

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

3ª edição

Brasília – DF
2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



3ª edição

Brasília – DF
2014



Tiragem: 3ª edição – 2014 – 1.022.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Especializada e Temática/DAET
Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco 2, térreo, sala 14
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/idoso
E-mail: idoso@saude.gov.br

Coordenação e revisão geral:

Carolina de Campos Carvalho – COSAPI/DAET/SAS/MS
Dália Elena Romero – LIS/ICICT/FIOCRUZ
Edgar Nunes de Moraes – NUGG/HC/UFMG
Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann – COSAPI/DAET/SAS/MS
Maria Cristina Costa de Arrochela Lobo – COSAPI/DAET/SAS/MS

Colaboração:

Alejandra Prieto de Oliveira – CGSB/DAB/SAS/MS
Aline Pinto Marques – LIS/ICICT/FIOCRUZ
Ana Sílvia Pavani Lemos – CGSB/DAB/SAS/MS
Bruna Pitasi Arguelhes – CGAN/DAB/SAS/MS
Cristina Hamester – CGGAB/DAB/SAS/MS
Danusa Santos Brandão – CGAPDC/DAET/SAS/MS
Débora Heinen Kist – DAF/SCTIE/MS
Eduardo Dickie de Castilhos – CGSB/DAB/SAS/MS
Fábio Fortunato Brasil de Carvalho – CGAN/DAB/SAS/MS
Fabiola Danielle Correia – CGAPDC/DAET/SAS/MS
Flávia Lanna de Moraes – NUGG/HC/UFMG
Gisele Bortolini – CGAN/DAB/SAS/MS
Karla Lisboa Ramos – Unidade Técnica Família, Gênero e Curso de Vida/OPAS/OMS
Laura dos Santos Boeira – CGAPDC/DAET/SAS/MS
Leticia Sabbadini da Silva – LIS/ICICT/FIOCRUZ
Olivia Lucena de Medeiros – CGGAB/DAB/SAS/MS
Oscar Suriel – Unidade Técnica Família, Gênero e Curso de Vida/OPAS/OMS

Raquel Souza Azevedo – NUGG/HC/UFMG
Ricardo Chiappa – DAF/SCTIE/MS
Silvana Coelho Nogueira – Consultora COSAPI/DAET/SAS/MS
Tânia Bighetti – CGSB/DAB/SAS/MS

Fotos:

Luis Oliveira – SESAI/MS
Programa Esporte e Lazer da Cidade e Programa Vida Saudável/
Ministério do Esporte

Coordenação de programação visual:

Patrícia Ferreira – Multimeios/ICICT/FIOCRUZ

Ilustrações e gráficos:

Romulo Matteoni

Projeto gráfico e diagramação:

Romulo Matteoni

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Paulo Henrique de Castro
OS 2014/0526

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

***O processo de elaboração da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi viabilizado por meio do Termo de Cooperação nº 163/2012, em parceria do Ministério da Saúde/SAS/DAET/COSAPI com a FIOCRUZ/ICICT.**

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| 1. DADOS PESSOAIS | 6 |
| 1.1 Pessoas de referência | 9 |
| 2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA | 10 |
| 2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso | 10 |
| 2.2 Diagnósticos e internações prévios | 12 |
| 2.3 Cirurgias realizadas | 14 |
| 2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos | 15 |
| 2.5 Dados antropométricos | 16 |
| 2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) | 18 |
| 2.7 Informações complementares | 23 |
| 2.8 Avaliação ambiental | 23 |
| 2.9 Quedas | 24 |
| 2.10 Identificação de dor crônica | 25 |
| 2.11 Hábitos de vida | 26 |
| 3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL | 28 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4. CONTROLE DE GLICEMIA | 32 |
| 5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO | 33 |
| 6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL | 34 |
| AGENDA DE CONSULTAS E EXAMES | 36 |
| ATUALIZAÇÕES DA CADERNETA | 38 |
| ORIENTAÇÕES | 41 |
| 1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA | 42 |
| 2. ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO E ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS | 43 |
| 3. ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS | 44 |
| 3.1 Como ter acesso ao Programa Farmácia Popular? | 45 |
| 4. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL | 46 |
| 5. SAÚDE BUCAL | 48 |
| 6. PREVENÇÃO DE QUEDAS | 50 |
| 7. ATIVIDADE FÍSICA | 52 |
| 8. SEXUALIDADE | 53 |
| LISTA PESSOAL DE ENDEREÇOS E/OU TELEFONES ÚTEIS | 54 |
| SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS | 55 |

APRESENTAÇÃO

O **Ministério da Saúde** compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com **qualidade de vida**. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, suas preferências e suas necessidades, para a manutenção e a melhoria da sua capacidade funcional, garantindo a atenção integral à sua saúde.

A **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no **Sistema Único de Saúde**, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores.

É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, para compor o **Plano de Cuidado**, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde. A **Caderneta** permitirá o registro e o acompanhamento, pelo **período de cinco anos**, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o seu autocuidado.

Desejamos que a **Caderneta** contribua para **qualificar a atenção à pessoa idosa no SUS**.

Leve a sua caderneta a todo atendimento realizado em serviço de saúde e a todas as campanhas de vacinação!

Apresente a caderneta ao profissional de saúde quando for visitado(a) em sua residência!

Converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça que a caderneta seja preenchida sempre que necessário!

1. DADOS PESSOAIS

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nome completo | | Foto |
| Apelido/nome social | | |
| Nº do cartão SUS | | |
| Documento de identidade | CPF | |
| Nome completo da mãe | | |
| Data de nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino | |
| Município de nascimento/UF | | |
| Nacionalidade <input type="checkbox"/> brasileira <input type="checkbox"/> naturalizada <input type="checkbox"/> estrangeira | País de nascimento | |
| Sabe ler e escrever? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | |
| Escolaridade <input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos ou mais | | |
| Raça/cor <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> não declarada <input type="checkbox"/> indígena Qual etnia? _____ | | |
| Tem religião? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____ | | |

O preenchimento dos campos abaixo deve ser feito a lápis, para ser alterado sempre que isso for necessário

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Ocupação/profissão principal | |
| Situação conjugal <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a)/convívio com parceiro(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) Desde quando (ano)? _____ <input type="checkbox"/> Outra | |
| Unidade básica de saúde que frequenta: | |
| Tem alguma alergia de maior gravidade? Especificar | |
| Tem alguma deficiência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| Qual? <input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> outra | Especificar |
| Grupo sanguíneo | Fator RH |

