também estima que a taxa de crescimento da população total seja igual a -0,01% em 2030, indicando que o número de habitantes estará em declínio (FILHO, 2017).

Destaca-se a feminização da população idosa; em 2019 as mulheres representavam 56,2% do total de idosos gaúchos, com proporção de 77 homens/100 mulheres com mais de 60 anos. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3%, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Concomitante a essas mudanças demográficas, ocorreram mudanças dos padrões de saúde e doença e nas interações entre seus determinantes. À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, entre outras, das quais decorrem as crescentes demandas por cuidados de longa duração (BRASIL, 2018a). Isso ocorre não somente por consequência do processo de envelhecimento mas, também pelo aumento na longevidade que traz aos indivíduos maior período de exposição a fatores de risco modificáveis, relacionados a hábitos de vida, como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada (MASSA; DUARTE; FILHO, 2019). De fato, na população idosa, as condições crônicas de saúde são mais prevalentes, exigindo respostas que possibilitem a manutenção ou recuperação de autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia (BRASIL, 2019).

Os dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM/DATASUS, corroboram o impacto na mortalidade da população idosa pelas DCNT mencionadas acima, indicando que as causas de morte desse grupo etário no estado RS tem mantido a mesma tendência de 2016 a 2019, sendo a primeira causa de óbitos as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrino-nutricionais e metabólicas. É possível uma mudança desse cenário frente à pandemia de Covid-19, porém, os dados de 2020, ainda preliminares, não permitem afirmar (BRASIL, 2018).

Fica evidente a necessidade de adaptação das redes de atenção à saúde local para a oferta de serviços que deem conta de atendimento integral à saúde das pessoas idosas.

Dessa forma, este documento tem o objetivo de subsidiar os gestores e profissionais das redes municipais e regionais para o planejamento da atenção à saúde em Ambulatórios Especializados de Atenção à Saúde de Pessoas Idosas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), adaptado às especificidades e necessidades da população idosa.

2 BASE CONCEITUAL PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Nesta seção serão abordados, conceitualmente, os aspectos do envelhecimento ativo, capacidade funcional, perfis de Funcionalidade e declínio funcional.

2.1. Envelhecimento Ativo

Com o objetivo de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável” nos anos 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a terminologia “Envelhecimento Ativo”, ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem criar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Passa a considerar o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a ele direcionadas com uma abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. A Promoção do Envelhecimento Ativo, pode ser conceituada como um conjunto de ações que promovam o envelhecimento com qualidade de vida, manutenção da autonomia e da capacidade funcional. A abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, determinados pela Organização das Nações Unidas . O termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo, ou de fazer parte da força de trabalho. Dentre os fatores determinantes para a promoção de saúde e prevenção de agravos encontram-se (SÃO PAULO, 2016):

- Comportamentais: controle do tabagismo, participação em atividades físicas, alimentação saudável, saúde bucal, consumo de bebidas alcoólicas, utilização de medicamentos, iatrogenia e adesão às propostas de tratamento.
- Aspectos pessoais: genética e fatores psicológicos.
- Ambiente físico: moradia segura, risco de quedas, acesso a água limpa, a alimentos seguros e ar puro.
- Ambiente social: rede de apoio social, a ocorrência de violência e maus tratos, o nível de escolarização e alfabetização
- Fatores econômicos: renda pessoal e familiar, a rede de proteção social e o trabalho.

2.2. Capacidade Funcional

O conceito de **Capacidade Funcional** constitui um novo paradigma para o cuidado da saúde das pessoas idosas. Através dele é possível conhecer o nível de **Autonomia e Independência** das pessoas idosas, permitindo determinar, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as reais necessidades de saúde, considerando sua condição de funcionalidade e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento (BRASIL, 2018). A consideração da capacidade funcional como balizadora das ações direcionadas à saúde das pessoas idosas ratifica a necessidade de superação de um modelo que considera as morbidades como os principais fatores da definição do processo de saúde / doença. Esta é definida como a interação entre os recursos físicos e mentais do próprio indivíduo (a capacidade intrínseca da pessoa) e os ambientes (físicos e sociais) em que este indivíduo está inserido, para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência. Aproximadamente 25% da capacidade intrínseca, ou seja, dos recursos físicos e mentais das pessoas na velhice se explica pelos fatores genéticos e 75% se deve em grande parte aos efeitos acumulados dos hábitos da pessoa e aos fatores ambientais a que foi exposta; isto é, há um forte impacto dos determinantes sociais no funcionamento da pessoa na velhice (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de

Funções, Incapacidade e Saúde (CIF) estabelece que a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (SAMPAIO; LUZ, 2009).

A funcionalidade reflete o nível de autonomia e independência para a realização das atividades da vida diária (AVD). Por refletir diretamente as condições para a realização de atividades de sobrevivência e autopreservação, a funcionalidade é um importante indicador da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2018). Define-se autonomia como capacidade de autogoverno, a qual se expressa na liberdade para a tomada de ação e decisão. Tem relação direta com a aptidão mental da pessoa. Independência significa ser capaz de realizar as atividades da vida diária sem o auxílio de terceiros. Dependência, por sua vez, refere-se à incapacidade de realizar as atividades cotidianas sem esse auxílio (BRASIL, 2007).

Brasil (2019), destaca que os conceitos de autonomia e independência são complementares, mas associados a domínios funcionais diferentes. A autonomia depende da cognição e do humor/comportamento, enquanto a independência depende da mobilidade e da comunicação, conforme apresentado a seguir:

- a) Autonomia:** Capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções. Depende dos domínios funcionais (cognição e humor/comportamento):
- Cognição: capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano. As principais alterações da cognição são as síndromes demenciais, como a demência de Alzheimer.
 - Humor/comportamento: motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social. Inclui também o comportamento, definido como a expressão individual diante da interpretação da realidade. É a manifestação do pensamento, que é a capacidade de elaborar conceitos (características essenciais dos objetos e fenômenos da natureza), juízos (estabelecer relações entre os objetos) e raciocínio (estabelecer relação entre os juízos). A principal alteração do humor é a depressão, enquanto o comportamento é profundamente afetado pela esquizofrenia e pelas demais síndromes psicóticas.

b) Independência: Capacidade de executar a decisão com os próprios meios. Depende dos domínios funcionais da mobilidade e comunicação:

- **Mobilidade:** capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio. Depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbia e muscular (transporte e captação de oxigênio pelos músculos), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfinteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois sua ausência (incontinência esfinteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo.
- **Comunicação:** capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Este último é representado pela voz, pela fala e pela mastigação/deglutição.

2.3 Perfis de Funcionalidade

Os perfis de funcionalidade foram convencionados de acordo com a Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS, assim como na escala de pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br) (BRASIL, 2018) de Saúde da Pessoa Idosa desenvolvida pelo MS. No documento do Ministério da Saúde, Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018a) três perfis de funcionalidade são agrupados, a fim de orientar as respostas das Redes de Atenção à Saúde para as pessoas idosas:

Perfil 1: Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária; estas realizam suas atividades sem necessidade de ajuda de terceiros e de nenhum tipo de adaptação ou modificação. Nestes casos, o cuidado deve contemplar, especialmente, ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de intervenções terapêuticas, quando couber. Com isso, espera-se evitar condições crônicas não estabelecidas, bem como manter sob controle alguma doença já existente e manter a capacidade funcional,

possibilitando diagnósticos e intervenções precoces que ofereçam melhores prognósticos.

Perfil 2: Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária (AVD). Incluem-se nesse grupo as pessoas idosas que: a) Realizam as atividades de forma adaptada, através de algum tipo de modificação ou de forma diferente do habitual ou mais lentamente. As adaptações também incluem modificação do ambiente ou do mobiliário ou, ainda, da forma de execução, como por exemplo, passar a fazer sentada uma atividade que antes realizava em pé. Também são incluídas neste perfil pessoas que necessitam de alguma adaptação que permita a execução das atividades, como o uso de lentes ou de lupas para leitura, de um aparelho auditivo ou de outros tipos de órteses e próteses. Com as adaptações e modificações, a pessoa idosa não depende de terceiros para realizar as AVD, isto é, tem uma independência modificada. b) Realizam as atividades com auxílio de terceiros, conseguindo realizar as AVD com algum preparo ou alguma supervisão. Apresentam declínio funcional e por isso a necessidade do auxílio de outra pessoa em alguma etapa da atividade a ser realizada. Na supervisão, há a presença de terceiros sem a necessidade de contato físico, como por exemplo: a pessoa necessita de incentivo, de pistas para completar uma atividade ou a presença de outra pessoa é necessária como medida de segurança. Em algumas situações há necessidade de um preparo prévio para a atividade ser realizada, como por exemplo, a colocação de uma adaptação para alimentação, colocar pasta na escova de dentes etc.; são consideradas pessoas em risco de tornarem-se totalmente dependentes, dada a condição de saúde apresentada e as intervenções realizadas. Nesse sentido, o cuidado deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos.

Perfil 3: Pessoas idosas totalmente dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária, ou seja, não realizam as AVD sozinhas. Elas não participam ativamente de nenhuma etapa da atividade e há a presença de terceiros com a necessidade de contato físico para realizá-las, como por exemplo, dar banho, vestir, alimentar, mudar de decúbito, fazer a transferência da cama para a cadeira ou vice-versa, entre outras. Apresentam declínio funcional estabelecido, com necessidade de acompanhamento contínuo para a realização das atividades básicas da vida diária; trata-se de pessoas que têm sua capacidade funcional mais comprometida, que já perderam a capacidade para a

realização, tanto das atividades mais complexas da vida, como das atividades mais simples para o próprio cuidado. Nestes casos, o foco do cuidado deve estar na prevenção terciária e quaternária, gerenciando as condições crônicas e ofertando cuidados prolongados. O acompanhamento domiciliar deve ser planejado, visando à reabilitação possível, os cuidados paliativos e o suporte à família e aos cuidadores.

As Atividades da Vida Diária (AVD): estão relacionadas às tarefas do cotidiano que desenvolvemos rotineiramente no ambiente em que vivemos, seja dentro ou fora de casa, assim como as tarefas de cuidado com o próprio corpo. As AVD são subdivididas em:

Atividades instrumentais da vida diária (AIVD): envolvem habilidades para administrar o ambiente e aspectos relacionados à gerência da vida, que também se relacionam com a integração da pessoa na comunidade. São consideradas atividades como administrar as próprias finanças, fazer compras, usar o telefone, tomar medicamentos na hora e dose correta, sair de casa sozinho, utilizar vários tipos de transporte e outras atividades que demandam atuação familiar, social e na comunidade (LIMA-COSTA *et al.*, 2017).

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): envolvem os cuidados diários com o próprio corpo, como tomar banho, fazer a higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, usar o vaso sanitário e ter o controle de fezes e urina (controle esfínteriano) (LIMA-COSTA *et al.*, 2017). Também compõem as atividades da vida diária: fazer e receber visitas; participar de atividades culturais, de recreação e de lazer; dirigir; viajar; fazer trabalhos voluntários ou remunerados; participar de atividades da vida comunitária e cidadã (reuniões, organizações, associações e grupos sociais). Brasil (2019) subdivide essas atividades mais complexas, relacionadas à integração social, à produtividade e recreação em **Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)**.

A perda de capacidade para a realização de atividades fundamentais para a vida diária indica um processo de **Declínio Funcional**, o qual se apresenta em uma certa hierarquia: primeiramente a pessoa apresenta dificuldades para realizar as atividades mais complexas para, depois, experimentar dificuldades na realização das atividades mais básicas da vida diária (BRASIL, 2018).

2.4. Declínio funcional

Destacam-se abaixo os Sinais de Alerta de comprometimento da capacidade funcional, conforme proposto no documento de orientação para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa pelo MS (BRASIL, 2018):

- Multimorbidades (≥ 5 diagnósticos)
- Polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia)
- Internações recentes (mais de duas internações nos últimos seis meses)
- Incontinência esfincteriana (urinária e/ou fecal)
- Quedas recorrentes (duas ou mais nos últimos 12 meses).
- Alteração de marcha e equilíbrio
- Comprometimento cognitivo (perda de memória, desorientação espacial e temporal)
- Comprometimento sensorial (visão, audição)
- Dificuldades de comunicação
- Isolamento social
- Insuficiência familiar
- Sinais e sintomas de transtorno de humor (depressão, ansiedade)
- Perda de peso não intencional (mínimo 4,5 kg ou 5% do seu peso corporal) no último ano.
- Suspeitas de violência
- Dificuldade de mastigação e/ou deglutição, engasgos e/ou tosses recorrentes.

Brasil (2019) propõe o conceito de “Fragilidade Multidimensional”, situação em que o idoso apresenta uma redução da capacidade funcional e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, ocorre uma maior vulnerabilidade ao declínio funcional, à institucionalização e ao óbito. Neste conceito, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes, clínico-funcional e sociofamiliar, resgatando o conceito de saúde como o máximo bem-estar biopsicossocial e não simplesmente como a ausência de doenças.

O componente clínico-funcional da Fragilidade Multidimensional tem como premissa a capacidade do idoso de ser independente nas AVD. A fragilidade indica, justamente, o declínio dessa capacidade funcional, podendo este ser iminente ou estabelecido, conforme indicado a seguir:

a) Declínio funcional iminente: Síndrome caracterizada pela presença de condições crônicas de saúde preditoras de desfechos clínicos negativos ou adversos (dependência funcional, institucionalização, hospitalização e morte). Estas condições incluem a presença de:

- **Polipatologia** - presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica OU presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades, fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica;
- **Polifarmácia** - uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes;
- **Internação recente** - nos últimos 6 meses, por qualquer motivo;
- **Comprometimento cognitivo leve** - presença de declínio cognitivo percebido pelo usuário e/ou acompanhante, não preenchendo os critérios para demência, uma vez que não apresenta declínio funcional nas AVD;
- **Sarcopenia** - doença generalizada e progressiva da musculatura esquelética, associada a desfechos adversos, como maior risco de quedas, fraturas, dependência física e mortalidade:

a) Declínio funcional estabelecido - presença de incapacidade funcional ou dependência e, conseqüentemente, restrição da participação social.

b) O componente sociofamiliar da Fragilidade Multidimensional considera os determinantes de saúde: raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral.

As principais incapacidades no idoso, conhecidas como “Gigantes da Geriatria” ou “Grandes Síndromes Geriátricas” “7 Is da Geriatria” são (BRASIL, 2019):

Incapacidade cognitiva (demência, depressão, delirium e doença mental),

- Instabilidade postural (relacionada em grande medida à ocorrência de quedas)
- Imobilidade

- Incontinência esfincteriana (urinária e/ou fecal)
- Incapacidade comunicativa (ocasionadas primordialmente por cegueira e surdez)
- Iatrogenia
- Insuficiência familiar

Para a avaliação do declínio funcional do idoso, o MS lança mão do conceito de "Avaliação Multidimensional", a qual considera múltiplas dimensões:

- **Dimensão clínica** - histórico de saúde-doença por meio de uma anamnese ampliada e centrada no idoso, e o exame físico tradicional, buscando identificar a presença de agravos (quedas, hematomas, fraturas etc.), doenças crônicas e agudas, intervenções médicas já sofridas ao longo da vida, hábitos, antecedentes familiares e quantidade e tipos de medicamentos utilizados. O exame clínico permite avaliar o estado geral de saúde do indivíduo, identificando sinais, sintomas e comprometimentos da saúde e da qualidade de vida das pessoas.
- **Dimensão psicossocial** - enfatiza os aspectos relacionados à cognição, à memória, ao humor, aos comportamentos e à saúde mental de forma geral, atentando tanto para situações de sofrimento psíquico quanto de transtornos mentais estabelecidos. Além disso, compreende o entendimento da dinâmica familiar, do suporte familiar e social, de questões econômicas, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, por tratar de aspectos que frequentemente interferem nas condições de saúde das pessoas.
- **Dimensão funcional** - considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência ao máximo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional, e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

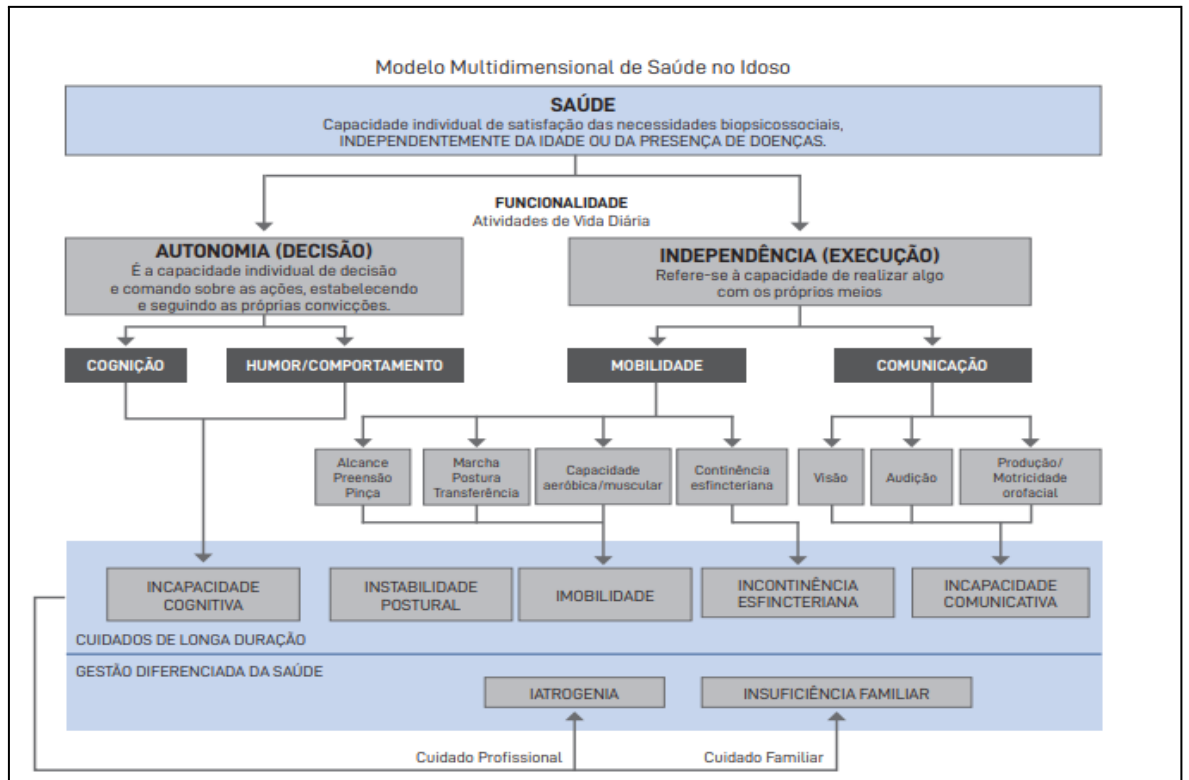
As ações de cuidado para os idosos do Perfil 3 (idoso frágil) podem ser guiadas considerando o potencial de melhora funcional ou fase final de vida (BRASIL, 2019):

- Idoso frágil com alto potencial de melhora funcional: são idosos com maior probabilidade de ganho funcional e/ ou qualidade de vida, beneficiando-se do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado integrado com a APS.

- Idoso frágil com baixo potencial de melhora funcional: são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. Este subgrupo deve ser manejado na APS, com apoio da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em saúde do idoso quando necessário, com o objetivo de evitar a piora funcional.
- Idoso frágil em fase final de vida: apresenta grande dependência funcional e sobrevida estimada menor que 6 meses ou que tem resposta negativa à seguinte pergunta: “Você ficaria surpreso se o paciente falecesse nos próximos meses, semanas ou dias?”. Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. Este subgrupo também deve ser manejado na APS, com apoio da AAE em saúde do idoso quando necessário, tendo como foco das intervenções o cuidado paliativo, baseado no conforto do usuário e de seus familiares.

As dimensões relacionadas ao bem-estar biopsicossocial, os determinantes da saúde do idoso, os domínios funcionais e os elementos relacionados à capacidade funcional encontram-se sistematizados no modelo multidimensional de saúde do idoso proposto por Brasil (2019), conforme exposto na figura (1), abaixo:

Figura 1: Modelo Multidimensional de Saúde no Idoso



Fonte: Brasil (2019)

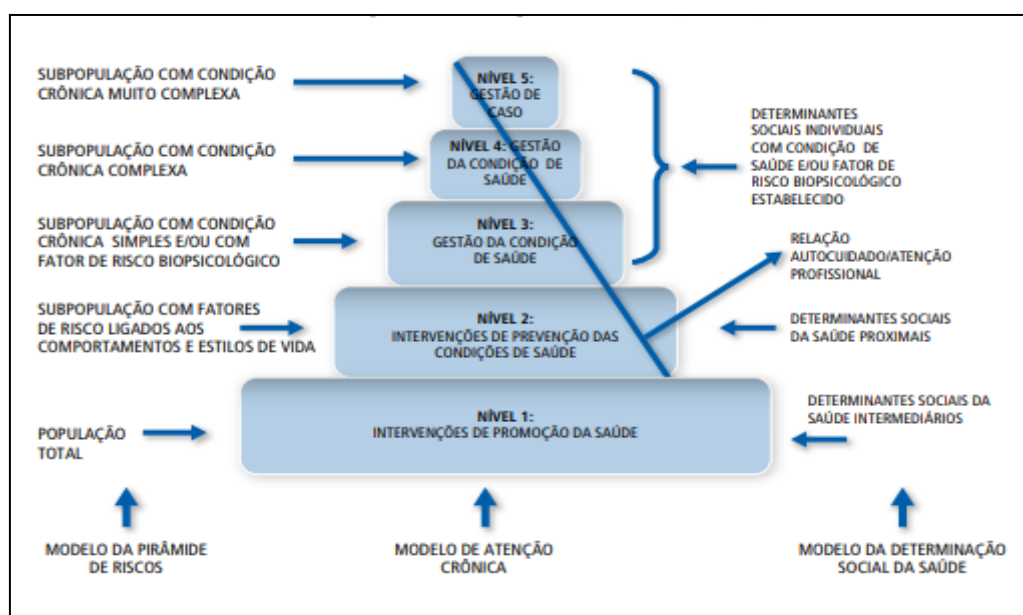
3. MODELO PARA A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Considera-se que a organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme proposto por Mendes (2012), representa a melhor estratégia de resposta a essa situação de rápido envelhecimento da população, aliada ao aumento da longevidade e à maior carga de doenças crônicas e, particularmente, de incapacidades funcionais. A RAS da pessoa idosa nada mais é do que o conjunto de respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia. Dessa forma, esta norma técnica apresenta recomendações para organização da RAS da pessoa idosa, com foco nos processos integrados da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que propõe a superação de um modelo centrado na oferta de consultas. O MACC é composto pelos seguintes elementos:

fluxo de acesso e avaliação na atenção primária em saúde, regulação, condicionalidades a serem preenchidas e o processo de trabalho das equipes - matriciamento, contra-referência e plano de cuidado compartilhado.

A aplicação do modelo deve considerar as colunas da figura (2), abaixo: modelo da pirâmide de riscos, modelo de atenção crônica e modelo dos determinantes sociais de saúde.

Figura 2: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2012)

Baseado em estudos de evidências, Brasil (2019) traz a ideia central de que a atenção à saúde dos idosos mais frágeis, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro princípios essenciais, que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais:

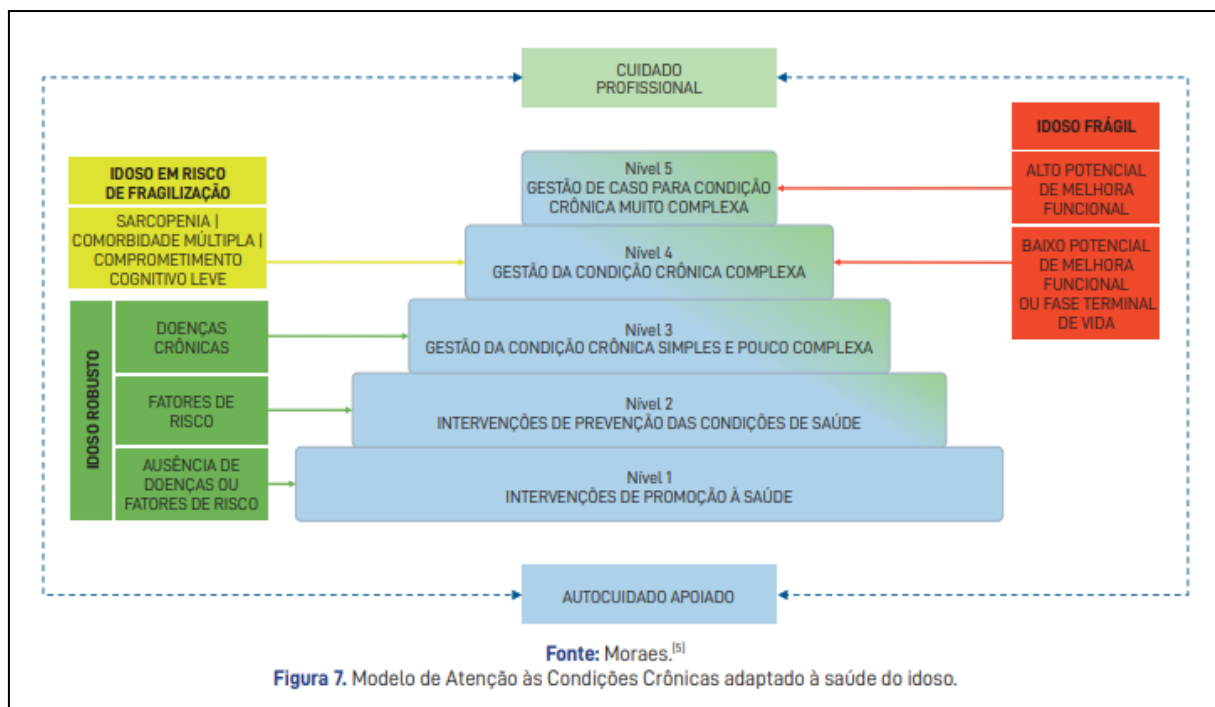
- Avaliação multidimensional ou abrangente, que reconheça todas as demandas biopsicossociais do usuário, seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado.
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidados, composto por todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada.
- Comunicação e coordenação com todos os profissionais e serviços necessários para

implementação do plano de cuidados, com ênfase no cuidado transicional.

- Promoção do engajamento ativo do usuário e sua família no cuidado com sua saúde.

Esses princípios definem uma lógica de organização para as RAS da pessoa idosa. O MACC, proposto como lógica de organização das RAS, acolhe esses princípios para o cuidado do idoso. Assim, Brasil (2019) propõe o MACC Idoso, esquematizado na figura abaixo, inserindo as particularidades da população idosa, de acordo com a estratificação de risco clínico-funcional. O modelo propõe cinco níveis de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, cumulativos de um nível para o outro, voltados para uma população estratificada por risco:

Figura 3: Modelo de Atenção às Condições Crônicas adaptado à saúde do idoso



Fonte: Brasil (2019)

No nível 1, o foco das intervenções são os determinantes sociais intermediários da saúde (educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e comunitários). Propõe ações de promoção à saúde para a população total. Os idosos robustos sem doenças ou fatores de risco (idoso robusto; estrato 1) são beneficiados neste nível. No nível 2, o foco das intervenções são os

determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Propõe ações de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool etc.), beneficiando a parte da população que apresenta esses fatores predisponentes, inclusive os idosos robustos com fatores de risco (idoso robusto; estrato 2 – fatores de risco).

Importante ressaltar que até o segundo nível, não há condições de saúde estabelecidas e nem manifestação de fatores de risco biopsíquicos. Nos níveis 3, 4 e 5, o foco são as condições crônicas de saúde estabelecidas, variando de condições crônicas simples (nível 3) e complexas (nível 4), até condições de saúde altamente complexas (nível 5), presentes em 1% a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Propõe intervenções diferenciadas por nível, utilizando as tecnologias de gestão da clínica (gestão da condição de saúde e gestão de caso).

O nível 3 beneficia idosos robustos portadores de doenças crônicas degenerativas de baixo, médio ou alto risco, mas independentes para todas as AVD (idoso robusto; estratos 2 – doenças crônicas de baixo e médio risco – e 3 – doenças crônicas de alto risco). Do ponto de vista da saúde do idoso, a presença de doenças crônicas degenerativas, mesmo de alto risco, é uma situação ainda considerada simples ou pouco complexa, desde que não haja comprometimento da capacidade funcional. Do ponto de vista do manejo dessas doenças crônicas, as diretrizes clínicas específicas muitas vezes as estratificam como condições complexas (como um diabético hipertenso de alto risco), requerendo intervenções de serviços especializados (unidade ambulatorial especializada para hipertensão e diabetes de alto risco, por exemplo), o que deve ser feito, com a atenção para as particularidades do manejo do idoso.

O nível 4 beneficia os idosos em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e os frágeis (estratos 6 a 10). As intervenções são compartilhadas entre as equipes da APS e AAE. Os idosos frágeis com alto potencial de melhora clínico-funcional são beneficiados pela gestão de caso, intervenção proposta no nível 5, sendo fundamental a realização da avaliação geriátrica global (AGG) e a elaboração de um plano de cuidados, instrumentos descritos no item 4 desta nota técnica. Os idosos com baixo potencial de melhora

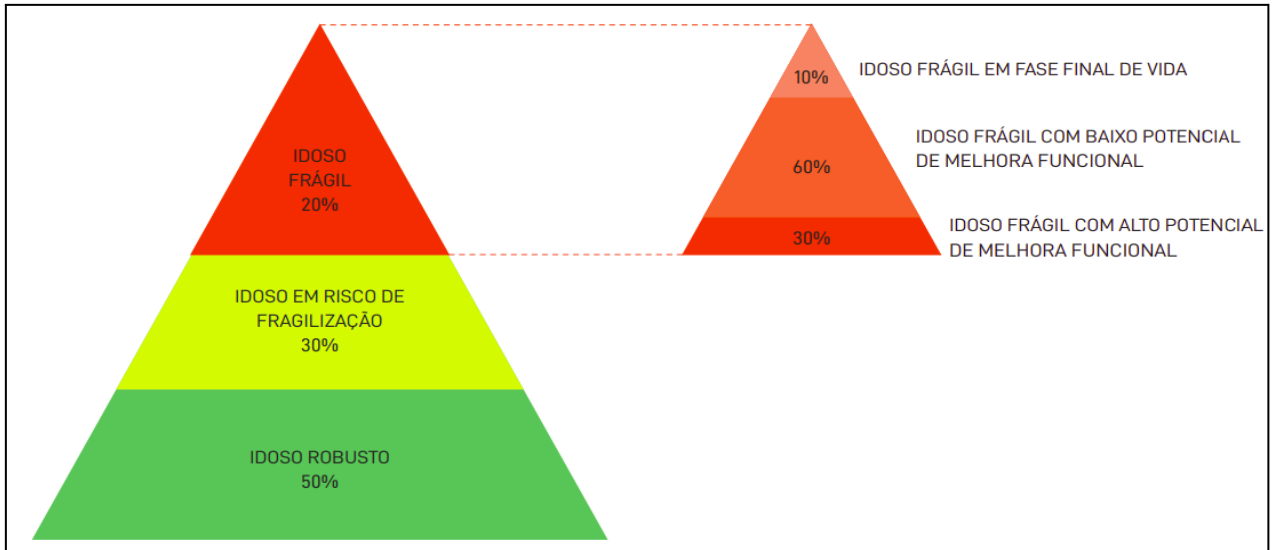
clínico-funcional são beneficiados pelas intervenções de gestão da condição de saúde no nível 4.

Salienta-se que 30% dos idosos frágeis apresentam alto potencial de melhora (figura abaixo), sendo beneficiados pelo atendimento na perspectiva da Gestão de Caso (estrato/nível 5). A justificativa se dá, quando observamos no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, a relação existente entre autocuidado e atenção profissional. Assim, o idoso com alto potencial de melhora estará contemplado no nível 5 com maior atenção/intervenção profissional, enquanto que os idosos com baixo potencial de melhora estarão contemplados no nível 4, com menor intervenção/atenção profissional e maior apoio aos cuidadores e familiares.

O MACC propõe uma relação de equilíbrio entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, respeitando o nível de complexidade da situação de saúde. Para idosos robustos, deve ser dada ênfase ao autocuidado apoiado e, para os idosos frágeis, ao cuidado profissional. Na saúde do idoso, o autocuidado apoiado apresenta algumas particularidades. A perda da autonomia e da independência é a principal característica do idoso frágil, de tal forma que ele torna-se dependente para a realização das atividades do cotidiano. Por exemplo, idosos frágeis no estrato 10 apresentam grau máximo de dependência funcional, pois não conseguem nem mesmo alimentar-se sem ajuda de terceiros. Quanto maior essa dependência, mais a família e o cuidador tornam-se atores fundamentais na preservação dos cuidados básicos com a vida. Assim, o termo “autocuidado apoiado” inclui o cuidador do idoso, que, na maioria das vezes, é um familiar. A intervenção de saúde proposta deve garantir o treinamento dos cuidadores de idosos frágeis, familiares e/ou profissionais, além de enfatizar a importância do envolvimento deles com a equipe interdisciplinar responsável pelo acompanhamento.

A figura seguinte demonstra a prevalência e relação percentual dos diferentes perfis da população idosa, detalhando as subpopulações do Perfil 3 (idoso frágil):

Figura 4: Prevalência dos diversos tipos de idosos



Fonte: Brasil (2019)

4 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Nesta seção serão apresentados os itens fundamentais para a organização da assistência à saúde da pessoa idosa, segue: Estratificação de Risco da Pessoa Idosa; A Estratificação de Risco a partir do IVCF-20 (Índice de Funcionalidade Clínico Funcional 20); Critérios de referenciamento da APS para a AE (Ambulatório Especializado para Pessoas Idosas); Fluxo de Atendimento; Equipe multiprofissional; Primeiro Atendimento; Instrumentos para aprofundamento diagnóstico; Exames; e, Monitoramento e Avaliação.

4.1 A Estratificação de Risco da Pessoa Idosa

A estratificação de risco permite o conhecimento profundo da população idosa atendida na RAS, ou seja, suas necessidades reais de saúde, possibilitando o encaminhamento adequado para cada usuário. Ela deve ser realizada, primeiramente, pelos profissionais da APS, para dar início ao percurso do usuário idoso na rede.

A estratificação de risco é o resultado de diversas avaliações: Aplicação de instrumento que permita determinar índice de vulnerabilidade da capacidade funcional, avaliação clínica tradicional, avaliação sociofamiliar e detalhamento das AVD. Sua análise combinada expressa, de maneira clara, a complexidade clínica funcional dos idosos,

estratificando-os em subgrupos, como prevê o modelo MACC (BRASIL, 2019).

4.1.1 A Estratificação de Risco a partir do IVCF-20 (Índice de Funcionalidade Clínico Funcional 20)

Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação global do idoso. Propõe-se uma forma mais sistematizada de conhecimento da subpopulação de idosos com presença dos principais fatores multidimensionais determinantes de sua saúde através da avaliação clínico-funcional, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), instrumento desenvolvido a partir do modelo multidimensional de saúde do idoso, para rastrear a fragilidade da pessoa idosa.

É importante que a equipe de profissionais do nível especializado conheça as especificidades de IVCF-20 por este ser o instrumento utilizado pela APS para referenciamento dos usuários idosos ao ambulatório de atenção às pessoas idosas (item 4.2 desta NT), assim como será reaplicado pela equipe do nível especializado para fins de monitoramento da melhora funcional da população idosa atendida.

O IVCF-20 é um instrumento de simples utilização, é referência em nível nacional para estratificação de risco de pessoas idosas. Foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7, o Sherbrooke Postal Questionnaire (SBQ), Tilburg Frailty Indicator (TFI), o Groningen Frailty Indicator (GFI), entre outros. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil.

É de rápida aplicação, levando de 5 a 10 minutos para ser finalizado, e avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividades da vida diária, atividades da vida instrumental diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e incontinência esfíncteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas

pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Além disso, fazem parte da avaliação do risco de declínio funcional algumas medidas consideradas fundamentais, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde (agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados. Pode ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras) ou em mutirões de avaliação (BRASIL, 2019).

A metodologia propõe uma pontuação que possibilita correlacionar o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional. Os resultados do referido instrumento podem chegar a uma pontuação máxima de 40 pontos, sendo que 0 a 6 pontos representa “ausência de declínio funcional” (Perfil 1); 7 a 14 pontos representa “possível declínio funcional” (Perfil 2) e 15 a 40 pontos “presença de declínio funcional” (Perfil 3). O IVCF-20 pode ser útil tanto para a avaliação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico dessa população. Anexo a esta nota técnica (ANEXO I e II) encontram-se o instrumento e seu manual de utilização (BRASIL, 2019).

A utilização do IVCF-20 permite chegar à Estratificação de Risco da pessoa Idosa, de acordo com o quadro (1) abaixo:

Quadro 1: Estratificação de risco clínico-funcional do idoso

<p>Perfil 1 (idoso robusto): Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária; ausência de declínio funcional</p>	<p>Estrato 1</p>	<p>Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.</p>
--	----------------------	--

	Estrato 2	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão-alvo.</p> <p>E/OU</p> <p>Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.</p>
	Estrato 3	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia.</p>
<p>Perfil 2 (idoso em risco de fragilização):</p> <p>Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional iminente</p>	Estrato 4	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Apresentam algumas das situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou circunferência da panturrilha de 31cm. ● Presença de comprometimento cognitivo leve ou

		<p>transtorno neurocognitivo leve.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presença de comorbidades múltiplas: <ul style="list-style-type: none"> ● 2 ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3). ● 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades (<i>illness</i>), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica . ● Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes. ● Internação recente, nos últimos 6 meses.
	Estrato 5	<p>Idosos independentes para AIVD e ABVD.</p> <p>Apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais). ● Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: velocidade de marcha em 4 m \leq 0,8 m/s ou <i>Timed Up and Go</i> \geq 20 segundos.
<p>Perfil 3 (idoso frágil): Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional estabelecido</p>	Estrato 6	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Independência para ABVD E ● Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)
	Estrato 7	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Independência para ABVD E ● Declínio funcional em todas as AIVD (dependência

		completa)
	Estrato 8	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa nas AIVD E <ul style="list-style-type: none"> • Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
	Estrato 9	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa nas AIVD E <ul style="list-style-type: none"> • Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única ABVD preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.
	Estrato 10	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa para ABVD. Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.

Fonte: Brasil, 2019

4.2 Critérios de referenciamento da APS para a AE (Ambulatório Especializado para Pessoas Idosas)

Para fins da proposta do Ambulatório de Atenção Especializada para Pessoas Idosas, mais especificamente, para o critério de referenciamento dos usuários da APS para o AAE, a SES recomenda que as equipes de APS utilizem o instrumento IVCF-20 (apresentado acima) para a estratificação de risco da pessoa idosa, independente de qual instrumento estas equipes venham utilizando para a realização da avaliação global de seus

usuários idosos. Ou seja, à medida que os profissionais das equipes de APS identificam sinais de declínio iminente ou declínio já estabelecido, seja através da observação dos usuários, seja através de avaliação multidimensional propriamente dita, a equipe deverá aplicar o IVCF-20 para investigar a necessidade de encaminhamento do usuário idoso para a AAE . Sendo assim, o resultado do teste IVCF-20 fica estabelecido como critério de referenciamento dos idosos da APS para a AE. Assim, uma vez regulados para o Ambulatório de Atenção Especializada para Pessoas Idosas, os usuários chegarão com o instrumento aplicado e com resultado condizente para sua respectiva admissão.

O instrumento também deverá ser utilizado pela equipe de saúde do AAE para reavaliação dos usuários idosos, de acordo com critérios que serão detalhados a seguir, com o intuito de acompanhar a evolução clínica, a detecção de evolução no declínio funcional dos usuários e embasar elaboração e subsequentes modificações no plano de cuidados compartilhado com a APS.

Dessa forma, define-se como **critérios de referenciamento** ao ambulatório:

- **Usuários de 60 anos ou mais que tenham sido avaliados com o teste IVCF-20, o qual deve ter sido aplicado pelos profissionais de saúde da UBS de referência.**
- **Pontuação maior ou igual a 15 pontos no instrumento IVCF-20, que corresponde à classificação nos estratos 6 a 10 e Perfil 3 de funcionalidade.**

Adicionalmente, **recomenda-se fortemente**³:

- **Apresentar os últimos exames de rotina solicitados pela APS**

³ Caso o idoso não apresente exames será acolhido da mesma forma, porém ressalta-se a importância da apresentação de exames de rotina atuais na admissão da AAE para a celeridade do estabelecimento de um plano de cuidados. Para a solicitação de exames de idosos hipertensos e/ou diabéticos, recomenda-se utilizar o preconizado nas notas técnicas estaduais conforme a estratificação de risco destas condições crônicas (<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>; <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.pdf>)

4.3 Fluxo de atendimento

Os usuários idosos serão encaminhados/referenciados da APS ao AAE por meio de regulação regional com as informações clínicas relevantes (histórico, exames pré solicitados, atendimentos na unidade de saúde e nos demais pontos que compõem a rede de saúde local) e com a estratificação de risco que justifique o atendimento presencial, conforme definições da população-alvo.

Durante o atendimento, deve ser estabelecido um plano de cuidados coordenado pelo profissional do ponto de apoio⁴, que será o documento que o usuário levará consigo e apresentará no retorno à sua equipe de APS. O Ambulatório de Especialidade se caracteriza, portanto, como um serviço intermediário de retaguarda da APS. Para isso, o Ambulatório deve organizar o Núcleo Interno de Regulação (NIR), que deve se constituir como interface com a Central de Regulação da CRS envolvida, para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo os critérios pré-estabelecidos para o atendimento.

Além disso, o ambulatório deverá ter fluxo preestabelecido para encaminhamento do usuário a outro ponto de atenção da rede sempre que necessário (rede de urgência, emergência e hospitalar). As consultas devem acontecer prioritariamente de forma presencial ou por teleatendimento, conforme avaliação da equipe, desde que devidamente formalizadas, sem representar prejuízo para o acompanhamento do usuário, minimizando deslocamentos que poderiam ser evitados e otimizando a oferta de cuidado.

Em todo o atendimento de saúde eletivo, os maiores de 80 anos terão preferência especial sobre as demais pessoas idosas e, quando possível, sobre a população geral. A prioridade especial também é denominada de “super prioridade” e está de acordo ao estabelecido no Artigo 15, parágrafo (§) 7º do Estatuto do Idoso, nos seguintes termos: “Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência (BRASIL, 2017).

⁴ As atividades de ponto de apoio deverão ser desempenhadas por um profissional de nível superior, devendo ter carga horária protegida para tal função

4.4 Equipe multiprofissional

Embora a população idosa do ambulatório possa se beneficiar do atendimento oferecido pela equipe multiprofissional elencada na Portaria SES/RS nº 537/2021, para o TS Ambulatório de Condições Crônicas para Adultos e Pessoas Idosas faz-se necessário orientar sobre a carteira básica de serviços na Atenção Especializada à Saúde do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 2021a). No quadro 2 de profissionais elencados devem, preferencialmente, ter formação em saúde do idoso (BRASIL, 2019):

Quadro 2: Carteira básica de serviços no ambulatório de atenção especializada à saúde do idoso

Profissionais responsáveis pelos ciclos de atendimento:	
Médico	Residência em geriatria (preferencialmente) ou formação em saúde do idoso Especialista com experiência em medicina de família e comunidade/saúde pública/coletiva
Enfermeiro	Formação em saúde do idoso Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família
Farmacêutico	Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família Preferencialmente com formação em saúde do idoso
Assistente social	Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família Preferencialmente com formação em saúde do idoso
Psicólogo	Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família Preferencialmente com formação em saúde do idoso Preferencialmente com experiência em abordagem linha teórica comportamental; cognitivo-comportamental ou sistêmica.
Nutricionista	Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família Preferencialmente com formação em saúde do idoso
Fisioterapeuta	Especialista com experiência em saúde pública/coletiva/saúde da família Preferencialmente com formação em saúde do idoso
Técnico em enfermagem	Com experiência em saúde da família

Fonte: Brasil (2019)

Na carteira ampliada, estão previstos também os profissionais fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.

4.5 Primeiro Atendimento/Acolhimento

Recomenda-se que o primeiro atendimento seja realizado através da Avaliação Gerontológica Global – AGG (ANEXO III). A AGG é um procedimento efetivado por

duplas ou trios de profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Este agendamento para a AGG também deverá compreender horário reservado para a primeira consulta com o geriatra, que poderá participar da aplicação da AGG. Realizada a AGG e a primeira consulta com o médico geriatra, a equipe interprofissional fará uma reunião para a discussão do caso e procederá aos encaminhamentos, através da agenda local, para os outros profissionais da equipe, de acordo com as necessidades da pessoa idosa (SÃO PAULO, 2016).

4.6 Instrumentos para aprofundamento diagnóstico

As informações coletadas no IVCF-20, pela APS, e na AGG, no acolhimento do usuário no ambulatório, permitirão a identificação rápida de incapacidades que poderão apontar a presença de problemas específicos apresentados pelo idoso nos cinco domínios funcionais (Cognição, Humor/comportamento, Mobilidade, Comunicação, Comorbidades Múltiplas), indicando necessidade de aprofundamento diagnóstico para identificar a presença das síndromes geriátricas mais comuns ou outras condições de saúde. Esta nota técnica não tem o objetivo de aprofundar os referidos diagnósticos, porém orienta que sejam realizados testes subsequentes à AGG para compor o plano terapêutico e investigar a fundo as condições de saúde do usuário, de acordo com as necessidades de cada um. O profissional só utilizará as escalas que envolvam problemas específicos caso seja indicado pelos resultados da Avaliação Multidimensional. É importante ressaltar que os profissionais que realizam a AGG devem estar atentos ao aprofundamento dos problemas apresentados no teste IVCF-20.

Recomenda-se o estudo do Caderno de Atenção Básica nº 19 (CAB nº19) do Ministério da Saúde, no qual podem ser encontradas escalas para avaliar problemas específicos nos domínios funcionais. A exemplo, indica-se a aplicação do teste Mini exame do estado mental - MEEM caso o idoso apresente alteração no domínio cognitivo no IVCF-20, reforçado pelo relato, aos profissionais que acolhem o idoso no ambulatório, da presença de esquecimentos frequentes que atrapalham o desenvolvimento das atividades da vida. Da mesma forma, é sugerido a aplicação da Escala de Tinetti (no Brasil conhecido como POMA-Brasil) para avaliação mais aprofundada de marcha e

equilíbrio caso o domínio da mobilidade apresente alterações no IVCF-20, principalmente nos quesitos de dificuldades na marcha e presença de quedas.

Além dos exemplos citados, o referido material apresenta instrumentos que permitem a investigação de uma ampla gama de condições apresentadas pelo idoso que geram preocupação, entre elas: avaliação da visão, avaliação da audição, avaliação de depressão, avaliação aprofundada das atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVD e AIVD), avaliação funcional (MIF), avaliação da funcionalidade familiar, genograma ou a árvore familiar, avaliação dos recursos familiares e comunitários, avaliação da sobrecarga dos cuidadores, avaliação da presença de violência e maus tratos contra a pessoa idosa.

O CAB N°19 recomenda um quadro intitulado Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (ANEXO IV), o qual sugere encaminhamentos para cada item de avaliação rápida em diferentes áreas e domínios funcionais. Destaca-se que esta é uma avaliação rápida que requer a complementação de instrumentos específicos para determinar diagnóstico. Além disso, a escuta qualificada dos profissionais deve estar presente em todos os atendimentos aos usuários.

4.7 Exames

Para a indicação dos exames especializados devem ser observados os estratos de risco. Para os idosos frágeis, a realização de exames é sempre submetida a uma avaliação de risco e benefício para o idoso. Os exames de rotina devem ser realizados na APS, com resultados compartilhados na ocasião do ciclo de atendimento na AAE. Os exames especializados devem ser realizados no próprio ambulatório ou em outros serviços da RAS, com fluxos pactuados e garantidos previamente.

Recomenda-se os seguintes exames complementares para avaliação do idoso (BRASIL, 2019):

- ECG (Eletrocardiograma): realizado de acordo com a avaliação cardiovascular
- TC (Tomografia computadorizada) de crânio sem contraste: para suspeita de doenças neurodegenerativa, como as demências
- Densitometria óssea: para rastreio de osteoporose, respeitando as idades - 65 e 85

anos (mulheres) e 75 e 85 anos (homens)

- Ultrassonografia abdominal: para rastreamento de aneurisma de aorta, em homens entre 65 e 75 anos, com história de tabagismo.

4.8 Monitoramento e Avaliação

O acompanhamento de indicadores possibilita a avaliação da efetividade da RAS da pessoa idosa. Destacam-se indicadores de processo e de resultados para acompanhamento da equipe especializada.

Quadro 3: Painel de indicadores de processo na atenção à saúde da pessoa idosa

Indicadores de Processo (BRASIL, 2019)	
Proporção de idosos com polifarmácia	Uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes. Representa marcador de maior risco para reações adversas
Proporção de compartilhamento do cuidado de Idosos com IVC-20 = ou > que 15 pontos com a equipe geriátrico-gerontológica da AE	Mede a percentagem de idosos frágeis com cuidado compartilhado com a APS
Proporção de idosos que implementaram as metas terapêuticas	Mede a percentagem de idosos frágeis que implementaram todas as metas específicas para cada domínio funcional comprometido (cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas)
Indicadores de Processo (SÃO PAULO, 2016)	
Usuários na fila de espera de encaminhamentos registrados no serviço de regulação	Permite ao gestor dimensionar a capacidade de absorção da demanda e redimensionar o número de horas disponibilizadas pela equipe multiprofissional para atendimento
Tempo médio de espera entre o encaminhamento e o início do atendimento no ambulatório especializado	Esta informação contribui para a organização do serviço e orientação das UBS quanto à previsão de atendimentos
Proporção de idosos que não comparecem à consulta inicial do ambulatório	Permite monitorar o absenteísmo
Proporção de encaminhamentos inadequados	Permite qualificar o processo de regulação e trabalho conjunto entre APS e AE

Proporção de tratamentos não concluídos	Permite, quando necessário, a busca ativa no território de origem do idoso para compreensão das causas para o abandono do tratamento, qualificando a assistência
Tempo médio de permanência no ambulatório especializado	Permite estimar a capacidade de absorção da demanda e redimensionar a disponibilidade de consultas

Indicadores de resultado (BRASIL, 2019)	
Percentual de idosos com melhoria na pontuação do IVCF-20 (sugere-se reavaliação semestral)	Indica os idosos que apresentaram melhora funcional após as intervenções propostas no plano de cuidados
Taxa de internações de idosos por causas evitáveis (internações por ICSAB)	Número de internações de idosos do ambulatório por causas evitáveis, causas definidas como condições sensíveis à Atenção Primária, na população idosa de 60 a 74 anos, por 10 mil habitantes de mesma faixa etária, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador de condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetivação da Atenção Primária diminuiria o risco de internações, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, além do controle e do acompanhamento de patologias crônicas. A lista de causas sensíveis utilizada foi a estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 221 da SAS/MS, de 17 de abril de 2008
Taxa de readmissão hospitalar (todas as causas) dentro de 30 dias após a alta	Mede a frequência de reinternação hospitalar no período de 30 dias após a alta. O indicador é importante para avaliar a qualidade da preparação para a alta hospitalar e o atendimento pós-hospitalar, podendo ser considerado parâmetro de avaliação da continuidade do cuidado na RAS
Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur	Número de internações hospitalares financiadas pelo SUS por fratura de fêmur (CID-10 S72), na população idosa de 60 anos ou mais, por 10 mil habitantes na mesma

	faixa etária, residente em determinado espaço geográfico no ano considerado. Estima o risco de internação por fratura de fêmur (CID-10 S72) na população idosa de 60 anos ou mais e dimensiona sua magnitude como problema de saúde pública
Taxa de óbito domiciliar	Proporção de pacientes que vieram a óbito no domicílio. Pode ser considerado um indicador da capacidade da rede em ofertar assistência domiciliar para idosos em cuidados paliativos
Mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNTs	Indica a proporção dos óbitos de idosos de 60 até 69 anos do total de óbitos de pessoas de 30 até 69 anos pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas/CID-10 - I00-I99; C00-C97; J30-J98 (com exceção do J36); E10-E14), em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a participação dos óbitos prematuros de idosos de 60 a 69 anos, em relação ao total de óbitos prematuros de pessoas de 30 até 69 anos. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco
Grau de satisfação do idoso e família	Mede a satisfação idoso e de sua família em relação ao atendimento realizado no centro de especialidade.

Fonte: Brasil (2019)

4.9 Compartilhamento do Cuidado com a APS

A construção compartilhada entre a AE e a APS materializa-se através do matriciamento, que constitui um espaço coletivo de cogestão, educação e formação, onde se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas, para fomentar a cooperação, com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais. Estes espaços possibilitam a criação de uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Nesse sentido, o Ambulatório deve comprometer-se com o

território de referência, criando espaços, onde ocorra o matriciamento das equipes com discussão dos casos, elaboração do PTS/Plano de Cuidados Compartilhado (modelo no ANEXO V), dentre outras atividades. Assim, o compartilhamento do cuidado e das equipes da APS e ambulatorial possibilitará tornar os dois níveis de atenção, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo atenção contínua e integrada. Recomenda-se o estabelecimento de canais de comunicação entre os profissionais atuantes na APS e do ambulatório, para matriciamento e discussão de casos, complementação de informações e apoio no retorno desses usuários para acompanhamento pelas equipes de APS. Exemplos de canais de comunicação são comunicação por e-mail, prontuário compartilhado, entre outros.

Do ponto de vista da gestão do cuidado junto à pessoa idosa, caso o usuário apresente a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) nas consultas, ressalta-se a importância de os profissionais da AE preenchê-la. Este instrumento permite a formulação do Plano de Cuidado Compartilhado, coordenado e integrado, a curto, médio e longo prazos, visando o cuidado em saúde em todos os seus níveis de atenção, à recuperação e/ou à manutenção da capacidade funcional.

Destacam-se outros dispositivos que podem facilitar o compartilhamento do cuidado: agendas conjuntas, suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, análise conjunta de indicadores e informações da saúde dos usuários, facilitação de processos locais de planejamento com a utilização de instrumentos comuns e estabelecimento de fluxos pactuados; discussão do perfil das referências e contrarreferências; mediação de conflitos, buscando qualificar na construção de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários (SÃO PAULO, 2016).

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- BRASIL. Secretaria Geral. **Lei nº 13.466, de julho de 2017**. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): Secretaria Geral, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm. Acesso em. 14 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Albert Eistein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2022.
- FILHO, P.J.M *et al.* Transição demográfica no Rio Grande do Sul: um processo desafiador. DRd - Desenvolvimento regional em debate. **Revista eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional**. Universidade do Contestado. V.7, n.1, p. 196-213, 2017.
- LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 51 (suppl 1), 2017.
- MASSA, K. H. C; DUARTE, Y. A. O; FILHO, A. D. P. C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (24): 105-114, 2019.
- MENDES, E, V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde: resumo**. Genebra (Suíça), 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-hum-anos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES Nº 537, de 03 de agosto de 2021**. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR: programa de incentivos hospitalares. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2021a. Disponível em: [23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf \(saude.rs.gov.br\)](https://saude.rs.gov.br/23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf). Acesso em: 12 mai. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES Nº 444, de 10 de junho de 2021**. Aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2021b. Disponível em: [Diário Oficial do Rio Grande do Sul \(saude.rs.gov.br\)](https://diariooficial.rs.gov.br/diario-oficial-do-rio-grande-do-sul). Acesso em: 12 mai. 2022.

SAMPAIO, R. F; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (3), mar 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zFxVmNQCs7dhDnjk6RF3p/?lang=pt>. Acesso em: 13 mai. 2022.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento Norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso - URSI**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2016.

ANEXO I

Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 <small>www.ivcf-20.com.br</small>			
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</i> <i>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>			Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ^B <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^C <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^D	
AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ^B <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^C	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> 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 (); Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas (); Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); Interação recente, nos últimos 6 meses (). <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Interação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

ANEXO II

Manual de aplicação do IVCF-20

(BRASIL, 2019)

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) avalia 20 domínios da Fragilidade Multidimensional, e sua aplicação completa leva em torno de 5 a 10 minutos. A pontuação varia de zero a 40 pontos, de acordo com as respostas obtidas na entrevista.

A pontuação a ser somada a cada pergunta está escrita próximo à resposta. Por exemplo: em “Você teve duas ou mais quedas no último ano? (X)Sim²”, somam-se 2 pontos ao resultado, e em “Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? (x)Sim¹”, soma-se 1 ponto ao resultado.

Algumas considerações quanto à aplicação do IVCF-20 devem ser feitas (BRASIL, 2019):

- É importante valorizar a resposta do cuidador/acompanhante para definir a pontuação de cada item, uma vez que este (sobretudo nos casos de incapacidade cognitiva, anosognosia e/ou depressão com desmotivação grave) fornece informação mais fidedigna do que o próprio paciente.
- Na parte de “atividades de vida diária” (perguntas de 3 a 6), somente devem pontuar os casos em que houver declínio funcional, ou seja, quando o idoso fazia a atividade e deixou de fazer (neste momento não interessa o motivo pelo qual deixou de fazer as atividades de vida diária). Por exemplo, na pergunta 4, se o idoso não controla as finanças, mas nunca o fez, ele não vai pontuar neste item.
- No domínio Cognição, a resposta do cuidador muitas vezes será mais valorizada que a do próprio paciente, uma vez que uma das condições mais comuns de incapacidade cognitiva na população é a doença de Alzheimer, que leva à anosognosia, fazendo com que o paciente não se sinta “esquecido”.
- No domínio Comunicação, o objetivo não é avaliar a presença de hipoacuidade visual ou hipoacusia, mas a presença destes problemas em gravidade suficiente para impedir a realização de alguma atividade do cotidiano (ainda que simples, como a leitura). Caso o idoso consiga realizar a tarefa com o uso de óculos ou prótese auditiva, o item não deve ser pontuado.
- No domínio Comorbidades Múltiplas, o termo “cinco ou mais doenças crônicas” se refere a quaisquer condições crônicas. Por exemplo: se o idoso tem hipertensão, incontinência urinária, hipoacusia, quedas de repetição e osteoartrite, ele vai pontuar.
- Quanto ao “uso de cinco ou mais medicações diferentes, todo dia” devem ser levados em consideração todos os fármacos, incluindo os conjugados (por exemplo, o comprimido de cálcio e vitamina D conta como duas medicações), polivitamínicos,

fitoterápicos, ômega-3 e outras medicações – ainda que não tenham sido prescritas pelo sistema de saúde.

- Quanto ao item “internação recente, nos últimos 6 meses”, as internações eletivas ou curtas também devem pontuar. Observação no hospital por tempo inferior a 24 horas não deve ser pontuada.
- O IVCF-20 avalia todos os domínios da funcionalidade (cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas), podendo ser considerado uma avaliação geriátrica ampla de rápida aplicação. No entanto, o IVCF-20 não é capaz de confirmar diagnósticos mais específicos por si só. Quando o idoso pontua em um dos domínios do IVCF-20, sinaliza à equipe de saúde que é necessário aprofundar mais na avaliação daquele item.
- Sobre a velocidade de marcha:
 - Velocidade da marcha $<0,8\text{m/s}$ é considerada um dos principais marcadores de sarcopenia.
 - A diminuição da velocidade da marcha tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos idosos.
 - A velocidade da marcha é um bom teste da integração e do funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Desta forma, a velocidade da marcha é reconhecida como instrumento essencial na avaliação dos idosos.
 - Para fins de triagem, sua aferição pode ser feita em qualquer ambiente, até mesmo no domicílio. Orienta-se a marcação de uma distância de 4 metros no chão, em linha reta, com o auxílio de uma fita métrica, sinalizando o ponto de partida e o de chegada. O idoso é orientado a caminhar esta distância com passadas um pouco mais aceleradas do que o usual (“andando como se estivesse atravessando uma rua”), mas sem correr. Assim que o idoso começar a caminhar, o tempo é medido com relógio comum ou cronômetro, e seu término se dá quando o idoso atinge a marca dos 4 metros. A velocidade da marcha é calculada dividindo-se 4 metros pelo tempo cronometrado no relógio (4/tempo em segundos).
 - Normalmente, o tempo gasto para o idoso percorrer esta distância é de, no máximo, 5 segundos (equivalente a uma velocidade da marcha de 0,8 metro por segundo).
- Sobre a circunferência da panturrilha:
 - A presença de circunferência da panturrilha (CP) $<31\text{cm}$ traduz a presença de redução da massa muscular.
 - A medida da circunferência da panturrilha pode ser feita nas posições sentada ou de pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. No idoso acamado, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão, conforme figura abaixo.

- A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresenta o maior perímetro, sem fazer compressão. Fazer medições adicionais acima e abaixo deste ponto, para assegurar-se de que a primeira medida é a maior. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras. É necessário também estar atento ao caso de indivíduos obesos, que podem ter circunferência da panturrilha normal ou até aumentada mesmo na presença de sarcopenia (obesidade sarcopênica).



Fonte: Paraná, SESA.^[9]

Figura 1. Posicionamento para a medida da circunferência da panturrilha.

Correlação entre risco de vulnerabilidade e declínio funcional.

0-6 pontos	Idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Ausência de declínio funcional
7-14 pontos	Idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Possível declínio funcional
≥15 pontos	Idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Presença de declínio funcional



ANEXO III
Avaliação Gerontológica Global - AGG
 (SÃO PAULO, 2016)

PRONTUÁRIO		Data da AGG:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário UBS:	
AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL - AGG			
Pontuação IVCF-20 realizado na AB:			
Marcar a pontuação obtida:		Data de aplicação :	
A) DADOS PESSOAIS			
Nome da mãe:		CNS:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		SEXO: F () M ()	
Nacionalidade:		Naturalidade:	
RG:	CPF:	TEL:	
Endereço:		Celular:	
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Estado civil:	Escolaridade (em anos):	Profissão:	
Reside sozinho: () SIM () NÃO, mora com?			
Tem transporte para vir ao tratamento: () Sim () Não			
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR			
Nome:		IDADE:	
Telefone:	Celular:	Recado:	
() Formal () Informal	Grau de parentesco:	Reside com o paciente? () Sim () Não	
OBS:			
FAMÍLIA			
Fale sobre sua família e de como são as relações entre seus membros:			
DADOS SOCIAIS			
Situação Previdenciária: () Aposentado () Pensionista () BPC - Idoso () Outros, qual?			
Situação Habitacional:	() Apartamento	() Casa térrea	() Sobrado
	() Própria	() Alugada	() Cedida
	() Alvenaria	() Madeira	() Outros:
Tem suporte social? () NÃO () SIM Qual? Considera suficiente?			
OBS:			

PRONTUÁRIO		Data da AGG:	
TÉCNICO AVALIADOR:			
Nome do paciente:		Data de Nascimento:	
UBS e equipe:		Prontuário UBS:	
AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA GLOBAL - AGG			
Pontuação IVCF-20 realizado na AB:			
Marcar a pontuação obtida:		Data de aplicação:	
A) DADOS PESSOAIS			
Nome da mãe:		CNS:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		SEXO: F () M ()	
Nacionalidade:		Naturalidade:	
RG:	CPF:	TEL:	
Endereço:		Celular:	
Complemento:	Bairro:	CEP:	
Estado civil:	Escolaridade (em anos):	Profissão:	
Reside sozinho: () SIM () NÃO, mora com?			
Tem transporte para vir ao tratamento: () Sim () Não			
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR			
Nome:		IDADE:	
Telefone:	Celular:	Recado:	
() Formal () Informal	Grau de parentesco:	Reside com o paciente? () Sim () Não	
OBS:			
FAMÍLIA			
Fale sobre sua família e de como são as relações entre seus membros:			
DADOS SOCIAIS			
Situação Previdenciária: () Aposentado () Pensionista () BPC - Idoso () Outros, qual?			
Situação Habitacional:	() Apartamento	() Casa térrea	() Sobrado
	() Própria	() Alugada	() Cedida
	() Alvenaria	() Madeira	() Outros:
Tem suporte social? () NÃO () SIM Qual? Considera suficiente?			
OBS:			

ANTECEDENTES

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

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

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

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

DOR

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

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



0



1



2



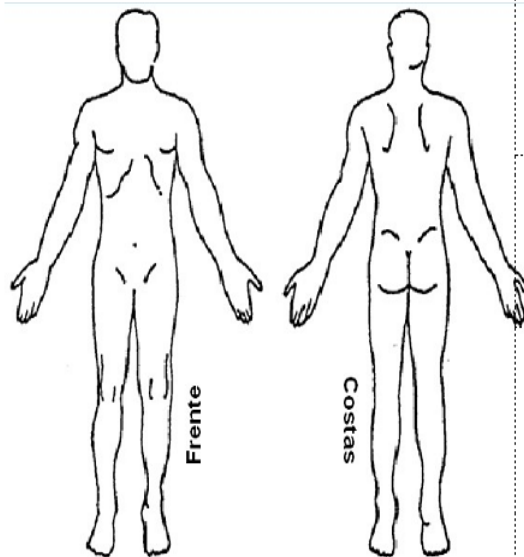
3



4

Localizar a dor assinalando na figura abaixo:

Na sua percepção, o que desencadeia a dor?



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

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

C) PERCEPÇÃO DO COTIDIANO**SATISFAÇÃO COM A PRÓPRIA VIDA**

COMO SE SENTE EM RELAÇÃO A SUA VIDA?

INVENTÁRIO DE ATIVIDADES

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

QUAIS ATIVIDADES VOCÊ MAIS GOSTA DE FAZER?

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

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

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

Escuta bem? () SIM () NÃO

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

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

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

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

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

Sente tontura? () NÃO () SIM

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

LOCOMOÇÃO E MOBILIDADE

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

QUEDAS

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

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

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

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

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

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

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

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

() Outra, qual?

Tem medo de cair? () NÃO () SIM

BUCAL

Quando foi ao dentista pela última vez?

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

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

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

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

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

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

Tem sangramento gengival? Não () Sim ()

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

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

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

Se sim, especificar:

Observações:

ANEXO IV

Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa
 (Ministério da Saúde, 2007; disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>)⁵

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito: ___ Ouvido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINÊNCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar causas. Ver capítulo de incontinência urinária. (pág.30)

⁵ O documento indicado deve ser acessado para o conhecimento das referências indicadas na presente tabela. Exemplo: Na avaliação breve da Área Audição, a tabela indica um teste na página 137. Essa página se refere ao documento referenciado no link - <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (Pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de

		avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinneti (página 149) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147)
DOMICÍLIO	Na sua casa há: Escadas? ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias
QUEDA	Quantas vezes? ___	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ___ Quem poderia ajudá-lo/a? ___ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ___	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174)

ANEXO V

Plano de Cuidado Compartilhado entre AAE e APS
(Ambulatório de Atendimento Especializado em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus - Hospital Regional de Santa Maria / RS)

PLANO DE CUIDADO COMPARTILHADO ENTRE AAE E APS

DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Sexo:

Nome da mãe:

Data de Nascimento: / /

Endereço:

Telefone:

Município de residência:

RG:

CPF:

Nº do cartão do SUS:

APS DE REFERÊNCIA

Unidade de Saúde:

Telefone:

Município de Unidade:

Email da unidade:

Lista de Problemas/Condição Clínica

METAS TERAPÊUTICAS

Meta Endocrinologista: A1C=

Meta Nutricionista: Peso: IMC: Circunferência Abdominal;

Meta Cardiologista: PAD (); PAS (); LDL (); HDL (); Triglicerídios:

Evoluções Equipe Interdisciplinar

Considerações / Pactuação Educador Físico

Atividade Física: « » Exercício Físico « »

Considerações / Pactuação Oftalmologista

Retinopatia: () sim () não

Considerações / Pactuação Serviço Social		
Suporte Familiar:	Suporte Social:	
Considerações / Pactuação Endocrinologista		
A1C:		
Considerações / Pactuação Psicólogo		
Autocuidado:	Letramento:	
Considerações / Pactuação Vascular		
PÉ DM:	ITB:	
Considerações / Pactuação Nutricionista		
IMC:	CA:	PESO:
Considerações / Pactuação Cardiologista		
PA:	Colesterol Total:	LDL:

Considerações / Pactuação Farmacêutico

Tratamento Medicamentoso:

Considerações / Pactuação Nefrologista

TFG() Microalbuminúria() DRC Estágio 1() 2() 3A() 3B() 4() 5()

Considerações / Pactuação Fisioterapeuta

EXAME PÉ DIABÉTICO:

Considerações / Pactuação Enfermeiro

HGT:

Data de Exames	Consultas Subsequentes

Lista de Medicamentos Utilizados
Considerações da APS

Nome do Enfermeiro

Paciente

LOCAL, / /