



LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE NAS CASAS DE SAÚDE DA FHEMIG, EM MINAS GERAIS

VERSÃO 4 - 2024

**Casa de Saúde Padre Damião
Casa de Saúde Santa Fé
Casa de Saúde Santa Izabel
Casa de Saúde São Francisco de Assis**

CASAS DE SAÚDE

LINHA DE CUIDADO DAS PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE NAS CASAS DE SAÚDE DA FHEMIG, EM MINAS GERAIS

Versão 4 –18/03/2024

Responsáveis pela versão atual:

Gabriella Rodrigues da Silva Camargo/CSSI

Letícia de Carvalho Melo/CSSI

Adelton Andrade Barbosa/ CSPD

Vanessa Cristina Leite da Silveira / CSSFA

Claudete Bernardo Basaglia / CSSFE

Diretoria Assistencial / DIRASS

Autores 1ª versão:

Tiago Sávio Moreira Possas/Fisioterapeuta/Coordenação de Enfermagem e Equipe
Multidisciplinar da Gerência de Diretrizes Assistenciais/DIRASS/FHEMIG

Galeno Hansen Sales/Médico Geriatria/CSSI/FHEMIG

Maria Aparecida Camargos Bicalho/Médica Geriatria/Centro Mais Vida/Saúde do
Idosos/SES/MG

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br e na intranet

SUMÁRIO

PALAVRAS-CHAVE:	3
SIGLAS:	4
1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 DO HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA HANSENIÁSE.....	6
1.2 DOS PRINCÍPIOS DO SUS E DA FUNÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A HANSENIÁSE.....	12
1.3 DO PAPEL ASSISTENCIAL DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	17
2. OBJETIVOS DA LINHA DE CUIDADO	20
3. DIRETRIZES	21
4. BENEFICIÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO	22
5. FINANCIAMENTO DA LINHA DE CUIDADO	27
6. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA FHEMIG	28
7. APLICAÇÃO DO PROTOCOLO.....	30
7.1 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS	32
7.1.1 PRIMEIRA FASE: APLICAÇÃO DO IVCF-20 (Anexo V).....	32
7.1.2 SEGUNDA FASE: AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS PELO IVCF.....	33
7.1.3. TERCEIRA FASE: ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE CUIDADOS:	34
7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LARES INCLUSIVOS.....	43
7.3 RECOMENDAÇÕES	43
REFERÊNCIAS	47
Anexo I - Modelo de declaração de próprio punho (renda)	50
Anexo II - Modelo de declaração de próprio punho (moradia).....	51
Anexo III - Diagrama Inclusão na Linha de Cuidado das Casas de Saúde.....	52
Anexo IV – Autorização de uso do IVCF-20 em população adulta	53
Anexo V: IVCF-20 (adaptado).....	54
Anexo VI – Avaliação Multidimensional.....	61
Anexo VII- tutorial para realizar a avaliação multidimensional testes e escalas: como preencher?	82
Anexo VIII- Diagnóstico Global e Plano de Cuidados a ser anexado nas avaliações médicas, intermediárias e amplas.....	110
Anexo IX- ESCALA DE ALERTA PRECOCE MODIFICADA (MEWS – Modified Early Warning Scale)	113

PALAVRAS-CHAVE:

Atenção domiciliar; Autonomia; Avaliação multidimensional; Equipe multidisciplinar; Hanseníase; Independência; Integralidade do cuidado; Lar inclusivo; Paciente institucionalizado; Saúde da pessoa com deficiência; Saúde do idoso; Plano de Cuidado.

SIGLAS:

AD - Atenção Domiciliar

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AMI - Avaliação Multidimensional do Idoso

APS - Atenção Primária à Saúde

AVDB - Atividade de Vida Diária - Básicas

AVDI - Atividades de Vida Diária - Instrumentais

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CSPD - Casa de Saúde Padre Damião

CSSFA - Casa de Saúde São Francisco de Assis

CSSFE - Casa de Saúde Santa Fé

CSSI - Casa de Saúde Santa Izabel

DIRASS - Diretoria Assistencial

EMAD - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipes Multiprofissionais de Apoio

FEAL - Fundação Estadual de Assistência Leprocomial

FHEMIG- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

IMC - Índice de Massa Corporal

IVCF - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional

MEWS - Modified Early Warning Scale

PCID<15 - Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

PR - Profissional de Referência

PRISMA-7 - Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar SUS - Sistema Único de Saúde

UAGC - Unidade Assistencial Gustavo Capanema

VES -13 - Vulnerable Elders Survey-13

SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

1. INTRODUÇÃO

O presente protocolo busca orientar a estruturação e organização da Linha de Cuidado das pessoas afetadas pela Hanseníase, até 1986, bem como a análise de pedidos de inclusão na mesma.

Para essa análise serão sopesados a historicidade e o contexto social sobre o tratamento da hanseníase, bem como a missão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig – de assistência hospitalar de média e alta complexidade e seu relevante papel no incentivo a ações intersetoriais visando à reabilitação e à reinserção social dos moradores das ex-colônias de hansenianos.

Como será demonstrado, há necessidade de harmonização da interpretação dos requisitos para inclusão na linha de cuidado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de hierarquização da rede de serviços de saúde e de organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, especialmente considerando as funções e a importância da Atenção Primária à Saúde.

1.1 DO HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA HANSENIÁSE

Para definição de orientação sobre a organização e inclusão na linha de cuidado, é essencial a apresentação de breve histórico sobre o tratamento da hanseníase e do atendimento assistencial prestado na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig.

A Hanseníase, desde a antiguidade, tem sido considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude preconceituosa de rejeição e discriminação de seu portador, sendo este, normalmente, excluído da sociedade. (...)

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença (BRASIL, 2001).[1]

Em 1923, foi implantada a política sanitária de tratamento da hanseníase no Brasil, que previa a internação e o isolamento compulsório de pessoas que fossem diagnosticadas com hanseníase em colônias agrícolas, sanatórios e asilos.

Análises documentais sobre a hanseníase mostram que até a década de 1940 o isolamento do doente era a principal forma de intervenção para tentar controlar a endemia e, dessa forma, acreditava-se poder evitar o contágio.

O regulamento da lepra foi elaborado e alterado em 1923 por meio do Decreto nº 16.300 que, além de criar um órgão específico para tratar da profilaxia da doença, traçava diretrizes de caráter mais coercitivo, especificamente o isolamento compulsório dos doentes. O ápice dessa política de isolamento se deu na década de 1930, quando instituições com o modelo de dispensário, leprosário e preventório foram construídas por todo o país.(AQUINO et al, 2016) [2]

As regras de exclusão da época incluíram também as crianças nascidas de pais hansenianos, que eram imediatamente apartadas das mães e levadas para preventórios ou para a adoção, conforme arts. 148 e 170 do [Decreto Federal nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923](#):

§ 1º. As crianças que cohabitarem com leproso só poderão frequentar escolas e collegios sob vigilância muito rigorosa. Desde que apresentem symptoma suspeito não poderão mais permanecer entre outras crianças sãs.

f) os filhos de leprosos, embora um só dos progenitores seja doente, serão mantidos em secções especiaes, annexas ás áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos;

g) essas mesmas crianças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela própria mãe si esta fôr leprosa.

Posteriormente, foi editada a [Lei Federal nº 610, de 13 de janeiro de 1949](#), que definia a profilaxia da hanseníase, reforçava o isolamento, a segregação de filhos de pais hansenianos e a rigorosa vigilância sanitária:

Art. 7º E' obrigatório o isolamento dos casos contagiantes de lepra, compreendidos .

(...)

Art. 11. O isolamento leprocomial será, por via de regra, feito em estabelecimentos oficiais dos tipos colônia ou sanitário, ou em estabelecimentos particulares de tipo sanatorial.

(...)

Art. 15. Todo recém-nascido, filho de doente de lepra, será compulsória e imediatamente afastado da convivência dos Pais.

Art. 16. Os filhos de pais leprosos e todos os menores que convivam com leprosos serão assistidos em meio familiar adequado ou em preventórios especiais.

Art. 17. Será exercida rigorosa vigilância sanitária sobre os doentes isolados em leprosários, os suspeitos e os que estiverem em observação, de modo que se torne fácil promover e fiscalizar o cumprimento das leis e regulamentas sanitários no tocante à lepra.

Seguindo a determinação do Departamento Nacional de Saúde Pública, o Estado de Minas Gerais criou, nas décadas de 1930 e 1940, cinco sanatórios: Sanatório Santa Izabel, em Betim; Sanatório Padre Damião, em Ubá; Sanatório Santa Fé, em Três Corações; Sanatório São Francisco de Assis, em Bambuí; e Sanatório Cristiano Machado, em Sabará. As pessoas acometidas pela doença eram identificadas, triados em Belo Horizonte e, posteriormente, enviados para essas instituições, sob vigilância da polícia sanitária.

Os cinco sanatórios de Minas Gerais eram administrados pela Fundação Estadual de Assistência Leprocomial – Feal. O [Decreto nº 15.617, de 20 de julho de 1973](#), previa que:

Art. 3º – A Feal tem como objetivos permanentes:

I – prestar assistência médico-hospitalar aos hansenianos, em regime de internamento;

II – cooperar para o aperfeiçoamento de profissionais e técnicos em medicina leproológica;

III – realizar e incentivar a investigação e a pesquisa em assunto de saúde, medicina leproológica e de assistência social;

IV – contribuir para a educação e saúde, no seu campo específico;

V – colaborar no desenvolvimento da campanha antileprotica;

VI – colaborar em estudos ligados ao controle do tráfico e uso, para fins não terapêuticos, de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

(...)

Art. 35 – A solução dos casos para internamento hospitalar será feita pelo Dispensário de Triagem, previsto no Regulamento da Feal.

A internação compulsória de pessoas atingidas pela hanseníase deixou de ser a política oficial com a edição do [Decreto Federal nº 968, de 7 de maio de 1962](#), o qual previa o dever de assistência aos doentes:

Art. 7º O Estado prestará a devida assistência social aos doentes de lepra e aos seus dependentes.

§ 1º Aos doentes internados ou não, quando necessário, será promovida a sua recuperação ocupacional, sua readaptação e sua reintegração social.

§ 2º Os doentes de lepra serão divididos em quatro categorias do ponto de vista de seus estigmas:

- a) os incapacitados seriamente para tomar parte ativa na vida.
- b) os que sofrendo deformidades possam produzir trabalhos de valor econômico sob condições especiais.
- c) os que são forçados a abandonar sua antiga ocupação e necessitam habilitar-se para novo emprego.
- d) os que apenas precisam de auxílio para encontrar trabalhos, não constituindo estorvo os estígmata da doença.

§ 3º A assistência social aos doentes isolados em leprocômios terá por fim criar, nesses estabelecimentos, condições de vida digna e confortável e que se aproxime, tanto quanto possível do convívio na sociedade.

§ 4º O Estado somente prestará assistência judiciária e extra-judiciária, gratuita, aos doentes de lepra internados em leprocômios e aos seus dependentes, de modo a lhes resguardar os interesses patrimoniais e familiares perante as autoridades e particulares.

Entretanto, esse normativo não foi cumprido integralmente e imediatamente em todo o Brasil:

O fim do isolamento compulsório se deu a partir do Decreto nº 968 de 1962, muitos anos depois da descoberta das sulfonas, que comprovadamente tratavam a doença e interrompiam o contágio logo no início do tratamento. Dessa maneira, a doença e sua profilaxia começaram a tomar novos rumos, ao sinalizar novas possibilidades terapêuticas. Contudo, o decreto não garantiu, na prática, o fim do isolamento compulsório, já que ele ainda era considerado uma medida necessária pelo Estado e de legitimidade reconhecida pela sociedade. Essas instituições [*colônias onde eram realizadas as internações compulsórias*] deixaram danos irreparáveis na vida dos doentes internados. Dificilmente o doente conseguiria retornar para sua família e sua comunidade de origem, pois o estigma e o preconceito já haviam rompido seus laços afetivos e suas relações sociais.

O preconceito e o estigma são formados a partir de juízos provisórios sobre determinada situação e irão orientar o modo como ela será vivenciada no cotidiano. Com o passar do tempo, esses juízos foram

enraizados pela sociedade e passaram a ser dominantes. O estigma se dá quando uma representação social é sobreposta à identidade do sujeito, tornando-o diferenciado dentro de uma sociedade. O estigma desqualifica o indivíduo e ainda traz consigo a ideia de que a aproximação desse sujeito deve ser evitada. Na hanseníase, o estigma se dá a partir das marcas corporais deixadas pelas sequelas da doença, causando medo e afastamento.(AQUINO et al, 2016)[3]

Em 1977, foi criada a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig, por meio da fusão da Feal, da Fundação de Assistência Médica e de Urgência e Emergência – Feamur – e da Fundação Estadual e de Assistência Psiquiátrica – Feap. Somente com a criação da Fhemig passaram a ser contratados profissionais de saúde e administrativos para tratamento dos pacientes.

Enfim, foi oficializado o fim da política de isolamento compulsório para pacientes com hanseníase no Brasil em dezembro de 1986. Essa medida foi um marco importante na história do tratamento da hanseníase no país, promovendo uma abordagem mais humanizada e baseada em princípios de respeito aos direitos humanos e à dignidade dos pacientes.

Posteriormente, em 2006, foi realizado o I Seminário das Ex-Colônias de Hanseníase, em Três Corações, onde uma nova proposta de reforma do perfil assistencial foi apresentada. Criou-se o Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso e os Sanatórios de Hanseníase passaram a ser chamados de Casa de Saúde Santa Izabel – CSSI, Casa de Saúde Padre Damião – CSPD, Casa de Saúde São Francisco de Assis – CSSFA – e Casa de Saúde Santa Fé – CSSFE. Além da mudança do nome, foram investidos recursos para as demandas de atendimento especializado às pessoas acometidas pela hanseníase.

Já em 2008, por meio da [Resolution 8/13](#), a Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU – reconheceu os abusos cometidos, no âmbito dos direitos humanos, com as pessoas com hanseníase e seus familiares na época do regime de isolamento compulsório e propôs aos países-membros, inclusive o Brasil, políticas afirmativas para as comunidades remanescentes em razão de suas vulnerabilidades.

Em conformidade com essa determinação da ONU, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Recomendação nº 8, de 8 de julho de 2010, exigindo a implementação de uma medida de indenização e reparação dos danos cometidos aos pacientes internados compulsoriamente e aos filhos segregados.

Nesse contexto, foi editada a [Lei Federal nº 11.520, de 18 de setembro de 2007](#), que dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela Hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Ulteriormente, foi criado o incentivo financeiro e normatizado o cuidado integral aos moradores (ex-pacientes internados compulsoriamente), por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.468/2017:

Art. 1º Fica aprovado o financiamento da **Linha de Cuidado ao Idoso das Casas de Saúde** da FHEMIG na forma de incentivo.

(...)

Art. 2º A atenção ao idoso nas Casas de Saúde será realizada através de projeto terapêutico singular com base no **Protocolo da Linha de Cuidado ao Idoso das Casas de Saúde da FHEMIG**, que está disponível no sítio eletrônico www.fhemig.mg.gov.br.

(...)

Art. 4º A utilização da capacidade operacional das Casas de Saúde, após garantida a linha de cuidado ao idoso, poderá ocorrer mediante **parcerias na forma de contratualização ou outros instrumentos entre a FHEMIG, SES e municípios de localização das Casas de Saúde**, sem prejuízo da garantia da atenção integral aos idosos institucionalizados.

(...)

Art. 10. Será realizada a **supressão dos leitos Crônicos e de Hansenologia no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das Casas de Saúde** de que trata essa Deliberação. (grifo nosso)

Na mesma linha de busca por indenização, com relação aos filhos segregados, foi promulgada a [Lei nº 23.137, de 10 de dezembro de 2018](#), que dispõe sobre o pagamento de indenização aos filhos segregados de pais com hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais:

Art. 1º – Os filhos segregados de pais com hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais farão jus a indenização, nos termos desta lei.

Parágrafo único – Farão jus à indenização de que trata o caput os filhos segregados de pais com hanseníase que atendam simultaneamente às seguintes condições:

- I – tenham sido encaminhados a educandários, creches e preventórios ou tenham permanecido nas colônias separados dos pais ou do convívio social;
- II – recebam até quatro salários mínimos;
- III – não recebam o benefício concedido pela Lei federal nº 11.520, de 18 de setembro de 2007.

Essa lei foi regulamentada pelo Decreto nº 47.560, de 13 de dezembro de 2018, que instituiu Comissão de Avaliação dos Requerimentos dos Filhos Segregados dos Pais com Hanseníase – CISH – com a presença de representante da Fhemig e presidência por representante da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

Em março de 2021, o Governo do Estado de Minas Gerais iniciou o pagamento do valor da indenização prevista na legislação estadual para os filhos segregados que comprovaram o cumprimento das três condições.

1.2 DOS PRINCÍPIOS DO SUS E DA FUNÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A HANSENÍASE

A [Constituição da República Federativa do Brasil de 1988](#) determina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Em consonância com os ditames constitucionais, a [Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), dispõe sobre os princípios do SUS:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no [art. 198 da Constituição Federal](#), obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e

coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - **preservação da autonomia** das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, **sem preconceitos** ou privilégios de qualquer espécie;

(...)

IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo:

a) **ênfase na descentralização dos serviços para os municípios**;

b) **regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde**;

(...)

XIII - organização dos serviços públicos de modo a **evitar duplicidade de meios para fins idênticos**.

(...)

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma **regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente**. (grifo nosso)

Em conformidade com a descentralização de serviços de saúde para os municípios e a hierarquização da rede de serviços de saúde,

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro nível de atenção à saúde. (...) também chamada de Atenção Básica, “é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”.

Por ser a porta de entrada do SUS, a Atenção Primária é essencial, pois **aumenta o acesso da população aos cuidados básicos de saúde**.

Ela **evita muitos processos de adoecimento**, como o aumento exponencial de doenças não transmissíveis, como as **cardiovasculares**, ajudando a desafogar os estabelecimentos de saúde voltados, prioritariamente, para a recuperação e reabilitação da saúde.

Não só isso, a medicina preventiva e curativa utilizada neste nível de atenção à saúde também é benéfica economicamente falando. Isso porque, evita gastos posteriores com procedimentos mais complexos.

Além disso, como uma das diretrizes da Atenção Básica é funcionar como um centro de comunicação, organizando o fluxo de atendimento entre as redes de atenção à saúde, isso **impede o gasto desnecessário de recursos financeiros**.

(...)

Tudo isso sem distinção de raça/cor, gênero, sexo, etnia, condição econômica, orientação sexual, ou até mesmo a nacionalidade.

(...)

Conforme o Ministério da Saúde, a Atenção Básica “funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos”.

Por isso, caso o processo de adoecimento possua um grau de complexidade que exija uma maior atenção do que a prestada na Atenção Primária, o indivíduo é encaminhado para os outros níveis de atenção à saúde.

A Atenção Primária presta serviços essenciais à população, promovendo qualidade de saúde e bem-estar e impedindo os agravos.

Tudo isso através da medicina preventiva e curativa, que olha o indivíduo como um ser biopsicossocial, olhando também para o território onde ele habita e a população adscrita.

As Equipes de Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica devem trabalhar de maneira universal e integrada, gerando vínculos com a população que será atendida por eles continuamente.[4] (grifo nosso)

Nessa perspectiva, são funções da Atenção Primária à Saúde – APS:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma

relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.[5]

Dessa forma, conforme diretrizes do SUS, a APS é a ordenadora do cuidado. Por exemplo, ela que realiza a gestão e aplicação de vacinas, o cuidado com as comorbidades, bem como o conhecimento e gestão do risco territorial. A Atenção Primária à Saúde aumenta o acesso da população aos cuidados básicos de saúde, evitando processos de adoecimento e gastos desnecessários de recursos públicos.

É função da APS identificar as necessidades de saúde da população e organizá-las em relação aos outros pontos de atenção à saúde e, quando necessário, encaminhar o paciente para os outros níveis de atenção à saúde.

No tocante às pessoas afetadas pela hanseníase, as diretrizes do Ministério da Saúde – MS – apontam que:

A assistência integral à pessoa com hanseníase requer a organização de equipe multidisciplinar da rede pública de serviços do SUS, da Atenção Básica à média e alta complexidade. Mas a grande maioria dos casos de hanseníase pode ser diagnosticada, tratada e curada na Atenção Básica.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase recomenda que as equipes de saúde da família somem esforços no sentido de levar a informação sobre a doença, importância do diagnóstico precoce e

tratamento oportuno e eficaz em todos os cantos do nosso país. A busca ativa em focos de transmissão recente da doença, especialmente diante do diagnóstico em menores de 15 anos, deve ser estimulada. Para que o controle dessa endemia se torne factível é necessário vencer o desafio de fazer chegar à assistência de qualidade, mais perto da população.[6] (grifo nosso)

A [Portaria MS nº 149, de 3 de fevereiro de 2016](#), que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, cita que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares. Prevê, ainda, que essas ações devem ser executadas em toda a rede de Atenção Primária à Saúde do SUS e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário.

Considerando o princípio da hierarquização dos serviços de saúde e as diretrizes do Ministério da Saúde, o Estado de Minas Gerais concentrou os programas de controle da hanseníase na APS.

O Estado de Minas Gerais ocupava em 1991, o primeiro lugar no Brasil em número de casos. Com o objetivo de atingir a meta de eliminação da Hanseníase elaborou-se o “Plano de Emergência para Controle da Hanseníase” (1991 a 1994) e o “Plano de Eliminação da Hanseníase em Minas Gerais” (1995 a 2000). Estes planos priorizaram a capacitação dos trabalhadores dos serviços de atendimento ao portador de hanseníase, buscando o diagnóstico precoce, o aumento dos casos tratados com a poliquimioterapia e a redução da taxa de abandono. O resultado foi uma queda na prevalência de 22,2 casos/10.000 habitantes em 1991 para 3,2 casos/10.000 habitantes em 2000(3).

Com a diminuição da prevalência da hanseníase e terapias mais breves, os profissionais das unidades básicas de saúde são capazes de tratar o portador de hanseníase sem que isso implique uma sobrecarga no trabalho dos mesmos. Assim, **em 2002, o estado [Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, no Seminário Estadual de Hanseníase] preconizou a Descentralização dos serviços de Hanseníase, com uma proposta de hierarquização do atendimento. A integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para**

eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, a prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social. (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).[7] (grifo nosso)

Ademais, assim como outros cidadãos, as pessoas afetadas pela hanseníase possuem direito ao acesso a todos os serviços abarcados no SUS, inclusive a APS.

Dessa forma, reinserir o morador da ex-colônia no fluxo usual do SUS é uma ação intersetorial em parceria com o gestor municipal de saúde que contribui para a reinserção social dessas pessoas, para a redução de preconceito, para o controle da epidemia de hanseníase e para a redução de outros processos de adoecimento não relacionados a essa doença, como as cardiovasculares.

A adoção de compreensão diversa, apartando as pessoas acometidas pela hanseníase da APS e mantendo seu atendimento exclusivamente pelas Casas de Saúde seria a perpetuação da segregação nas ex-colônias com a retirada do seu direito de acesso regular ao SUS. Afastar a APS do ponto central do cuidado dessas pessoas suprime seu acesso a serviços de saúde, inclusive de outros prestadores públicos ou privados sem fins lucrativos.

1.3 DO PAPEL ASSISTENCIAL DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, com autorização de criação pela [Lei nº 7.088, de 3 de outubro de 1977](#), a partir da fusão da Feal, Feamur e Feap, tem autonomia administrativa e financeira, personalidade jurídica de direito público, prazo de duração indeterminado, sede e foro na capital do Estado, e, nos termos do art. 47, parágrafo único, inciso III, alínea "c", da [Lei nº 23.304, de 30 de maio de 2019](#), vincula-se à SES.

A competência da instituição é disciplinada no art. 76 da [Lei nº 22.257, de 27 de julho de 2016](#):

Art. 76 – A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig – tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em **níveis secundário e terciário de complexidade**, por meio de hospitais organizados e integrados ao SUS, bem como participar da formulação,

do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela SES. (grifo nosso)

De acordo com a estratégia institucional, a missão da Fundação Hospitalar é "Oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado ao usuário do SUS". Sua visão, isto é, onde a instituição quer chegar, o que se pretende alcançar, é "Ser reconhecida pela eficiência de sua gestão na oferta de serviços para a saúde pública", observados os valores de Humanização, Ética, Eficiência, Integralidade, Equidade, Transparência e Qualidade.

A Fhemig administra atualmente 17 unidades hospitalares e o MG Transplantes, tem em seu quadro cerca de 13 mil profissionais que prestam assistência exclusivamente a usuários do SUS.

De acordo, com o Decreto nº 48.651, de 11 de julho de 2023, que contém o Estatuto da Fhemig, a Fundação possui competências relacionadas à reabilitação e reinserção social de moradores das ex-colônias e também possui, em sua estrutura orgânica, as quatro Casas de Saúde:

Art. 2º – A Fhemig tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde – SUS e participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela SES, com atribuições de:

(...)

VI – **incentivar e participar de ações intersetoriais**, no âmbito municipal, estadual e federal, visando à **reabilitação e à reinserção social dos moradores das ex-colônias de hansenianos** e de internos em hospitais psiquiátricos.

Art. 3º – A Fhemig tem a seguinte estrutura orgânica:

(...)

IV – Unidades Assistenciais:

(...)

h) Casa de Saúde Padre Damião, em Ubá;

i) Casa de Saúde São Francisco de Assis, em Bambuí;

j) Casa de Saúde Santa Fé, em Três Corações;

k) Casa de Saúde Santa Izabel, em Betim;

(...)

§ 7º – São consideradas **unidades assistenciais de reabilitação e cuidados integrados** a Casa de Saúde Padre Damião, a Casa de

Saúde São Francisco de Assis, a Casa de Saúde Santa Fé, a Casa de Saúde Santa Izabel e o Hospital Cristiano Machado.

(...)

Art. 7º – Compete ao Presidente:

I – exercer a direção superior da Fhemig, praticando os atos de gestão necessários à consecução de suas competências; (grifo nosso)

2.OBJETIVOS DA LINHA DE CUIDADO

- Sistematizar e normatizar a assistência nas quatro Casas de Saúde do Estado de Minas Gerais, para o público-alvo desta linha de cuidado, dentro dos princípios e diretrizes do SUS;
- Garantir os direitos do público-alvo dessa linha de cuidado;
- Promover, de forma multiprofissional e interdisciplinar, o atendimento às necessidades de atenção à saúde do público-alvo dessa linha de cuidado;
- Executar e monitorar os planos de cuidados definidos para o público-alvo dessa linha de cuidado.

3.DIRETRIZES

- Lei N°. 8.842 de 04 de janeiro 1994 - Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- Decreto N°. 1.948 de 03 de julho 1996 - Regulamenta a Lei 8.842/1994 e dá outras providências.
- Lei N°. 10.741 de 01 de outubro 2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso.
- Lei N° 11.520 de 18 de Dezembro de 2007 - Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.
- Lei 14.736 de 24 de novembro 2023 - Altera a Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007, para modificar o valor da pensão especial concedida às pessoas com hanseníase submetidas compulsoriamente a isolamento ou a internação e conceder o benefício aos seus filhos, na forma que especifica.
- Lei N° 13.146 de 06 de julho 2015 - Institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Diretrizes para Vigilância e Controle da Hanseníase - Ministério da Saúde / 2016.
- Portaria N° 55, de 24 de Fevereiro de 1999 - Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde.
- Portaria N° 825, de 24 de abril de 2016 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
- Estatuto da Fhemig, Decreto nº 48.651, de 11 de julho 2023, Art. 2º, Item VI - Define as competências da Fhemig com os moradores das ex-colônias de hansenianos.
- Lei N° 23.137 de 10 de dezembro de 2018 - Dispõe sobre o pagamento de indenização aos filhos segregados de pais com hanseníase submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais.

4. BENEFICIÁRIOS DA LINHA DE CUIDADO

A “Linha de Cuidado das pessoas afetadas pela Hanseníase nas Casas de Saúde da Fhemig, em Minas Gerais” é dedicada, principalmente à saúde de idosos e pessoas com deficiência; sendo o atendimento ofertado de acordo com o nível de fragilidade de cada paciente, garantindo que todos recebam o cuidado adequado.

Considerando ainda o constante esforço da Fhemig para reinserção dos ex-hansenianos, dos filhos segregados e comunidade em geral que vivem nas ex-colônias, ao longo dos anos tornou-se viável a introdução dessas pessoas no fluxo das políticas públicas municipais, entre as quais aquelas referentes à saúde.

Assim, cabe reforçar que os moradores das antigas áreas das colônias estão sob cuidado da Atenção Primária à Saúde - APS de seus respectivos municípios.

A APS visa coordenar o cuidado integral dos usuários, elaborando e gerindo projetos terapêuticos singulares. Atua como central de comunicação entre os pontos de atenção da Rede de Assistência à Saúde, garantindo acompanhamento contínuo e horizontal. A APS articula-se com outras redes de saúde para assegurar o acesso à saúde de forma equânime e adequada às necessidades da população, podendo demandar o encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção, de acordo com a necessidade do indivíduo: secundário (recuperação da saúde) ou terciário (reabilitação da saúde), para a própria rede Fhemig ou mesmo para outros prestadores de saúde do SUS.

Dessa forma, abaixo estão elencados, nos itens 4.1 e 4.2, os beneficiários desta linha de cuidado e os critérios de elegibilidade para garantia de participação.

4.1 - Pacientes internados compulsoriamente, sob cuidados nas Casas de Saúde, em decorrência de hanseníase, institucionalizados nos leitos de cuidados prolongados, nas enfermarias, pavilhões e nos lares inclusivos;

A partir da redação acima, identificam-se alguns requisitos cumulativos atinentes aos beneficiários ex-hansenianos:

4.1.1 – Requisitos

a) “Pacientes internados compulsoriamente (...) em decorrência de hanseníase”: comprovação de internação compulsória

A comprovação da internação compulsória se dá com o recebimento de benefício concedido pela Lei Federal nº 11.520, de 2007, ou Ficha Epidemiológica Clínica localizada em sistema da SES ou em registros das Casas de Saúde.

b) “sob cuidados nas Casas de Saúde”

O paciente ex-hanseniano deve estar ou ter estado anteriormente sob cuidados nas Casas de Saúde. Dessa forma, deve residir no território de abrangência da respectiva Casa de Saúde, sendo considerado:

- CSSFE: área do imóvel da Casa de Saúde Santa Fé, em Três Corações;
- CSPD: área do imóvel da Casa de Saúde Padre Damião e bairros Povoado São Domingos e Boa Vista, em Ubá;
- CSSI: bairros Colônia Santa Izabel, Citrolândia, Alto Boa Vista, Cruzeiro, Monte Calvário, São Salvador e São Jorge, em Betim;
- CSSFA: área do imóvel da Casa de Saúde São Francisco de Assis e bairros Vila Nova e a Vila da Pedreira, em Bambuí.

Também estão abarcados pacientes ex-hansenianos que já estiveram incluídos na Linha de Cuidado da hanseníase e que eventualmente deixaram a ex-colônia, mas retomaram a moradia no território de abrangência.

Por outro lado, o paciente ex-hanseniano que deixar de residir na área de abrangência das ex-colônias será atribuído o status “suspense” na Linha de Cuidado .

4.1.2 – Documentação comprobatória a ser apresentada para pedido de inclusão na Linha de Cuidado pelos ex-hansenianos:

- cópia simples de documento de identificação com foto (frente e verso);
- cópia simples do Cartão Nacional de Saúde;
- cópia simples de comprovante de residência atualizado (até 3 meses antes da data do pedido) ou declaração de moradia emitida pela Casa de Saúde;
- cópia simples de extrato de recebimento da pensão especial do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, carta de deferimento da pensão especial ou

identificação em lista dos beneficiários da Lei Federal nº 11.520, de 2007, encaminhada pelo Ministério da Cidadania OU Ficha Epidemiológica Clínica.

4.2 - Filhos segregados de pais com hanseníase, submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais, que fazem parte do cadastro único das Casas de Saúde e residem dentro das áreas das ex-colônias.

Para fins de atualização do cadastro único, os filhos segregados que quiserem participar desta Linha de Cuidado poderão requerer o benefício seguindo as condições baseadas na Lei N° 23.137 de 10/12/2018:

Farão jus à inclusão os filhos segregados de pais com hanseníase que atendam, simultaneamente, às seguintes condições:

- I. tenham sido encaminhados a educandários, creches e preventórios ou tenham permanecido nas colônias separados dos pais ou do convívio social;
- II. recebam até quatro salários mínimos;
- III. não recebam o benefício concedido pela Lei Federal nº 11.520, de 18 de setembro de 2007 e Lei Federal 14.736, de 24 de novembro de 2023.

Para assegurar conformidade na análise do pedido de inclusão com a decisão da CISH sobre o requerimento de indenização, identificam-se alguns requisitos cumulativos atinentes aos beneficiários filhos segregados:

4.2.1 – Requisitos

a) “Filhos segregados de pais com hanseníase”

Para ser incluído na Linha de Cuidado, o filho segregado deve ter a decisão do Presidente da CISH deferindo seu requerimento de indenização, após verificados o cumprimento dos requisitos da Lei nº 23.137, de 2018.

Como pode ter tido uma modificação dos rendimentos do solicitante, deve ser apresentada declaração, com presunção relativa, de que ele permanece recebendo até 4 salários mínimos, considerando o valor oficial do salário mínimo no momento da nova declaração.

b) “submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais”

Para ser incluído na Linha de Cuidado , o filho segregado deve ter nascido até 1986, ano em que se encerrou definitivamente a política de isolamento compulsório para pessoas acometidas pela hanseníase no Brasil.

c) “residem dentro das áreas das ex-colônias”

O filho segregado deve residir no território de abrangência da respectiva Casa de Saúde desde o retorno do educandário, creche ou preventório ou desde sua moradia com os pais na colônia, não podendo ter se ausentado do território de abrangência, sendo considerado:

- CSSFE: área do imóvel da Casa de Saúde Santa Fé, em Três Corações;
- CSPD: área do imóvel da Casa de Saúde Padre Damião e bairros Povoado São Domingos e Boa Vista, em Ubá;
- CSSI: bairros Colônia Santa Izabel, Citrolândia, Alto Boa Vista, Cruzeiro, Monte Calvário, São Salvador e São Jorge, em Betim;
- CSSFA: área do imóvel da Casa de Saúde São Francisco de Assis e bairros Vila Nova e a Vila da Pedreira, em Bambuí.

Se porventura o filho segregado deixar de residir na área de abrangência das ex-colônias, ele também deixará a Linha de Cuidado .

4.2.2 – Documentação comprobatória a ser apresentada para pedido de inclusão na Linha de Cuidado pelos filhos segregados:

- cópia simples de documento de identificação com foto (frente e verso);
- cópia simples de Cartão Nacional de Saúde;
- cópia simples de comprovante de residência atualizado (até 3 meses antes da data do pedido);
- cópia simples de decisão do Presidente da CISH deferindo o requerimento de indenização da Lei nº 23.137, de 2018;
- cópia simples de comprovante de internação em educandários, creches e preventórios ou que tenha permanecido nas colônias;
- declaração de renda atual (até 3 meses antes da data do pedido), ou declaração de próprio punho informando a renda de até quatro salários mínimos, conforme Anexo I;

- declaração de próprio punho, nos moldes do Anexo II, informando a residência dentro da área da ex-colônia, desde o retorno do educandário, creche ou preventório ou desde sua moradia com os pais na colônia, sem ter se ausentado do território.

4.3 – Fluxo de apresentação e análise dos pedidos de inclusão na Linha de Cuidado

Os requisitos listados nos itens 4.1 e 4.2 deste Protocolo são cumulativos. Assim, é necessário o cumprimento de todos os critérios simultaneamente pelo beneficiário - ex-hanseniano ou filho segregado - para sua inclusão na Linha de Cuidado .

Para adequado processamento dos pedidos no âmbito da Fhemig, fica estabelecido que o pedido de inclusão e a documentação comprobatória devem ser entregues ao Serviço Social da Casa de Saúde. A entrega deve ser feita pelo interessado, pessoalmente, ou por seu procurador ou parente.

Então, o Serviço Social inclui o pedido e a documentação no Sistema Eletrônico de Informações - SEI - e envia memorando para a Direção da Casa de Saúde, que realiza a conferência do processo e encaminha para a Chefia de Gabinete da Fhemig. Após emissão de parecer pela Chefia de Gabinete da Fhemig, a Presidência da Fundação emite decisão sobre a solicitação.

A Casa de Saúde comunicará o interessado sobre a decisão. Se o pedido de inclusão for deferido, a Direção da Casa de Saúde inclui o requerente no cadastro único dos beneficiários da Linha de Cuidado das Casas de Saúde.

Após inclusão, faz-se necessária avaliação médica multidimensional dos novos beneficiários por meio da aplicação do IVCF-20 (Anexo V deste Protocolo). Por meio da avaliação, será elaborado Plano de Cuidado de cada beneficiário com indicações de quais serviços de saúde serão necessários para o seu acompanhamento.

Ressalta-se que, caso o morador da ex-colônia não satisfaça os critérios para a inclusão na Linha de Cuidado das Casas de Saúde, isso não significará afastá-lo da atenção à saúde. A assistência desse cidadão permanece resguardada conforme fluxo de atendimentos da saúde do SUS.

Todas estas informações estão também dispostas no Anexo III: Diagrama Inclusão na Linha de Cuidado das Casas de Saúde

5. FINANCIAMENTO DA LINHA DE CUIDADO

O financiamento para esta Linha de Cuidado foi estabelecido pela Deliberação CIB SUS/MG, Nº 2.468 de 22 de março de 2017.

6. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA FHEMIG

A Fhemig possui a responsabilidade do cuidado em saúde aos beneficiários, listados neste protocolo, que residem nas ex-colônias de hanseníase, hoje chamadas de Casas de Saúde.

Harmonizando a missão e as competências da Fundação, os princípios do SUS e a não duplicidade com a Atenção Primária à Saúde - APS e as diretrizes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais SES-MG e do Ministério da Saúde - MS primordialmente sobre o tratamento da hanseníase, o quadro a seguir apresenta a organização dos serviços oferecidos dentro das atribuições da Fhemig.

SERVIÇO	OBJETIVO	NORMATIZAÇÃO
Unidade de Apoio Diagnóstico (UAD)	Realização de exames constantes no CNES da Unidade, de forma própria ou terceirizada, com a finalidade de apoiar e verificar o estado de saúde de um paciente.	A necessidade de utilização do serviço pelo beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.
Farmácia	Armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e/ou correlatos.	Disponibilização ao beneficiário de medicação listada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais distribuídos pelo SUS (RENAME). Essa lista pode ser consultada no sítio: https://bvsms.saude.gov.br/publicada-a-relacao-nacional-de-medicamentos-rename-2022/ . Não sendo possível retirar o medicamento via APS, a direção da Casa de Saúde poderá autorizar, mediante comprovação do Plano Terapêutico, a aquisição com recursos da Fundação.
Reabilitação/ Equipe Multidisciplinar	Processo global e dinâmico orientado para a recuperação biopsicossocial.	A necessidade de utilização do serviço pelo beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.
Serviço Domiciliar	Conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, e reabilitação.	A necessidade de utilização do serviço pelo beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.

Centro de Tratamento de Lesões	Conjunto de ações voltadas ao tratamento de feridas e lesões complexas.	A necessidade de utilização do serviço pelo beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.
Ambulatório de Especialidades Médicas	Atendimento em nível ambulatorial para diagnóstico e orientação terapêutica.	<p>A necessidade de utilização do serviço pelo beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.</p> <p>O atendimento ambulatorial também será ofertado pelos demais prestadores da rede do SUS, além da Fhemig, como por exemplo no Centro de Especialidades Médicas do município.</p> <p>As Casas de Saúde serão responsáveis pela organização das agendas dos ambulatórios da Fhemig. O agendamento de consultas não ofertadas nas Casas de Saúde deverão ser orientados pela APS.</p>
Transporte de Pacientes	Transporte eletivo de pacientes para tratamento em saúde, de acordo com o fluxo do SUS.	<p>A necessidade de utilização do serviço de transporte do beneficiário deverá ser comprovada pelo Plano Terapêutico.</p> <p>Acionamento de transporte conforme fluxo regulatório do Sistema Único de Saúde, com base no Protocolo DIRASS Nº 058, que trata do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e a Portaria MS Nº 55, de 24 de Fevereiro de 1999.</p>
Lavanderia Hospitalar	Processamento e distribuição de enxoval.	Beneficiário residindo nos Lares Inclusivos
Limpeza e Higienização de Ambientes	Processo de remoção de sujidade de superfícies.	Beneficiário residindo nos Lares Inclusivos

Ainda em relação às competências da Fhemig, existe também a Portaria Presidencial 2.376 de 04 de agosto de 2023, que versa sobre a alimentação dos pacientes submetidos à política de isolamento compulsório em Minas Gerais devido à hanseníase. Esta portaria aborda a definição e critérios de distribuição do vale alimentação social, ou da “etapa cozida”, para aqueles que foram internados compulsoriamente,

7. APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

Como mencionado no item 3 - Diretrizes, o protocolo é fundamento, dentre outros, nos Estatutos do Idoso e da Pessoa com Deficiência, justamente pelo histórico de criação desta Linha de Cuidado que, primordialmente, foi elaborada para o acolhimento especializado a este público.

A metodologia desta Linha de Cuidado prevê a aplicação anual do IVCF-20 no intuito de mensurar o nível de fragilidade dos pacientes - se robusto, em risco de fragilidade ou frágil - visando a elaboração de ações promocionais, preventivas, reabilitadoras, curativas e/ou paliativas que vão compor seus planos de cuidados.

O IVCF – 20 , é de um moderno instrumento de triagem clínico-funcional que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, apresentando elevada correlação com a avaliação multidimensional do idoso clássica e boa concordância entre aplicadores diferentes. Apesar de ter sido inicialmente validado para estratificação de risco em indivíduos com 60 anos ou mais, em 2023 foi autorizada a utilização do protocolo nas Casas de Saúde da Fhemig também para a população adulta. Isso porque, em 2020 o instrumento já havia sido padronizado para reconhecimento de incapacidades e sequelas da COVID-19 entre os indivíduos de 18 a 59 anos pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Minas Gerais. Decisão que foi chancelada pelo CREFITO, em 2021 (Diretrizes de Reabilitação Fisioterapêutica na Síndrome Pós-Covid-19, publicada em 17/03/2021), conforme mencionado no Anexo IV,

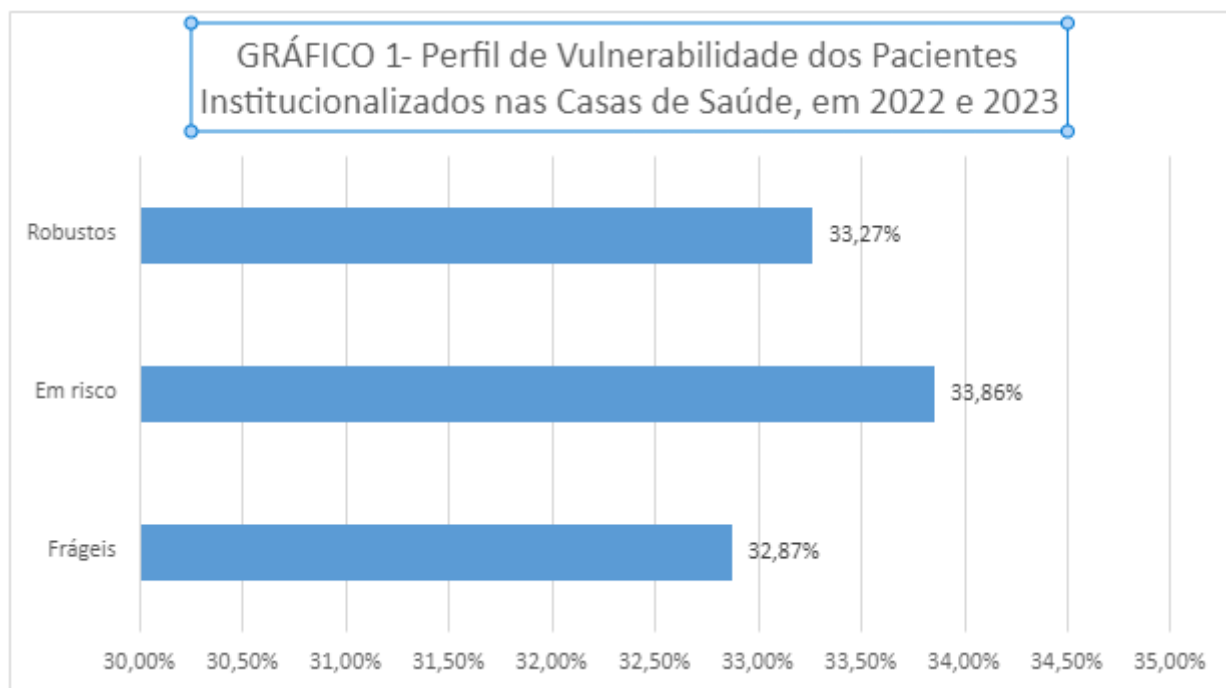
O IVCF-20) vai além de avaliar a capacidade funcional do indivíduo. Ele também serve como guia para determinar o nível de suporte necessário para atender às suas necessidades de saúde, considerando seu grau de fragilidade. Para cada perfil, estabelece-se um tipo de atenção:

- Robusto: foco na prevenção e promoção da saúde, com medidas de Atenção Primária à Saúde.
- Risco de fragilidade: atenção secundária, com consultas, tratamentos e exames especializados em ambiente ambulatorial.
- Estado frágil: atenção terciária hospitalar, com opções como tratamentos clínicos e cirúrgicos, reabilitação e cuidados paliativos.

Dessa forma, é possível definir o suporte adequado à sua situação cada pessoa, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida.

Cumprido destacar que a Fhemig está apta a aplicar o IVCF-20 também em adultos de 18 a 59 anos para avaliação multidimensional da saúde e planejamento estratégico

da gestão da saúde. Sendo assim, o instrumento deverá ser utilizado em todos os beneficiários da Linha de Cuidado, para avaliação do nível de assistência que deve ser ofertada a cada indivíduo, de acordo com suas necessidades de saúde, vinculada ao seu nível de fragilidade. Cerca de 86% dos residentes das Casas de Saúde da Fhemig são idosos e têm perfil de fragilidade, segundo o “índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20)” (Moraes et al., 2016, Rev. Saúde Pública 2016;50:81). O IVCF-20 foi aplicado, em 2022 e 2023, aos residentes e os resultados estão no gráfico abaixo:



Fonte: Elaboração própria.

EIXOS DA LINHA DE CUIDADO:

- Assistência elaborada a partir de planos de cuidados individuais, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, tendo como um dos principais pilares saúde do idoso e da pessoa com deficiência, vigilância epidemiológica e tratamento da hanseníase;
- Busca que a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do SUS, seja fortalecida, assumindo o papel central que lhe cabe na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral à população, evitando a duplicidade de esforços e respeitando a hierarquização e organização do SUS.
- Busca da autonomia e independência, entendendo-se autonomia como capacidade de gerir a própria vida a partir de comandos e de tomada de decisões, e a independência como capacidade de realizar atividades relacionadas ao autocuidado;

- Assistência multiprofissional e interdisciplinar;
- Ambiência humanizada com uma arquitetura que lembre um lar e não um hospital;
- Gestão da Linha de Cuidado que promova um modelo horizontal, implicando e responsabilizando todos os servidores envolvidos no planejamento e na execução dos cuidados assistenciais.

MATERIAL:

Balança antropométrica; esfigmomanômetro; estetoscópio; fita métrica; impressos para avaliações geriátricas e do Índice De Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF); otoscópio; utilizadores potenciais.

7.1 METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

7.1.1 PRIMEIRA FASE: APLICAÇÃO DO IVCF-20 (Anexo V)

O IVCF-20 será aplicado, anualmente, preferencialmente pelos profissionais da equipe multidisciplinar de cada Casa de Saúde, em todos os usuários desta Linha de Cuidado. Também deverá ser aplicado sempre que houver alguma alteração ou intercorrência que modifique o seu nível de fragilidade - positiva ou negativamente, como quedas, internações ou admissões em serviços de urgência. Após a aplicação do questionário o paciente será classificado em:

- Robusto: (IVCF-20 < ou igual a 06 pontos)
- Em risco de fragilização: (IVCF-20 entre 07 e 14 pontos)
- Frágil: (IVCF-20 > ou igual a 15 pontos)

Para facilitar a aplicação, os usuários de cada casa de saúde serão divididos de forma proporcional e equitativamente entre os profissionais de saúde. Recomenda-se a aplicação do instrumento por profissionais de nível superior da equipe multidisciplinar, não sendo vedada a aplicação por outros profissionais de saúde. Cada trabalhador será designado como profissional de referência (PR) para a aplicação e acompanhamento das variações do IVCF-20 no seu grupo de pacientes. O objetivo principal do PR é fornecer informações atualizadas sobre a situação clínica e funcional do paciente, sendo o mediador entre a equipe

multidisciplinar e o usuário, de forma a assegurar um melhor acompanhamento do plano de cuidados.

7.1.2 SEGUNDA FASE: AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS PELO IVCF.

Os usuários classificados por meio do IVCF-20 serão encaminhados para avaliação médica, cujo nível de complexidade do atendimento será definido de acordo com o grau de fragilidade:

- Usuários robustos: avaliação clínica de rotina, não estruturada, feita por um médico generalista ou médico clínico (médico com especialização em Clínica Médica).
- Usuários em risco de fragilização e frágeis: avaliação feita com base no protocolo de avaliação multidimensional ampla (Anexo VI), por médico clínico, com treinamento ou experiência em atendimento à pessoa idosa.

Os pacientes também serão encaminhados para avaliação pelos membros da equipe multidisciplinar, com base nos seguintes dados apontados pelo IVCF:

- a) **Fisioterapeuta:** presença de resposta positiva para os itens 6,12,13,14,15,16 e 17.
- b) **Terapeuta Ocupacional:** Presença de incapacidades funcionais ou resposta positiva para os itens 03, 04, 05, 06, 09, 11, 12,13 e 18.
- c) **Farmacêutico:** Presença de 10 ou mais medicamentos, usuário com baixa adesão ao tratamento, em uso de insulina, medicamento inalativo/ Varfarina/ Marevan/ Cumadim.
- d) **Nutricionista:** Resposta positiva para o item 14 (suspeita de sarcopenia). Usuário em uso de gastrostomia ou SNE / SNG.
- e) **Fonoaudiólogo:** Resposta positiva para o item 19. Usuário com dificuldade para expressar ou compreender que prejudique sua comunicação. Usuário com queixa de tonturas ou vertigens (caráter rotatório). Usuário com queixa de tosse, engasgos ou outro fator que dificulte a deglutição.
- f) **Assistente Social:** Resposta positiva ao item 02. Usuário em risco social (isolamento, sem suporte social, formal ou informal, e insuficiência familiar). Usuário em situação de violação de seus direitos (abandono/ abuso financeiro/ psicológico/ sexual).

- g) **Enfermagem:** Usuário dependente para AVD, resposta positiva ao item 06. Usuário com queixa de incontinência urinária (resposta positiva para o item 17). Usuário com úlcera. Usuário com imobilidade parcial ou total. Usuário com diagnóstico recente de demência ou Parkinson. É importante lembrar que todos os usuários, independentemente do grau de fragilidade, serão avaliados por enfermeiros quanto a alguns aspectos da história clínica, como imunizações, hábitos de vida, situação familiar etc.
- h) **Psicólogo:** Resposta positiva para os itens 7, 8, 9, 10 e 11. Usuário com transtorno mental (ansiedade, depressão leve/grave, fobias, demência, ideação suicida). História de uso abusivo de álcool. Usuário de drogas. Usuário em risco social (isolamento, sem suporte social formal ou informal e insuficiência familiar. Usuário em situação de violação de seus direitos e violência (abandono/ abuso financeiro/ psicológico/ sexual).

7.1.3. TERCEIRA FASE: ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE CUIDADOS:

7.1.3.1 Aspectos gerais:

O plano de cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde se define claramente quais são os problemas de saúde do paciente (“o quê?”), as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (“como?”), as justificativas para as mudanças (por quê?), quais profissionais (“quem?”) e os equipamentos da rede de apoio à saúde (“onde?”) necessários para a implementação das intervenções. Todas essas questões devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar e estabelecer o tempo para a resolução da vulnerabilidade ou agravo encontrado (“quando”). Esse é um dos princípios da regulação assistencial e regulação do acesso (no lugar certo e no tempo adequado ou oportuno). (METHODOLOGY COMMITTEE OF THE PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE, 2012; BARDES 2012; MORAES, 2012).

Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso, sobretudo, buscando atender as necessidades, valores do usuário e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado.

O plano de cuidados deverá conter todas as informações para a manutenção ou recuperação da saúde, incluindo as demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico das condições de saúde, se agudas e/ou crônicas.

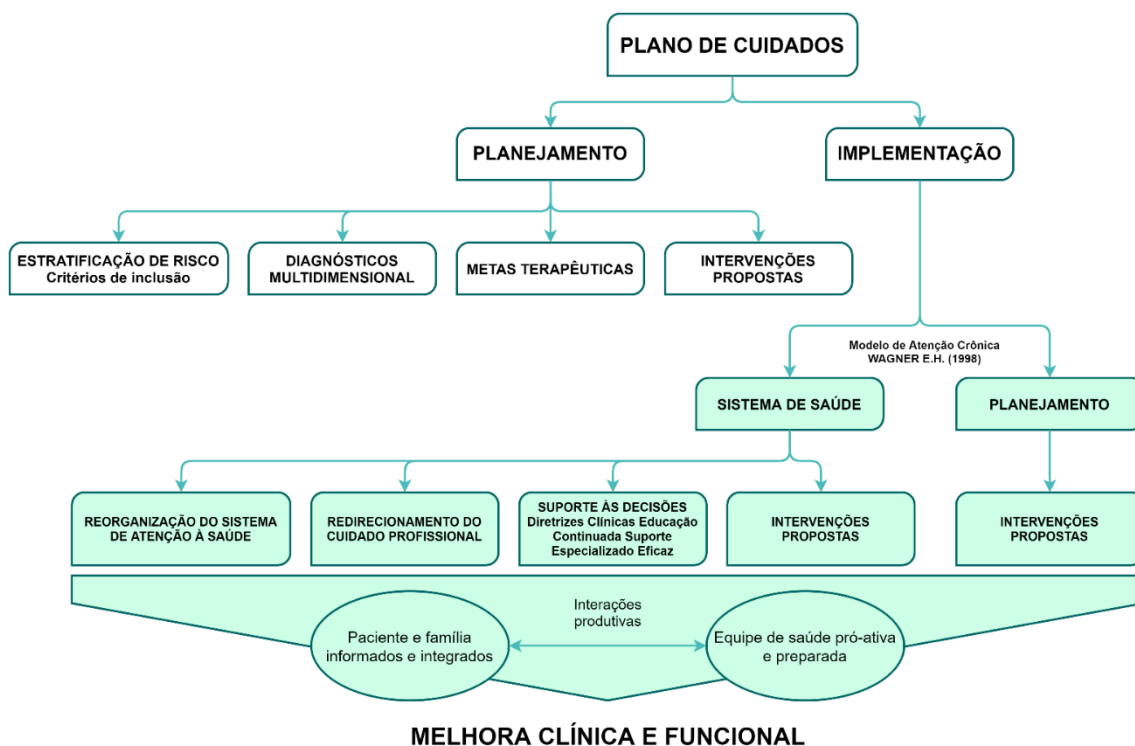
Neste contexto, é importante destacar a priorização do cuidado, que consiste em definir quais decisões devem ser aplicadas a curto, médio e longo prazos, tendo como parâmetros a melhoria da independência e da autonomia do paciente e de sua família. O foco da intervenção é a elaboração compartilhada das metas terapêuticas, com forte engajamento do paciente e de sua família nas decisões clínicas.

O plano de cuidados deverá atuar em diversas fases na história natural do processo de fragilização, desde os fatores predisponentes ou fatores de risco até as complicações e incapacidades resultantes do tratamento inadequado da doença.

As intervenções clínicas podem ser preventivas e/ou promocionais de saúde, curativas ou paliativas e reabilitadoras. Além disso, o plano de cuidado deverá considerar sobretudo a organização do Sistema Único de Saúde, encaminhando os beneficiários para o serviço mais adequado às suas necessidades, sendo ele o cuidado disponível nas Casas de Saúde, seja na Atenção Primária à Saúde municipal ou outras esferas da Rede de Atenção à Saúde.

O plano de cuidados, conforme mostra a figura 1, tem duas fases:

Figura 1-Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



FONTE: Modelo de Atenção ao paciente crônico-Wagner - 1998.

Fase 1: Planejamento - Anexo VI desta Linha de Cuidado:

- Estratificação de risco de fragilidade, conforme o IVCF;
- Diagnóstico multidimensional: conforme análise dos dados do IVCF, da consulta médica de rotina (robustos) e do Protocolo de Avaliação Multidimensional para usuários em risco de fragilidade e frágil;
- Metas terapêuticas: objetivos a curto, médio e longo prazos, definidos pela equipe multidisciplinar para atender às necessidades identificadas pelo Diagnóstico Multidimensional;
- Intervenções propostas: preventivas e/ou promocionais de saúde, curativas ou paliativas e reabilitadoras indicadas para cada caso, especificando quais são, a frequência e o horário das mesmas.

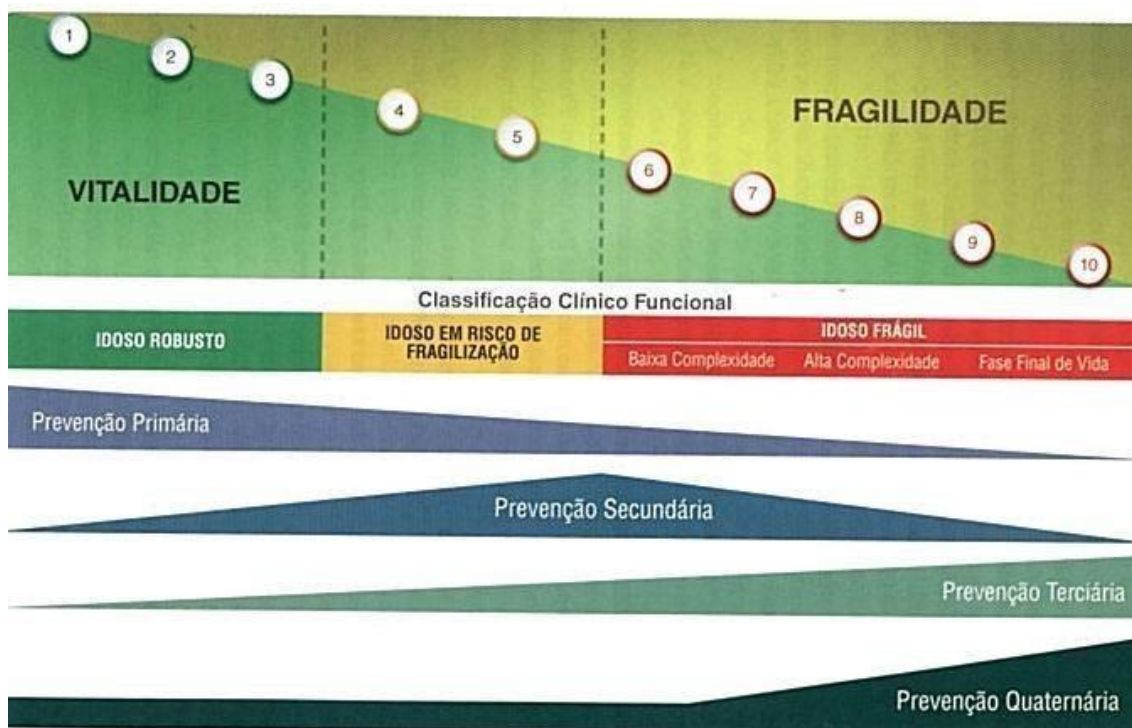
Fase 2: Implementação - Reorganização do sistema de atenção à saúde com utilização efetiva e referenciada dos recursos do SUS.

- Redirecionamento do cuidado profissional: organização dos processos assistenciais direcionados para a execução das intervenções propostas no plano de cuidados individual. Considerando a complementaridade entre a abrangência de atuação das Casas de Saúde e as demais esferas que compõem o Sistema Único de Saúde, esse direcionamento deverá considerar o tipo de serviço mais adequado para atender às necessidades individuais, seja na própria Casa de Saúde, seja na Atenção Primária à Saúde municipal, por exemplo;
- Suporte às decisões: constante educação continuada em reabilitação, gerontologia e hanseníase;
- Autocuidado apoiado: orientações voltadas para a prevenção e promoção de saúde que visem apoiar o usuário na manutenção de sua autonomia e independência;
- Sistema de gestão hospitalar: uso e aperfeiçoamento do sistema de gestão hospitalar direcionado para a informatização dos planos de cuidados;
- Comunidade: maior utilização dos serviços e recursos comunitários, gerando interações produtivas que propiciem a participação do usuário e da família, quando houver, na elaboração e na execução do plano de cuidados que possam promover sua melhora clínica e funcional.

As equipes das Casas de Saúde devem estar capacitadas para implementar as seguintes ações, por ordem de importância, de complexidade e nível de vitalidade ou fragilidade do usuário (figura 2):

1. Suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas com ênfase na “desprescrição” segura de medicamentos inapropriados;
2. Definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com o beneficiário e sua família, respeitando o estrato clínico-funcional;
3. Tratamento adequado de condições subdiagnosticadas e, conseqüentemente, subtratadas, comumente atribuídas à “idade” ou a “senilidade”.
4. Reabilitação, conforme o prognóstico reabilitacional. Compreende um conjunto de procedimentos aplicados aos portadores de incapacidades (deficiências, limitação de atividades ou restrição da participação), com o objetivo de manter ou restaurar a funcionalidade (funções do corpo, atividades e participação), maximizando sua independência e autonomia;
5. Prevenção secundária, quando a expectativa de vida for suficientemente longa para o benefício esperado e não houver contraindicações para as intervenções medicamentosas, dietéticas ou mudanças do estilo de vida;

Figura 2- Necessidades de atenção à saúde conforme o nível de fragilidade.



Fonte: Carmo, 2014.

7.1.3.2 Elaboração e execução dos planos de cuidados:

Os planos de cuidados dos usuários contemplados nesse Protocolo serão compartilhados pelas equipes das Casas de Saúde com a Atenção Primária à Saúde do município, para monitoramento e execução conjunta no que diz respeito à prevenção e promoção de saúde, respeitando a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

- **Usuário robusto: pacientes com pontuação entre 0 e 6 pontos são considerados de baixo risco de fragilização ou robustos.**

A elaboração dos planos de cuidados para o usuário robusto terá como base a análise dos dados obtidos pela consulta de clínica médica, minimamente uma vez por ano, e das demais avaliações multiprofissionais realizadas a partir da identificação pontuada pelo IVCF.

A execução do plano de cuidados para usuários robustos terá como objetivos a prevenção e a promoção da saúde. Os usuários robustos terão seus planos de cuidados compartilhados com a Atenção Primária à Saúde do município, para monitoramento e execução conjunta no que diz respeito à prevenção e promoção de saúde. Havendo mudanças em seu estado de saúde, que altere suas necessidades de atenção e seu nível de fragilidade, o plano de cuidado será reformulado.

Os planos de cuidados dos usuários robustos serão elaborados, monitorados e executados pelas equipes multidisciplinares com recursos da Casa de Saúde e da rede de atenção ampliada de saúde do SUS.

- **Usuário em risco de fragilização: são aqueles com pontuação entre 07 e 14 pontos no IVCF-20.**

O plano de cuidados individual terá como objetivo realizar intervenções capazes de estimular a autonomia e a independência do paciente, e prevenir o declínio funcional e óbito.

Usuários em risco de fragilização terão seus planos de cuidados elaborados com ênfase no diagnóstico correto dos problemas crônicos de saúde e nos problemas agudos identificados no cotidiano do paciente e na prescrição correta das intervenções farmacológicas.

A elaboração do plano de cuidados para o usuário em risco de fragilização terá como base a análise dos dados obtidos por meio da Avaliação Multidimensional (Anexo VI) executada pelo médico, que acompanhará, minimamente a cada seis meses, a evolução do mesmo e as avaliações e prescrições dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, conforme fluxo

determinado pelo IVCF-20. Os planos de cuidados dos usuários em risco de fragilização serão monitorados e executados com recursos da Casa de Saúde e da rede de atenção ampliada de saúde do SUS.

- **Usuários frágeis: são aqueles com pontuação pelo IVCF-20 igual ou superior a 15 pontos, apresentando alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.**

A elaboração do plano de cuidados para o usuário frágil terá como base a análise dos dados obtidos pela Avaliação Multidimensional executada pelo médico (Anexo VI) e pelas avaliações e prescrições dos demais profissionais da equipe multidisciplinar, conforme fluxo determinado pelo IVCF-20. A frequência do atendimento médico será minimamente mensal e de acordo com as intercorrências que se apresentarem.

O plano de cuidados individual terá como objetivos a recuperação da autonomia e independência do usuário ou a promoção de cuidados paliativos, bem como de cuidados ao final de vida, conforme suas necessidades de cuidado prolongado. Deve-se atentar para o risco de iatrogenia medicamentosa, considerada a maior síndrome geriátrica, principalmente nos idosos frágeis, nos quais a polifarmácia é prevalente.

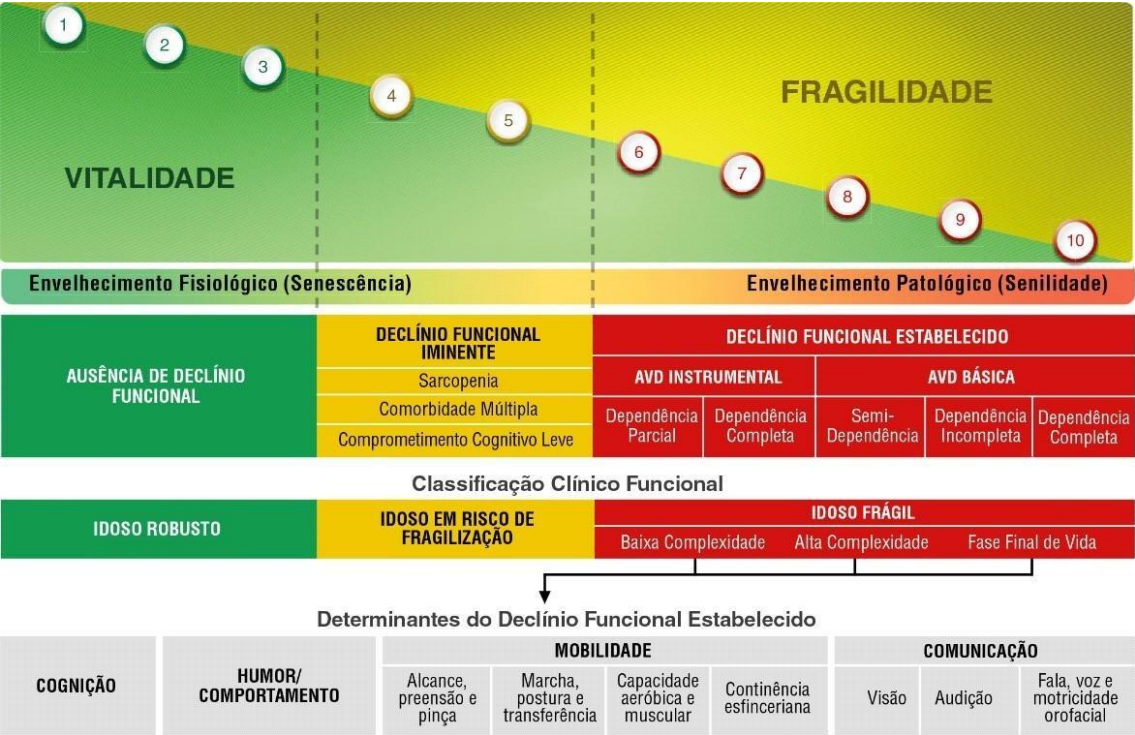
Por sua vez, as ações paliativas reservam-se àquelas condições crônicas nas quais não há possibilidade de cura ou modificação da história natural da doença. Nestes casos, o cuidado paliativo tem como objetivo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam continuamente a vida. O objetivo da intervenção não compreende só o alívio impecável da dor, mas de todos os sintomas de natureza física, emocional, espiritual e social. Os planos de cuidados dos usuários frágeis serão monitorados e executados com recursos da Casa de Saúde e da rede de atenção ampliada de saúde do SUS.

7.1.3.3 Frequência de ações de saúde:

Os critérios que estabelecem as frequências das ações de saúde nos Lares Inclusivos e na Atenção Domiciliar baseiam-se no conhecimento por parte da equipe multidisciplinar de qual estrato de fragilidade o paciente se encontra. Estes servem, inicialmente, como parâmetros de acompanhamento da evolução clínica e funcional do paciente (Figura 3 e tabelas 2 e 3) para a tomada de decisões.

***IMPORTANTE:** usuários que apresentem intercorrências que alterem seu nível de fragilidade deverão ser reavaliados pela equipe, seguindo o fluxo de acordo com sua nova classificação pelo IVCF-20.

Figura 3: Classificação do nível de fragilização (ou estratos de fragilidade)



Fonte: Carmo, 2014.

Tabela 2 - Classificação clínico-funcional do idoso por nível de fragilidade

GRUPO	ESTRATO	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL
Robusto	Estrato 1	Encontram-se no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as atividades de vida diária avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.
	Estrato 2	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.
	Estrato 3	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial complicada, diabetes mellitus, história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e, geralmente, apresentam-se de forma isolada. Neste grupo estão também incluídos também os idosos que apresentam um ou dois critérios do "fenótipo de fragilidade", segundo Fried e Ferrucci.
Em risco de fragilização	Estrato 4	Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições preditoras de desfechos adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou óbito; presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Neste grupo, estão incluídos os idosos que apresentam três ou mais critérios de "fenótipo de fragilidade", segundo Fried e Ferrucci.
	Estrato 5	Apresentam condições preiódicas de desfechos adversos (como no estrato 4), mas já apresentam declínio funcional em atividades de vida diária avançadas, associadas ao lazer, trabalho ou intenção social. Estes idosos ainda são independentes para as atividades de vida diária avançadas instrumentais e básicas
	Estrato 6	Apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais e são independentes para as atividades de vida diária básicas
Frágil	Estrato 7	Apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária
	Estrato 8	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à semi-dependência nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e uso do banheiro).
	Estrato 9	Apresentam dependência completa nas atividades de vida diária instrumentais associada à dependência incompleta nas atividades de vida diária básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade
	Estrato 10	Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se

Fonte: Carmo, 2014.

Tabela 3: Frequência de atendimentos de acordo com o nível de fragilidade

AÇÃO DE SAÚDE	ROBUSTO	FOCO DA AÇÃO	EM RISCO	FOCO DA AÇÃO	FRÁGIL	FOCO DA AÇÃO
Consulta Médica Clínica	Minimamente Anual		Minimamente Semestral		Mensal	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Prescrição e Dispensação de Medicamentos	Conforme as Necessidades		Conforme as Necessidades		Conforme as Necessidades	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Consulta de Especialidades	Conforme Intercorrências		Conforme Intercorrências		Conforme Intercorrências	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Assistência em Reabilitação	Conforme IVCF	Prevenção/ Promoção	Conforme A. M.	Controle de Agravos	Conforme A. M.	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Assistência Social	Conforme IVCF		Conforme A.M.		Conforme A.M.	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Avaliação de Enfermagem e Prescrição de Cuidados	Conforme IVCF		Conforme A. M.		Conforme A.M.	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida
Assistência Técnica de Enfermagem (Evolução, Dados Vitais, Execução de Prescrições)	Conforme IVCF		Conforme A.M.		Conforme A.M.	Reabilitação Cuidado Paliativo Cuidado em Fase Final de Vida

Fonte: Carmo, 2014

A.M = Avaliação Multidimensional

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LARES INCLUSIVOS

Os Lares Inclusivos são áreas de atendimento aos beneficiários institucionalizados, divididas em três níveis de atendimento - que consideram a complexidade do paciente, grau de fragilidade, dependência e capacidade instalada das edificações.

Assim sendo, o acesso aos Lares Inclusivos é voltado primeiramente aos pacientes idosos da Linha de Cuidado, com maior grau de fragilidade.

Classificação dos Lares Inclusivos	
Nível 1	São antigos pavilhões ou casas geminadas, onde os moradores recebem cuidados domiciliares, de acordo com as recomendações relatadas no Plano Terapêutico Individual (médico, enfermeiro, equipe multidisciplinar, curativos, medicação). -Se enquadram, de forma geral, nesta categoria os pacientes robustos, conforme classificação do IVCF-20.
Nível 2	São antigos pavilhões onde os moradores recebem todos os benefícios do Nível 1, além de serviços de limpeza e cuidados 12 horas/dia. Se enquadram nesta categoria, de forma geral, os pacientes robustos e em risco, conforme classificação do IVCF-20.
Nível 3	São antigos pavilhões com capacidades instaladas superiores às presentes nos níveis 1 e 2. Os moradores recebem cuidados idênticos ao Nível 2, acrescidos o serviço de lavanderia hospitalar, assistência ininterrupta com disponibilidade médica, de enfermagem e equipe multidisciplinar todos os dias da semana, sempre que necessário. Se enquadram nesta categoria, de forma geral, os pacientes em risco ou frágeis, conforme classificação do IVCF-20.

7.3 RECOMENDAÇÕES

CRITÉRIO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES FRÁGEIS DA SUA RESIDÊNCIA PARA O LAR INCLUSIVO:

O usuário com residência própria poderá ser transferido para o lar inclusivo quando seu nível de fragilidade demandar cuidados que exijam uma assistência especializada e contínua, que não possa ser realizada no seu domicílio com o apoio de sua família. A indicação de transferência deverá considerar o IVCF acima de 15, a avaliação médica multidimensional, a vulnerabilidade social e familiar do usuário. A equipe multidisciplinar emitirá um relatório ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) da

Casa de Saúde, no qual constarão os dados de identificação do paciente, IVCF, avaliação multidimensional e o parecer técnico final que deverá integrar o prontuário do usuário.

ATENDIMENTO HOSPITALAR:

Os usuários do lar inclusivo e da atenção domiciliar, quando em intercorrências clínicas, agudização de seus quadros crônicos e urgências, serão encaminhados para internação hospitalar no Sistema Único de Saúde, de acordo com a regulação.

A identificação da necessidade de transferência do usuário para cuidados agudos partirá, salvo explícita urgência clínica, de prévia avaliação da enfermagem constando os dados vitais do paciente, conforme escala de MEWS (Modified Early Warning Scale), Anexo IX. A escala de MEWS é uma escala de alerta, baseada em um sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração do paciente. É uma ferramenta para a enfermagem monitorar e permitir cuidado clínico mais rápido aos pacientes com piora súbita. A pontuação baseia-se em: frequência respiratória; frequência cardíaca; pressão sistólica; nível de consciência; temperatura e débito urinário (nas últimas 2 horas). Essa escala permite uma melhor comunicação, oferece autonomia profissional à equipe de enfermagem e favorece o alinhamento de condutas entre enfermagem e médico, que repercute no melhor atendimento ao paciente. Não substitui o julgamento clínico, mas funciona como sinal de alerta e pode direcionar mais precocemente a atenção por parte da equipe.

ATENDIMENTO CIRÚRGICO:

As indicações cirúrgicas serão atendidas, considerando as especificidades de cada caso, de acordo com as pactuações na Rede de Atenção e Saúde (RAS) e Rede de Urgência e Emergência (RUE).

CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS, REABILITAÇÃO, ODONTOLOGIA, SADT E EXAMES ESPECIALIZADOS:

Em caso de indicação de exames ou consultas especializadas não existentes, a equipe assistencial da unidade poderá articular a realização em serviços de referência municipal, microrregional ou macrorregional, de acordo com o fluxo do Sistema Único de Saúde.

PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

A prescrição e a dispensação de medicamentos devem seguir as normas estabelecidas e legislação vigente. O farmacêutico deverá realizar a revisão da farmacoterapia e quando for o caso a conciliação medicamentosa, para dispensação de medicamentos aos usuários desta Linha de Cuidado. De acordo com o perfil apresentado pelo usuário, o acompanhamento farmacêutico poderá ser realizado por meio da Gestão da Condição de Saúde, ou de forma mais ampla com o Acompanhamento Farmacoterapêutico.

TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS

Conforme critérios de avaliação e tratamento estabelecidos pelos Protocolos Clínicos de Feridas I e II.

MANEJO DA HANSENÍASE:

O controle epidemiológico da hanseníase será realizado tendo como referência o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase de 2022 do Ministério da Saúde (MS), disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseniaze/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseniaze-2022/view>>.

ITENS DE CONTROLE:

- Percentual de planos de cuidados elaborados anualmente = $\frac{\text{Nº de planos de cuidados elaborados para usuários da Linha de Cuidado nas Casas de Saúde}}{\text{Total de usuários da Linha de Cuidado nas Casas de Saúde}} \times 100$
- Percentual de planos de cuidados executados anualmente = $\frac{\text{Nº de planos de cuidados executados para usuários da Linha de Cuidado nas Casas de Saúde}}{\text{Total de usuários da Linha de Cuidado nas Casas de Saúde}} \times 100$
- Taxa de internações por fratura de fragilidade = $\frac{\text{Nº de fraturas ocorridas por fragilidade nos lares inclusivos} \times 100}{\text{Número total de usuários dos lares inclusivos}}$

- Número de pacientes das Casas de Saúde em uso de medicações inapropriadas para o usuário idoso segundo os critérios de Beers no mês X 100/ Total de usuários idosos da Linha de Cuidado nas Casas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, 1998 Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde Nº 2413 de 23 de março de 1998, que aprova a regulamentação de cuidados prolongados de pacientes crônicos. Diário oficial 26/03/98 Seção I Pág. 106

BRASIL, 2016 Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde Nº 825 de 25 de abril de 2016, que aprova e regulamenta o atendimento domiciliar . Diário Oficial nº 78, de 26 de abril de 2016, seção 1, páginas 33 a 38

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. 2022.

Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p 146 - 147.

BRUCKI, SMD. et al . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo , v. 61, n. 3B, p. 777-781, Sept. 2003 .

FOLSTEIN, MF; 55%Folstein, SE; 55%McHUGH, PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204" PsychiatrHYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204" Res. 1975 Nov;12(3):189-98.

GORZONI, ML; FABBRI, RMA; PIRES, SL. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(4):442-446. Guideline for the use of the Modified Early Warning Score (MEWS). NHS

HANSPAL, RS; FISHER, K. Assessment of cognitive and psychomotor function and rehabilitation of elderly people with prostheses. BMJ. 1991;302(6782):940. Erratum in: BMJ 1991;302(6786):1182

KAISER, MJ; 55%BAUER, JM; 55%RAMSCH, C et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812868" NutrHYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812868" Health Aging. 2009 Nov;13(9):782-8.

KATZ, S; DOWNS, TD; CASH, HR et al. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist. 1970 Spring;10(1):20-30

MACEDO MONTAÑO, Maria Beatriz M.; RAMOS, Luiz Roberto. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. Revista de Saúde Pública, v. 39, p. 912-917, 2005.

MILTON LUIZ GORZONI*, RENATO MORAES ALVES FABBRI, SUELI LUCIANO PIRES.

Critérios de Beers Beers Fick e medicamentos genéricos no Brasil. Trabalho realizado no departamento de Clínica Médica, da disciplina de Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP.

MORAES EN; LANNA, FM; AZEVEDO RS et al. Atributos do índice de vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20) e sua aplicação na rede de atenção à Saúde do Idoso.

MORAES, EN. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO. Edgar Nunes Moraes, 5ª ed. Belo Horizonte; Folium. 2016.

MORAES, EN. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. / Edgar Nunes Moraes e Raquel Souza Azavedo. Belo Horizonte; Folium. 2016.

MORRIS JC; HEYMAN, A; MOHS RC et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. Neurology. 1989 Sep;39(9):1159-65.

NARVAI, PC. Saúde bucal e incapacidade bucal. 2001. Em:< <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/ anteriores/ artcapel10. htm>>. Acesso em: 17 de outubro de 2016.

RAKEL RE. The problem-oriented medical record. In: Rakel RE, ed. Textbook of family practice. Philadelphia: W.B.Saunders, 2002: p 1587-1602.

SANTOS, SL; VIRTUOSO-JÚNIOR, JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Rev Bras Pesqu Saude. 2008; 21 (4) : 290-296.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atenção à saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

SMILKSTEIN, G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians.

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>"Fam

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>"

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/660126>". 1978 Jun;6(6):1231-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). Calendário de vacinação do idoso (Recomendações da SBIm 2016-2017). Em: <--
%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22016HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22

HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%2217HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22-

HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22160914HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22-

spread.pdf%22160914HYPERLINK%20%22<http://sbim.org.br/images/files/calend-sbim-idoso-2016-17-160914c-spread.pdf>%22-

sbim- idoso-2016-17-Erro! A referência de hiperlink não é válida.>. Acesso em: 17 de outubro.

TAVARES, RFC; Vieira, AS; Uchoa, LV et al. Validação de um Escore de Alerta Precoce Pré-Admissão na Unidade de Terapia Intensiva. RBTI 2008;20:2:124-127.

YESAVAGE, JA; BRINK, TL; ROSE, TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Anexo I - Modelo de declaração de próprio punho (renda)

Declaração

Eu _____, portador(a) do RG _____,
inscrito(a) no CPF _____, declaro, sob pena do artigo 299, do
Código Penal, que recebo até quatro salários mínimos.

_____, _____ de _____ de 202__.

(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do declarante

Anexo II - Modelo de declaração de próprio punho (moradia)

Declaração

Eu _____, portador(a) do RG _____,
inscrito(a) no CPF _____, declaro, sob pena do artigo 299, do
Código Penal, que residi dentro da área da ex-colônia, desde:

() o retorno do educandário, creche ou preventório,

() desde minha moradia com os pais na colônia,

sem ter me mudado para fora do território, desde então.

_____, _____ de _____ de 202__.

(cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do declarante

Anexo III - Diagrama Inclusão na Linha de Cuidado das Casas de Saúde

INCLUSÃO NA LINHA DE CUIDADO DAS CASAS DE SAÚDE



CRITÉRIOS PARA FINS DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NA LINHA DE CUIDADO

PACIENTES INTERNADOS EM DECORRÊNCIA DA HANSENÍASE

- a) Internação compulsória
- b) Estar ou ter estado anteriormente sob cuidados nas Casas de Saúde (residência no território da ex-colônia)

FILHOS SEGREGADOS DE PAIS COM HANSENÍASE

- a) Requerimento de indenização da Lei nº 23.137/2018 com decisão favorável pela Comissão de Avaliação dos Requerimentos dos Filhos Segregados dos Pais com Hanseníase
- b) Renda de até 4 salários mínimos
- c) Residência no território da ex-colônia desde o retorno do educandário, creche ou preventório ou desde sua moradia com os pais, não podendo ter se ausentado do território de abrangência



DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

PACIENTES INTERNADOS EM DECORRÊNCIA DA HANSENÍASE

- cópia simples de documento de identificação com foto (frente e verso);
- cópia simples do Cartão Nacional de Saúde;
- cópia simples de comprovante de residência atualizado (até 3 meses antes da data do pedido) ou declaração de moradia emitida pela Casa de Saúde;
- cópia simples de extrato de recebimento da pensão especial do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, carta de deferimento da pensão especial ou identificação em lista dos beneficiários da Lei Federal nº 11.520, de 2007, encaminhada pelo Ministério da Cidadania OU Ficha Epidemiológica Clínica.

FILHOS SEGREGADOS DE PAIS COM HANSENÍASE

- cópia simples de documento de identificação com foto (frente e verso);
- cópia simples de Cartão Nacional de Saúde;
- cópia simples de comprovante de residência atualizado (até 3 meses antes da data do pedido);
- cópia simples de decisão do Presidente da CISH deferindo o requerimento de indenização da Lei nº 23.137, de 2018;
- cópia simples de comprovante de internação em educandários, creches e preventórios ou que tenha permanecido nas colônias;
- declaração de renda atual (até 3 meses antes da data do pedido), ou declaração de próprio punho informando a renda de até quatro salários mínimos, conforme Anexo I, do Protocolo 024;
- declaração de próprio punho, nos moldes do Anexo II, do Protocolo 024, informando a residência dentro da área da ex-colônia, desde o retorno do educandário, creche ou preventório ou desde sua moradia com os pais na colônia, sem ter se ausentado do território.



TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DAS EX-COLÔNIAS

- **CSSF**: área do imóvel da Casa de Saúde Santa Fé, em Três Corações;
- **CSPD**: área do imóvel da Casa de Saúde Padre Damiano e bairros Povoado São Domingos e Boa Vista, em Ubá;
- **CSST**: bairros Colônia Santa Izabel, Citrolândia, Alto Boa Vista, Cruzeiro, Monte Calvário, São Salvador e São Jorge, em Betim;
- **CSSFA**: área do imóvel da Casa de Saúde São Francisco de Assis e bairros Vila Nova e a Vila da Pedreira, em Bambuí.



PROCESSO DE ANÁLISE DOS PEDIDOS DE INCLUSÃO

01

Paciente que já foi internado compulsoriamente (ex-hansenianos) ou filho segregado de pais com hanseníase entrega pessoalmente ao Serviço Social da Casa de Saúde pedido de inclusão e documentação comprobatória (permitida entrega por procurador ou parente)

02

Serviço Social da Casa de Saúde inclui a documentação no SEI e encaminha memorando para a Diretoria da Casa de Saúde

03

Diretoria da Casa de Saúde encaminha SEI para a Chefia de Gabinete da FHEMIG contendo memorando de solicitação assinado pela Direção e documentação comprobatória

04

Chefia de Gabinete da FHEMIG emite parecer acerca da inclusão em um prazo de até 10 (dez) dias úteis após recebimento do processo

05

Presidência da FHEMIG emite decisão sobre o pedido de inclusão na linha de cuidado



06

Diretoria da Casa de Saúde comunica o requerente sobre a decisão do seu pedido e, em caso de deferimento da inclusão, atualiza o cadastro único das Casas de Saúde



O morador da ex-colônia que não atender aos critérios para a inclusão na Linha de Cuidado das Casas de Saúde: assistência permanece resguardada conforme fluxo de atendimentos da saúde do SUS.

Anexo IV – Autorização de uso do IVCF-20 em população adulta

	<p>Universidade Federal de Minas Gerais / Hospital das Clínicas da UFMG / EBSERH Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG / Serviço de Geriatria do HC-UFMG Instituto Jesus do Andaraí Faria de Araújo à Saúde do Minas</p>	
<p>À PHILLIPS – TASY e FHEMIG.</p>		
<p>O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) foi validado no Brasil em 2014, como instrumento de estratificação de risco em indivíduos com 60 anos ou mais. Sua utilização rotineira na população idosa foi recomendada pelo Conselho Nacional de Secretarias Estaduais da Saúde (2019), em caráter anual ou presença de eventos sentinelas (Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do 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). O instrumento foi classificado entre os quatro melhores instrumentos do mundo para avaliação da fragilidade em pessoas idosas (Faller LW et al Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. PlosOne. 2019;14(4):e0216166). Atualmente, é o principal instrumento de avaliação multidimensional da pessoa idosa utilizado na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (https://www.conass.org.br/biblioteca/manual-de-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-para-a-atencao-primaria-a-saude/).</p>		
<p>Em 2020, durante a pandemia de COVID-19, o IVCF-20 foi padronizado pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Minas Gerais (Nota Informativa: Recomendações sobre a organização das redes de atenção à saúde para promover a reabilitação dos usuários de após infecção pelo SARS-CoV-2 apresentam sequelas funcionais e necessitam da continuidade dos cuidados, no âmbito do sistema único de saúde de Minas Gerais) para ser aplicado em todo indivíduo adulto (18 a 59 anos) para reconhecimento de incapacidades e sequelas da doença (Covid Longa). Em 2021, esta recomendação foi cancelada pelo CREFITO (Diretrizes de Reabilitação Fisioterapêutica na Síndrome Pós-Covid-19, publicada em 17/03/2021) e tornou-se mais uma ferramenta utilizada na avaliação da doença.</p>		
<p>No caso da avaliação dos usuários do protocolo da Linha de Cuidado das pessoas atingidas pela hanseníase compulsoriamente internadas nas Casas de Saúde da FHEMIG, o IVCF-20 já vem sendo aplicado a pessoas com idade abaixo de 60 anos, quando da sua elaboração e validação em 2017. O IVCF-20, para esse grupo de usuário, define além do nível de funcionalidade, o nível de assistência que deve ser ofertada ao usuário de acordo com suas necessidades de saúde, vinculadas ao seu nível de fragilidade. Se robusto, as necessidades dos pacientes serão de nível primário de prevenção e promoção da saúde, se em risco de fragilidade devem ser identificadas as necessidades de atenção secundária como por exemplo consultas, tratamento e exames especializados a nível ambulatorial etc, e, se frágeis cuidados, terciários hospitalares clínicos, cirúrgicos, reabilitação e cuidados paliativos.</p>		
<p>Desta forma, não há restrições para a utilização do IVCF-20 em adultos (18 a 59 anos) para avaliação multidimensional da saúde e planejamento estratégico da gestão da saúde. Autorizo sua utilização para o protocolo específico nas Casas de Saúde da FHEMIG.</p>		
<p>Atenciosamente,</p>		
<p>Documento assinado digitalmente EDGAR NUNES DE MORAES Data: 28/12/2023 09:33:58-0300 Verifique em https://validar.jf.gov.br</p>		<p>Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2023</p>
<p>Prof Edgar Nunes de Moraes Professor Titular em Medicina da UFMG. Coordenador do Serviço de Geriatria do HC-UFMG. Consultor do CONASS na área de saúde da pessoa idosa.</p>		

Anexo V: IVCF-20 (adaptado)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL - 20									
PACIENTE						Prontuário			
DATA DA APLICAÇÃO						NOME DO AVALIADOR			
<p>Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. As perguntas abaixo podem ser respondidas com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. Havendo comprometimento das dimensões 2 a 8, assinale os profissionais envolvidos para que a gerência assistencial faça os devidos encaminhamentos.</p>									Pontuação
1. IDADE		Data de nascimento =		Qual é a sua idade?		<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³			
2. AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		<input type="checkbox"/> Serviço social		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			
3. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional		AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.		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			
				Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde					
				Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde				Máximo 4 pontos	
				AVD Básica Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ⁵ <input type="checkbox"/> Não					
4. COGNICÃO		<input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Serviço social <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional		Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não					
				Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não					
				Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não					
5. HUMOR		<input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional		No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não					
				No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não					

6. MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional</p> <p>Capacidade aeróbica e/ou muscular</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrição</p>	<p>Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</p> <p>() Sim¹ () Não</p> <p>Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</p> <p>() Sim¹ () Não</p> <p>Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</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 (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <p>() Sim² () Não</p>	Máximo 2 pontos
	<p>Marcha</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia</p> <p>Continência esfinteriana</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia</p>	<p>Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</p> <p>() Sim² () Não</p> <p>Você teve duas ou mais quedas no último ano?</p> <p>() Sim² () Não</p> <p>Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</p> <p>() Sim² () Não</p>	
7. COMUNICAÇÃO	<p>Visão</p> <p><input type="checkbox"/> Médico oftalmologista</p>	<p>Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</p> <p>() Sim² () Não</p>	
	<p>Audição</p> <p><input type="checkbox"/> Médico otorrino</p> <p><input type="checkbox"/> Fonoaudiologia</p>	<p>Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</p> <p>() Sim² () Não</p>	
8. COMORBIDADES MÚLTIPLAS	<p>Polipatologia</p> <p>Polifarmácia</p> <p><input type="checkbox"/> Farmacêutico</p> <p>Internação recente (<6 meses)</p>	<p>Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). <p>() Sim⁴ () Não</p>	Máximo 4 pontos
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Instruções para aplicação do IVCF-20:

O que é o IVCF-20:

Trata-se um moderno instrumento de triagem clínico-funcional que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, apresentando elevada correlação com a avaliação multidimensional do beneficiário e boa concordância entre aplicadores diferentes. Foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) (Saliba et al. 2001) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura.

É simples e de rápida aplicação (5 a 10 minutos), e tem a vantagem de ter caráter multidimensional, pois avalia as oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito dos beneficiários: idade, auto-percepção da saúde, atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), cognição/humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica/muscular, marcha), continência esfincteriana, comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representadas por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada sessão é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo beneficiário ou por um informante credenciado (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do beneficiário, como peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo ou farmacêutico). Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desenvolvimento do beneficiário, podendo chegar a um escore máximo de 40 pontos.

O questionário é constituído de 20 perguntas rápidas e simples, abordando vários aspectos da condição de saúde do beneficiário, a saber:

Idade:

Perguntar a idade, pontuando 0 se a idade for entre 18 a 70 anos; 01 ponto se a idade for entre 75 e 84 anos; 3 pontos se a idade for igual ou maior que 85

anos. Sabe-se que quanto maior a idade, maior o risco de dependência funcional. Assim, os beneficiários mais vulneráveis podem ser acompanhados com maior atenção.

Autopercepção da saúde:

Perguntar ao beneficiário como é sua saúde, quando comparada com outras pessoas da mesma idade. Se boa, muito boa ou excelente, não pontuar. Se regular ou ruim, marcar 1 ponto. A autopercepção da saúde é um bom preditor de morbimortalidade nos beneficiários.

Atividade de vida diária:

O envelhecimento, por si só, não compromete a capacidade de fazer tarefas do cotidiano, como controlar o dinheiro e as despesas da casa, fazer compras e pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve. Estas tarefas recebem o nome de atividades de vida diária (AVD) instrumentais, por serem mais complexas que as atividades de vida diária básicas, que se referem ao autocuidado, como tomar banho sozinho, por exemplo. A perda destas atividades recebe o nome de declínio funcional, que traduz a perda da autonomia e independência do indivíduo. A detecção de declínio funcional é sempre um dado relevante na avaliação da saúde do beneficiário, pois, quando presente, é sempre patológico e merece uma investigação minuciosa.

No questionário, esta seção é constituída de quatro perguntas, com resposta “sim” e “não”, sendo três perguntas referentes às AVD instrumentais (fazer compras, controlar o dinheiro e realizar pequenos trabalhos domésticos) e uma pergunta referente à AVD básica (tomar banho sozinho). No item AVD instrumentais, respostas positivas recebem quatro pontos cada. Contudo, a pontuação máxima neste critério é de quatro pontos, mesmo que beneficiário tenha respondido “sim” para todas as perguntas. No item AVD básica, a resposta positiva, ou seja, o beneficiário não consegue mais tomar banho sozinho, sem ajuda de terceiros, vale 6 pontos. Observe que a valorização é maior, pois quando o beneficiário perde a capacidade de cuidar de si mesmo, é sinal de comprometimento funcional mais avançado. Normalmente, há certa hierarquia no declínio funcional, de tal forma que, quando o beneficiário não consegue mais cuidar de si mesmo (AVD básica), é sinal de que ele já não

consegue também cuidar de sua casa ou morar sozinho (AVD instrumental). Deve-se ter cuidado de afastar outras causas de não realização destas tarefas que não a saúde ou a condição física do paciente. Por exemplo, pode ser que o beneficiário nunca tenha controlado seu dinheiro, gastos ou pago contas, pois o cônjuge sempre o fez. Assim, não houve perda ou declínio funcional, pois a pessoa nunca fez aquela tarefa anteriormente. Nestes casos, a resposta é negativa, pois a pessoa não faz aquela tarefa por outros motivos que não sua saúde ou condição física.

Cognição:

Esta seção avalia o funcionamento da memória, utilizando três perguntas relacionadas ao esquecimento, podendo receber resposta “sim” ou “não”. A presença de esquecimento, por si só, não é tão importante, pois, a maioria das pessoas tem esquecimento, sem que isso represente qualquer problema de saúde. Todavia, quando o esquecimento é percebido pelas outras pessoas ou quando somente as outras pessoas percebem o esquecimento, deve-se ficar mais preocupado com a possibilidade de um esquecimento patológico, sugestivo de doença de Alzheimer. Outros dados relevantes são a piora progressiva do esquecimento e, principalmente, quando o esquecimento impede que a pessoa continue fazendo algumas tarefas do cotidiano, que sempre fez. O esquecimento associado com o declínio funcional nas atividades de vida diária é bastante sugestivo de problemas de memória que merecem investigação.

Humor:

Ítem composto por duas perguntas, podendo receber resposta “sim” ou “não”. Cada resposta positiva vale 2 pontos. Se o beneficiário apresentar respostas positivas neste item, isto pode sugerir a presença de depressão.

Mobilidade:

Ítem subdividido em quatro aspectos, a saber:

1. Alcance, preensão e pinça:

Constituído de duas perguntas, tem por objetivo verificar a capacidade do beneficiário de executar tarefas diárias que dependem dos membros superiores;

2. Capacidade aeróbica e / ou muscular:

Permite verificar a presença de perda de massa muscular (sarcopenia), que pode ser indicada por:

Perda de peso não intencional de 4,5 kg; ou 5% do peso corporal no último ano; ou 6 kg nos últimos 6 meses; ou 3 kg no último mês;

Índice de massa corporal (IMC) menor que 22 kg/m²;

Velocidade da marcha menor que 0,8 m/s: a diminuição da velocidade da marcha (VM) tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos beneficiários. A VM é um bom teste da integração e do funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Para fins de triagem, sua aferição pode ser feita em qualquer ambiente, até mesmo no domicílio. Orienta-se a marcação de uma distância de 4 metros no chão, em linha reta, com o auxílio de uma fita métrica, sinalizando o ponto de partida e o ponto de chegada. O beneficiário é orientado a caminhar esta distância com passadas um pouco mais aceleradas do que o usual (“andando como se estivesse atravessando a rua”), mas sem correr. Assim que o beneficiário começar a caminhar, o tempo é medido com relógio comum ou cronômetro, e o seu término se dá quando o beneficiário atinge a marca de 4 metros. A VM é calculada dividindo-se 4 metros pelo tempo cronometrado no relógio (4/tempo em segundos). Normalmente, o tempo gasto para o beneficiário percorrer esta distância é de, no máximo, 5 segundos (equivalente a uma VM de 0,8 metros por segundo).

3. Circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm:

Traduz a presença de redução da massa muscular. A medida da CP pode ser feita nas posições sentada ou de pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. No beneficiário acamado, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão. A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresente o maior perímetro, sem fazer compressão. Fazer medições adicionais acima e abaixo deste ponto, para assegurar-se de que a primeira medida é a maior. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose

venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras.

(*) A presença de qualquer uma destas quatro possibilidades é sugestiva de sarcopenia e recebe dois pontos. Não é necessário que todos os itens estejam presentes e, tampouco, os pontos são cumulativos. O valor máximo da pontuação neste item é dois pontos.

4. Marcha:

Item composto por duas perguntas que permitem verificar o grau de dificuldade de caminhada apresentado pelo beneficiário e o risco de queda. Se o indivíduo cai mais de duas vezes ao ano, isto é um sinal de alerta de que algo não vai bem. Da mesma forma, a presença de dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano é sempre patológico e deve ser melhor investigada. Cada pergunta deste item recebe dois pontos, caso presente;

Continência esfincteriana:

A perda de controle da urina ou fezes nunca pode ser atribuída ao envelhecimento normal. A presença de incontinência urinária é frequente nos beneficiários, mas não é normal “da idade” e deve ser sempre investigada.


Comunicação:

A visão e a audição são essenciais na manutenção da independência dos indivíduos, pois são necessárias na execução das atividades do cotidiano. Devem ser sempre investigadas no beneficiário. Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e /ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano. O item só recebe a pontuação (02 pontos) se o beneficiário não consegue mais fazer alguma atividade do cotidiano, mesmo com a ajuda de óculos ou prótese auditiva.

Comorbidades múltiplas:

Seção que permite verificar se o beneficiário apresenta polipatologias (cinco ou mais crônicas), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, diariamente) ou que sugere maior vulnerabilidade. Na presença de qualquer resposta positiva, o item recebe quatro pontos, que não são acumulativos.

Anexo VI – Avaliação Multidimensional

 FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	FHEMIG – FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS Linha de Cuidado do Lar Inclusivo e da Atenção Domiciliar
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL	
DATA: ____/____/____ Hora: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Nome do avaliador: _____	
Nome: _____	
Nome da mãe: _____	
Sexo: _____	
Profissão: _____	
Aposentado: () 0.SIM () 1.NÃO Exerce alguma atividade remunerada: 0. SIM 1. NÃO	
Situação Previdenciária atual:	
<input type="checkbox"/> 0.Lei 11520 <input type="checkbox"/> 1.Aposentadoria <input type="checkbox"/> 2.Pensão <input type="checkbox"/> 3.BPC/Funrural \ <input type="checkbox"/> 4.Nenhum/ND	
Idade: _____	
Data de Nascimento: _____	
Naturalidade: _____	
Estado: _____	País: _____
Estado Civil: () 0.Casado () 1.Solteiro () 2.Viuvo () 3.Separado () 4.Outros	
Cor da pele: () 0.Branca () 1. Parda () 2.Preta () 3.Amarela () 4. Indígena	
Adata de admissão na instituição: _____	
Número do Cartão SUS: _____	
Escolaridade: _____	
Endereço: _____	
Telefone: _____	
Informante (se for o caso)	Parentesco:
Cuidador:	Idade:
Médico de Referência (CASA DE SAÚDE) :	Sexo:
Médico de Referência (UBS) :	
Enfermeiro de referência (CASA DE SAÚDE):	
Centro de Saúde:	Religião

IVCF-20 (Versão profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</p> <p>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade? <input type="radio"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="radio"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="radio"/> ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: <input type="radio"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="radio"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
COGNIÇÃO		7. Alguém familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade de cotidiano? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
	COMORBIDADES MÚLTIPLAS	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas () ; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; Internação recente, nos últimos 6 meses () . <input type="radio"/> Sim ⁴ <input type="radio"/> Não	Máximo 4 pts
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

PRESSÃO ARTERIAL:

DEITADO: _____ SENTADO: _____ ORTOSTATISMO: _____

Encaminhamentos para equipe interdisciplinar		
Encaminhar para Fisioterapeuta	SIM	NÃO
Presença de resposta positiva para os itens 8,12,13,14,15,16 e 17		
Encaminhar para Terapeuta ocupacional	SIM	NÃO
Presença de INCAPACIDADES FUNCIONAIS ou resposta positiva para os itens 12,13 e 18.		
Encaminhar para Farmacêutico	SIM	NÃO
Presença de 10 ou mais medicamentos		
Usuário com baixa adesão ao tratamento, usuário em uso de insulina.		
Usuário em uso de insulina/medicamento inalativo/ Varfarina/ Marevan/ Cumadim.		
Encaminhar para Nutricionista	SIM	NÃO
Resposta positiva item 14 (suspeita de sarcopenia).		
Usuário em uso de gastrostomia ou SNE / SNG.		
Encaminhar para Fonoaudiólogo:	SIM	NÃO
Resposta positiva para o item 19.		
Usuário com dificuldade para expressar ou compreender que prejudique sua comunicação.		
Usuário com queixa de tonturas ou vertigens (caráter rotatório).		
Usuário com queixa de tosse, engasgos ou outro fator que dificulte a deglutição.		
Encaminhar para Assistente social	SIM	NÃO
Resposta positiva ao item 02.		
Usuário em risco social (isolamento, sem suporte social formal ou informal e insuficiência familiar.		
Usuário em situação de violação de seus direitos e violência (abandono/ abuso financeiro/ psicológico/ sexual)		
Encaminhar para Enfermagem	SIM	NÃO
Usuário dependente para AVD, resposta positiva ao item 08.		
Usuário com queixa de incontinência urinária (resposta positiva para o item 17).		
Usuário com úlcera.		
Usuário com imobilidade parcial ou total.		
Usuário com diagnóstico recente de demência ou Parkinson.		
Encaminhar para Psicólogo:	SIM	NÃO
Resposta positiva para os itens 7, 8, 9, 10 e 11.		
Usuário com transtorno mental.		
História de uso abusivo de álcool.		
Usuário de drogas.		
Usuário em risco social (isolamento, sem suporte social formal ou informal e insuficiência familiar.		
Usuário em situação de violação de seus direitos e violência (abandono/ abuso financeiro/ psicológico/ sexual)		

AGENDA DO PACIENTE DETALHADA (Lista de Problemas)

HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

Tabagismo () SIM () NÃO Número de cigarros/ dia: _____ Tempo de fumante / anos: _____

Etilismo: () SIM () NÃO

Pregresso:

Atual:

Drogas ilícitas: () SIM _____ () NÃO

Sono: Duração: _____ horas Atividade Qualidade do sono: () BOA () RUIM

Atividade física: () Aeróbico () Resistido () Outros.

Prevenção de latrogenias- Medicamentos em uso

Nº	Droga	Dose	Tempo de uso	Indicação médica
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Mais de 15 medicamentos? SE SIM, CITAR OS DEMAIS, SUCINTAMENTE:
Medicamentos de alta vigilância ou potencialmente inapropriados para idosos ^{#1} ? <input type="checkbox"/> 0.S <input type="checkbox"/> 1.N. Se SIM, ASSINALE COM UM "X" NO "□" CORRESPONDENTE ACIMA.
Alergias ou intolerâncias medicamentosas? <input type="checkbox"/> 0.S <input type="checkbox"/> 1.N. SE SIM, ESPECIFICAR:
Internações clínicas/ operações - CITAR (ENTRE PARENTÊSES MÊS E ANO APROXIMADOS DO PROCEDIMENTO)
Internação recente, nos últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> 0. S <input type="checkbox"/> 1.N <input type="checkbox"/> 2. N

Imunização:

CALENDÁRIO VACINAL BÁSICO GRATUITO NA REDE PÚBLICA (exceto a VPC) Solicitar o cartão vacinal
dT (DUPLA ADULTO) <input type="checkbox"/> 0. Informação indisponível ou não vacinado <input type="checkbox"/> 1. Incompleta <input type="checkbox"/> 2. Completa <input type="checkbox"/> 3. Reforço Esquema básico completo = 3 doses nos meses 0 – 30 – 180 dias (reforço a cada 10 anos) Data última dose: ____/____/____
INFLUENZA ANUAL <input type="checkbox"/> 0. Informação indisponível ou não vacinado <input type="checkbox"/> 1. Vacinação em dia Esquema básico = dose única anual Data última dose: ____/____/____
FEBRE AMARELA <input type="checkbox"/> 0. Informação indisponível ou não vacinado <input type="checkbox"/> 1. Vacinação em dia Esquema básico = dose única anual (reforço a cada 10 anos nas áreas de risco) Data última dose: ____/____/____
HEPATITE B <input type="checkbox"/> 0. Informação indisponível ou não vacinado <input type="checkbox"/> 1. Incompleta <input type="checkbox"/> 2. Completa Esquema básico = 3 doses nos meses 0 – 30 – 180 dias Data última dose: ____/____/____
PNEUMOCOCO (GRUPOS DE RISCO^{#3}) <input type="checkbox"/> 0. Informação indisponível ou não vacinado <input type="checkbox"/> 1. Vacinação em dia Esquema básico = Esquema básica: VPC 13 seguida de VPP23 12 meses depois + 2ª dose de VPP23 5 anos após a 1ª Data última dose: ____/____/____
OUTRAS VACINAS (especificar tipo e data da aplicação da última dose)

AVALIAÇÃO MÉDICA GERAL: QUEIXA PRINCIPAL, ANAMNESE (HMA, ISDA, HPP, HF, HS), REVISÃO DOS SISTEMAS , EXAME FÍSICO E EXAMES COMPLEMENTARES PRÉVIOS

I - AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL – APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 3 A 6 DO IVCF-20

AVALIAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL		
Avaliação de atividades de vida diária básicas		
	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
Tomar Banho (Leito, chuveiro)	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para entrar ou sair do chuveiro ou banheira ou não toma banho sozinho. <input type="checkbox"/> S
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-se coloca órfeses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho. <input type="checkbox"/> S
Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso, ajusta as roupas e faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	Usa comadre ou similar controlado por terceiros ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo. <input type="checkbox"/> S
Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho , senta-se e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	Requer ajuda para deitar-se na cama ou sentar-se na cadeira ou para levantar -se não faz uma ou mais transferências. <input type="checkbox"/> S
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontrolados.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação controle parcial ou total por enemas ou cateteres uso de urinóis ou comadres controlado por terceiros. Acidentes ocasionais. <input type="checkbox"/> S
Alimentar-se	Leva a comida do prato (ou seus equivalente à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento , como passar manteiga no pão são excluídos da avaliação.	Requer ajuda para levar comida do prato (ou seu equivalente) à boca não come nada ou recebe alimentação parenteral. <input type="checkbox"/> S

Resultado	Marque com x
0- Independente em todas as seis funções.	
1- Independente em 05 funções e dependente em 01 função.	
2- Independente em 04 funções e dependente em 02 funções.	
3- Independente em 03 funções e dependente em 03 funções.	
4- Independente em 02 funções e dependente em 04 funções.	
5- Independente em 01 função e dependente em 05 funções.	
6- Dependente em todas as 06 funções.	

Avaliação das Atividades de Vida Diária , segundo Pfeffer						
1. Normal).	0. Nunca fez mas poderia fazê-lo					
2. Faz com dificuldade	1. Nunca fez e teria dificuldade					
3. Necessita de ajuda						
4. Não é capaz						
	0	1	2	3	0	1
1. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
2. Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
3. Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
4. Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
5. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
6. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
7. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
8. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
10. Ele (Ela) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?						
11. Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
1. Normal 0. Nunca ficou mas poderia ficar agora						
2. Sim com preocupações						
3. Sim por curtos períodos						
4. Não poderia						
PONTUAÇÃO						

O que o senhor (a) gostaria de fazer e que não está fazendo?

O que o senhor (a) fazia e deixou de fazer?

II - AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO- APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 7 A 9 DO IVCF-20

PRESENÇA DE ESQUECIMENTO: () SIM () NÃO

Percebido pelo paciente ()

() Familiares () Acompanhante () Cuidador

DURAÇÃO:

Tipo: Memória de Trabalho () Memória Episódica () Piora progressiva ☐ Sim ☐ Não

Houve declínio funcional após o início dos sintomas cognitivos? ☐ Sim ☐ Não

Esquecimentos estão prejudicando as atividades de vida diária? ☐ Sim ☐ Não

CARACTERIZAÇÃO:

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Escolaridade (anos /escola) : _____

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)		DATA(SCORE)			
Orientação temporal (5 pontos) Dê um pontopara cada item	ano				
	mês				
	Dia da semana				
	Dia do mês				
	Hora aproximada				
Orientação espacial (5 pontos) Dê um pontopara cada item	Estado				
	Cidade				
	Bairro ou nome de rua próxima				
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa) Andar ou local específico : em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala apontando para o chão)				
Registro (3 pontos)	Repetir: Gelo-Leão-Planta Carro Vaso e Tijolo				
Atenção e cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento	Subtrair 100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65				
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO = O D N U M				
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?				
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta				
Repetir (1 ponto)	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ				
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta	* Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque no chão."				
Escrever uma frase completa (1 ponto)	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim."				
Ler e executar (1 ponto)	FECEHE SEUS OLHOS				
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção				
PONTUAÇÃO FINAL (score =0 a 30 pontos)					



FECHE OS OLHOS

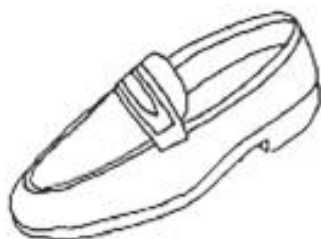
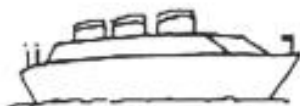
TESTE DE LISTA DE PALAVRAS DO CERAD - MORRIS et al, 1989, Bertolucci et al.

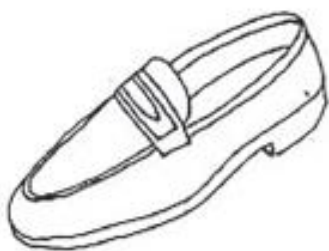
	1ª	2ª	3ª		DATA (Score)					
Manteiga				Tentativa 1						
Braço				Tentativa 2						
Praia				Tentativa 3						
Carta				Evocação de 5 minutos						
Rainha				Reconhecimento de palavras						
Cabana										
Poste										
Bilhete										
Erva										
Motor										
Igreja Rainha Café Cabana Manteiga Chinelo Dólar Poste Braço Aldeia Prai Corda Cinco Bilhete Carta Tropa Hotel Erva Montanha Motor										

Ou teste das figuras quando de mais baixa escolaridade ou surdez.

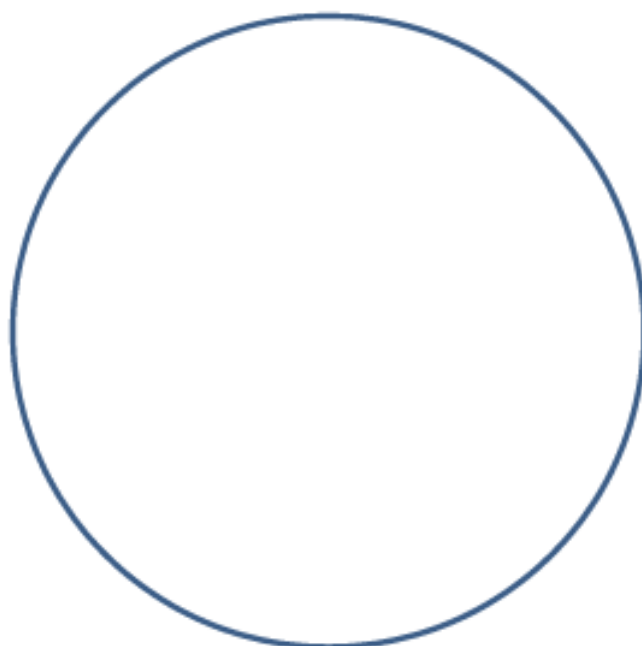
Teste de reconhecimento de figuras (Nitrini, N. et al., 1994)

	PERCEPÇÃO	NOMEAÇÃO	MEMÓRIA INCIDENTAL	MEMÓRIA IMEDIATA	APRENDIZADO	MEMÓRIA TARDIA (5')	RECONHECIMENTO
SAPATO							
CASA							
PENTE							
CHAVE							
AVIÃO							
BALDE							
TARTARUGA							
LIVRO							
COLHER							
ÁRVORE							
CORRETAS							
INTRUSÕES							





TESTES	DATA (SCORE)					
FLUÊNCIA VERBAL (1 MINUTO)						
Animais						
Frutas						
RECONHECIMENTO DE 10 FIGURAS						
Percepção visual / Nomeação correta						
Memória incidental						
Memória imediata 1						
Memória imediata 2						
Evocação de 5 minutos						
Reconhecimento						
TESTE DO RELÓGIO (PONTUAÇÃO DE						



NOTA	DESENHE PARA O PACIENTE, PREFERENCIALMENTE NO PRONTUÁRIO, UM CÍRCULO DE CERCA DE DEZ CENTÍMETROS DE DIÂMETRO, EXPLICANDO A SEGUINTE ORDEM:
	"Este é o vidro de um relógio. Coloque todos os números e marque 11:10".
0	Inabilidade absoluta para representar o relógio
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora (OU VICE-VERSA)
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
5	Relógio perfeito

PONTUAÇÃO:

III - AVALIAÇÃO DO HUMOR– APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 10 A 11 DO IVCF-20

Perguntas	SIM	NÃO
Você se sente frequentemente triste ou deprimido?		
Você perdeu o interesse / prazer por atividades?		
Síntomas Maiores de depressão:		
Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos?		
Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)		
Perda ou ganho significativo de peso ou diminuição ou aumento do apetite		
Insônia ou hipersonia		
Agitação ou retardo psicomotor		
Fadiga ou perda de energia		
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada		
Capacidade diminuída de pensar ou concentra-se		
Pensamentos recorrentes de morte: ideação suicida recorrente		
SCORE		

Duração da sintomatologia:

A sintomatologia trouxe alteração do seu funcionamento? () SIM () NÃO

Escala Geriátrica de Depressão (GDS 15 e GDS -5)		
Para cada questão escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)		
Validação Almeida O. P. Arq. Neuropsiquiat. V. 57. p. 421-426, 1999.		
QUESTÕES	SIM	NÃO
1- Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2- Você se aborrece com frequência?	1	0
3- Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias ?	1	0
4- Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
5- Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
6- Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7- Você acha que sua situação é sem esperança?	1	0
8- Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
9- Você sente que sua vida está vazia?	1	0
10- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você ?	1	0
11- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
12- Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
13- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
14- Você se sente cheio de energia?	0	1
15- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
PONTUAÇÃO:		

História de doença psiquiátrica prévia..... () SIM () NÃO

Especificar:

AVALIAÇÕES A SEREM UTILIZADAS EM CASO SOMENTE DE ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS E DEMÊNCIAS:

Inventário Neuropsiquiátrico e CDR.

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI) – Cummings et al., 1994.			
Intensidade: (1) Leve: comportamento está presente e causa pouco desgaste ao paciente (2) Moderado: causa incômodo ao paciente mas pode ser contornado pelo cuidador. (3) Grave: o comportamento é bastante desgastante para o paciente e não pode ser contornado pelo cuidador	Frequência: Ocasional: menos de uma vez por semana Comum: cerca de uma vez por semana 3. Frequente: várias vezes por semana, mas menos que todos os dias. Muito frequente: uma vez por dia ou mais		
SINTOMATOLOGIA	N.	INTENSIDADE (I)	FREQÜÊNCIA (F)
Alucinação		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Delírio		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Apatia: comportamento passivo, falta de iniciativa, indiferença		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Disforia: baixa de humor, tristeza		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Ansiedade		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Desinibição		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Imitabilidade		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Atividade motora aberrante: perambulação		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Euforia / Elação		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Apetite/ Alterações alimentares		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Comportamento noturno		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Convenções: N.A. = não avaliado			
FREQÜÊNCIA: 1 = ocasionalmente, menos de uma vez por semana;			
2 = pouco frequentemente, cerca de uma vez por semana;			
3 = frequentemente, várias vezes por semana, mas não todo dia;			
4 = Muito frequentemente, uma ou mais vezes por dia ou continuamente.			
INTENSIDADE: 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave.			

Clinical Dementia Rating (CDR)

Clinical Dementia Rating CDR					
Função	Nenhum 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderado 2	Grave 3
Memória (M)	Não há perda de memória ou esquecimento leve e inconstante	Esquecimento leve mas consistente. Esquecimento "benigno". Lembreça parcial dos eventos.	Perda moderada da memória para eventos recentes, interferindo com as atividades do cotidiano.	Perda grave da memória. Apenas material altamente conhecido continua preservado. Informações novas são rapidamente perdidas.	Perda grave de memória. Apenas resquícios de memória estão presentes.
Orientação (O)	Completamente orientado	Completamente orientado, exceto pela presença de discretas dificuldades nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais. Orientado no espaço. Pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave nas relações temporais. Usualmente desorientado no tempo e frequentemente no espaço.	o somente quanto à pessoa.
Julgamento e resolução de problemas (JRP)	Resolve problemas do dia-a-dia e lida bem com negócios e finanças. Julgamento é bom em relação ao seu desempenho anterior	Comprometimento discreto na capacidade de resolução de problemas, similaridades e diferenças	Dificuldade moderada na resolução de problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente mantido	Comprometimento grave na resolução de problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente comprometido.	Completamente incapaz de emitir julgamento e resolver problemas.
AVDI comunitárias (AC)	Independente para os níveis usuais do trabalho, compras e participação em grupos sociais e voluntários	Comprometimento leve	Incapaz de funcionar independente, embora ainda consiga realizar algumas. Apresenta-se normal no contato casual.	Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio, apesar de não aparentar.	Completamente incapaz de funcionar adequadamente fora do domicílio. Aparenta estar muito comprometido para tais funções.
AVDI domiciliares (tarefas domésticas) (AD)	Vida doméstica, hobbies e interesses intelectuais preservados	Comprometimento leve	Comprometimento leve mas já estabelecido. Incapaz de realizar tarefas, hobbies ou atividades mais difíceis.	Apenas tarefas simples estão preservadas. Interesses bastante restritos.	Completamente incapaz
AVD básicas (AB)	Independente no autocuidado		Necessita de ajuda	Requer assistência para vestir-se, higiene pessoal e cuidado pessoal	Requer assistência completa no cuidado pessoal. Presença de incontinência.

PONTUAÇÃO:

IV - AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE- APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 12 A 16 DO IVCF-20

MARCA	<input type="checkbox"/> 0. Sozinho <input type="checkbox"/> 1. Ajuda ocasional <input type="checkbox"/> 2. Ajuda frequente <input type="checkbox"/> 3. Muleta ou bengala <input type="checkbox"/> 4. Andador <input type="checkbox"/> 5. Andador <input type="checkbox"/> 6. Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> 7. Imobilidade completa (paciente acamado). Velocidade da marcha em 4 metros (Dado constante da pergunta 14 D IVCF-20) = _____ m/s Velocidade da marcha em subir escalar: (05 degraus) _____ / m/s () SIM () NÃO () NA Levantar e andar 3 metros quantitativo e qualitativo (Timed up and go test) * O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira de braço, sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis gira 180° e retornar, sentando na cadeira. DURAÇÃO () < 10 seg. () 10 a 20 seg. () 20 a 30 seg. () ≥ 30 seg. DESCREVER O PADRÃO DA MARCA:
QUEDAS	História de queda no último ano ? () SIM () NÃO Número de quedas: () 1 () 2 a 4 () ≥ 5 Repercussão funcional ? () SIM () NÃO Especificar: Causas/ Circunstâncias: Sensação de desequilíbrio? () SIM () NÃO Perda de consciência? () SIM () NÃO Tempo de permanência no chão: _____ Necessidade de ajuda para levantar? () SIM () NÃO Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem apoiar-se
EQUILÍBRIO	Equilíbrio de pé : estável , capaz de ficar de pé com os pés bem juntos (base estreita) sem segurar em objetos de suporte. Equilíbrio com olhos fechados: (com os pés mais próximos possível , estável, sem segurar algum objeto, com pés unidos. Nudge test : paciente de pé com os pés o mais próximos possível o examinador empurra com pressão uniforme 3x sobre o esterno (impulsão) . Equilíbrio unipodálico: capaz de manter-se estável sobre uma perna por 5 segundos sem apoiar-se.
FRATURA	() SIM () NÃO () Vértebra () Fêmur () Antebraço () outro Data:
AVALIAÇÃO DO ALCANCE /PREENSAO /PINÇA	Avaliação funcional dos ombros () SIM () NÃO Preensão manual () SIM () NÃO Pinça () SIM () NÃO

PACIENTE AMPUTADO

(Classificação da mobilidade de amputados - Harold Wood Stanmore mobility grade, 1991)	
1- Abandono da prótese ou apenas uso cosmético	<input type="checkbox"/> 0
2- Uso de prótese para transferências ou para auxiliar nos cuidados e somente com terapeuta ou cuidador	<input type="checkbox"/> 1
3- Anda no domicílio usando auxiliares de marcha. Fora de casa necessita de ajuda de terceiros	<input type="checkbox"/> 2
4- Anda em casa e na comunidade com auxiliares da marcha	<input type="checkbox"/> 3
5- Anda independentemente dentro e fora de casa sem auxiliares da marcha ou apenas excepcionalmente usa-os	<input type="checkbox"/> 4

Necessidade de Órteses, Próteses, Cadeiras de rodas, Palmilhas, Calçados, Muletas, bengalas, outros (especificar):

V - AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO- APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 18 A 19 DO IVCF-20

Órgãos dos sentidos:

Problemas de Visão () SIM () NÃO	Problemas de audição () SIM () NÃO
Uso de lentes corretivas () SIM () NÃO	Uso de prótese auditiva () SIM () NÃO
Teste de Snellen (5 metros) () < 0,3 () > 0,3	Teste do sussurro (60 cm de cada ouvido) () POSITIVO () NEGATIVO
Dificuldade de ler jornais () SIM () NÃO	Dificuldade para conversação com 3 ou mais pessoas () SIM () NÃO
Data da última avaliação com Oftalmologista. Data : / /	Data da última visita com Otorrinolaringologista. Data : / /

FALA:

Produção oral:

Deglutição:

INCONTINÊNCIA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Urinária <input type="checkbox"/> Fecal	
Existe perda involuntária de urina suficiente para causar ao paciente prejuízo social ou higiênico?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se <u>sim</u> , descreva o motivo ou mecanismo de perda:	
Classificação da incontinência urinária:	
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária transitória	
<input type="checkbox"/> 0. Delirium <input type="checkbox"/> 1. Infecções <input type="checkbox"/> 2. Uretrite/vaginite <input type="checkbox"/> 3. Restrição da mobilidade	<input type="checkbox"/> 4. Aumento débito cardíaco <input type="checkbox"/> 5. Medicções <input type="checkbox"/> 6. Impactação fecal <input type="checkbox"/> 7. Distúrbios psíquicos (ansiedade, depressão...)
<input type="checkbox"/> Incontinência urinária estabelecida	
<input type="checkbox"/> 8. Urgência <input type="checkbox"/> 9. Esforço <input type="checkbox"/> 10. Transbordamento	<input type="checkbox"/> 11. Funcional <input type="checkbox"/> 12. Mista ou de difícil caracterização pelo paciente.

SAÚDE BUCAL

Observar a presença de	SIM	NÃO
Mini-avaliação da Saúde Bucal		
Edentulismo		
Prótese dentária		
Xerostomia		
Feridas na cavidade oral		
Sangramento gengival		
Oroscopia		
Data última visita ao dentista		

VI - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL– APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NA PERGUNTA 14 DO IVCF-20

Mini Avaliação Nutricional (MAN)

Peso Kg:

Altura:

Circunferência da panturrilha:

IMC:

Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0- Diminuição severa da ingesta ☐
- 1- Diminuição moderada da ingesta ☐
- 2- Sem diminuição da ingesta ☐

Perda de peso nos últimos meses?

- 0- Superior a três quilos ☐
- 1- Não sabe informar ☐
- 2- Entre um e três quilos ☐
- 3- Sem perda de peso ☐

Mobilidade:

- 0- Restrito ao leito ou à cadeira de rodas ☐
- 1- Deambula mas não é capaz de sair de casa ☐
- 2- Normal ☐

Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0-Sim 2 - Não

Problemas neuropsicológicos?

- 1- Demência ou depressão graves ☐
- 2- Demência leve ☐
- 3- Sem problemas psicológicos ☐

Índice de massa corpórea IMC = peso (kg) /estatura (m) ²

- 0= IMC <19 ☐
- 1= $19 \leq \text{IMC} < 21$ ☐
- 2= $21 \leq \text{IMC} < 23$ ☐
- 3= IMC ≥ 23 ☐

Escore de Triagem, máximo 14 pts. Resultado: _____ pontos

12 pontos ou mais: normal, desnecessário, continua avaliação.

11 pontos ou menos; possibilidade de desnutrição continuar a avaliação.

VII - AVALIAÇÃO SÓCIO FAMILIAR- APLICAR SE HOUVER PONTUAÇÃO NAS PERGUNTAS 7 A 11 DO IVCF-20

A – IDOSO DE COMUNIDADE

1 – Quadro da construção familiar

Nome	Parentesco	Sexo	Est. Civil	Reside com o idoso?
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não
				<input type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 1 Não

2 - Visitas a parentes: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.
 Se sim, quais? _____
 Se sim, com qual frequência? ☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica

3 - Visitas a amigos: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.
 Se sim, quais? _____
 Se sim, com qual frequência? ☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica

4 - Pertence a alguma religião: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.
 Se sim, quais? _____
 Praticante: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.
 Onde? _____
 Com qual frequência participa de atividades religiosas (missas, cultos, etc)?
☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica
 Para o senhor(a), religião/espiritualidade na velhice é:

5 - Na sua opinião, qual problema mais o atinge na vida diária:
☐ 0 Nenhum ☐ 1 Econômico ☐ 2 Saúde ☐ 3 Pessoa ☐ 4 Familiar ☐ 5 Não soube ou não quis responder

6 - Possui cuidador(es)?	<input type="checkbox"/> 0 Formal <input type="checkbox"/> 2 Quinazenal (amigos/outros)	<input type="checkbox"/> 1 Informal (familiar) <input type="checkbox"/> 3 Não possui
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

B – IDOSO INSTITUCIONALIZADO

1 - Tempo de institucionalização (anos e/ou data aproximada): _____

2 - Como chegou à instituição: ☐ 1 Vontade própria ☐ 2 Trazido por parentes ☐ 3 Trazido por outros ☐ 4 compulsório

3 - Motivo da institucionalização: _____

4 - O que significa viver nessa instituição?

5 - Como é sua rotina na instituição?

6 - Dinâmica das relações. Você considera a relação:

Idoso / idoso: ☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Regular ☐ 4 Péssima

/ funcionários: ☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Regular ☐ 4 Péssima

/ dirigente: ☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Regular ☐ 4 Péssima

/ familiares: ☐ 1 Ótima ☐ 2 Boa ☐ 3 Regular ☐ 4 Péssima

7 - Com quem residia antes de vir para a instituição?

8 - Visitas a parentes: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.

Se sim, quais? _____

Se sim, com qual frequência? ☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica

9 - Visitas a amigos: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.

Se sim, quais? _____

Se sim, com qual frequência? ☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica

10 - Pertence a alguma religião: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.

Se sim, quais? _____

Praticante: ☐ 0 Sim ☐ 1 Não ☐ 2 Não soube ou não quis responder.

Onde? _____

Com qual frequência participa de atividades religiosas (missas, cultos, etc)?

☐ 0 diária ☐ 1 semanal ☐ 2 quinazenal ☐ 3 mensal ☐ 4 esporádica

Para o senhor(a), religião/espiritualidade na velhice é:

11 - Citar um fato marcante da sua vida.

VIII - CONSULTA MÉDICA PROPOSTA:

PROPEDEÚTICA:

INTERCONSULTAS:

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA

FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO

Carimbo e assinatura

Anexo VII- tutorial para realizar a avaliação multidimensional testes e escalas: como preencher?

PARA RASTREIO DA CAPACIDADE DE AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS DO IVCF NAS PERGUNTAS 3 A 6:

1. Atividades de vida diária básica e instrumentais:

Conceitos prévios de Autonomia e Independência:

Autonomia:

Define-se autonomia como a capacidade de se tomar decisões, de comando da própria vida. Independência:

Define-se independência como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

Vários significados são encontrados na literatura, além dos dois citados, e que podem tornar mais fácil a compreensão e a importância do tema. Autonomia pode ser o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras. Para o beneficiário, a autonomia é mais útil que a independência como um objetivo global, pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente. Assim, uma senhora com fratura do colo de fêmur, que ficou restrita a uma cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente. Independência e dependência são conceitos ou estados que podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a uma pessoa e dependente em relação a outras. Wilkin (1990) conceitua dependência como sendo um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou outros) para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas. Essas definições e tantas outras transmitem a impressão de que a dependência sempre se refere a uma relação social. Ela, portanto, não é um atributo individual, mas sim de indivíduo em relação a outros. O que se procura obter é a manutenção da autonomia e o máximo de independência possível, em última análise, a melhora na qualidade de vida. Isso só poderá ser obtido por meio de uma avaliação gerontológica abrangente, que tem a finalidade de atuar sobre o desempenho físico, psíquico (cognitivo e afetivo) e social.

Para avaliar as Atividades da Vida Diária (independência), usaremos a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (modificada de Katz ET al, 1970) e para avaliar as Atividades de Vida Diária Instrumentais (Autonomia) usaremos a escala de Pfeffer.

As Atividades de vida diária básica incluem todas as tarefas para a sobrevivência, também denominadas tarefas de autocuidado ou cuidado pessoal dentro de casa. Em geral, envolvem cuidados com higiene e com a aparência, comer, vestir-se, continência (urinária e fecal), transferência e mobilidade.

As atividades de vida diária instrumentais enfocam múltiplas áreas necessárias para uma vida independente na comunidade, como cozinhar, arrumar a casa, fazer compras, mover-se fora de casa, manejar finanças, comunicar-se e usar meios de transporte. O terapeuta deve realizar seu julgamento baseado não só no relato do beneficiário como também no seu próprio levantamento acerca do ambiente em que o beneficiário vive. Nesse sentido, famílias com rotinas definidas e rígidas e com comportamentos zelosos em relação aos beneficiários podem comprometer seu próprio julgamento acerca do que ele é capaz de fazer. Isso também costuma acontecer em relação aos beneficiários institucionalizados. No contexto das instituições de longa permanência, o ambiente pode gerar comportamentos dependentes.

As Escalas deverão ser aplicadas em ambientes calmos e confortáveis ou à beira dos leitos, desde que preservada a privacidade do beneficiário. As perguntas devem ser lidas de forma clara, alta e pausada.

O Índice de Katz é uma das mais conhecidas para avaliar o desempenho nas atividades da vida diária. Foi desenvolvida para a avaliação de beneficiários predizer o prognóstico nos doentes crônicos independentemente da idade. Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.

No formato Guttman classifica-se em dependente e independente em cada uma das atividades. Os resultados podem ser:

1. Independente em todas as seis funções.
2. Independente em 05 funções e dependente em 01 função.
3. Independente em 04 funções e dependente em 02 funções.
4. Independente em 03 funções e dependente em 03 funções.
5. Independente em 02 funções e dependente em 04 funções.
6. Independente em 01 função e dependente em 05 funções.
7. Dependente em todas as funções.

A Escala da Pfeffer avalia a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e, conseqüentemente, da assistência requerida. A combinação do MEEM com o questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM parece ser adequada a associação do questionário de Pfeffer para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados. É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade deste em desempenhar

determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

Avaliações dos resultados: quanto mais elevado o escore, maior a dependência de assistência.

Providências com os achados/resultados: escores ≥ 6 associados aos outros testes de função cognitiva alterados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

A incapacidade para Atividades da Vida Diária (AVDS) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) podem indicar uma perda da autonomia que pode ser reversível - por exemplo, em casos de amputação (desde que sob adaptação), delirium, depressão - ou irreversível - por exemplo, em casos de demências.

Quando se tratar de quadro reversível (Delirium ou Depressão), deve-se buscar a causa e tratar as condições por meio de técnicas de reabilitação física e psicossociais, e tratamentos medicamentosos. Em casos de demência, deverá proceder ao diagnóstico diferencial e instituir o tratamento adequado, muitas vezes restrito a cuidados de enfermagem e medicamentos para doenças de base.

PARA RASTREIO DA CAPACIDADE COGNITIVA EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS DO IVCF NAS PERGUNTAS 7 A 9:

O rastreio cognitivo pode ser considerado o primeiro passo para o diagnóstico de demência. A importância do diagnóstico precoce é permitir que intervenções terapêuticas nas fases iniciais dos quadros de demências sejam realizadas. Esse é o momento no qual há maiores evidências de benefício, viabilizando que o paciente possa receber o tratamento adequado.

As pessoas identificadas por rastreio cognitivo, com suspeita de quadros de demências iniciais, podem ter a oportunidade de discutir o problema com seus familiares, expressar seus desejos futuros frente ao curso da doença e seu prognóstico, além de estabelecer um planejamento com relação à saúde, segurança e economia.

Uma revisão sobre rastreio cognitivo em beneficiários conclui que os estudos analisados favorecem a utilização de testes de triagem na prática clínica para melhorar quadros demenciais, pois como já mencionado anteriormente apresentam uma alta prevalência e um grande custo econômico e social. Para este rastreio cognitivo serão utilizados o Minimental, teste de lista de palavras do CERAD-MORRIS, teste de fluência verbal, teste de reconhecimento de figuras, teste do relógio e Escala Isquêmica de HACHINSKI.

Em caso de alterações comportamentais e demências, o Inventário Neuropsiquiátrico e Clinical Dementia Rating- CDR.

1. Minimental.

Este é o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado em todo o mundo, validado em diversos países. Foi concebido por Folstein et al., em 1975, para avaliação que varia entre 10 e 20 minutos. Possui 19 itens distribuídos pelos seguintes domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial), memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem. Sofre influência da escolaridade.

O teste consiste em 30 pontos divididos nas seguintes áreas da cognição. Orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O Mini-Mental é um exame de triagem cognitiva, portanto, deve-se ter atenção para não repetir com frequência, pois mesmo pacientes com demência são capazes de decorar o teste e, assim, invalidá-lo. Atenção para a avaliação qualitativa (que é a qualidade da frase, e se a pessoa se recusa a "escrever" por causa de deficiências/falta de preensão manual, comuns nas Casas de Saúde).

O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos (quanto maior o escore, melhor o desempenho do teste). Ele apresenta boa sensibilidade e especificidade para identificação de casos de demência, sendo menos sensível e específico para identificação de déficits menos graves. Uma limitação importante do MEEM é que a sua pontuação é altamente influenciada pelo nível de escolaridade do paciente, sendo necessários ajustes dos pontos de corte no MEEM para o diagnóstico de demência. Serão considerados alterados os escores iguais ou menores que 18 pontos para pessoas com menos de 8 anos de escolaridade. Para 8 anos de escolaridade, ou mais, resultados iguais ou menores que 24 pontos. Em caso de déficit cognitivo encaminhar para avaliação e tratamento clínico/geriátrico, terapêutico ocupacional e psicológico.

2. Teste de lista de palavras do CERAD- MORRIS et al, 1989, Bertolucci et al.

Avaliação da memória de curto prazo.

A lista de palavras é apresentada 3 vezes consecutivas e em cada etapa é solicitado que o paciente evoque as palavras pelo tempo máximo de 90 segundos.

Ao final, o examinador insere uma tarefa distratora (outro teste cognitivo, por exemplo) e, após 5 minutos, é feita nova evocação da lista pelo mesmo tempo máximo de 90 segundos.

Normalmente, observa-se uma curva ascendente de aprendizagem nas três tentativas consecutivas como, por exemplo, escores médios de 4, 6 e 7 e escore de 3 na evocação de 5 minutos.

3. Teste de fluência verbal:

Teste de rastreamento cognitivo que avalia os domínios: linguagem, funções executivas e memória semântica.

Peça ao beneficiário para falar nomes de animais durante um minuto. Depois, peça para falar nomes de frutas durante um minuto.

Pontuação: são contados todos os nomes de animais produzidos em 1 minuto, exceto repetições, as oposições regulares de gênero e sexo. (ex. gato/gata conta-se 1 ponto: boi/vaca conta-se 2 pontos) . Quando o sujeito fala uma categoria e depois fala das espécies (ex., pássaro – gaivota/sabiá) conta-se 2 pontos , excluindo o ponto da categoria pássaro.

Pontuação: são contados todos os nomes de frutas mencionados em 1 minuto.

Sofre influência da escolaridade, têm pontos de corte diferenciados para minimizar essa influência. Pontos de corte: 8/9 para indivíduos com até 8 anos de escolaridade incompletos; 12/13 para indivíduos com mais de 8 anos de escolaridade completos em diante.

4. Teste de reconhecimento de figuras

Avaliação da capacidade de nomear, a memória incidental, a memória imediata e o aprendizado. Para avaliar a capacidade de nomear as figuras:

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: “Que figuras são estas? (se necessário apontar)”. Faça um x dentro dos parênteses correspondentes a cada palavra nomeada corretamente pelo beneficiário (a) . Corrija eventuais erros de nomeação para a evocação posterior. Anote o escore das figuras nomeadas corretamente.

Memória incidental: Esconda as figuras “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?” Nesta questão é importante saber em que ordem as figuras foram lembradas, motivo pelo qual você escreverá dentro de cada parêntese, o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo(a) beneficiário(a) que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões). Anote o escore e as intrusões.

Memória imediata: Mostra as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome por segundo; fale a série toda duas vezes). “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?”. Escreva dentro de cada parêntese o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo (a) beneficiário(a) que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões). Não é necessário anotar a ordem em que estas palavras (intrusões) foram ditas.

Anote o escore e as intrusões.

Aprendizado: Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras”. (Se houver déficit visual importante , peça que

memorize as palavras que você vai dizer ; diga os nomes dos objetos lentamente , um nome / segundo; fale a série toda duas vezes.)” que figuras eu acabei de lhe mostrar/”. Escreva dentro de cada parêntese o número de ordem da resposta, da 1ª a 10ª. Nas cinco linhas que aparecem depois das dez palavras com os parênteses você deverá escrever eventuais nomeações feitas pelo (a) beneficiário (a) que não se referem às 10 figuras apresentadas (intrusões) . Não é necessário anotar a ordem em que estas palavras (intrusões) foram ditas.

Anotar o escore e as intrusões.

5. Teste do relógio:

Este teste foi criado em meados do século 20 e, em 1986, Schulman et. al., propuseram o seu uso como instrumento de rastreio cognitivo em beneficiários.

Ofereça ao beneficiário o desenho de um círculo de 11 cm de diâmetro e dê a instrução: “Aqui, temos o mostrador de um relógio. Gostaria que o Sr(a) colocasse os números dentro dele. Por favor, agora indique o horário de 8h20 (oito horas e vinte minutos).

Pontuação: Será dado um ponto para o posicionamento correto dos seguintes números: 1,2,4,5,7,8,10 e 11 (será pontuado o número que estiver até a sua metade incluída no oitavo correspondente). Um ponto será dado para o ponteiro pequeno indicando o 11 e um ponto será dado para o ponteiro grande indicando o 10. Total máximo; 10 pontos. Os domínios cognitivos avaliados são as habilidades visio-espaciais, construtiva e a função executiva. O ponto de corte é 7/8.

6. Escala Isquêmica de HACHINSKI:

A Escala Isquêmica de Hachinski é utilizada como diagnóstico diferencial entre o Alzheimer e a demência vascular multi linfática.

Perguntar e investigar as situações, depois marcar a pontuação, conforme identificado. Scores menores que 4 sugerem Mal de Alzheimer ou outro transtorno degenerativo.

Scores de 4 a 7 sugerem demências mistas. Scores acima de 7 sugerem demência vascular.

Em caso de suspeita de demência, aplicar o Inventário Neuropsiquiátrico (INP) e o Clinical Dementia Rating (CDR):

1. Inventário Neuropsiquiátrico (INP)

O Inventário Neuropsiquiátrico é um questionário de 12 itens que possibilita determinar a presença de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, sua frequência e intensidade.

O Inventário Neuropsiquiátrico (INP) tem por objetivo obter informações quanto à presença de psicopatologia em acidentes com doenças cerebrais. O INP foi desenvolvido para aplicação em pacientes com doença de Alzheimer e outras

demências, mas pode ser útil na avaliação de alterações de comportamento em outras condições. O INP abrange 12 áreas comportamentais:

Delírios	Apatia
Alucinações	Desinibição
Agitação	Irritação
Depressão	Comportamento motor aberrante
Ansiedade	Comportamentos noturnos
Euforia	Apetite e alterações alimentares

O INP se baseia nas respostas de um acompanhante informado, de preferência que more com o paciente. Na ausência de um observador informado, o instrumento não poderá ser utilizado ou deverá ser modificado. A entrevista é melhor conduzida na ausência do paciente, para facilitar a discussão livre de comportamentos às vezes constrangedores.

Alguns pontos devem ser esclarecidos ao se administrar o INP:

- Propósito da entrevista:
- As respostas devem ser breves, uma vez que a maioria das perguntas pode ser respondida com um simples “sim” ou “não”.
- As respostas se aplicam a comportamentos subsequentes ao início da doença.
- A natureza das contagens – frequência, gravidade, desgaste (descritos abaixo) se aplicam a comportamentos subsequentes ao início da doença e que estiveram e que estiveram presentes nas últimas quatro semanas ou por período definido de tempo.

Ao iniciar o inventário, diga ao acompanhante: “Estas perguntas foram feitas para avaliar o comportamento de seu (marido/esposa/etc.) e, na maioria das vezes, podem ser respondidas com um simples “sim” ou “não”. Portanto, tente ser breve nas respostas”.

Se o acompanhante enveredar por respostas elaboradas, com pouca informação útil, lembre-o da necessidade de ser breve. Algumas questões levantadas são emocionantemente perturbadoras e o entrevistador deve garantir que poderão discuti-las em pormenores ao término do inventário.

As perguntas devem ser formuladas exatamente como escritas e esclarecidas em caso de dúvidas do acompanhante. Esclarecimentos aceitáveis consistem na repetição das perguntas com termos alternativos.

As perguntas referem-se a mudanças no comportamento que surgiram depois da instalação da doença. Comportamentos que acompanham o paciente ao longo da

vida e não mudaram no curso da doença não são levados em conta, mesmo se anormais (ex.: ansiedade, depressão).

Comportamentos que estiveram presentes por toda a vida, mas que se modificaram desde o início da doença são considerados (ex.: o paciente sempre foi apático, mas a apatia aumentou consideravelmente durante o período da investigação).

Relembre periodicamente ao entrevistado que as respostas se referem a mudanças no comportamento que surgiram a partir do início da doença.

O INP é tipicamente utilizado para avaliar as alterações de comportamento que surgiram em um período definido (ex.: nas últimas quatro semanas). Em alguns estudos, o INP pode ser endereçado a mudanças que ocorrem em resposta ao tratamento ou que aparecem depois da última consulta.

O espaço de tempo das perguntas será então revisto para refletir o interesse nas variações mais recentes.

Enfatize para o acompanhante que as perguntas se referem a comportamentos que surgiram ou se modificaram desde a instalação da doença. Por exemplo, as perguntas podem ser fraseadas: “desde que começou a nova medicação...” ou “Desde que aumentamos a dose...”.

A pergunta de rastreamento é feita para determinar se existe mudança de comportamento.

Se a resposta for negativa, marque “não” e passe ao rastreamento seguinte, sem entrar nas sub-questões. Se a resposta for positiva ou houver alguma dúvida na resposta por parte do acompanhante ou alguma inconsistência entre a resposta e outras informações conhecidas pelo clínico (ex.: o acompanhante responde “não” ao rastreamento de Euforia, mas o paciente mostra-se eufórico aos olhos do clínico), a categoria é marcada “sim” e explorada em maior profundidade nas subquestões. Se as subquestões confirmarem a pergunta de rastreamento, a intensidade e a frequência do comportamento são determinadas de acordo com os critérios para cada comportamento.

Ao determinar frequência e gravidade, use os comportamentos mais aberrantes identificados pelas subquestões. Por exemplo, se o acompanhante indicar que o comportamento de resistência é particularmente problemático nas subquestões da seção Agitação, use o comportamento de resistência para iniciar julgamentos relacionados à frequência e à gravidade da Agitação. Se os dois comportamentos mostrarem-se muito problemáticos, use a frequência e a intensidade dos dois para pontuar o item.

Por exemplo, se o paciente apresentar dois ou mais tipos de delírio, use a gravidade e a frequência de todos os comportamentos delirantes (todos os tipos) para formular as perguntas relacionadas à gravidade e frequência.

Em alguns casos, o acompanhante responderá afirmativamente à pergunta de rastreamento e negativamente às subquestões. Se isto acontecer, pergunte-lhe por que respondeu afirmativamente ao rastreamento. Se fornecer informação relevante àquele domínio de comportamento, mas com outras palavras, o comportamento deve ser pontuado para intensidade e frequência como de hábito. Se a resposta afirmativa original estiver errada, impedindo o endosso das demais subquestões, então o comportamento é mudado para “NÃO” no rastreamento.

Algumas seções, como a das perguntas relativas ao apetite, foram criadas para detectar se ocorreu aumento ou diminuição do comportamento (apetite ou peso aumentado ou diminuído). Se o acompanhante responde “sim” ao primeiro membro das questões pareadas (o paciente perdeu peso?), não passe para o segundo (o paciente ganhou peso?) desde que a resposta seja contabilizada na resposta do primeiro. Se o acompanhante responder “não” ao primeiro membro das questões pareadas, a segunda pergunta é efetuada.

Na determinação da frequência, diga ao entrevistado: “Agora quero saber com que frequência essas coisas (defina usando a descrição dos comportamentos que notou como mais problemático nas subquestões) ocorrem. Você diria que ocorrem menos do que uma vez por semana, em torno de uma vez por semana, várias vezes por semana, mas não todos os dias, ou todos os dias”. Alguns comportamentos, como a Apatia, eventualmente se tornam contínuos e, então, “todos os dias” pode ser substituído por “constantemente presente”.

Na determinação da intensidade, diga ao entrevistado: “Agora gostaria de saber da intensidade desses comportamentos. Por intensidade, refiro-me ao grau de perturbação ou incapacitação gerados para o paciente. Você diria que (os comportamentos) são leves, moderados ou graves?”

Descrições adicionais para cada item auxiliam o entrevistador a discernir entre os diferentes graus de intensidade. Em cada caso, certifique-se de que o acompanhante fornece uma resposta definitiva quanto à frequência e intensidade dos comportamentos. Não tente adivinhar o que o acompanhante teria dito com base na conversa da entrevista. Em nossa experiência, tem sido útil fornecer um cartão ao acompanhante com as descrições de frequência e intensidade (menos de uma vez por semana, cerca de uma vez por semana, diversas vezes por semana e diariamente ou continuamente para frequência, e leve, moderado e acentuado para gravidade).

Algumas seções, como a das perguntas relativas ao apetite, foram criadas para detectar se ocorreu aumento ou diminuição do comportamento (apetite ou peso aumentado ou diminuído). Se o acompanhante responde “sim” ao primeiro membro das questões pareadas (o paciente perdeu peso?), não passe para o segundo (o paciente ganhou peso?) desde que a resposta seja contabilizada na resposta do primeiro. Se o acompanhante responder “não” ao primeiro membro das questões pareadas, a segunda pergunta é efetuada.

Na determinação da frequência, diga ao entrevistado: “Agora quero saber com que frequência essas coisas (defina usando a descrição dos comportamentos que notou como mais problemático nas subquestões) ocorrem. Você diria que ocorrem menos do que uma vez por semana, em torno de uma vez por semana, várias vezes por semana, mas não todos os dias, ou todos os dias”. Alguns comportamentos, como a Apatia, eventualmente se tornam contínuos e, então, “todos os dias” pode ser substituído por “constantemente presente”.

Na determinação da intensidade, diga ao entrevistado: “Agora gostaria de saber da intensidade desses comportamentos. Por intensidade refiro-me ao grau de perturbação ou incapacitação gerados para o paciente. Você diria que (os comportamentos) são leves, moderados ou graves?”

Descrições adicionais para cada item auxiliam o entrevistador a discernir entre os diferentes graus de intensidade. Em cada caso, certifique-se que o acompanhante fornece uma resposta definitiva quanto à frequência e à intensidade dos comportamentos. Não tente adivinhar o que o acompanhante teria dito com base na conversa da entrevista. Em nossa experiência, tem sido útil fornecer um cartão ao acompanhante com as descrições de frequência e intensidade (menos de uma vez por semana, cerca de uma vez por semana, diversas vezes por semana e diariamente ou continuamente para frequência, e leve, moderado e acentuado para gravidade) para que possa visualizar as alternativas de resposta. Este procedimento, além disso, libera o examinador de reiterar as alternativas a cada questão.

Em pacientes muito doentes ou com situações médicas especiais, um determinado conjunto de questões pode não ser aplicável. Por exemplo, pacientes presos ao leito, agitados e com alucinações, poderiam não apresentar comportamento motor aberrante.

Se o clínico ou o acompanhante acreditar que as perguntas são inapropriadas, a seção deve ser marcada com NA (canto superior direito de cada seção) e nenhum outro dado é registrado naquela seção. Se o clínico achar que as respostas são inválidas (ex.: o acompanhante não pareceu compreender algum conjunto específico de perguntas), também deve marcar NA.

Depois que cada domínio foi concluído e o acompanhante finalizou as marcações de frequência e intensidade, pode-se desejar passar ao problema de desgaste do acompanhante, caso o protocolo inclua esta avaliação. Para isto, peça ao acompanhante que estime o grau de desgaste “emocional ou psicológico” que o comportamento que acabaram de discutir provoca nele. O acompanhante deve avaliar seu próprio desgaste em uma escala de 5 pontos, da seguinte maneira:

- 0 – nenhum desgaste,
- 1 – mínimo,
- 2 – leve,
- 3 – moderado,
- 4 – moderadamente intenso,
- 5 – muito acentuado ou extremo.

A Frequência é avaliada da seguinte maneira:

1. Ocasional – menos de uma vez por semana;
2. Comum – cerca de uma vez por semana;
3. Frequente – várias vezes por semana, mas menos do que todos os dias;
4. Muito frequente – diário ou continuamente presente.

A Intensidade é avaliada da seguinte maneira:

1. Leve - Produz pouco desconforto no paciente;
2. Moderada – mais perturbadora para o paciente, mas pode ser redirecionada pelo acompanhante;
3. Acentuada – muito perturbadora para o paciente e difícil de ser redirecionada.

Pontuação para cada domínio: Contagem do domínio = Frequência X Intensidade.

A. Delírios (NA)

O paciente acredita em coisas que você sabe não serem reais? Por exemplo, insiste que alguém está tentando fazer-lhe mal ou roubá-lo? Afirma que seus parentes não são quem dizem ser ou que a casa onde mora não é sua? Não estou me referindo apenas à desconfiança; estou interessado em verificar se o paciente está convencido de que essas coisas estão acontecendo com ele.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente acredita estar em perigo - que outros estão planejando machucá-lo?
2. O paciente acredita que está sendo roubado?
3. O paciente acredita que está sendo traído pelo cônjuge?
4. O paciente acredita que hóspedes indesejados estão morando em sua casa?
5. O paciente acredita que seu cônjuge ou outras pessoas não são quem alegam ser?
6. O paciente acredita que sua casa não é sua casa?
7. O paciente acredita que seus parentes planejam abandoná-lo?
8. O paciente acredita que personagens de televisão ou revistas estão presentes em sua casa? (tenta conversar ou interagir com eles?)
9. O paciente acredita em outras coisas estranhas sobre as quais não conversamos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade dos delírios.

Frequência:

1. Ocasional - Menos de uma vez por semana.
2. Comum - Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente - Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente - Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve - Delírios inofensivos, gerando pouca aflição no paciente.
2. Moderada - Delírios aflitivos e perturbadores.
3. Acentuada - Delírios muito perturbadores e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN indica que os delírios são de intensidade acentuada)

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

B. Alucinações (NA)

O paciente vê ou ouve coisas? Parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão presentes? Por esta pergunta não estamos nos referindo apenas a crenças falsas, como a de afirmar que alguém que morreu ainda está vivo. Ao contrário, queremos saber se ele realmente tem percepções anormais de sons ou visões.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente relata ouvir vozes ou age como se ouvisse vozes?
2. O paciente conversa com pessoas que não estão ali?
3. O paciente relata ver coisas que não são vistas pelos outros ou se comporta como se visse coisas que os outros não vêem (pessoas, animais, luzes, etc.)?
4. O paciente afirma sentir cheiros não percebidos pelos outros?
5. O paciente afirma sentir coisas tocando ou se arrastando por sua pele?
6. O paciente diz sentir gostos sem qualquer causa aparente?
7. O paciente descreve qualquer outra experiência sensorial incomum sobre a qual não tenhamos conversado?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade das alucinações.

Frequência:

1. Ocasional - Menos de uma vez por semana.
2. Comum - Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente - Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente - Uma vez por dia ou mais.

Intensidade

1. Leve - Alucinações inofensivas, gerando pouca aflição no paciente.
2. Moderada - Alucinações muito aflitivas e perturbadores.
3. Acentuada - Alucinações muito perturbadoras e fonte de grande alteração comportamental (a prescrição de medicamentos PRN indica que as alucinações são consideravelmente intensas)

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

C. Agitação/Agressão (NA)

O paciente passa por períodos em que se recusa a cooperar ou não deixa que os outros ajudem? É difícil de se lidar com ele?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente fica zangado com quem tenta cuidar dele ou resiste a atividades como banho ou troca de roupa?
2. O paciente é teimoso, só faz o que quer?
3. O paciente é pouco cooperativo, recusa ajuda dos outros?
4. O paciente apresenta algum outro comportamento que o torna difícil de se lidar?
5. O paciente grita ou pragueja de raiva?
6. O paciente bate às portas, chuta a mobília, atira coisas longe?
7. O paciente faz menção de ferir ou bater nos outros?
8. O paciente apresenta algum tipo de comportamento agressivo ou agitado?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da agitação/agressão.

Frequência:

1. Ocasional - Menos de uma vez por semana.
2. Comum - Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente - Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente - Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve - Comportamento perturbador, mas pode ser administrado com redirecionamento ou conversa.
2. Moderada - Comportamentos perturbadores e difíceis de se redirecionar ou controlar.
3. Acentuada - Agitação muito perturbadora e fonte de grande dificuldade; pode existir ameaça de danos pessoais; medicamentos comumente necessários.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

D. Depressão/Disforia (NA)

O paciente parece triste ou deprimido? Diz sentir-se triste ou deprimido?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente passa por períodos em que chora ou se lamenta?
2. O paciente diz ou age como se estivesse triste ou de baixo astral?
3. O paciente se menospreza ou diz que se sente um fracassado?
4. O paciente considera-se má pessoa, digno de punição?
5. O paciente parece desanimado ou diz não ter mais futuro?
6. O paciente considera-se um peso para a família, achando que viveriam melhor sem ele?
7. O paciente manifesta desejo de morrer ou fala em se matar?

8. O paciente exibe algum outro sinal de depressão ou tristeza?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da depressão/disforia.

Frequência:

1. Ocasional - Menos de uma vez por semana.
2. Comum - Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente - Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente - Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve - Depressão incômoda, mas pode ser administrada com redirecionamento ou conversa.
2. Moderada - Depressão incômoda, sintomas depressivos espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar.
3. Acentuada - Depressão muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

E. Ansiedade (NA)

O paciente é muito nervoso, preocupado ou assustado sem razão aparente?
Parece muito tenso e inquieto? Tem medo de ficar longe de você?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente diz que está preocupado sobre eventos planejados?
2. O paciente tem períodos de se sentir trêmulo, incapaz de relaxar ou de se sentir excessivamente tenso?
3. O paciente tem períodos (ou queixa de) falta de ar, engasgos, ou soluços sem razão aparente?
4. O paciente se queixa de “frio na barriga” ou de palpitações ou aceleração do coração associado a nervosismo, não justificados por saúde precária?
5. O paciente evita certos lugares ou situações que o deixam mais nervoso, como andar de carro, encontrar amigos ou andar em multidões?

6. O paciente fica nervoso e zangado quando se separa de você (ou de seu acompanhante)? (Pode se agarrar a você para não ser separado?)
7. O paciente exibe algum sinal de ansiedade?
8. Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da ansiedade.

Frequência

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve: Ansiedade incômoda, mas geralmente responde a redirecionamento ou conversa
2. Moderada: Ansiedade incômoda, sintomas de ansiedade espontaneamente verbalizados e difíceis de aliviar
3. Acentuada: Ansiedade muito incômoda e fonte de sofrimento considerável para o paciente.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

F. Elação / Euforia (NA)

O paciente parece muito animado ou feliz sem razão aparente? Não estou me referindo à alegria normal de ver amigos, ganhar presentes ou passar tempo com gente da família.

Quero saber se o paciente apresenta um bom-humor persistentemente anormal ou acha graça de coisas que os outros não acham.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente parece se sentir bem demais ou excessivamente feliz em comparação ao seu normal? _
2. O paciente acha graça e ri de coisas que os outros não acham engraçado?

3. O paciente parece ter um senso de humor pueril, com tendência a zombar ou rir de modo inapropriado (como quando alguma coisa infeliz acontece com alguém)?_
4. O paciente conta piadas ou faz comentários pouco engraçados para os outros, mas parecem engraçados para ele?
5. O paciente faz artes, como beliscar os outros e brincar de se esconder só para se divertir? __
6. O paciente se gaba ou proclama ter mais talentos ou bens do que é verdade?
7. O paciente exhibe algum outro sinal de se sentir exageradamente bem ou feliz?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da relação/euforia.

Frequência:

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve: Elação notada pelos amigos e parentes, mas não chega a incomodar.
2. Moderada: Elação nitidamente anormal.
3. Acentuada: Elação muito pronunciada, paciente eufórico, achando graça de tudo,

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

G. Apatia/Indiferença (NA)

O paciente perdeu o interesse pelo mundo à volta? Perdeu o interesse em fazer coisas ou lhe falta motivação para dar início a atividades novas? Tem sido mais difícil engajá-lo em conversas ou afazeres cotidianos? Anda apático ou indiferente? NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente parece menos espontâneo e ativo do que o normal?

2. O paciente tem puxado menos conversa do que antes?
3. O paciente está menos carinhoso ou emotivo do que o normal?
4. O paciente tem contribuído menos para as atividades domésticas rotineiras?
5. O paciente parece menos interessado na vida e nos planos dos outros?
6. O paciente perdeu o interesse pelos amigos e parentes?
7. O paciente está menos entusiasmado em relação aos seus interesses habituais?
8. O paciente exibe algum outro sinal de que não liga em fazer coisas novas?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da apatia/indiferença.

Frequência:

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve apatia - com pouca interferência na rotina, apenas ligeiramente diferente do seu jeito de ser habitual; o paciente corresponde a incentivos de engajamento em atividades novas.
2. Moderada apatia - muito evidente, pode ser vencida por persuasão e incentivo do acompanhante, responde espontaneamente apenas a acontecimentos intensos, como visitas de parentes chegados ou membros da família.
3. Acentuada apatia muito evidente, deixa de responder a qualquer tipo de encorajamento ou a eventos externos.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

H. Desinibição (NA)

O paciente parece agir impulsivamente, sem pensar? Tem feito ou dito coisas que não são feitas ou ditas em público? Tem feito coisas constrangedoras para você ou para os outros?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente age impulsivamente, sem considerar as consequências?
2. O paciente conversa com estranhos como se os conhecesse?
3. O paciente diz coisas duras para os outros ou que pode magoá-las?
4. O paciente diz coisas grosseiras ou faz comentários sexuais que normalmente não faria?
5. O paciente fala abertamente sobre assuntos muito pessoais ou particulares que normalmente não traria a público?
6. O paciente toma liberdades, toca ou abraça os outros de um jeito que foge ao seu caráter habitual?
7. O paciente exhibe algum outro sinal de perda de controle sobre seus impulsos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da desinibição.

Frequência:

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade

1. Leve - desinibição notada, mas costuma responder a redirecionamento e orientação.
2. Moderada - desinibição muito evidente e difícil de ser vencida pelo acompanhante.
3. Acentuada - desinibição geralmente insensível a qualquer tipo de intervenção por parte do acompanhante, constituindo fonte de embaraço ou constrangimento social.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

I. Irritação / Labilidade (NA)

O paciente fica irritado e se perturba com facilidade? Seu humor varia muito? Está anormalmente impaciente? Não nos referimos à frustração pela perda de memória ou pela incapacidade de realizar tarefas rotineiras; desejamos saber se o paciente tem andado anormalmente irritado e impaciente ou apresenta oscilações emocionais súbitas, diferentes do seu habitual.

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente anda de mau humor, se descontrolando à toa por coisas menores?
2. O paciente muda de humor de repente, de educado em um momento a zangado no outro?
3. O paciente apresenta lampejos imprevisíveis de raiva?
4. O paciente anda intolerável, reclamando de atrasos ou da demora de atividades programadas?
5. O paciente anda mal-humorado e irritado?
6. O paciente discute à toa, dificultando lidar com ele?
7. O paciente exhibe outros sinais de irritação?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade da irritação/labilidade.

Frequência

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade

1. Leve: irritação ou labilidade notadas, mas costuma responder a redirecionamento e orientação
2. Moderada: irritação ou labilidade muito evidentes e difícil de serem controladas pelo acompanhante
3. Acentuada: irritação ou labilidade muito evidentes, deixa de responder a qualquer tipo de intervenção do acompanhante, constituindo fonte de desgaste acentuado

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

J. Comportamento Motor Aberrante (NA)

O paciente perambula a esmo, faz coisas repetidas como abrir e fechar gavetas ou armários, remexe as coisas à sua volta repetidamente ou fica dando nós em fios e barbantes?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente perambula pela casa sem razão aparente?
2. O paciente vasculha gavetas ou armários?
3. O paciente se veste e despe repetidamente?
4. O paciente desempenha atividades ou “hábitos” repetitivos continuamente?
5. O paciente se engaja em atividades repetitivas, como manipular seus botões, mexer em coisas, dar nós em barbantes, etc.?
6. O paciente se mexe muito, não consegue ficar sentado, bate com os pés ou dedos o tempo todo?
7. O paciente desempenha alguma outra atividade de maneira repetitiva sobre a qual não conversamos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do comportamento motor aberrante.

Frequência:

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve: Atividade motora anormal notada, com pouca interferência nas atividades cotidianas
2. Moderada: Atividade motora anormal muito evidente, mas pode ser controlada pelo acompanhante.

3. Acentuada: Atividade motora anormal muito evidente, geralmente insensível às intervenções do acompanhante, constituindo fonte significativa de desgaste

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

K. Sono (NA)

O paciente tem tido dificuldade em dormir (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e volta a dormir)? Fica de pé à noite? Perambula à noite, se veste ou perturba seu sono?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente tem dificuldade em pegar no sono?
2. O paciente levanta à noite (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e volta a dormir)?
3. O paciente perambula, anda de um lado a outro ou se envolve em atividades inapropriadas à noite?
4. O paciente acorda à noite?
5. O paciente acorda, se veste e faz menção de sair, pensando que já amanheceu e está na hora de começar o dia?
6. O paciente acorda cedo demais de manhã (antes da sua hora habitual)?
7. O paciente dorme demais de dia?
8. O paciente apresenta algum outro comportamento noturno que o incomoda e sobre o qual não falamos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do distúrbio de comportamento noturno.

Frequência:

1. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
2. Comum: Cerca de uma vez por semana.
3. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
4. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve: Comportamentos noturnos presentes, todavia não particularmente perturbadores.
2. Moderada: Comportamentos noturnos perturbam o paciente e o sono do acompanhante; mais de um tipo de comportamento pode estar presente.
3. Acentuada: Comportamentos noturnos de vários tipos podem estar presentes; o paciente se mostra extremamente perturbado à noite e o sono do acompanhante é muito prejudicado.

L. Apetite e Distúrbios Alimentares (NA)

O paciente apresentou algum distúrbio do apetite, peso ou mudança alimentar (considere NA se estiver incapacitado e precisar ser alimentado)? Houve alguma diferença em suas preferências alimentares?

NÃO (passe à próxima pergunta de rastreamento) SIM (passe às subquestões)

1. O paciente tem tido menos apetite?
2. O paciente tem tido mais apetite?
3. O paciente perdeu peso?
4. O paciente ganhou peso?
5. O paciente apresentou alguma mudança no comportamento alimentar, como colocar muita comida na boca de uma só vez?
6. O paciente apresentou alguma mudança no tipo de comida que gosta, como doces em excesso ou outros tipos específicos de alimento?
7. O paciente desenvolveu comportamentos alimentares novos, como comer exatamente os mesmos tipos de coisas todos dias ou ingerir os alimentos exatamente na mesma ordem?
8. O paciente apresentou alguma outra alteração de apetite ou alimentar sobre a qual não conversamos?

Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a intensidade do apetite e distúrbios alimentares.

Frequência:

5. Ocasional: Menos de uma vez por semana.
6. Comum: Cerca de uma vez por semana.

7. Frequente: Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias.
8. Muito frequente: Uma vez por dia ou mais.

Intensidade:

1. Leve: Alterações de apetite ou alimentares que não ocasionam incômodo ou aumento de peso.
2. Moderada: Alterações de apetite ou alimentares que ocasionam pequenas variações de peso
3. Acentuada: Alterações de apetite ou alimentares evidentes, ocasionando variações de peso, embaraço ou outros problemas para o paciente.

0 Nenhum	3 Moderado
1 Mínimo	4 Acentuado
2 Pequeno	5 Muito acentuado ou extremo

A pontuação de 0 a 144 é calculada pela multiplicação da frequência pela intensidade dos sintomas (delírios, alucinações, agitação psicomotora, depressão, ansiedade, euforia, apatia, desinibição, irritabilidade, comportamento motor aberrante, comportamentos noturnos e alterações alimentares). Quanto maior a pontuação, maior a intensidade e frequência dos mesmos.

2. Clinical Dementia Rating (CDR):

A escala clínica de demência foi desenvolvida por Hughes e col. (1982), como um instrumento de avaliação global, para estudar prospectivamente a demência do tipo Alzheimer leve. Os autores destacaram no estudo de validação deste instrumento a importância de associar medidas psicométricas e comportamentais para permitir a avaliação de várias características do utente examinado.

A CDR contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e hobbies, e cuidado pessoal.

Os cinco graus de comprometimento são: saudável (CDR=0), questionável (CDR=0,5), leve (CDR=1), moderado (CDR=2) e grave (CDR=3).

O CDR está dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Cada uma dessas seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave), exceto a categoria cuidados pessoais, que não tem o nível 0,5. A categoria memória é considerada a principal, ou seja, com maior significado e as demais categorias são secundárias. A classificação final do

CDR é obtida pela análise dessas classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras - Regras para a classificação de acordo com o artigo Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating (Montaño e Ramos, 2005)

PARA RASTREIO DO HUMOR EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS DO IVCF NAS PERGUNTAS 10 A 11 DO IVCF-20:

1. Avaliação do Humor:

Para avaliar a frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista. Indicação de depressão > 5 pontos.

2. Escala de depressão geriátrica:

É uma escala desenvolvida especialmente para rastreamento de depressão em beneficiários por Yesavage et. al. Suas vantagens incluem ser composta de perguntas de fácil entendimento, poucas opções de resposta, pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado de qualquer área da saúde. Sua principal limitação é ser de difícil entendimento para os beneficiários com declínio cognitivo significativo. Foi validada em vários países, inclusive no Brasil. O ponto de corte proposto para a versão aqui apresentada é 5/6.

Aplicação: deve-se fazer todas as perguntas como foram propostas pelos autores e sem modificação da ordem. Inicie dizendo: "Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o (a) Sr. (a) , vem se sentindo na última semana." Quando a resposta do paciente for igual a que está entre parênteses, junto à pergunta, o item vale 0 (zero) . A soma total de pontos superior a cinco é sugestiva de depressão.

PARA RASTREIO DA MOBILIDADE EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS DO IVCF NAS PERGUNTAS 12 A 16 DO IVCF-20:

1. Avaliação da mobilidade:

A avaliação da mobilidade é dividida em análise sucinta da marcha: independência ou dependência, velocidade em 4 metros, habilidade de subir e descer escadas, levantar e andar 3 metros cronometrados (Timed up and go test), avaliação quantitativa e qualitativa do equilíbrio, descrição do padrão da marcha, risco de quedas, existência de fratura e localização das mesmas e a avaliação do alcance / preensão / pinça.

O teste Timed Up & Go: A sua realização é muito simples, necessitando apenas de uma cadeira de braços, com assento colocado entre 44 e 47 cm de altura, um percurso disponível com 3 metros de comprimento, desde a cadeira até uma marca em adesivo colocada no chão e um cronômetro. O teste realiza-se após um ensaio de treino. No início, o indivíduo deve estar corretamente sentado. À ordem de partida, deve levantar-se, alcançar a marca, regressar e sentar-se de novo corretamente. O

percurso é feito à velocidade normal do indivíduo testado, que deve usar calçado normal e, se necessário, um auxiliar de marcha. Os resultados correlacionam-se com a velocidade da marcha, equilíbrio, nível funcional e capacidade de deambular no exterior.

Existem pontos de corte do teste TUG para limitação funcional, mobilidade normal em mulheres e elevado risco de queda. Podsiadlo e Richardson (1991) propuseram um ponto de corte de 30 segundos para predição de dependência funcional no beneficiário, mas este valor, bastante elevado, reflete provavelmente a população estudada, que incluiu beneficiários com diversas patologias neurológicas (Podsiadlo & Richardson, 1991). Bischoff et al. (2003) confirmaram estes resultados para indivíduos institucionalizados, mas propuseram um valor menor ou igual a 12 segundos para caracterizar como normal a mobilidade de mulheres com idades entre os 65 e 85 anos residentes na comunidade. Em relação ao risco de queda, Shumway-Cook, Brauer & Wollacott (2000) consideraram em elevado risco de queda os beneficiários com tempos de desempenho no teste TUG iguais ou superiores a 13,5 segundos.

2. Avaliação do uso da prótese pelo amputado:

A avaliação funcional possui grande importância para os amputados, uma vez que a reabilitação deste grupo de beneficiários visa melhorar a mobilidade e a independência pessoal.

Tendo em vista a incidência de amputações nas Casas de Saúde - devido a doenças crônicas, como sequelas de hanseníase e diabetes, além de doenças vasculares - é fundamental para a avaliação do nível de dependência do beneficiário, nas atividades de vida diária e de vida instrumental.

Avaliar o beneficiário em situações de atividade de marcha, subir e descer escadas etc, onde a mobilidade do beneficiário com a prótese poderá ser testada, bem como a qualidade do equipamento e as necessidades de adequação do mesmo ao paciente.

PARA RASTREIO DA COMUNICAÇÃO EM CASO DE RESPOSTAS POSITIVAS DO IVCF NAS PERGUNTAS 18 A 19 DO IVCF-20:

1. Teste de Snellen

A tabela de Snellen, também conhecida como optótico de Snellen ou escala optométrica de Snellen, é um diagrama utilizado para avaliar a [acuidade visual](#) de uma pessoa.

A tabela recebeu este nome em homenagem ao [oftalmologista](#) holandês [Herman Snellen](#), que a desenvolveu em [1862](#). Há dois tipos de versões principais: a tradicional, com letras, e a utilizada para pessoas analfabetas, que se constitui da letra "E" com variação de rotação como "⌵", em que se pede à pessoa que indique

para que lado a letra está. Pode ser feita também com figuras, usada principalmente para crianças, pois elas talvez não consigam diferenciar as letras, ou seja, ainda estão na fase de serem alfabetizadas.

2. Teste do Sussurro:

O examinador deve ficar fora do campo visual da pessoa idosa, a uma distância de aproximadamente 33 cm e “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples, como, por exemplo, “qual o seu nome?” Se a pessoa idosa não responder, deve-se examinar seu conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva. Não sendo identificados obstáculos nos condutos auditivos externos, deve-se solicitar audiometria em ambulatório especializado.

Figura 3- Tabela para teste de Snellen.

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

Anexo VIII- Diagnóstico Global e Plano de Cuidados a ser anexado nas avaliações médicas, intermediárias e amplas.

1. DIAGNÓSTICO GLOBAL				
Pontuação final do IVCF:	Score total:		Estrato:	
FUNÇÃO OU SITUAÇÃO	Comprometimento?			
	NÃO	SIM		
POLIPATOLOGIA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Osteoporose <input type="checkbox"/> 2 Neoplasias <input type="checkbox"/> 3 Doença cardiovascular <input type="checkbox"/> 4 Doença respiratória <input type="checkbox"/> 5 Doença gastrointestinal <input type="checkbox"/> 6 Doenças endócrino-metabólicas <input type="checkbox"/> 7 Doenças neurológicas <input type="checkbox"/> 8 Doenças ortopédicas <input type="checkbox"/> 9 Doenças Reumáticas <input type="checkbox"/> 10. Doenças neuropsiquiátricas 11. Outras		
POLIFARMÁCIA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
AUTOCUIDADO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Dependência parcial		<input type="checkbox"/> 2 Dependência total
AVD INSTRUMENTAIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Dependência parcial		<input type="checkbox"/> 2 Dependência total
SAÚDE MENTAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1. Depressão <input type="checkbox"/> 2. Alterações do sono <input type="checkbox"/> 3. Outras		
FUNÇÃO COGNITIVA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Transtorno Cognitivo Leve	<input type="checkbox"/> 2 Depressão ou pseudodemência depressiva	<input type="checkbox"/> 3 Delirium <input type="checkbox"/> 4 Síndrome demencial
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Instabilidade postural e ou fatores de risco de queda <input type="checkbox"/> 2 Imobilidade		
VISÃO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Baixa acuidade visual <input type="checkbox"/> 2 Usa corretores		
AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Baixa acuidade auditiva <input type="checkbox"/> 2 Usa corretores		
CONTINÊNCIA URINÁRIA OU FECAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
ESTADO NUTRICIONAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Risco nutricional <input type="checkbox"/> 2 Alteração do apetite		
SAÚDE BUCAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Usa prótese(s) <input type="checkbox"/> 2 Xerostomia <input type="checkbox"/> 3 Halitose <input type="checkbox"/> 4 Incapacidade bucal [#]		
LAZER	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
SUORTE FAMILIAR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Moderada ou elevada disfunção familiar		
SUORTE SOCIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 Suporte social inadequado		
SEGURANÇA AMBIENTAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
INTERESSE SOCIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
INTERESSE SOCIAL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		

[#] A "incapacidade bucal" ocorre quando o idoso não consegue exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, além de contatos sociais por problemas odontológicos (Narvai, 2001).

"incapacidade bucal" ocorre quando o idoso não consegue exercer funções como mastigação, deglutição e fonação, além de contatos sociais por problemas odontológicos (Narvai, 2001).

2-PLANO DE CUIDADOS		
AÇÕES PREVENTIVAS		
PROBLEMA	ESTRATÉGIA	AGENDAMENTO
DOENÇA CARDIOVASCULAR	Há indicação de antiagregação plaquetária?	
	Há indicação de estatina?	
	US abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?	
IMUNIZAÇÃO	Antiinfluenza?	
	Antipneumocócica?	
	Dupla adulto?	
	Antiamarilica?	
	Outra vacina? Se sim, especificar.	
RASTREAMENTO DE CâNCER	<div> <div>Colorretal</div> <div> <input type="checkbox"/> .0 </div> </div>	
	<div> <div>Colorretal</div> <div> <input type="checkbox"/> .0 </div> </div>	
	<div> <div>Colorretal</div> <div> <input type="checkbox"/> .0 </div> </div>	
	Mama (mamografia)	
	Colo uterino (Papanicolau)	
	Próstata (toque + PSA)	
OSTEOPOROSE/ FRATURA DE FRAGILIDADE	Indicação de densitometria óssea?	
	Indicação de suplementação de cálcio e vitamina D?	
	Indicação para tratamento de osteoporose?	
ACONSELHAMENTO (mudança de estilo de vida)	Indicação para atividade física regular?	
	<input type="checkbox"/> Aeróbico <input type="checkbox"/> Resistido <input type="checkbox"/> Flexibilidade	
	Orientações para prevenção de quedas?	
	Aconselhamento para enfrentamento do tabagismo?	
	Aconselhamento para enfrentamento do alcoolismo?	
	Orientações básicas para prevenção da obesidade e do uso excessivo de gordura saturada em indivíduo com dislipidemia ou doença cardiovascular?	
3-AÇÕES PROPEDEÚTICAS		
Exames solicitados		

4- AÇÕES TERAPEUTICAS

Prescrição médica - Solicitação de interconsultas e prescrição medicamentosa-Frequência de atendimento e agenda

Plano de Cuidado de Enfermagem - Frequência de atendimento e agenda

Terapia Nutricional- Frequência de atendimento e agenda

Reabilitação- categoria profissional- prescrição de procedimento e ou/ recurso de acessibilidade - frequência de atendimento- horários e datas de atendimento

Anexo IX- ESCALA DE ALERTA PRECOCE MODIFICADA (MEWS – Modified Early Warning Scale)

INSTITUCIONALIZADOS

É uma escala de alerta, baseada em um sistema de atribuição de pontos (scores) aos parâmetros vitais, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração do paciente.

Essa escala permite uma melhor comunicação, oferece autonomia profissional à equipe de enfermagem e melhora a relação enfermagem-médico, que se repercute no melhor atendimento ao paciente.

Não substitui o julgamento clínico, mas funciona como sinal de alerta e pode direcionar mais precocemente a atenção por parte da equipe.

A MEWS é calculada para cada paciente, usando os cinco parâmetros vitais ou fisiológicos:

- Nível de consciência (SNC);
- Frequência cardíaca (FC);
- Pressão arterial sistólica (PAS);
- Frequência respiratória (FR);
- Temperatura (temp.).

Critérios para acionamento da enfermeira / médico de plantão:

- Urgência: ausência de frequência respiratória e ou cardíaca e ou ausência de pulso.
- Saturação O₂ ≤ 80%
- Glasgow <9
- Escore MEWS: ≥5

ESCALA DE MEWS

[illegible]

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Parâmetro	Resposta	Pontos
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao comando verbal	3
	Ao estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Sons apropriados, sorriso social, segue com os olhos	5
	Choro consolável	4
	Inquieto, agitado	3
	Nenhuma	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Postura de extensão (descerebração)	2
	Postura de flexão (decorticação)	3
	Retirada em flexão generalizada	4
	Ritirada em flexão à dor localizada	5
	Movimentos intencionais espontâneos	6

Linha de Cuidado das pessoas afetadas pela hanseníase nas Casas de Saúde da Fhemig, em Minas Gerais



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FHEMIG | Cidade Administrativa de Minas Gerais
Edifício Gerais - 13º andar
Rodovia Papa João Paulo II, 4.001 - Serra Verde.
Belo Horizonte - Minas Gerais - CEP 31.630-901

Telefone (31) 3915-9500

 www.fhemig.mg.gov.br
 [@redefhemig](https://www.instagram.com/redefhemig)
 facebook.com/comunicafhemig
 twitter.com/redefhemig