Endereço residencial

| | | |
|----------------------------|--------------------|---------------|
| Rua/avenida/prça | | |
| Nº | Complemento | Bairro |
| Ponto de referência | | |
| CEP | Município | Estado |
| Telefone | Celular | E-mail |

| Informações sociais e familiares | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Você mora sozinho(a)? | | | | | | | | | | |
| Você mora com familiares? | | | | | | | | | | |
| Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)? | | | | | | | | | | |
| Você reside em <i>instituição de longa permanência para idosos (ILPI)</i> , abrigo ou casa de repouso? | | | | | | | | | | |
| Nos últimos 30 dias, você se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade, como ir ao cinema ou à igreja, passear ou caminhar junto? | | | | | | | | | | |
| Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo(a) à unidade de saúde ou a uma consulta? | | | | | | | | | | |
| Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado? | | | | | | | | | | |
| Você tem fácil acesso a transporte? | | | | | | | | | | |
| Você trabalha atualmente? | | | | | | | | | | |
| Você recebe aposentadoria ou pensão? | | | | | | | | | | |
| Você recebe benefício de prestação continuada (BPC)? | | | | | | | | | | |
| Você recebe benefícios do Bolsa-Família? | | | | | | | | | | |

1.1 Pessoas de referência

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

O preenchimento dos campos abaixo deve ser feito a lápis, para ser alterado sempre que isso for necessário.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Nome | |
| Data de nascimento ■ / ■ / ■ | Vínculo |
| Endereço | |
| Telefone | Celular |
| Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| Data dessa informação ■ / ■ / ■ | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Nome | |
| Data de Nascimento ■ / ■ / ■ | Vínculo |
| Endereço | |
| Telefone | Celular |
| Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | |
| Data dessa informação ■ / ■ / ■ | |

■ *Não possuo pessoas de referência*

2.2 Diagnósticos e internações prévios

Algum médico já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?

| Condições de saúde (diagnósticos) | | 20__ | | 20__ | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | | Ano de diagnóstico | Ano de internação | Ano de diagnóstico | Ano de internação |
| Condições crônicas sensíveis à atenção básica | Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame | | | | |
| | Anemia | | | | |
| | Asma | | | | |
| | Diabetes <i>mellitus</i> | | | | |
| | Doença arterial coronariana | | | | |
| | Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) | | | | |
| | Epilepsia | | | | |
| | Hipertensão arterial | | | | |
| | Insuficiência cardíaca | | | | |
| | Úlcera péptica | | | | |
| | Condições frequentes | Depressão | | | |
| Incontinência urinária | | | | | |
| Incontinência fecal | | | | | |
| Insuficiência cognitiva (demência) | | | | | |
| Outras condições (diagnósticos) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2.3 Cirurgias realizadas

Relate as cirurgias realizadas ao longo da sua vida.

| Cirurgia | Ano | Observações |
|----------|-----|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos

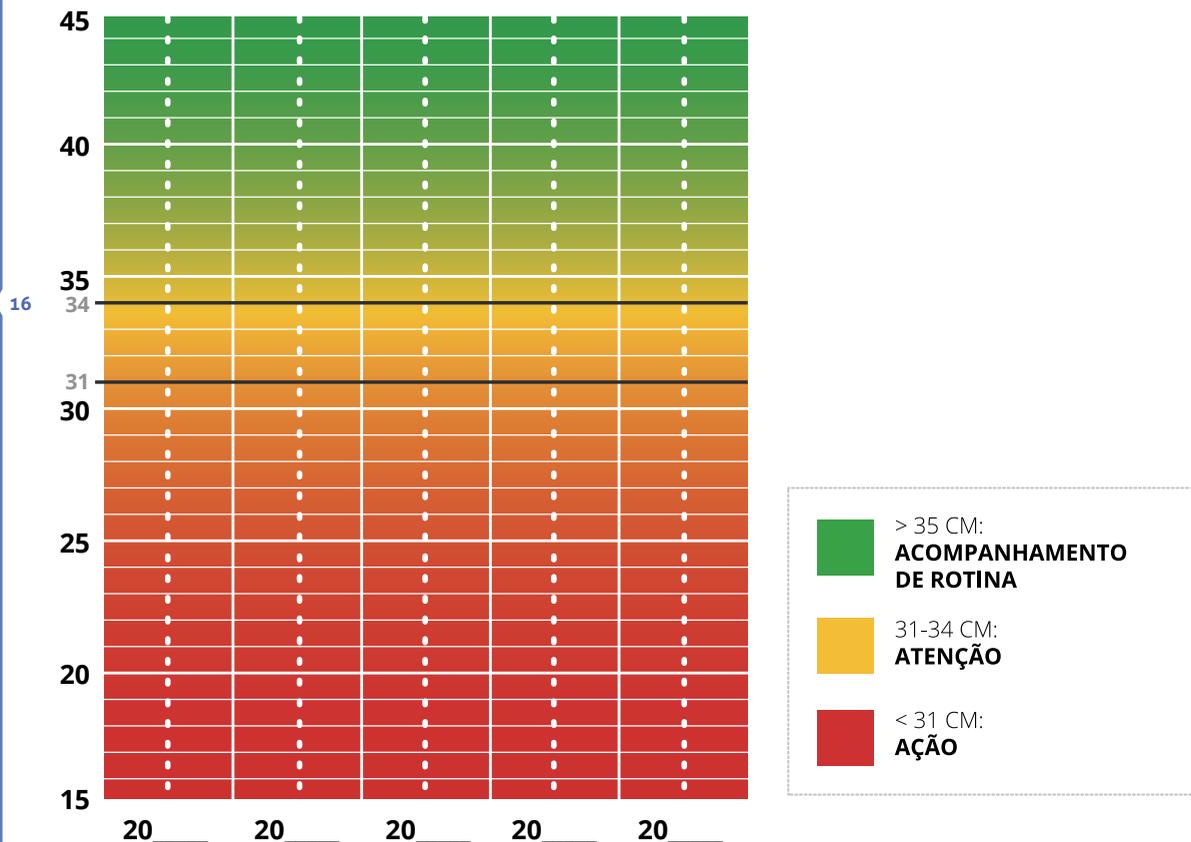
Registre abaixo os medicamentos que tenham provocado alguma reação adversa ou alergia.

| Medicamento | Data | Reações adversas ou alergias |
|-------------|------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.5 Dados antropométricos

| | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ |
|-----------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Peso | | | | | |
| Altura | | | | | |
| IMC = peso/altura² | | | | | |
| Perímetro da panturrilha (PP) esquerda | | | | | |

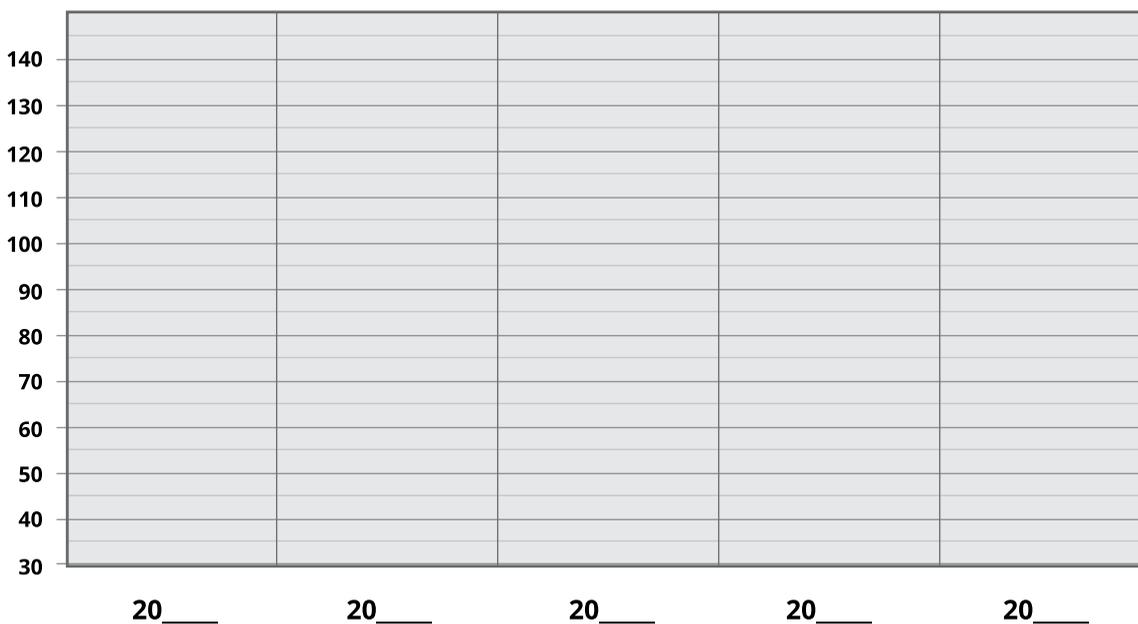
PERÍMETRO DA PANTURRILHA (EM CM)



A medida do perímetro da panturrilha esquerda é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores do que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

| Controle de perda de peso | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| Você apresentou perda de peso não intencional* de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano? | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| | | | | | | | | | | |

CONTROLE DE PESO



| Índice antropométrico | Pontos de corte | Classificação do estado nutricional |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| $\frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$ IMC | < 22 kg/m ² | Baixo peso |
| | ≥ 22 e ≤ 27 kg/m ² | Peso adequado |
| | > 27 kg/m ² | Sobrepeso |

* Perda de peso não intencional é aquele emagrecimento que não aconteceu por decisão própria. Caso isso ocorra, as possíveis causas devem ser investigadas.

2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

1. IDADE

2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE

Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

3. LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?

PONTUAÇÃO:

As respostas “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer” valem 1 ponto cada. Todavia, **a pontuação máxima neste item é de 2 pontos**, ainda que a pessoa tenha marcado ter “muita dificuldade” ou ser “incapaz de fazer” as 6 atividades listadas.

| | Nenhuma dificuldade | Pouca dificuldade | Média (alguma) dificuldade | Muita dificuldade | Incapaz de fazer (não consegue fazer) | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|--|
| Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se | | | | | | |
| Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg | | | | | | |
| Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro | | | | | | |
| Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos | | | | | | |
| Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões) | | | | | | |
| Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas | | | | | | |

4. INCAPACIDADES

PONTUAÇÃO:

As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, **a pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos**, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?

Sim.

4

Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou de pagar suas contas?

Sim.

4

Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?

Sim.

4

Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?

Sim.

4

Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.

0

Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?

Sim.

4

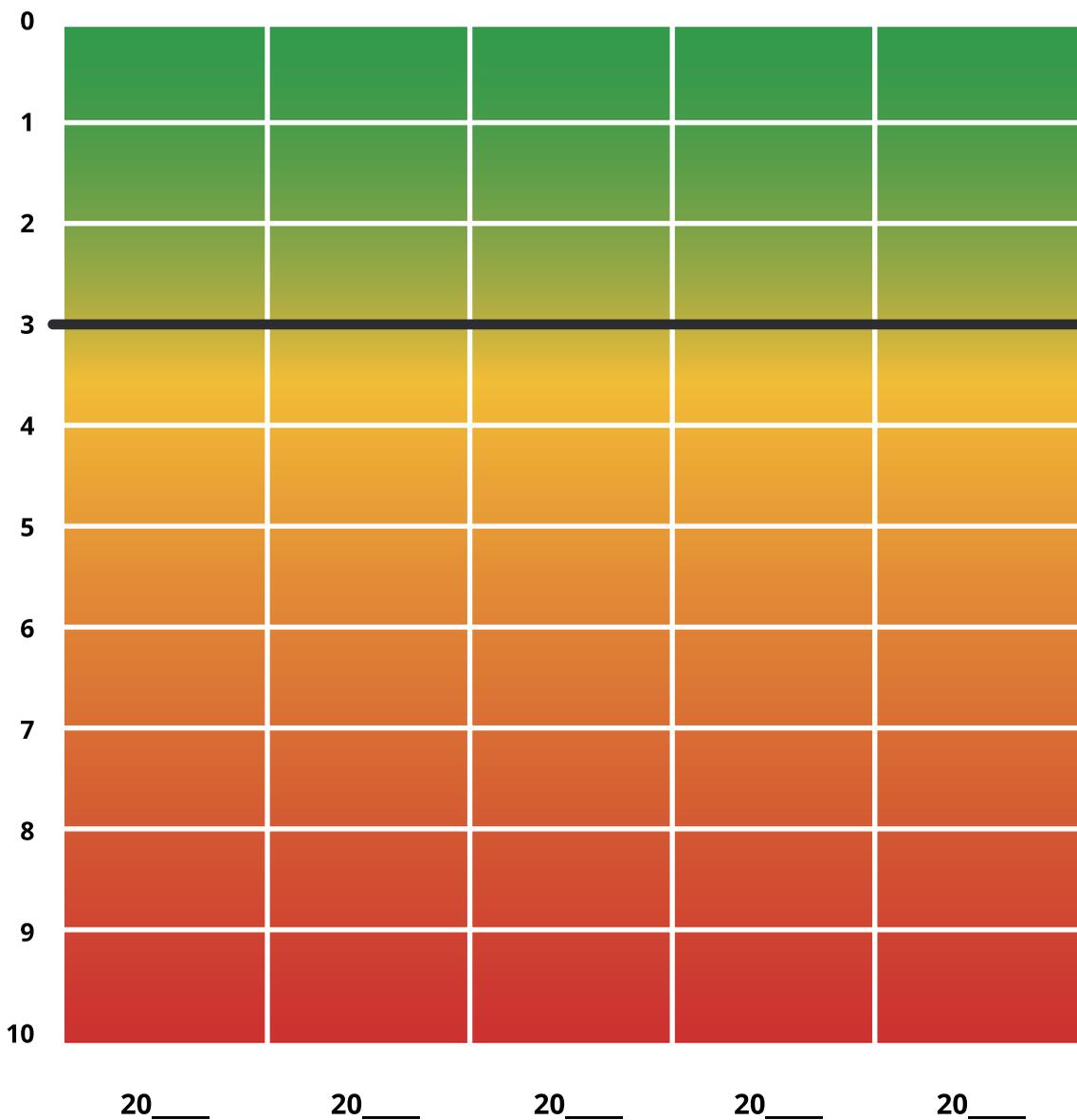
Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.

0

| | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Máx. 4 pts. | Máx. 4 pts. | Máx. 4 pts. | Máx. 4 pts. | Máx. 4 pts. |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ | 20__ |
|-----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4) | | | | | |

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)



22

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | 0-2 PONTOS ACOMPANHAMENTO DE ROTINA |  | ≥ 3 PONTOS ATENÇÃO/AÇÃO |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

2.7 Informações complementares

| | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| | | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| COGNICÃO | Algum familiar ou amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)? | | | | | | | | | | |
| | O esquecimento está piorando nos últimos meses? | | | | | | | | | | |
| | O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? | | | | | | | | | | |
| HUMOR | No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? | | | | | | | | | | |
| | No último mês, você perdeu o interesse ou o prazer por atividades anteriormente prazerosas? | | | | | | | | | | |

2.8 Avaliação ambiental

Esteja atento(a) à segurança de seu domicílio, pois a maioria das quedas que ocasionam incapacidade permanente ocorre dentro de casa.

| Itens importantes para a segurança do domicílio | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| Locais | Itens | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Áreas de locomoção | Áreas de locomoção desimpedidas | | | | | | | | | | |
| | Presença de barras de apoio | | | | | | | | | | |
| | Pisos uniformes e tapetes bem fixos | | | | | | | | | | |
| Iluminação | Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus | | | | | | | | | | |
| | Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos | | | | | | | | | | |
| Banheiro | Área do chuveiro com antiderrapante | | | | | | | | | | |
| | Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme | | | | | | | | | | |
| Cozinha e quarto | Armários baixos, sem necessidade do uso de escada | | | | | | | | | | |
| Escada | Piso antiderrapante | | | | | | | | | | |
| | Corrimão dos dois lados e firme | | | | | | | | | | |

2.10 Identificação de dor crônica

A presença de dor crônica ou de longa duração não é “normal da idade” e sua presença deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento das possíveis causas, o tratamento deverá ser feito prontamente.

| | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | | 20__ | |
|--------------------------------------------------------------|------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|
| | S | N | S | N | S | N | S | N | S | N |
| Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses? | | | | | | | | | | |
| A dor é como um choque ou uma queimação? | | | | | | | | | | |
| A dor piora ao andar? | | | | | | | | | | |
| A dor melhora com o repouso? | | | | | | | | | | |

Informe ao profissional de saúde a localização e a intensidade da dor crônica de maior intensidade ou que mais o(a) prejudica, classificando-a de 0 a 10, conforme a escala de intensidade da dor mostrada abaixo:

| | | |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Data | ___ / ___ / ___ | Local da dor: _____ |
| Intensidade da dor | | |

| | | |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Data | ___ / ___ / ___ | Local da dor: _____ |
| Intensidade da dor | | |

| | | |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Data | ___ / ___ / ___ | Local da dor: _____ |
| Intensidade da dor | | |

| | | |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Data | ___ / ___ / ___ | Local da dor: _____ |
| Intensidade da dor | | |

| | | |
|--------------------|-----------------|---------------------|
| Data | ___ / ___ / ___ | Local da dor: _____ |
| Intensidade da dor | | |

2.11 Hábitos de vida

| Identificação de hábitos de vida | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Interesse social e lazer | Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência? | |
| | Você realiza algum trabalho voluntário? | |
| | Você tem alguma atividade de lazer? | |
| Atividade física | Você pratica algum tipo de atividade física (como caminhadas, natação, dança, ginástica etc.) pelo menos três vezes por semana? | |
| | Você gostaria de começar algum programa de atividade física? | |
| Alimentação | Você faz pelo menos três refeições por dia? | |
| | Você come frutas, legumes e verduras nas suas refeições ao longo do dia? | |
| | Em pelo menos uma refeição diária, você come carnes, peixes ou ovos? | |
| | Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas? | |
| | No preparo das suas refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal? | |
| | Você inclui a ingestão de água na sua rotina diária? | |
| Tabagismo | Atualmente, você fuma algum produto do tabaco? | |
| | Você gostaria de parar de fumar? | |
| | Você é ex-fumante? | |
| Álcool | Você consome bebida alcoólica? | |
| | Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o consumo de álcool? | |
| | Alguém já lhe criticou por você beber? | |
| | Sente-se culpado(a) por beber? | |
| | Costuma beber logo pela manhã? | |

| Data | PA | Data | PA | Data | PA |
|------|----|------|----|------|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ALERTA!

A hipotensão ortostática é causa frequente de tonturas e quedas em pessoas idosas.

Para identificá-la, é recomendada a medida da pressão arterial nas três posições (deitada, sentada e em pé). Seu diagnóstico é estabelecido quando há uma redução de 20 mmHg ou mais na medida da pressão sistólica ou de 10 mmHg ou mais na pressão diastólica, com a mudança da posição deitada para sentada ou em pé.

4. CONTROLE DE GLICEMIA

O valor de referência da glicemia depende da presença ou não de jejum. O diagnóstico de diabetes *mellitus* é feito quando duas ou mais dosagens de **glicemia de jejum**, após jejum mínimo de 8 h, são **iguais ou maiores do que 126 mg/dL**.

Caso a **glicemia capilar** seja colhida na unidade de saúde, de forma **casual** ou sem jejum prévio, a dosagem deverá ser **até 200 mg/dL**.

| Data | Glicemia | Data | Glicemia | Data | Glicemia |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |
| | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL | | <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual _____ mg/dL |

5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

A vacinação é importante para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas. Procure manter seu calendário de vacinação em dia. Busque sua unidade de saúde para mais informações.

| Influenza (gripe) | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| Data | / / | / / | / / | / / |
| Lote | | | | |
| Ass. | | | | |

| Influenza (gripe) | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|-----|
| Data | / / | / / | / / | / / |
| Lote | | | | |
| Ass. | | | | |

| Dupla Tipo Adulto (dT) | | | | |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 1ª dose | 2ª dose | 3ª dose | Reforço |
| Data | / / | / / | / / | / / |
| Lote | | | | |
| Ass. | | | | |

| Antipneumocócica | | |
|------------------|---------|---------|
| | 1ª dose | Reforço |
| Data | / / | / / |
| Lote | | |
| Ass. | | |

| Outras vacinas: _____ | |
|-----------------------|-----|
| / / | / / |
| | |
| | |

Periodicidade indicada das vacinas:

- **Contra Influenza (gripe):** a cada ano.
- **Contra difteria e tétano (dupla adulto):** a cada 10 anos.
- **Contra pneumonia causada por pneumococo:** por recomendação do profissional de saúde.
- **Contra febre amarela:** a cada 10 anos, se for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando for viajar para essas regiões.

6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

| Avaliação da equipe de saúde bucal | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Hábitos (vide página 26) | Álcool | |
| | Fumo | |
| Alterações ou lesões de mucosa | Presença de lesão na mucosa bucal | |
| | Boca seca (xerostomia - falta de saliva) | |
| | Presença de língua saburrosa (língua branca) | |
| | Presença de candidíase bucal | |
| | Presença de halitose | |
| Cárie dentária e doença periodontal | Presença de placa bacteriana (biofilme dental) | |
| | Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo) | |
| | Presença evidente de gengivite/sangramento gengival | |
| | Presença evidente de periodontite/perda óssea | |
| | Presença de cárie | |
| | Perda dental no último ano | |
| Prótese dentária superior | Prótese total (dentadura) | Não utiliza e não necessita da prótese |
| | | Não utiliza, mas necessita da prótese |
| | | Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca) |
| | | Utiliza (não adaptada/necessita de troca) |
| | Prótese parcial (ponte móvel) | Não utiliza e não necessita da prótese |
| | | Não utiliza, mas necessita da prótese |
| | | Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca) |
| | | Utiliza (não adaptada/necessita de troca) |
| Prótese dentária inferior | Prótese total (dentadura) | Não utiliza e não necessita da prótese |
| | | Não utiliza, mas necessita da prótese |
| | | Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca) |
| | | Utiliza (não adaptada/necessita de troca) |
| | Prótese parcial (ponte móvel) | Não utiliza e não necessita da prótese |
| | | Não utiliza, mas necessita da prótese |
| | | Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca) |
| | | Utiliza (não adaptada/necessita de troca) |
| Consulta clínica (equipe de saúde bucal) | Atendimento na unidade de saúde | |
| | Atendimento no domicílio | |
| Encaminhamento para especialidades odontológicas | (D) diagnóstico bucal; (P) periodontia; (E) endodontia; (C) cirurgia; (NE) necessidades especiais; (O) outras especialidades. | |

ORIENTAÇÕES

1. DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A legislação brasileira assegura determinados direitos para a população de 60 anos ou mais de idade. Para comprovar a idade, basta apresentar um documento que contenha sua foto, como a sua carteira de identidade ou a sua carteira de habilitação.

- ◆ **Política Nacional do Idoso**
(Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994)
- ◆ **Estatuto do Idoso**
(Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003)
- ◆ **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**
(Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006)

Alguns direitos das pessoas idosas:

- ◆ Direito a acompanhante em caso de internação ou observação em hospital.
- ◆ Direito de exigir medidas de proteção sempre que seus direitos estiverem ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, da família, de seu curador ou de entidades de atendimento.
- ◆ Desconto de, pelo menos, 50% nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer.
- ◆ Gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano, com reserva de 10% dos assentos, que deverão ser identificados com placa de reserva.
- ◆ Reserva de duas vagas gratuitas no transporte interestadual para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos que excedam as vagas garantidas.
- ◆ Reserva de 5% das vagas nos estacionamentos públicos e privados.
- ◆ Prioridade na tramitação dos processos e dos procedimentos na execução de atos e diligências judiciais.
- ◆ Direito de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir dos 65 anos de idade, desde que não possua meios para prover sua própria subsistência ou de tê-la provida pela família.
- ◆ Direito de 25% de acréscimo na aposentadoria por invalidez (casos especiais).

2. ORIENTAÇÕES QUANTO AO USO E AO ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

1. Mantenha os medicamentos em lugares secos e frescos, seguros e específicos para este fim, fora do alcance de crianças e animais. Evite guardar os medicamentos com produtos de limpeza, perfumaria e alimentos.
2. Guarde na geladeira apenas os medicamentos líquidos, conforme orientação de um profissional de saúde. Não guarde medicamentos na porta da geladeira ou próximo do congelador. A insulina, por exemplo, perde o efeito se for congelada.
3. Se você utilizar porta-comprimidos para guardar os medicamentos, deixe somente a quantidade suficiente para 24 horas. Os recipientes devem ser cuidadosamente mantidos limpos e secos.
4. O armazenamento de medicamentos deve ser individualizado para evitar erros e trocas com medicamentos de outras pessoas.
5. Lave as mãos antes de manusear qualquer medicamento.
6. Manuseie os medicamentos em lugares claros. Leia sempre os nomes para evitar trocas.
7. É importante o uso regular dos medicamentos, observando os horários prescritos.
8. Tome os comprimidos e as cápsulas sempre com água ou conforme a orientação de um profissional de saúde.
9. Consulte seu médico ou farmacêutico caso seja necessário partir ou triturar os comprimidos.
10. Abra somente um frasco ou embalagem de cada medicamento por vez.
11. Mantenha os medicamentos nas embalagens originais para facilitar sua identificação e o controle da validade.
12. Observe frequentemente a data da validade e não tome medicamentos vencidos.
13. Consulte seu médico ou farmacêutico caso observe qualquer mudança no medicamento: cor, mancha ou cheiro estranho.
14. Utilize preferencialmente o medidor que acompanha o medicamento. Evite o uso de colheres caseiras. Lave-o após o uso.
15. Não passe o bico do tubo nas feridas ou na pele quando for utilizar pomadas. Você pode contaminar o medicamento.
16. Não encoste no olho ou na pele o bico dos frascos dos colírios e das pomadas para os olhos.
17. Sempre leve todas as receitas, os exames e os medicamentos em uso para todos os atendimentos médicos. Informe ao médico se você toma chás ou faz uso de plantas medicinais.
18. Mantenha a receita médica junto com os medicamentos.
19. Nunca espere o medicamento acabar para providenciar nova receita, para comprá-lo ou buscá-lo na unidade de saúde.
20. Os medicamentos suspensos ou antigos devem ser guardados em local separado dos medicamentos em uso.

3. ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS

A Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (SUS) reúne um conjunto de ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e do seu uso racional. A Assistência Farmacêutica disponibiliza gratuitamente os medicamentos presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), os quais estão assim organizados:

- ◆ O Componente Básico da Assistência Farmacêutica disponibiliza os medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica e está sob a responsabilidade dos municípios.
- ◆ O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica relaciona os medicamentos com diretrizes específicas para as doenças que fazem parte do escopo dos programas do Ministério da Saúde e está sob a responsabilidade dos municípios e dos governos estaduais.
- ◆ O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. A responsabilidade pelo atendimento é dos governos estaduais.

Mais informações sobre os Componentes da Assistência Farmacêutica podem ser acessados por meio da página eletrônica: <<http://www.saude.gov.br/medicamentos/>>.

Além dos Componentes da Assistência Farmacêutica, o SUS disponibiliza o Programa Farmácia Popular do Brasil, com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos com um baixo custo à população. O programa possui uma rede própria de farmácias populares e uma parceria com as farmácias e drogarias da rede privada, chamada de “Aqui Tem Farmácia Popular”. Nesse programa são disponibilizados medicamentos e insumos na forma de copagamento ou gratuitos.

Elenco disponível nas drogarias conveniadas ao “Aqui Tem Farmácia Popular” (2014):

| | | | |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Asma (gratuitos) Salbutamol, ipratrópio, beclometasona | Diabetes (gratuitos) Glibenclamida, metformina, insulina NPH e insulina regular | Hipertensão (gratuitos) Captopril, enalapril, propranolol, atenolol, hidroclorotiazida losartana | Osteoporose (copagamento) Alendronato de sódio |
| Dislipidemia (copagamento) Sinvastatina | Glaucoma (copagamento) Timolol | Doença de Parkinson (copagamento) Carbidopa + levodopa e benserazida + levodopa | Fralda geriátrica (copagamento) |

O elenco completo de medicamentos disponíveis, as regras do Programa Farmácia Popular e a lista de farmácias e drogarias conveniadas estão disponíveis na página eletrônica:

<www.saude.gov.br/medicamentos>.

3.1 Como ter acesso ao Programa Farmácia Popular?

Para se ter acesso aos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do Programa Farmácia Popular, a pessoa idosa deverá se dirigir a uma das farmácias e drogarias conveniadas ao programa e apresentar os seguintes documentos:

- I – documento oficial com foto no qual conste o seu número de CPF; e
- II – apresentação de prescrição médica (no caso de medicamentos) ou de prescrição, laudo ou atestado médico (no caso de correlatos) com as seguintes informações:
 - a. número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico e endereço do estabelecimento de saúde;
 - b. data da expedição da prescrição médica; e
 - c. nome e endereço residencial do paciente.

As prescrições terão validade de 120 (cento e vinte) dias, a partir de sua emissão.

O quantitativo de medicamento solicitado deve corresponder à posologia mensal compatível com os consensos de tratamento da doença para a qual o medicamento é indicado. Além disso, a dispensação deve obedecer aos limites definidos pelo programa. Para as fraldas geriátricas, a retirada poderá ocorrer a cada 10 dias, ficando limitada a 4 (quatro) unidades/dia de fralda.

No caso da impossibilidade da presença física do paciente (titular da prescrição, laudo ou atestado médico) no estabelecimento conveniado, a dispensação dos medicamentos e/ou dos correlatos poderá ser realizada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- I – do paciente: documento oficial com foto, no qual conste o seu número de CPF; e
- II – do representante legal (declarado por sentença judicial ou portador de instrumento público ou particular de procuração), o qual assumirá, juntamente com o estabelecimento, as responsabilidades pela efetivação da transação: CPF e RG.

4. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1º passo. Faça três refeições ao dia (café da manhã, almoço e jantar) e, caso necessite de mais, faça outras refeições nos intervalos.

Procure fazer as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) em horários semelhantes todos os dias. Nos intervalos entre essas refeições, prefira realizar pequenas refeições saudáveis com alimentos frescos. Coma sempre devagar e desfrute o que está comendo, procurando comer em locais limpos e onde você se sinta confortável, evitando ambientes ruidosos ou estressantes.

2º passo. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural. Inclua nas principais refeições alimentos como arroz, milho, batata, mandioca/macaxeira/aipim.

Esses alimentos são as mais importantes fontes de energia e, por isso, devem ser os principais componentes das principais refeições, devendo-se dar preferência às suas formas integrais. As atividades de planejar as compras de alimentos, organizar a despensa doméstica e definir com antecedência o cardápio da semana podem contribuir para a sua satisfação com a alimentação. Em supermercados e outros estabelecimentos, utilize uma lista de compras, para não comprar mais do que o necessário.

3º passo. Inclua frutas, legumes e verduras em todas as refeições ao longo do dia.

46 Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras. Por tal razão, eles devem estar presentes diariamente na sua alimentação. O consumo desses alimentos contribui para diminuir o risco de várias doenças e ajuda a evitar a constipação (prisão de ventre). Feiras livres, “sacolões” ou “varejões” são boas opções para a compra de alimentos frescos da safra (época) e com menor custo.

4º passo. Coma feijão com arroz, de preferência no almoço ou no jantar.

Esse prato brasileiro é uma combinação completa e nutritiva e é a base de uma alimentação saudável. Varie os tipos de feijões usados (preto, manteiga, carioquinha, verde, de corda, branco e outros) e use também outros tipos de leguminosas (como soja, grão-de-bico, ervilha, lentilha ou fava). Se você tem habilidades culinárias, procure desenvolvê-las e partilhá-las com familiares e amigos. Se você não tem tais habilidades, converse com as pessoas que sabem cozinhar, peça receitas a familiares, amigos e colegas, leia livros, consulte a *internet* e descubra o prazer de preparar o seu próprio alimento. Para evitar o desperdício, cozinhe pequenas porções e congele o alimento sempre que isso for possível, para a sua utilização em dias posteriores.

5º passo. Lembre-se de incluir carnes, aves, peixes, ovos, leite e derivados em pelo menos uma refeição durante o dia. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.

Os leites e derivados são ricos em cálcio, que ajuda no fortalecimento dos ossos. Já as carnes, as aves, os peixes e os ovos são ricos em proteínas e minerais. Quanto mais variada e colorida for a sua alimentação, mais equilibrada e saborosa ela será.

6º passo. Use pouca quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal no preparo dos alimentos.

Esses ingredientes culinários devem ser usados com moderação para temperar alimentos e para criar preparações culinárias. Procure evitar o açúcar e o sal em excesso, substituindo-os por temperos naturais (como cheiro verde, alho, cebola, manjerição, orégano, coentro, alecrim, entre outros) e optando por receitas que não levem açúcar na sua preparação.

7º passo. Beba água mesmo sem sentir sede, de preferência nos intervalos das refeições.

A quantidade de água que precisamos ingerir por dia é muito variável e depende de vários fatores, incluindo a idade e o peso da pessoa, a atividade física que ela realiza e o clima e a temperatura do ambiente onde ela vive. É importante estar atento ao consumo diário de água para evitar casos de desidratação, principalmente em dias muito quentes. Vale lembrar de que bebidas açucaradas (como refrigerantes e sucos industrializados) não devem substituir a água. Uma dica é aromatizar a água com hortelã ou frutas, como rodela e cascas de laranja ou limão.

8º passo. Evite bebidas açucaradas (refrigerantes, sucos e chás industrializados), bolos e biscoitos recheados, doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

Produtos ultraprocessados (como biscoitos recheados, guloseimas, 'salgadinhos', refrigerantes, sucos industrializados, sopa e macarrão 'instantâneos', 'tempero pronto', embutidos, produtos prontos para aquecer) devem ser evitados ou consumidos apenas ocasionalmente. Embora convenientes e de sabor pronunciado, esses e outros produtos ultraprocessados tendem a ser nutricionalmente desequilibrados e, em sua maioria, contêm quantidades elevadas de açúcar, gordura e sal.

9º passo. Fique atento(a) às informações nutricionais dos rótulos dos produtos processados e ultraprocessados para favorecer a escolha de produtos alimentícios mais saudáveis.

Os rótulos dos produtos processados e ultraprocessados (como biscoitos, pães de forma, iogurtes, barras de cereais, entre outros) são uma forma de comunicação entre esses produtos e os consumidores e contêm informações importantes sobre a sua composição. Mais formas de esclarecimento podem surgir no diálogo com outras pessoas no local de compra ou por meio do serviço de atendimento ao consumidor (SAC) ou, até mesmo, em uma consulta com um profissional de saúde. Fique atento(a) para informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais, pois geralmente as propagandas buscam aumentar a venda dos produtos, mas não informar.

10º passo. Sempre que possível, coma acompanhado(a) de alguém.

A companhia de familiares, amigos ou vizinhos na hora das refeições colabora para o comer com regularidade e atenção, proporciona mais prazer com a alimentação e favorece o apetite. Escolha uma ou mais refeições na semana para desfrutar da alimentação na companhia de alguém, mantendo o convívio social com as pessoas próximas.

5. SAÚDE BUCAL

Manter uma boa saúde bucal é importante para o seu bem-estar, a sua autoestima e a saúde geral do seu corpo. Além disso, uma boca saudável é também aquela que proporciona uma boa mastigação, o que é fundamental para uma boa digestão dos alimentos e uma melhor absorção dos nutrientes.

Para que se tenha um sorriso bonito e saudável, é preciso escovar os dentes todos os dias após cada refeição e também uma última vez antes de dormir. A higiene dos dentes deve ser feita utilizando-se uma escova de dentes de tamanho adequado, com cerdas macias e creme dental com flúor. Complemente a escovação passando o fio dental entre todos os dentes. Escovar a língua também é muito importante, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam o mau hálito. Faça movimentos cuidadosos com a escova, “varrendo” a língua da parte interna até a ponta. Além de manter uma boa higiene bucal, também é preciso ter uma alimentação saudável e ir ao dentista regularmente.

Cárie

A cárie é uma doença causada por bactérias que vivem na boca e utilizam o açúcar da nossa alimentação para produzir ácidos que destroem os dentes. A cárie pode avançar e causar dor e desconforto e até a perda do dente. Para prevenir o seu aparecimento, é importante ter uma boa higiene bucal.

Doenças da gengiva

As doenças nas gengivas ocorrem principalmente pelo acúmulo de placa bacteriana (película viscosa e incolor formada por bactérias e restos alimentares acumulados na superfície dos dentes e na gengiva). Começa com a inflamação da gengiva, chamada de gengivite. Inicialmente, nota-se que a gengiva sangra. Se a gengivite não for tratada, pode avançar e atingir o osso que sustenta o dente (periodontite), causando a exposição da raiz do dente e mobilidade, podendo ocasionar a perda do dente.

Uso de prótese dental (dentadura/ponte móvel)

Na ausência dos dentes naturais, as próteses dentárias são fundamentais para auxiliar a correta mastigação dos alimentos e a fala, além de manter o equilíbrio das estruturas da face e das articulações. O seu uso exige cuidados especiais:

- ◆ Se você utiliza uma prótese parcial removível (ponte móvel), limpe-a fora da boca com sabão ou pasta de dente pouco abrasiva e escova de dentes macia, separada para essa função. Antes de recolocá-la na boca, escove os dentes e limpe a gengiva, o céu da boca e a língua.
- ◆ Se você utiliza prótese total (dentadura), limpe-a fora da boca com sabão ou pasta de dentes e escova de dentes separada para essa função. Antes de recolocá-la na boca, limpe a gengiva, o céu da boca e a língua. Recomenda-se ficar sem a prótese algumas horas durante o dia. O ideal é passar a noite sem a prótese, mas se isso não for possível, faça o procedimento durante o banho ou em um momento em que você esteja sozinho(a) em casa, por exemplo. Deixe-a sempre em um copo com água. Solicite orientação ao dentista sobre outros produtos para complementar a limpeza das dentaduras.

Devido ao desgaste natural, a ponte móvel ou a dentadura precisará ser ajustada ou trocada após certo período de tempo. Ela não está mais em perfeitas condições quando começa a ficar solta, quando a mastigação fica difícil ou quando está irritando ou machucando a gengiva. Faça uma avaliação periódica com a equipe de saúde bucal para verificar a adaptação de sua prótese e evitar o aparecimento de feridas.

Boca seca

A falta de saliva (boca seca) é uma queixa comum entre as pessoas idosas. Além de ser uma manifestação comum ao envelhecimento, pode ser causada pelo uso de alguns medicamentos ou por distúrbios na saúde. A boca seca pode causar maior risco para cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito e dificuldades para falar, mastigar e engolir os alimentos. O profissional de saúde bucal pode recomendar vários métodos para manter sua boca mais úmida, como tratamentos ou remédios adequados para evitar a boca seca. Tomar água com frequência pode ajudar.

Lesões na boca

Observe regularmente se existe alguma alteração nos lábios, nas bochechas, nas gengivas, no céu da boca, na garganta, na superfície e abaixo da língua. Procure por manchas, caroços, inchaços, placas esbranquiçadas ou avermelhadas ou feridas. Se você observar alguma alteração nova em sua boca ou ferida que não cicatrize, mesmo que indolor, procure um dentista ou outro profissional de saúde para realizar uma avaliação.

6. PREVENÇÃO DE QUEDAS

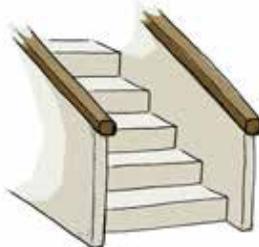
Para evitar quedas em seu domicílio, alguns cuidados são importantes, tais como:

1



Evite tapetes soltos.

2



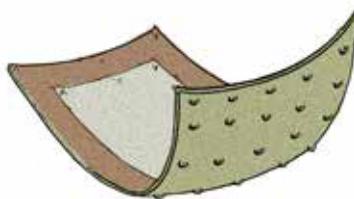
As escadas e os corredores devem ter corrimão dos dois lados.

3



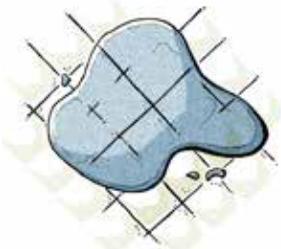
Use sapatos fechados com solado de borracha.

4



Coloque tapete antiderrapante no banheiro.

5



Evite andar em áreas com piso úmido.

6



Evite encerrar a casa.

7



Evite móveis e objetos espalhados pela casa.

8



Deixe uma luz acesa à noite caso você se levante.

9



Espera que o ônibus pare completamente para você subir ou descer.

10



Coloque o telefone em local acessível.

11



Utilize sempre a faixa de pedestres.

12



Se necessário, use bengalas, muletas ou instrumentos de apoio. O importante é a sua segurança.

7. ATIVIDADE FÍSICA

A realização de práticas corporais e atividades físicas proporciona mais disposição, bem-estar, autonomia e a oportunidade de fazer amizades. Além disso, diminui o risco de doenças do coração, osteoporose, diabetes, depressão e certos tipos de câncer.

O Programa Academia da Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) oferecem opções para a prática de exercícios regulares no Sistema Único de Saúde. Informe-se na sua unidade de saúde.

DICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS E PRÁTICAS CORPORAIS

- ✦ *Exercícios posturais.*
- ✦ *Jogos e modalidades esportivas.*
- ✦ *Alongamentos e relaxamentos.*
- ✦ *Exercícios respiratórios.*
- ✦ *Exercícios contra a resistência, como musculação e ginástica.*
- ✦ *Caminhada e corrida.*
- ✦ *Natação e hidroginástica.*
- ✦ *Práticas corporais orientais, como Tai-Chi-Chuan, Yoga e Lian Gong.*
- ✦ *Capoterapia e danças, como a dança sênior.*

É recomendável que se busque a orientação de um profissional de saúde antes de iniciar um programa de atividades físicas.

8. SEXUALIDADE

- ✦ *A sexualidade e a sensualidade continuam fazendo parte de nossas vidas, independentemente da idade.*
- ✦ *Algumas condições podem interferir na vida sexual, como diabetes, colesterol alto, fumo, álcool, menopausa e uso de alguns medicamentos.*
- ✦ *Cuidado com o uso de medicamentos que prometem melhorar o desempenho sexual. Todo medicamento só deve ser usado sob orientação médica.*
- ✦ *Se necessário, faça o uso de lubrificantes. Eles facilitam a penetração e a tornam mais prazerosa.*
- ✦ *Faça exames para saber como está a sua saúde. Muitas vezes, o baixo desempenho sexual pode estar relacionado a algum problema de saúde.*
- ✦ *Não se esqueça de que a idade não lhe dará proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia, sífilis, aids e outras. A camisinha (masculina ou feminina) é recomendada para as relações sexuais em qualquer idade.*

LISTA PESSOAL DE ENDEREÇOS E/OU TELEFONES ÚTEIS

Anote os endereços ou telefones úteis para você:

Unidade básica de saúde que você frequenta:

SERVIÇOS E TELEFONES ÚTEIS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) | 07007019656 |
| Corpo de Bombeiros | 193 |
| Denúncias de violência Disque 100 (tecle a opção 2 para denúncia de violência contra a pessoa idosa) ou envie uma mensagem para o seguinte e-mail: < disquedenuncia@sedh.gov.br > e, também, acessando o site: < www.disque100.gov.br >. | Disque 100 < disquedenuncia@sedh.gov.br > < www.disque100.gov.br > |
| Disque-Saúde Serviço gratuito. Funciona de segunda a sexta-feira (exceto nos feriados), das 7 às 22 h. | 136 |
| Samu Serviço de Atendimento Móvel de Urgência | 192 |
| Violência contra a mulher | 180 |
| Site do Ministério da Saúde | http://www.saude.gov.br |
| E-mail da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde | idoso@saude.gov.br |

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde