

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA BRASILEIRA DA PESSOA IDOSA



Brasília – DF
2026

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA
VENDA PROIBIDA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

CADERNETA BRASILEIRA DA PESSOA IDOSA



Brasília – DF
2026

SUMÁRIO

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

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

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

PARTE II – GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....53

Acompanhamento de Saúde.....	53
Medicamentos em Uso.....	56
Avaliação Clínica.....	60
Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).....	66
Outros Testes Complementares – Avaliação Multidimensional....	72
Avaliação de Riscos Individuais para a Saúde.....	76
Avaliação do Sono.....	76
Avaliação Ambiental.....	77

Avaliação do Suporte Sociofamiliar.....	78
Genograma ou Árvore Familiar.....	80
Avaliação de Recursos Familiares e Comunitários (Ecomapa).....	82
Avaliação de Saúde Bucal.....	84
Histórico de Exames Laboratoriais.....	86
Histórico - Outros Exames ou Informações Relevantes.....	90
Cuidado Coordenado (Referência - Contrarreferência).....	94
Plano de Cuidados - Metas Terapêuticas e Cuidados Personalizados.....	98
Agenda de Atividades Coletivas.....	110

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

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

SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS122

AGENDA DE ATENDIMENTOS.....124

CALENDÁRIO VACINAL.....126

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:	
Como você gosta de ser chamado(a):	
Data de nascimento: ____/____/____	Cole aqui sua foto
CNS:	
CPF:	
Número de Identificação Social (NIS):	
Você está inserido(a) no Cadastro Único? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Identidade de Gênero:	
Povos e/ou comunidades tradicionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ribeirinha <input type="checkbox"/> Cigana <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela (oriental) <input type="checkbox"/> Indígena – especifique o povo/etnia: _____	
Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei) de referência:	

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

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

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

Reside em:

Casa Apartamento Cômodo

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

Em situação de rua Desabrigado

Em privação de liberdade Residência terapêutica

Outro: _____

Área:

Urbana Rural

Imóvel:

Próprio Alugado Cedido Outro: _____

CUIDADOS

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

Você tem uma pessoa que cuida de você? Sim Não

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

Outra: _____

Você é responsável pelo cuidado de alguém? Sim Não

Familiar. Qual? _____

Outro: _____

PESSOAS DE REFERÊNCIA

Você tem pessoas de referência? Sim Não

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

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

Nome completo:

Telefone:

Qual é o grau de relação?

Familiar Vizinho(a) Amigo(a)

Outro: _____

Essa pessoa mora com você? Sim Não

Nome completo:

Telefone:

Qual é o grau de relação?

Familiar Vizinho(a) Amigo(a)

Outro: _____

Essa pessoa mora com você? Sim Não

Nome completo:

Telefone:

Qual é o grau de relação?

Familiar Vizinho(a) Amigo(a)

Outro: _____

Essa pessoa mora com você? Sim Não

PARTE I

CIDADANIA E SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

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

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

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

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

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

Ela também serve como um documento pessoal, ajudando a acessar rapidamente informações importantes sobre sua saúde, inclusive em situações de urgência.

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

DIREITOS DA PESSOA IDOSA

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

QUEM DEVE PROTEGER A PESSOA IDOSA?

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

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

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

Principais leis e normativas que envolvem a população idosa:

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

CONHEÇA SEUS DIREITOS

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

EXERCENDO SEUS DIREITOS

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

DIREITO AO CUIDADO

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

SAIBA MAIS!

Conheça o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n.º 14.423, de 22 de julho de 2022), acessando o QR Code ao lado:



Clique aqui

SAIBA MAIS!

Conheça a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, 28 de setembro de 2017), acessando o QR Code ao lado:



Clique aqui



Clique aqui

SAIBA MAIS!

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

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO IDOSA

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

TIPOS DE VIOLÊNCIA

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

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

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

COMO SE PROTEGER E PREVENIR A VIOLÊNCIA

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

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



Clique aqui

PROMOVENDO UMA CULTURA DE RESPEITO À PESSOA IDOSA

RESPEITO À DIVERSIDADE

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

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

VOCÊ SABIA?

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



GARANTIA DO ACESSO

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



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

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

IDADISMO: ESTIGMA, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO PELA IDADE

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

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

Essas expressões podem ocorrer em três dimensões:

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

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

COMO SUPERAR O IDADISMO

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

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

SEGURIDADE SOCIAL

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

ATENÇÃO!

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

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

BENEFÍCIOS SOCIAIS

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

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

PLANEJAMENTO: A MINHA RELAÇÃO COM A APOSENTADORIA

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

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

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

A page with 20 horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width. On the left side, there is a solid green vertical bar. At the bottom right, there is a thick green L-shaped bar that curves around the corner of the page.

EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

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

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

CONHEÇA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

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

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

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

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



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

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

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

VOCÊ SABIA?

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

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

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



Clique aqui

SAIBA MAIS!

Conselhos de Saúde
Municipal, Estadual e Nacional.

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

APLICATIVO MEU SUS DIGITAL

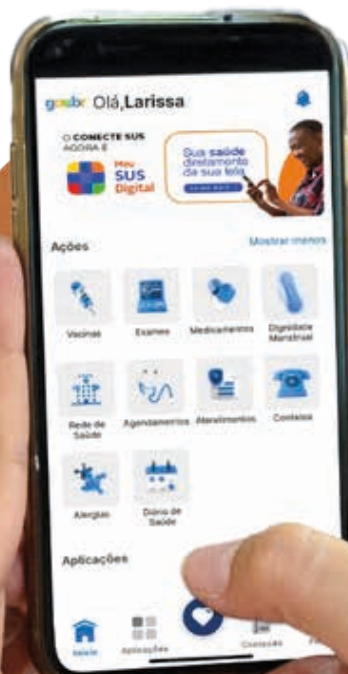
Conheça mais sobre o Meu SUS Digital
no QR Code ao lado:



Clique aqui



Meu
SUS
Digital



CONHEÇA O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS

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

CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – CRAS

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

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

CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

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

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

COMO ACESSAR ESSES SERVIÇOS?

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

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO (SENESCÊNCIA)

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



Clique aqui

SAIBA MAIS!

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

FUNCIONALIDADE, AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

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

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

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

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

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

INFORME SOBRE O SEU CONTEXTO DE VIDA.

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

PARTICIPE ATIVAMENTE DO SEU TRATAMENTO E EXERÇA SUA AUTONOMIA!

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

FORTALEÇA A RELAÇÃO COM A EQUIPE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA.

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

UM POUCO SOBRE MIM: AFETOS E SIGNIFICADO

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

A page with 20 horizontal lines for writing, framed by a green border. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. The green border is thicker on the left and bottom sides, and thinner on the right side.

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

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

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

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

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

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

Confira o exemplo a seguir:



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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Mantenha a higiene e os cuidados com a saúde bucal! Manter boa saúde bucal ajuda a garantir boa saúde nutricional. Leia mais sobre esse assunto no capítulo sobre saúde bucal (página 38).



Clique aqui

SAIBA MAIS!

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

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

ATENÇÃO!

Busque ajuda e orientações com a sua equipe de saúde de referência, em caso de:

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

VOCÊ SABIA?

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

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

ATIVIDADE FÍSICA

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



CONHEÇA O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

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

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

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

VOCÊ SABIA?

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

Mantenha-se ativo(a) sempre que puder!

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

COMO INICIAR UMA ROTINA DE ATIVIDADE FÍSICA

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

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

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

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

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

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

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

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

BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

A realização de atividades físicas traz vários benefícios, como:

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

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

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

DICAS PARA SUPERAR BARREIRAS

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



Clique aqui

SAIBA MAIS!

Confira o ***Guia de Atividade Física para a População Brasileira!*** O material oferece orientações práticas sobre como incorporar a atividade física na sua rotina, adaptadas para todas as idades e níveis de aptidão física.

SAÚDE BUCAL

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



**BRASIL
SORRIDENTE**
Saúde Bucal no SUS

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

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

Fique atento(a)!

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

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

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

HIGIENE BUCAL

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

CUIDANDO DAS PRÓTESES E IMPLANTES

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

O uso delas exige cuidados especiais:

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

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

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

VOCÊ SABIA?

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

COMO CUIDAR DA BOCA SECA

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

CÂNCER DE BOCA

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

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

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

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

SEXUALIDADE

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

FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NA VIDA SEXUAL

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

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

PREVENÇÃO E CUIDADOS SOBRE AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

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

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

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

INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL

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

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

ATENÇÃO!

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

PREVENÇÃO DE QUEDAS

O QUE É UMA QUEDA?

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

DICAS DE PREVENÇÃO:

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

IDENTIFICANDO O RISCO DE QUEDAS

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

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

QUEM ESTÁ PREENCHENDO ESSE QUESTIONÁRIO?

Pessoa idosa Amigo(a)/familiar Profissional de saúde

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



Vacina sempre Brasil

VACINAÇÃO

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

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



Clique aqui

SAIBA MAIS!

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

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

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

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

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

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E CUIDADOS COM MEDICAMENTOS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

O SUS oferece medicamentos gratuitos para o tratamento das principais doenças existentes na população brasileira.

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

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais



Clique aqui

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



Clique aqui

POLIFARMÁCIA

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

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

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

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

ATENÇÃO!

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

CUIDADOS GERAIS COM OS MEDICAMENTOS

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

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

SEGUINDO O TRATAMENTO RECOMENDADO

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

COMPREENDENDO POSSÍVEIS BARREIRAS

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

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

Atenção!

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

PARA LEMBRAR DE FALAR COM MINHA EQUIPE DE SAÚDE

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

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

Data	O que aconteceu?	O que foi feito para melhorar?	Outras observações

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

Data	O que aconteceu?	O que foi feito para melhorar?	Outras observações



PARTE II

GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

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

ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE

Devem ser registradas informações sobre o **histórico de saúde**, como condições clínicas, diagnósticos, cirurgias, internações, eventos adversos e outras ocorrências relevantes.

DATA	CONDIÇÕES	OBSERVAÇÃO

DATA	CONDIÇÕES	OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS EM USO

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

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

8 AVALIAÇÃO CLÍNICA

HISTÓRICO DE CONSULTAS						
DATA DO ATENDIMENTO	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ACOMPANHANTE NA CONSULTA						
QUEIXA / DEMANDA						
COGNIÇÃO						
HUMOR / COMPORTAMENTO						
MOBILIDADE / MARCHA						
ESCORE DE RISCO IVCF-20 ¹						
PERÍMETRO DA PANTURRILHA ²						
DADOS ANTROPOMÉTRICOS	PESO					
	ALTURA					
	IMC					
PRESSÃO ARTERIAL	DEITADO(A)					
	SENTADO(A)					
	EM PÉ					

1 - PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

2 - É UM BOM PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO DA MASSA MUSCULAR NA PESSOA IDOSA. MEDIDA < 31 CM SUGERE REDUÇÃO NA MASSA MUSCULAR (SARCOPENIA).

RISCO CARDIOVASCULAR					
FUNÇÃO RENAL					
ESTADO NUTRICIONAL					
PLANO DE CUIDADOS					
ASSINATURA					

HISTÓRICO DE CONSULTAS

DATA DO ATENDIMENTO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
ACOMPANHANTE NA CONSULTA					
QUEIXA / DEMANDA					
COGNIÇÃO					
HUMOR / COMPORTAMENTO					
MOBILIDADE / MARCHA					
ESCORE DE RISCO IVCF-20 ¹					
PERÍMETRO DA PANTURRILHA ²					
DADOS ANTROPOMÉTRICOS	PESO				
	ALTURA				
	IMC				
PRESSÃO ARTERIAL	DEITADO(A)				
	SENTADO(A)				
	EM PÉ				

1 - PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

2 - É UM BOM PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO DA MASSA MUSCULAR NA PESSOA IDOSA. MEDIDA < 31 CM SUGERE REDUÇÃO NA MASSA MUSCULAR (SARCOPENIA).

RISCO CARDIOVASCULAR					
FUNÇÃO RENAL					
ESTADO NUTRICIONAL					
PLANO DE CUIDADOS					
ASSINATURA					

HISTÓRICO DE CONSULTAS

DATA DO ATENDIMENTO		____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
ACOMPANHANTE NA CONSULTA						
QUEIXA / DEMANDA						
COGNIÇÃO						
HUMOR / COMPORTAMENTO						
MOBILIDADE / MARCHA						
ESCORE DE RISCO IVCF-20 ¹						
PERÍMETRO DA PANTURRILHA ²						
PESO						
ALTURA						
IMC						
DEITADO(A)						
SENTADO(A)						
EM PÉ						

1 - PONTUAÇÃO IVCF-20 OU OUTROS INSTRUMENTOS SIMILARES.

2 - É UM PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO DA MASSA MUSCULAR NA PESSOA IDOSA. MEDIDA < 31 CM SUGERE REDUÇÃO NA MASSA MUSCULAR (SARCOPIENIA).

RISCO CARDIOVASCULAR					
FUNÇÃO RENAL					
ESTADO NUTRICIONAL					
PLANO DE CUIDADOS					
ASSINATURA					

AValiação MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

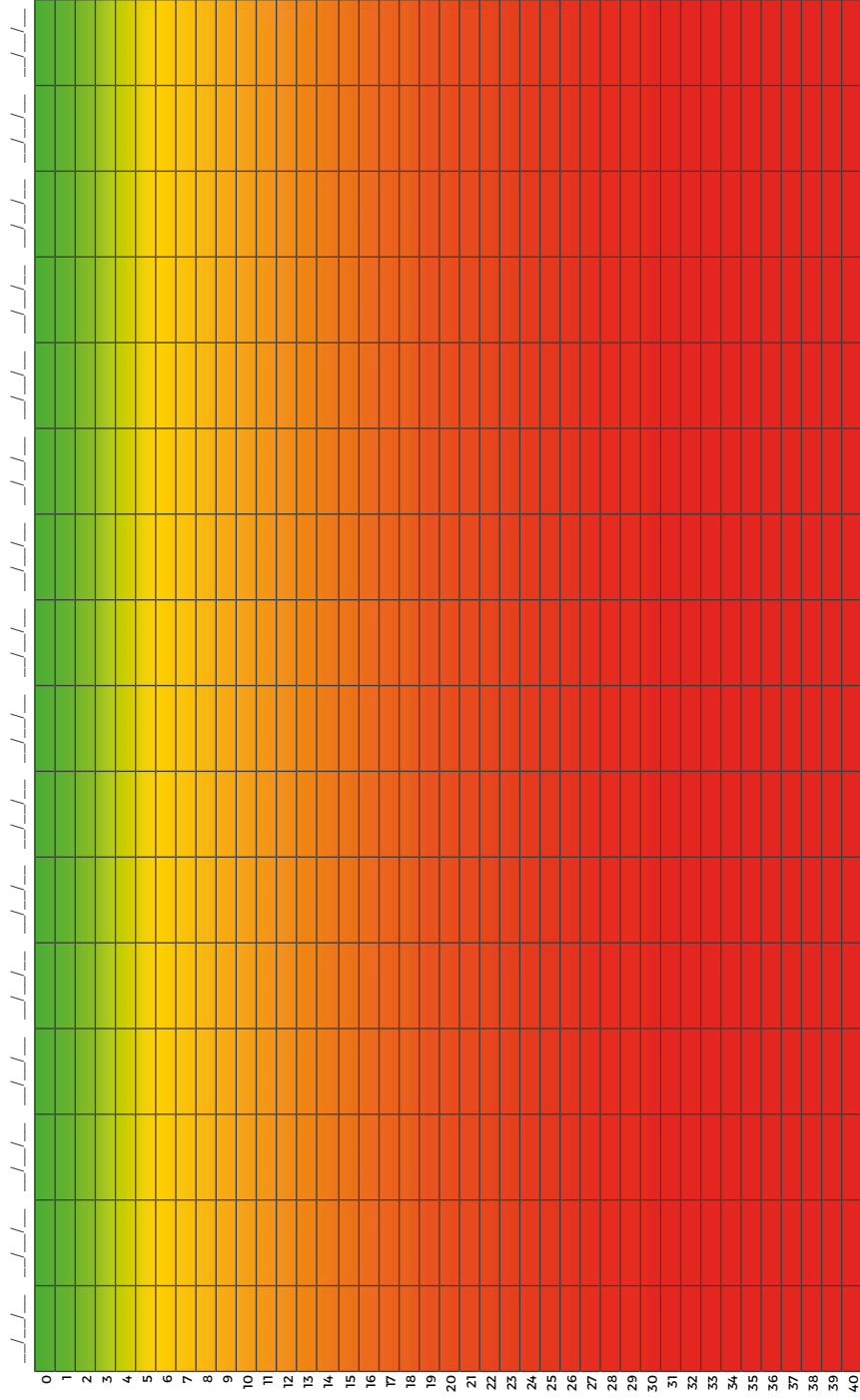
Índice de VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20)

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

HUMOR	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 4 pt
	<p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 2 pts
MOBILIDADE	<p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <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 <input type="checkbox"/> • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22kg/m² <input type="checkbox"/> • Circunferência (perímetro) da panturrilha menor que 31 cm <input type="checkbox"/> • Em um teste de velocidade da marcha, o tempo gasto para percorrer 4 metros é maior que 5 segundos <input type="checkbox"/> 	Máx. 2 pts
	<p>15. Você tem dificuldade para caminhar que possa impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 4 pts
Continência esfincteriana	<p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (2) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>	Máx. 2 pts



QUADRO DE ACOMPANHAMENTO – PONTUAÇÃO IVCF-20



INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO E PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES

PONTUAÇÃO FINAL	CLASSIFICAÇÃO	FREQUÊNCIA DE REAPLICAÇÃO	EXEMPLOS DE AÇÕES A SEREM OFERTADAS
0 a 6 pontos	Baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Reaplicar o IVCF-20 anualmente ou em intervalo menores, quando houver evento sentinela*	Promoção de saúde, atividades coletivas, saúde bucal, imunização, identificação de fatores de risco, prevenção de acidentes e de complicações de doenças crônicas, manejo de condições de saúde e proteção social
7 a 14 pontos	Moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Reaplicar o IVCF-20 semestralmente ou em intervalos menores, quando houver evento sentinela*	Aprofundamento da avaliação multidimensional, promoção de saúde e prevenção de declínio funcional, abordagem multiprofissional, reabilitação, articulação com atenção especializada, elaboração de plano de cuidados e coordenação do cuidado
15 a 40 pontos	Alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	Reaplicar o IVCF-20 semestralmente ou em intervalos menores, quando houver evento sentinela*	Aprofundamento da avaliação multidimensional, prevenção quaternária, abordagem multiprofissional, articulação com atenção especializada, elaboração de plano de cuidados, coordenação do cuidado, fortalecimento de vínculos, prevenção de violências, apoio à pessoa cuidadora, cuidados de longo prazo

***Eventos sentinela** são quaisquer situações que possam gerar um alerta, como: quedas, internação, mudança na prescrição de medicamento, mudanças no comportamento, viuvez recente, entre outros.

Para a aplicação do IVCF-20 em contextos sem acesso ao prontuário eletrônico, recomenda-se a impressão e utilização da ficha disponível na Biblioteca Virtual de Saúde.



Clique aqui

72 OUTROS TESTES COMPLEMENTARES – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL



74 OUTROS TESTES COMPLEMENTARES – AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL



AValiação de Riscos INDIVIDUAIS PARA A SAÚDE

Esteja atento(a): a presença de qualquer um desses fatores exige avaliação cuidadosa, definição de condutas e monitoramento pela equipe de saúde.

DATA DA AVALIAÇÃO:								
Está fumante?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Faz uso de álcool?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está restrito ao leito (acamado)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Está restrito ao domicílio (domiciliado)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Apresenta feridas crônicas ou lesões de pele (ex: úlcera por pressão)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Apresenta sinais de desidratação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Apresenta sinais de desnutrição?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Apresenta dificuldades para engolir (engasgos frequentes)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

AValiação DO SONO

DATA:					
Horas de sono por noite / Média de despertares por noite					
Sente-se cansado como se não tivesse dormido?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Deixa de fazer atividades pela manhã por sensação de cansaço	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Seu sono impacta no sono de outras pessoas (cônjuges / cuidadores(as))?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

AValiação Ambiental

Esteja atento(a) à segurança do domicílio, pois a maioria das quedas ocorre dentro de casa.

DATA DA AVALIAÇÃO:					
Áreas com circulação livre de obstáculos					
Presença de barras de apoio	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Pisos uniformes e tapetes bem fixos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Iluminação					
Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Banheiro					
Área do chuveiro com antiderrapante	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Presença de box com abertura fácil	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cozinha e quarto					
Armários na altura adequada ao alcance das mãos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Escada ■ Não há					
Piso antiderrapante	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Corrimão bem posicionado, firme e de ambos os lados	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

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

Adaptado de SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para a 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: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019.

∞ GENOGRAMA OU ÁRVORE FAMILIAR

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

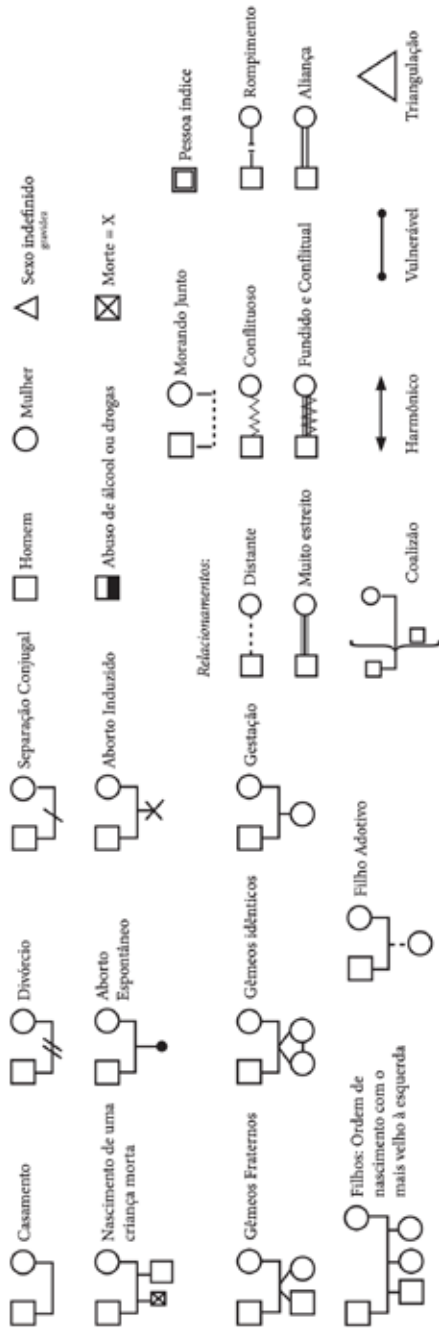
Data de preenchimento: _____

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



Clique aqui

Símbolos usados no genograma:



82 AVALIAÇÃO DE RECURSOS FAMILIARES E COMUNITÁRIOS (ECOMAPA)

Data de preenchimento: _____

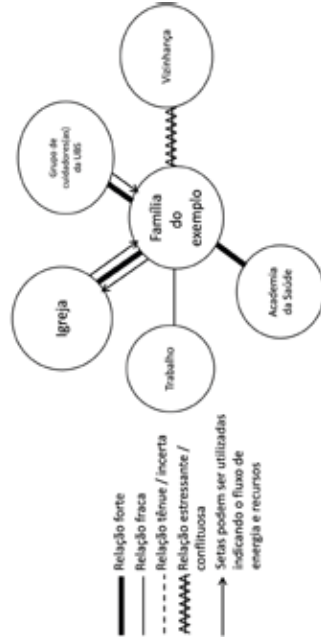
Sugere-se que seja preenchido a lápis,
para atualização sempre que necessário.

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

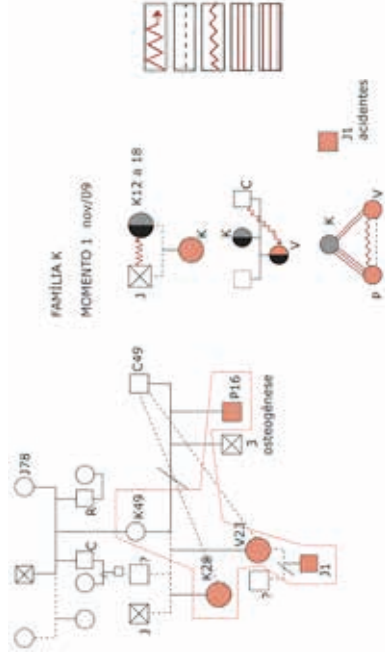


Clique aqui

Exemplo de ecomapa:



Exemplo de genograma:

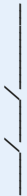

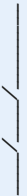

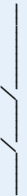
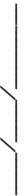
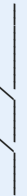
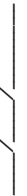
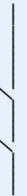
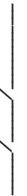
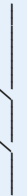
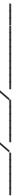
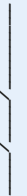
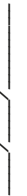


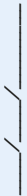

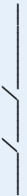

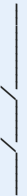
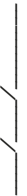
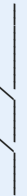
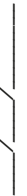
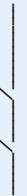
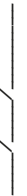
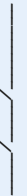
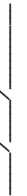
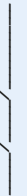
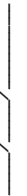
AValiação DE SAÚDE BUCAL

DATA DA AVALIAÇÃO:					
HÁBITOS	Álcool	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Fumo	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALTERAÇÕES OU LESÕES DE MUCOSA	Presença de lesão na mucosa bucal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Boca seca (xerostomia - falta de saliva)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença de língua saburrosa (língua branca)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença de candidíase bucal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença de halitose	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA PERIODONTAL	Presença de placa bacteriana (biofilme dental)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença evidente de gengivite/ sangramento gengival	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença evidente de periodontite/ perda óssea	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Presença de cárie	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Perda dental no último ano	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

PRÓTESE DENTÁRIA SUPERIOR	<input type="checkbox"/> Prótese total (dentadura) <input type="checkbox"/> Prótese parcial (ponte móvel)	NÃO UTILIZA E NÃO NECESSITA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		NÃO UTILIZA, MAS NECESSITA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		UTILIZA - ADAPTADA/ SEM NECESSIDADE DE TROCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PRÓTESE DENTÁRIA INFERIOR	<input type="checkbox"/> Prótese total (dentadura) <input type="checkbox"/> Prótese parcial (ponte móvel)	UTILIZA - NÃO ADAPTADA/NECESSITA DE TROCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		NÃO UTILIZA E NÃO NECESSITA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		NÃO UTILIZA, MAS NECESSITA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		UTILIZA - ADAPTADA/ SEM NECESSIDADE DE TROCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		UTILIZA - NÃO ADAPTADA/NECESSITA DE TROCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

CONSULTA CLÍNICA (EQUIPE DE SAÚDE BUCAL)	(U) Atendimento da unidade de saúde (D) Atendimento domiciliar					
ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	(D) Diagnóstico bucal (P) Periodontia (E) Endodontia (C) Cirurgia (PCD) Pessoa com deficiência (O) Outras especialidades					

PLANO DE CUIDADOS – METAS TERAPÊUTICAS E CUIDADOS PERSONALIZADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGENDA DE ATIVIDADES COLETIVAS

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

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

PARTE III

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

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

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

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

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

SOLIDÃO

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

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

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

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

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

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

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

Autoavaliação do consumo de álcool

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

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

ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO

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

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

Atenção!

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

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

CUIDADOS PALIATIVOS, TERMINALIDADE E LUTO

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

Cuidados paliativos

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

Terminalidade

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

Luto

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

Compreendendo o luto

- **Processo individual:** cada pessoa vive o luto à sua maneira. E não existe um tempo certo para “superar” a perda.
- **Permita-se sentir:** aceite suas emoções e não tenha medo de expressar o que está sentindo.
- **Rede de apoio:** ter uma rede de apoio, incluindo familiares, amigos(as) e profissionais, pode ajudar a enfrentar o luto de maneira mais suave.

ONDE BUSCAR AJUDA?

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

PLANEJAMENTO ANTECIPADO DE CUIDADOS

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

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

COMO EU GOSTARIA DE SER CUIDADO

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

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

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

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

SAIBA MAIS!

Conheça a Política de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3681 de 07 de maio de 2024), acessando o QR Code ao lado:

Clique aqui



A page with 20 horizontal lines for writing, framed by a yellow border. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. The yellow border is thicker on the right and bottom sides, with rounded corners.

SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

SAMU

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Disque 192



CORPO DE BOMBEIROS

Disque 193

**BOMBEIROS
193**

DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA

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

E-mail: disquedenuncia@sedh.gov.br

Site: www.disque100.gov.br



CENTRAL DE ATENDIMENTO À MULHER

Disque 180



OUVSUS

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

Disque 136



DISQUE-SOCIAL

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

Disque 121

Whatsapp: +55 61 4042-1552



AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Disque 0800 701 9656



SITE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

SITE DO MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

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

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


CENTRAL DE INFORMAÇÕES DO INSS

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

Disque 135



Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

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



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

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

Tiragem: 1ª edição – 2026 – 6.000.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
Esplanada dos Ministérios, bloco O, 6º andar
CEP: 70052-900 Brasília/DF
Site: www.gov.br/saude
E-mail: dgci@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Atenção Primária à Saúde:

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Edição-geral:

Camila Maria Mendes Nascimento
Olivia Lucena de Medeiros

Elaboração, atualização e revisão técnica:

Adalia Raissa Alves da Costa
Barbara Bulhoes Lopes de Andrade
Bárbara Magalhães Menezes
Camila Maria Mendes Nascimento
Carolina de Oliveira Ávila
Flavia Avelino Coursand
Francisco Norberto Moreira da Silva
José Maria Viana dos Santos
Julia Estela Soeiro dos Santos
Juliana Nunes de Almeida Costa
Lígia Iasmine Pereira dos Santos Gualberto
Luiza Rosa Bezerra Callado
Marcelo Pellizzaro Dias Afonso
Maria Cristina Pedro Biz
Pamella Morette
Rachel Bedatt Silva
Rayanne Tavares Araújo

Colaboração:

Adrienne Moura Lima
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas
Ana Maria Cavalcante de Lima
Bernardo de Mattos Viana
Daniel Miele Amado
Daniella Jinkings

Diogo do Vale de Aguiar

Edgar Nunes de Moraes
Elida Amorim Valentim
Erika Cardozo Pereira
Flávia Lanna de Moraes
Gleyce Kelly de Araújo Bezerra
Gustavo Guazzelli Nanni
Heloisa da Veiga Coelho
Izabella Lobato Menezes
João Kelson Araujo da Silva
João Victor Inglês de Lara
Joana Danielle Brandão Carneiro
Julia Miller da Fonseca Baldini
Karina Correa Wengerkievicz
Luciana Pelucio Ferreira
Marcelo Galvão da Silva Santos
Mariana Borges Dias
Maria de Fátima Guimarães Vieira
Mario Henrique Kato
Mirian da Silva Queiroz Lima
Naiza Nayla Bandeira de Sá
Olivia Lucena de Medeiros
Raiane Fabiula Rodrigues de Azevedo
Rubens Bendlin
San Diego Oliveira Souza
Shenia Maria Felício Felix
Thais da Silva Sabião
Walquíria Cristina Batista Alves Barbosa

Supervisão editorial:

Claudia de Amorim Souto
Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão textual:

Claudia de Amorim Souto

Projeto editorial, ilustrações e diagramação:

Daniel Felix de Souza
Gabriel Dias
Gabriel Felipe Moreira Medeiros

Fotografias:

Marlon Max

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral.

Caderneta brasileira da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília : Ministério da Saúde, 2026.

128 p. : il.

ISBN: 978-85-334-2912-3

1. Saúde do idoso. 2. Política de saúde. 3. Assistência integral à saúde. I. Título.

CDU 613.98

Catalogação na fonte – Bibliotecário: Delano de Aquino Silva – CRB 1/1993 – Editora MS/CGDI – OS 2026/0011

Título para indexação:

Brazilian booklet of the elderly person



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

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvms.saude.gov.br

ISBN 978-85-334-2912-3



9 788533 429123



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL