

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENVELHECIMENTO HUMANO

GABRIELE DA GRAÇA BOTESINI

IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: A
RELAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS
TIPO 2 E POLIFARMÁCIA

Passo Fundo

2021



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

GABRIELE DA GRAÇA BOTESINI

IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: A RELAÇÃO ENTRE DIABETES
MELLITUS TIPO 2 E POLIFARMÁCIA

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Envelhecimento Humano, da Faculdade de
Educação Física e Fisioterapia, da Universidade
de Passo Fundo.

Orientador(a): Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves
Coorientador(a): Profa. Dra. Siomara Regina Hahn

Passo Fundo

2021

CIP – Catalogação na Publicação

B748i Botesini, Gabriele da Graça
Idosos institucionalizados : a relação entre Diabetes Mellitus tipo 2 e polifarmácia / Gabriele da Graça Botesini. – 2021.
75 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves.
Coorientadora: Profa. Dra. Siomara Regina Hahn.
Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2021.

1. Envelhecimento humano. 2. Diabetes em idosos.
3. Idosos – Assistência em instituições. 4. Medicamentos – Interações. I. Alves, Ana Luisa Sant'Anna, orientadora.
II. Hahn, Siomara Regina, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

TERMO DE APROVAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

“Idosos Institucionalizados: A relação entre Diabetes Mellitus tipo 2 e Polifarmácia”

Elaborada por

GABRIELE DA GRAÇA BOTESINI

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 19/07/2021
Pela Banca Examinadora

Handwritten signature of Ana Luisa Sant'Anna Alves in black ink.

Profa. Dra. Ana Luisa Sant'Anna Alves
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Handwritten signature of Siomara Regina Hahn in black ink.

Profa. Dra. Siomara Regina Hahn
Universidade de Passo Fundo – UPF/ICB
Coorientadora

Handwritten signature of Vanessa Ramos Kirsten in black ink.

Profa. Dra. Vanessa Ramos Kirsten
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Avaliadora Externa

Handwritten signature of Charise Dallazem Bertol in black ink.

Profa. Dra. Charise Dallazem Bertol
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Avaliadora Interna

Handwritten signature of Ana Carolina Bertoletti De Marchi in blue ink.

Profa. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi
Universidade de Passo Fundo – UPF
Coordenadora do PPGEH

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que não mediram esforços para me apoiar em todas as minhas decisões e que torcem tanto pelo meu sucesso e a toda a minha família, que vibra junto comigo por cada vitória alcançada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a minha querida Nossa Senhora das Graças, a qual sou devota e que já me concedeu tantas vitórias ao longo da vida. Aos meus pais, irmã e toda a minha família, incluindo meu namorado, meus sogros e cunhada, por todo o incentivo e palavras de força, além de muita paciência para entender todo o comprometimento com o mestrado.

Também gostaria de agradecer aos meus colegas do PPGEH, amigos que esse Programa me deu. A Universidade de Passo Fundo, a Professora Marilene Portella, por ter me concedido a autorização de dar continuidade a utilização dos dados da pesquisa “Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais”.

Ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, e a CAPES, pelo bolsa concebida. E por fim, aos professores do PPGEH, em especial a minha querida orientadora, Prof^a Dra^a Ana Luisa Sant’Anna Alves, que por tantas vezes foi muito mais que somente uma orientadora, sendo meu braço direito e estando presente em todas as etapas desse trabalho, e a minha coorientadora Profa. Dra. Siomara Regina Hahn. Professoras que sempre vou levar em meu coração, pessoas éticas, humildes e dedicadas em tudo que fazem.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código do financiamento 001.

EPÍGRAFE

“Temos o destino que merecemos. O nosso destino está de acordo com os nossos méritos.”

Albert Einstein

RESUMO

BOTESINI, Gabriele da Graça. Idosos institucionalizados: a relação entre Diabetes Mellitus tipo 2 e polifarmácia. 2021. 77 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2021.

As pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI) podem apresentar maior risco de problemas relacionados ao uso de medicamentos por possuírem múltiplas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade. Desta forma, se faz necessário a investigação do uso racional de medicamentos que poderá auxiliar no planejamento de ações, contribuindo no aprimoramento da assistência ofertada nos serviços de saúde e adequá-la às necessidades dos idosos diabéticos institucionalizados. Portanto, o objetivo deste artigo foi identificar a prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), assim como a ocorrência de polifarmácia em idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo transversal com idosos institucionalizados. O processo amostral foi por conglomerados, ou seja, foram selecionadas as ILPI e após avaliou-se todos os idosos da instituição que preenchiam os critérios de inclusão. As variáveis utilizadas foram obtidas por meio de questionário estruturado contendo os dados sociais, demográficos e de saúde. Os dados do presente estudo evidenciaram uma alta prevalência de DM2 (20,4%) e polimedicação (76,8%) entre os idosos avaliados. A presença de DM2 foi associada a polifarmácia e a presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Diante dos achados, é importante considerar a alta prevalência de DM2 e sua associação com polifarmácia e HAS, tornando necessária a revisão das prescrições de medicamentos, uma prática ainda pouco estabelecida no contexto das ILPI, a fim de prevenir e minimizar os potenciais efeitos indesejados relacionados ao uso irracional de medicamento. Todos os resultados serão apresentados na forma de uma produção científica que será submetida posteriormente a um periódico da área.

Palavras-chave: Envelhecimento. Diabetes Mellitus tipo 2. Polimedicação.

ABSTRACT

BOTESINI, Gabriele da Graça. Institutionalized elderly: the relationship between type 2 diabetes mellitus and polypharmacy. 2021. 77 f. Dissertation (Masters in Human Aging) - University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2021.

Elderly people residing in Long-Term Care Institutions (LTCI) may be at greater risk of problems related to the use of medications because they have multiple limiting diseases, frailty and low functionality. Thus, it is necessary to investigate the rational use of medicines that can help in planning actions, contributing to the improvement of care offered in health services and adapting it to the needs of institutionalized elderly diabetics. Therefore, the aim of this article was to identify the prevalence of type 2 Diabetes Mellitus (DM2), as well as the occurrence of polypharmacy in institutionalized elderly. This is a cross-sectional study with institutionalized elderly. The sampling process was by conglomerates, that is, the LTCI were selected and after that, all the elderly in the institution who met the inclusion criteria were evaluated. The variables used were obtained through a structured questionnaire containing social, demographic and health data. The data from the present study showed a high prevalence of DM2 (20.4%) and polymedication (76.8%) among the elderly evaluated. The presence of DM2 was associated with polypharmacy and the presence of systemic arterial hypertension (SAH). In view of the findings, it is important to consider the high prevalence of DM2 and its association with polypharmacy and SAH, making it necessary to review drug prescriptions, a practice still little established in the context of LTCI, in order to prevent and minimize related potential unwanted effects to irrational use of medication. All results will be presented in the form of a scientific production that will later be submitted to a journal in the area.

Keywords: Aging. Diabetes Mellitus type 2. Polypharmacy.

LISTA DE ABREVIATURAS

DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
WHO	World Health Organization
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
ELSI	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
ILPI	Instituições de Longa Permanência
UPF	Universidade de Passo Fundo
PROCAD	Programa Nacional de Cooperação Acadêmica
PIVIC	Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
RP	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
PPGEH	Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E PREVALÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ...	15
2.2	DIABETES MELLITUS TIPO 2: FISIOPATOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS.....	16
2.3	POLIFARMÁCIA.....	18
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA 1	25
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXOS	49
	Anexo A. Instrumento de entrevista.....	50

1 INTRODUÇÃO

O aumento da representatividade dos idosos é um fenômeno mundial que afeta, tanto países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. O *World Population Prospects 2019: Highlights*, publicado em junho de 2019 pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais da World Health Organization (WHO), fornece uma visão abrangente dos padrões e perspectivas demográficas globais, em que prevê que o número de pessoas com 80 anos ou mais seja triplicado, de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (WHO, 2019).

O processo fisiológico do envelhecimento, assim como estilo de vida, geram o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), destacando o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) devido à sua expansão e morbimortalidade, particularmente nos idosos, principais usuários de medicamentos e mais susceptíveis ao seu uso inadequado, à polifarmácia e às interações medicamentosas, estando esse relacionado a um risco maior de morte prematura e maior associação com outras comorbidades (WHO, 2016; IDF, 2019).

Numa perspectiva comparativa, para o idoso, os riscos envolvidos no consumo de medicamentos são maiores em relação aos do restante da população e com o desenvolvimento contínuo de novos medicamentos e consequentemente prescrições com combinações cada vez mais complexas, tornou-se muito difícil para médicos e farmacêuticos reconhecerem potenciais interações. Entretanto, alguns fatores têm sido correlacionados com a presença de polifarmácia com o intuito da identificação dos grupos mais susceptíveis a iatrogenia, como por exemplo, a idade e as doenças crônicas, incluindo o DM2 (CARNEIRO et al., 2018; VELOSO et al, 2019).

Apesar dos diferentes conceitos existentes na literatura para a definição de polifarmácia, a mais comumente utilizada segundo Masnoon (2017) é o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, podendo esse comprometer a segurança e qualidade de vida das pessoas tanto por meio do desencadeamento de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) quanto mediante prescrição inadequada dos mesmos. Ainda, a probabilidade de um indivíduo apresentar uma interação medicamentosa aumenta com o número de medicamentos

envolvidos na terapêutica (VELOSO et al., 2019; COSTA et.al.,2017; MANSO, 2015).

Muitos estudos têm pesquisado o uso de medicamentos e a presença de polifarmácia em pacientes idosos ambulatoriais, em inquéritos populacionais e em pacientes hospitalizados. Entretanto, ainda são escassos em nosso meio estudos que demonstrem a relação entre o diabetes tipo 2 e ocorrência de polifarmácia em institucionalizados, de forma que se possa pensar nos fatores de risco e fomentar meios para uma intervenção antes de ser instalada a polifarmácia (SBD, 2019).

Uma vez que, idosos em Instituições de Longa Permanência (ILPI) seriam aqueles com riscos aumentados de apresentar potenciais problemas relacionados ao uso de medicamentos por possuírem múltiplas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade, se faz necessário a investigação do uso racional de medicamentos, podendo assim, auxiliar no planejamento de ações, contribuindo no aprimoramento da assistência ofertada nos serviços de saúde e adequá-la às necessidades dos idosos diabéticos institucionalizados. Portanto, objetivou-se com o presente estudo identificar a prevalência de DM2, assim como a ocorrência de polifarmácia em idosos institucionalizados.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento Populacional e Prevalência de Diabetes Mellitus Tipo 2

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com 65 anos ou mais (WHO, 2002). Até o início dos anos 1980, a composição etária da população brasileira, declarada pelos Censos Demográficos, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinha mostrando uma população predominantemente jovem. Com o passar dos anos, foi observado que em 1996, eram 16 idosos para cada 100 crianças e, em 2000, já havia 30 idosos para cada 100 crianças, demonstrando, claramente, o processo de transição demográfica (IBGE, 2008).

Já, segundo a Projeção da População, divulgada pelo IBGE em 2018, o Brasil tinha mais de 28 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, número que representa 13% da população do país, sendo que esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas. Entre os anos de 2012 e 2017, em toda a federação o número de idosos teve um aumento significativo, sendo o estado do Rio Grande do Sul um dos estados com maiores proporções de idosos, representando 18,6% da população na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2018).

Quando falamos do processo fisiológico do envelhecimento, o mesmo ocasiona diversas alterações orgânicas naturais que predispõem os indivíduos senis a maior vulnerabilidade aos fatores externos, assim como maior risco de comorbidades e morte (WHO, 2015). O maior responsável de morbimortalidade associada ao envelhecimento se deve às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), consideradas problema de saúde pública e uma das quatro prioridades para intervenção mundial (WHO, 2016).

Dentre as doenças, destaca-se o DM2 devido ao seu caráter epidêmico global e aumento expressivo de casos a partir de 60 anos de idade. Dados publicados pela OMS, no relatório *Global Reports on Diabetes* em 2016, apontou que 1,6 milhões de mortes são atribuídas diretamente ao DM2 a cada ano, onde quarenta e três por cento destes ocorrem antes dos 70 anos, sendo tais óbitos

maiores em países de baixa e média renda do que em países de alta renda (WHO, 2016).

A 9ª edição do *Atlas da International Diabetes Federation* aponta que a prevalência de DM2 tem aumentado constantemente nas últimas décadas em países de todos os níveis de renda, sendo essa tendência crescente atribuída ao envelhecimento, a um rápido aumento da urbanização e a ambientes que favoreçam a obesidade, chegando a 111,2 milhões (19,9%) em pessoas de 65 a 79 anos (IDF, 2019).

Quando estratificado por regiões, a estimativa do número de pessoas com DM2 no mundo em 2035, comparado ao ano de 2017, apresentará forte aumento no Norte da África e Oriente Médio (72%), Sudeste Asiático (84%), África do Sul (156%) e América do Sul e Central (62%), sendo atualmente, o Brasil, o quinto colocado com maior número de indivíduos acima de 65 anos com diabetes, ressalta-se que o inadequado controle pode ocasionar diversas complicações orgânicas, incluindo problemas cardiovasculares, renais, circulatórios e oculares (IDF, 2019).

2.2 Diabetes Mellitus tipo 2: fisiopatologia e fatores associados

A fisiopatologia do DM2 é complexa, sendo resultado da interação de fatores genéticos e estilo de vida. Em pessoas com mais de 65 anos, soma-se a tais fatores o envelhecimento fisiológico, ocorrendo o aumento progressivo na glicemia em jejum a partir da quarta década de vida, decorrente principalmente de uma diminuição da capacidade funcional da célula betapancreática, com grande redução na produção e secreção de insulina, além da diminuição de proliferação da célula betapancreática, aumento da vulnerabilidade à apoptose celular e disfunção das organelas citoplasmáticas especialmente mitocondrial, acarretando a diminuição na capacidade de síntese, armazenamento e secreção de insulina (LEE;HALTER, 2017).

A exposição crônica à hiperglicemia contribui para a piora progressiva da função pancreática, ocorrendo, também, aumento na resistência à insulina pela elevação da adiposidade corporal, especialmente na distribuição abdominal, que se associa ao aumento da produção de citocinas inflamatórias e à maior

quantidade de ácidos graxos livres circulantes e depósitos ectópicos de gordura (SCHEEN, 2005).

Os estudos que avaliam idosos em diferentes contextos apresentam divergência na prevalência da doença, ou seja, idosos da comunidade, de serviços de saúde, hospitalizados, institucionalizados e de grupos de convivência.

Estudo em pacientes idosos hospitalizados sobre auto percepção da saúde, o perfil nutricional e fatores de risco, apontou prevalência de 21,4% de DM2 (DE OLIVEIRA et al., 2019). Cenário similar ao encontrado por Gomez et al., 2018, que em sua pesquisa prospectiva, observacional, verificou que 29% dos idosos hospitalizados, com idade média de 84 anos, apresentavam diagnóstico de DM2.

No âmbito de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), estudos que avaliaram idosos residentes de instituições públicas e filantrópicas no Nordeste do Brasil, observaram a prevalência de DM2 de 20,4% e 17,7%, respectivamente. (BORGES et al., 2013; DANTAS et al. 2013). Já, em pesquisa realizada com idosos residentes em cinco instituições do Distrito Federal de diferentes regiões administrativas e de diferentes formas de gerenciamento, particular, filantrópica ou filantrópica-privada, encontrou-se prevalência de 27,3% de DM2, demonstrando leve aumento no percentual quando comparado aos demais estudos em ILPI (JESUS et al., 2014).

Os fatores associados ao desenvolvimento do DM2 podem ser classificados em três grupos: hereditários, comportamentais e socioeconômicos. Dentre esses, se destacam os fatores de risco comportamentais como: tabagismo; alimentação inadequada com ingestão elevada de alimentos fonte de gorduras trans e saturadas, sal e açúcar; sobrepeso e obesidade; sedentarismo; inatividade física; e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Há evidências científicas de que esses fatores, juntamente com o envelhecimento da população e o processo de urbanização causam a maioria dos novos casos de DM2 e aumentam o risco de complicações em pessoas que têm a doença (GOULART et al, 2011; IDF, 2019).

Estudo descritivo de corte, transversal com abordagem quantitativa, que envolveu 301 idosos assistidos no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) vinculado à Universidade Federal de Pernambuco encontrou prevalência de 28,2% de

DM2. O estudo ainda observou associação com sexo, maior prevalência da doença entre as mulheres (35%), os autores sugerem que a maior busca feminina aos serviços de saúde possa ter contribuído para esse achado (RAMOS et al., 2017).

Quanto ao termo multimorbidade, é definido como qualquer coexistência de duas ou mais condições, independente e adicional a uma doença existente e em estudo, ou seja, sem colocar uma em posição central e as restantes em situação secundária (BOYD; FORTIN, 2011). A multimorbidade deixou de ser incomum a nível mundial e sua prevalência é alta nos idosos (50 a 98%), colocando esta condição como um dos principais desafios para os sistemas de saúde no mundo (MARENGONI et al., 2011; FORTIN et al., 2012; RECHER et al., 2013; BATISTA, 2014).

Estudos realizados na África e Indonésia apontam que a prevalência de multimorbidade é maior entre os idosos que vivem em áreas urbanas, em relação à área rural (ALABA; CHOLA, 2013; HUSSAIM et al., 2015). Na Indonésia, por exemplo, a ocorrência de multimorbidade estava presente na metade da população acima de 60 anos (HUSSAIM et al., 2015). Também sobre isso, pesquisa realizada na Suécia com uma população de 1099 idosos demonstrou que 55% apresentaram multimorbidade (MARENGONI et al., 2011). Na China, 47% dos idosos apresentaram multimorbidade (WANG et al., 2014). Em todos os estudos apontados acima, a DM2 esteve presente na definição de multimorbidade.

Como citado acima, frequentemente a DM2 está associada a presença de demais patologias, sejam advindas da fisiologia do envelhecimento, estilo de vida ou de complicações da própria doença. Sendo assim, inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas sobre o tema, demonstrando a associação entre multimorbidade e DM2. No Brasil, pesquisa de base populacional utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com o objetivo de investigar a prevalência e fatores associados à multimorbidade em idosos brasileiros, aponta o DM2 como uma das comorbidades mais prevalentes nos idosos, com 23,3%, sendo essa, influenciada por fatores socioeconômicos e estilo de vida. Enquanto a alta prevalência de multimorbidades nos pacientes diabéticos (53,1%) esteve associada, também, ao gênero feminino, idade avançada e possuir nível educacional baixo (MELO, 2019).

No âmbito hospitalar, o cenário se repete. Em um estudo que objetivou avaliar a associação entre comorbidades e risco de morte e reinternação em idosos após alta de enfermarias de clínica médica de um hospital universitário, indicou presença de multimorbidade em 92,3% dos idosos, sendo o DM2 uma das doenças mais frequentes e relacionada ao desfecho morte (SOUSA-MUÑOZ et al., 2013).

As pesquisas sobre a ocorrência de multimorbidade em amostras significativas da população idosa são encontradas, com frequência, em países desenvolvidos como Europa, Canadá, Austrália, Estados Unidos, diferentemente do encontrado no Brasil e nos países em desenvolvimento, havendo pouca publicação em relação à prevalência e fatores associados da multimorbidade em amostras representativas da população idosa institucionalizada (KHANAM et al., 2011; NUNES, 2015).

Os estudos de prevalência de DM2, fatores associados e presença de multimorbidade apresentam grande variabilidade da presença da doença conforme o contexto em que o idoso vive e os fatores de risco para o seu desenvolvimento. Quando diagnosticado e tratado, outro fator a ser considerado é o uso de medicamentos e suas interações, assim, destaca-se a gravidade e necessidade de atenção individualizada e multiprofissional desses pacientes.

2.3 Polifarmácia

Como exposto anteriormente, a transição epidemiológica e consequente aumento das DCNT, resultam em um elevado consumo de medicamentos, tornando a polifarmácia, definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, uma condição cada vez mais comum entre a população idosa e um desafio para os sistemas de saúde e profissionais (CARNEIRO et al., 2018). Além disso, este crescimento relaciona-se a outros fatores, como à maior disponibilidade de fármacos no mercado e pelo uso de associações medicamentosas para o manejo de várias condições de saúde presentes na no idoso como, por exemplo, DM2 (CADOGAN et al, 2016; MARKOVIĆ-PEKOVIĆ et al., 2016).

De acordo com as Diretrizes para Tratamento do Idoso da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o tratamento do idoso com diabetes deve obedecer

aos mesmos princípios dos não idosos. Entretanto, o que diz respeito à definição de metas de tratamento, bem como à escolha do agente terapêutico a ser utilizado, é fundamental considerar aspectos que diferenciem essa população das demais faixas etárias (SBD, 2017).

A SBD aponta que, é preciso ter em mente a expectativa de vida do paciente em questão, as comorbidades associadas, o uso de polifarmácia, a capacidade de autocuidado, o apoio social e a estrutura familiar, a maior frequência de eventos adversos, o custo das medicações antidiabéticas, bem como o risco associado a uma eventual hipoglicemia, preconizando uma meta de tratamento individualizada, evitando-se hipoglicemias frequentes, mas, ao mesmo tempo, sem permissividade excessiva de hiperglicemia (SBD, 2017).

A individualização é determinante no tratamento, considerando-se haver ou não critérios para fragilidade, ser ou não o paciente institucionalizado, haver demência associada ou não. Nessas situações, seriam aceitáveis valores glicêmicos de jejum de até 150 mg/dL e pós-prandiais < 180 mg/dL, bem como alvos de HbA1c menos rigorosos como, por exemplo, < 8% (SKYLER et al., 2009).

Ainda sobre as recomendações da SBD, pode-se evitar ou adiar a introdução do medicamento em razão de frequente intolerância ou contraindicações (hepatopatia, nefropatia, pneumopatia, alcoolismo) em idosos, principalmente naqueles com glicemias leves ou moderadamente elevadas. Se tal conduta não lograr controle glicêmico adequado, o medicamento deve ser iniciado com a menor dose possível e esta ser aumentada gradualmente até que se obtenha o controle desejado. Caso não se consiga, devem ser associados dois, três ou quatro medicamentos, com o objetivo de melhorar o controle metabólico, mas sem provocar efeitos colaterais importantes (NATHAN et al., 2009).

Amplamente, os agentes antidiabéticos orais são medicamentos que reduzem a glicemia, com o objetivo de mantê-la em níveis normais. De acordo com o mecanismo de ação principal, os antidiabéticos podem ser agrupados do seguinte modo: aqueles que incrementam a secreção pancreática de insulina (sulfonilureias e glinidas); os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (inibidores das α -glicosidases); os que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas); e/ou os que aumentam a utilização periférica de glicose

(glitazonas); e aqueles que exercem efeito incretínico mediado pelos hormônios GLP-1 (peptídio semelhante a glucagon 1, glucagon-like peptide-1) e GIP (peptídio inibidor gástrico, gastric inhibitory polypeptide), considerados peptídios insulíntrópicos dependentes de glicose (SBD, 2017).

Com finalidade prática, os antidiabéticos são classificados em quatro categorias: 1) os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes); 2) os que não a aumentam (anti-hiperglicemiantes); 3) os que aumentam a secreção de insulina de maneira dependente da glicose, além de promover a supressão do glucagon; e, 4) os que promovem glicosúria (sem relação com a secreção de insulina) (RISTIC; BATES, 2006).

Assim como a prevalência de DM2 é diferente dependendo do contexto em que vive o idoso, a prevalência de polifarmácia também. Além disso, a polifarmácia pode estar relacionada ao maior número de morbidades. Estudo epidemiológico, transversal, analítico, de base populacional, com objetivo de estimar a prevalência de polifarmácia em idosos comunitários e identificar os fatores associados em área não metropolitana do Brasil, apontou que entre os 686 idosos avaliados, a prevalência de polifarmácia foi de 23,5% e dentre os fatores associados a presença de DM (CARNEIRO et al., 2018).

Os pacientes institucionalizados são aqueles com riscos aumentados a complicações de saúde, por apresentarem muitas doenças, fragilidade e baixa funcionalidade, possuindo aspectos, muitas vezes, diferentes dos idosos ambulatoriais, da comunidade ou hospitalizados, merecendo maior atenção multiprofissional (LUCCHETTI et al, 2010). Sandri e colaboradores (2016), analisaram o uso de medicamentos em pacientes institucionalizados no Rio Grande do Sul. A média de idade dos idosos foi de $77,21 \pm 9,91$ anos e a prevalência de polifarmácia foi de 28%.

Sobre os fatores de risco relacionados à polifarmácia, estudo com idosos institucionalizados em instituição pública de grande porte, apontou como fatores relacionados a polifarmácia: a ausência de déficit cognitivo; o consumo de medicamentos cardiovasculares, o uso de medicamentos gastrointestinais e metabolismo; o número de diagnósticos acima de 5; o tempo de institucionalização entre 12 e 23 meses e a maior dependência funcional (LUCCHETTI et al, 2010).

Em relação, especificamente, ao tratamento do DM2, o controle metabólico do diabético, indiferente da idade, precisa ser avaliado de forma ampla, com o objetivo principal de reduzir as complicações da doença. Isso inclui, além de hábitos de vida saudáveis, o controle das glicemias, indicadores bioquímicos, controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e, muitas vezes, uso de anti-agregantes plaquetários. Portanto, para atingir bom controle metabólico, muitos tipos de medicamentos podem ser necessários (ROLLAND; MORLEY, 2016).

Atualmente, sabe-se que indivíduos senis com DM2 apresentam, concomitantemente, comorbidades associadas, maior suscetibilidade a efeitos colaterais de medicações, tanto pela menor reserva funcional quanto pela polifarmácia, o que aumenta a chance de interação entre os fármacos, apresentando, também, pior resposta contrarregulatória hormonal, elevando o risco de hipoglicemias (SINCLAIR et al., 2019; ADA, 2019; IDF, 2019; LEROITH et al., 2019).

Em pesquisa realizada por Ramos et al. (2016), com o objetivo de analisar as variações da prevalência do uso crônico de medicamentos por idosos no Brasil, os resultados apontaram que todas as doenças, à exceção do Acidente Vascular Cerebral (AVC), aumentam consideravelmente o risco de polifarmácia, sendo que no topo da lista o DM. Ademais, a prevalência de polifarmácia foi superior a 60,0% no grupo com multimorbidade, ficando evidente que a presença de doenças crônicas e as complicações prevalentes entre os idosos é o grande fator de utilização de medicamentos, servindo de indicador de grupos de risco facilmente identificáveis pelo sistema de saúde.

A polifarmácia favorece prescrições de doses e indicações inadequadas, resultando em problemas relacionados com a segurança dos medicamentos, reações adversas graves, interações medicamentosas, aumento do uso de medicamentos inadequados e o surgimento de iatrogenias. A prescrição inadequada pode ocasionar reações adversas, e para minimizar estes sintomas são prescritos mais medicamentos, configurando desta forma a cascata iatrogênica (DA SILVA et al., 2018). Assim, destaca-se a necessidade de interação de todos os profissionais que prestam assistência ao idoso, minimizando o uso de polifarmácia e interações medicamentosas indesejáveis.

Estudos têm relacionado a polifarmácia com um maior risco de eventos adversos, quedas, hospitalizações, reações adversas diretamente relacionadas com fármacos, menor adesão à terapêutica e ainda, embora com menos frequência, perda cognitiva e funcional. De fato, a polifarmácia está associada a uma maior morbi-mortalidade, a uma diminuição da qualidade de vida e a um aumento dos custos com a saúde (FRIED et al., 2014; CAHIR, 2014).

Em um estudo realizado no Japão, que investigou a polifarmácia em pacientes com tipo 2 diabetes de um serviço hospitalar especializado na doença, levou a conclusão que os medicamentos utilizados para o tratamento do diabetes e suas complicações (como hiperglicemia, complicações microvasculares, dor, insônia e outros sintomas) podem melhorar, mas também podem ter efeitos colaterais que levam à adição de medicamentos desnecessários ao regime de tratamento, contribuindo fortemente para a polifarmácia nesses pacientes, resultando em um risco aumentado de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e não adesão a medicamentos (HORI;ATSUDA, 2020).

Pesquisa de base populacional realizada no Canadá com 146.710 idosos diabéticos, avaliou os fatores associados ao uso de uma combinação de agentes hipoglicêmicos, anti-hipertensivos e hipolipemiantes. Foi identificado que os idosos usaram uma média de combinação de 11,8 (\pm 6,7) medicamentos diferentes e uma proporção de 58,6% da população foi exposta à combinação de tratamentos, sendo que o fator mais fortemente associado à combinação foi a presença de comorbidades cardiovasculares. Embora o uso da combinação de tratamentos seja significativo e possa se traduzir em benefícios as comorbidades associadas ao diabetes, existe o risco potencial associado à polifarmácia (GAGNON et al., 2019).

Ainda, estudo de coorte de base populacional composta por 1.258 idosos que analisou a sobrevida quando expostos ao uso de polifarmácia, aponta que a probabilidade de sobrevida após cinco anos dos indivíduos usuários de polifarmácia na linha de base foi de 77,2%, enquanto que nos idosos não usuários foi de 85,5%. A polifarmácia permaneceu como fator de risco para óbito mesmo após ajuste de demais condições associadas à mortalidade, como idade, sexo, renda, doenças crônicas e internação hospitalar (ROMANO-LIEBER et al, 2019).

Portanto, diante dos estudos apresentados e da complexidade do tratamento farmacológico em idosos, em especial o diabético, evidenciam a importância de identificar a prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2, assim como a ocorrência de polifarmácia em idosos institucionalizados.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

Capítulo omitido por questões de originalidade de produção científica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os dados da presente pesquisa pudemos verificar resultados efetivos e concluir que ainda temos muito a investigar, sendo a área de pesquisa um campo que nos permite evidenciar fatos, com o objetivo de melhorar os aspectos da sociedade.

O nosso estudo apontou alta prevalência de DM2 e sua associação com polifarmácia e HAS, tornando necessária a revisão das prescrições de medicamentos uma prática ainda pouco estabelecida no contexto das ILPI, a fim de prevenir e minimizar os potenciais efeitos indesejados relacionados ao uso irracional de medicamentos.

Assim, sugerimos que as investigações em torno da polifarmácia em idosos institucionalizados portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 sejam permanentes e possibilitem o surgimento de outros estudos, e que nossos resultados e análises possam contribuir positivamente na qualidade de vida de idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

ALABA, O.; CHOLA, L. The social determinants of multimorbidity in South Africa. *International journal for equity in health*, v. 12, n. 1, p. 63, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION et al. 12. Older adults: standards of medical care in diabetes - 2019. *Diabetes Care*, v. 42, n 1, p. 139-147, 2019.

BATISTA, S. R. A complexidade da multimorbidade. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 5, n. 1, p. 125-126, 2014.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BORGES, C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. 318-322, 2013.

BOYD, C. M.; FORTIN, M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design?. *Public health reviews*, v. 32, n. 2, p. 451, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoaidosa>> Acesso em 13 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_tem_as_selecionados.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

BRUCKI, S. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BUSHARDT, R. L. et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. *Clinical interventions in aging*, v. 3, n. 2, p. 383, 2008.

CADOGAN, C. A.; RYAN, C.; HUGHES, C. M. Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many. *Drug safety*, v. 39, n. 2, p. 109-116, 2016.

CAHIR, C. et al. Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *British journal of clinical pharmacology*, v. 77, n. 1, p. 201-210, 2014.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários. *Medicina (Ribeirao Preto)*, v. 51, n. 4, p. 254-264, 2018.

CARVALHO M.F., et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.15, n. 4, p. 817-27, 2012.

COSTA, G. M.; OLIVEIRA, M. L C.; NOVAES, M. R. C. G. Factors associated with polypharmacy among elderly people receiving care under the family health strategy. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 525-533, 2017.

DA SILVA C. V. et al. Polifarmácia e fatores associados em idosos diabéticos. *Revista de Salud Pública*, v. 20, p. 366-372, 2018.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 6, p. 914-920, 2013.

DE ARAÚJO, M. F. M. et al. Drug interactions in Brazilian type 2 diabetes patients. *International journal of nursing practice*, v. 19, n. 4, p. 423-430, 2013.

DE OLIVEIRA T. I. G. et al. Percepção da saúde e estado nutricional de pacientes hospitalizados com doenças crônicas. *ABCS Health Sciences*, v. 44, n. 1, 2019.

DOBRICĂ, E. et al. Polypharmacy in type 2 diabetes mellitus: insights from an internal medicine department. *Medicina*, v. 55, n. 8, p. 436, 2019.

DUARTE, G. M. et al. Caracterização do consumo de medicamento e polifarmácia entre idosos da universidade da maturidade. *Humanidades & Inovação*, v. 6, n. 11, p. 109-119, 2019.

ELSI. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros 2015. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/a-pesquisa/o-que-e-o-elsi-brasil/>.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 16-29, 2017.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FORTIN, M. et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *The Annals of Family Medicine*, v. 10, n. 2, p. 142-151, 2012.

FRANCISCO, P. M. S. B; BELON A. P; BARROS, M. B. A; CARANDINA, L; ALVES, M. C. G. P; GOLDBAUM M. et al. Diabetes autoreferido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*, v.26, n.1, p. 175-84, 2010.

FRIED, T. R. et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 62, n. 12, p. 2261-2272, 2014.

GAGNON, M. et al. Polypharmacy and Pharmacological Treatment of Diabetes in Older Individuals: A Population-Based Study in Quebec, Canada. *Pharmacy*, v. 7, n. 4, p. 161, 2019.

GATTO, C. M. et al. Prevalência de polifarmácia, benzodiazepínicos e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 16, n. 3, 2019.

GOMEZ, N. et al. Associação entre Diabetes Mellitus e Infecções do Trato Urinário Graves—Estudo Prospetivo Observacional em Doentes Internados num Serviço de Medicina. *Revista Portuguesa de Diabetes*, v. 13, n. 4, p. 139-142, 2018.

GOULART, F. et al. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO; 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf. Acesso em: 13 mai. 2020.

GUARALDO, L.; CANO, F.G, DAMASCENO, G.S, ROZENFELD S. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. *BMC Geriatrics*, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2011.

HAJJAR, E.R.; CAFIERO, A.C.; HANLON, J.T. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*, v. 5, n. 4, p. 345-51, 2007.

HORII, T.; ATSUDA, K. Effects of pharmacist intervention on polypharmacy in patients with type 2 diabetes in Japan. *BMC Research Notes*, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2020.

HUSSAIN, M. A.; HUXLEY, R. R.; AL MAMUN, A. Multimorbidity prevalence and pattern in Indonesian adults: an exploratory study using national survey data. *BMJ open*, v. 5, n. 12, p. e009810, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/passofundo/pesquisa/37/30255>>. Acesso em: 13 mai. 2020

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-paisdeve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade : 1980-2050 : revisão 2008. Disponível em: <

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-atálogo?view=detalhes&id=284787> . Acesso em: 13 mai. 2020.

IDF. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 9 edition 2019. Disponível em: <<https://www.diabetesatlas.org/en/>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

IDF. International Diabetes Federation. Managing Older People with Type 2 Diabetes Global Guideline. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/78-global-guideline-for-managing-older-people-with-type-2-diabetes.html>. Acesso em: 13 mai. 2020.

JESUS, A. P et al. Possíveis interações medicamentosas envolvendo o uso de agentes hipoglicemiantes durante a hospitalização de idosos no sistema único de saúde da região do médio Araguaia. Revista Panorâmica On-line. v.16, p.01-18, 2014.

KHANAM, M. A. et al. Prevalence and patterns of multimorbidity among elderly people in rural Bangladesh: a cross-sectional study. Journal of health, population, and nutrition, v. 29, n. 4, p. 406, 2011.

LEE, P. G.; HALTER, J. B. The pathophysiology of hyperglycemia in older adults: clinical considerations. Diabetes Care, v. 40, n. 4, p. 444-452, 2017.

LEROITH, D. et al. Treatment of diabetes in older adults: an endocrine society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 104, n. 5, p. 1520-1574, 2019.

LOYOLA, F., et al. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2657-2667, 2006.

LUCCHETTI, G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 1, p. 151-164, 2015.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing research reviews, v. 10, n. 4, p. 430-439, 2011.

MARKOVIĆ-PEKOVIĆ, V. et al. Polypharmacy among the elderly in the Republic of Srpska: extent and implications for the future. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, v. 16, n. 5, p. 609-618, 2016.

MARQUES, G. F. M., et al. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na enfermagem gerontológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.71, n.5, p. 2440-6, 2018.

MASNOON, Nashwa et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017.

MEJÍA-LÓPEZ, J.; GÓMEZ-PEÑALOZA, S. A. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Revista de Salud Pública*, v. 19, n.3, p. 291-296, 2017.

MELO, L. A. et al. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, n. 1, 2019.

MIZOKAMI, F. et al. Polypharmacy with common diseases in hospitalized elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, v. 10, n. 2, p. 123-128, 2012.

MOREIRA, Francisca Sueli Monte et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2073-2082, 2020.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 19, 2017.

NATHAN, D. M. et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes care*, v. 32, n. 1, p. 193-203, 2009.

NECHBA, R. B, et al. Difficulty in managing polypharmacy in elderly: case report and review of the literature. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, v. 6, n. 1, p. 30-33, 2015.

NEVES, R. G. et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n.7, p.1-11, 2017.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidity: the Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil). *Revista de saude publica*, v. 52, p. 1-10, 2018.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Multimorbidade em idosos. 2015. 165f. Tese doutorado (Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia), Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

QUINALHA, J. V; CORRER, C. J. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.3, p. 487-99, 2010.

RAMOS, L. R. et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Revista de saude publica*, v. 50, n. 2, p. 1-9, 2016.

RAMOS, R. S. P. et al. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 3, p. 363-373, 2017.

RECHEL, B. et al. Ageing in the European union. *The Lancet*, v. 381, n. 9874, p. 1312-1322, 2013.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relationship of polypharmacy and polyopathy with falls among institutionalized elderly. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e03040015, 2017.

RISTIC, S.; BATES, P. C. Vildagliptin: a novel DPP-4 inhibitor with pancreatic islet enhancement activity for treatment of patients with type 2 diabetes. *Drugs Today (Barc)*, v. 42, n. 8, p. 519-531, 2006.

ROLLAND, Y.; MORLEY, J. E. Frailty and polypharmacy. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, Saint Louis, v. 20, n. 6, p. 645-646, 2016.

ROMANO-LIEBER, N. S. et al. Sobrevida de idosos e exposição à polifarmácia no município de São Paulo: Estudo SABE. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, n. 2, p. 1-11, 2019.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014*. *Epidemiologia e Serviços Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 121-132, 2017.

SANDRI, M. et al. Uso de medicamentos e suas potenciais interações com alimentos em idosos institucionalizados. *Scientia Medica*, v. 26, n. 4, p. 6, 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Abordagem da Pessoa Idosa com Diabetes. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/Posicionamento_Idoso19_12448v5_brMAR.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

SCHEEN, A. J. Diabetes mellitus in the elderly: insulin resistance and/or impaired insulin secretion?. *Diabetes & metabolism*, v. 31, p. 27-34, 2005.

SILVA, Michael Ruberson Ribeiro da et al. Uso de medicamentos e fatores associados à polifarmácia em indivíduos com diabetes mellitus em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 2565-2574, 2018.

SILVA, Rosane Seeger da et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019.

SINCLAIR, A. J. et al. Evidence-based diabetes care for older people with Type 2 diabetes: a critical review. *Diabetic Medicine*, v. 36, n. 4, p. 399-413, 2019.

SKINNER, M. A literature review: polypharmacy protocol for primary care. *Geriatric Nursing*, London, 2015; 6(5): 367-371.

SKYLER, J. S. et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 53, n. 3, p. 298-304, 2009.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. et al. Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 3, p. 579-589, 2013.

TAVARES M.S.; MACEDO T.C.; MENDES D.R.G. Possíveis Interações Medicamentosas em um Grupo de Hipertenso e Diabético da Estratégia Saúde Da Família. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 1, n.2, p. 119-26, 2012.

VELOSO, R. C. S. G. et al. Fatores associados às interações medicamentosas em idosos internados em hospital de alta complexidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 17-26, 2019.

VIGITEL. Ministério da saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf. Acesso em: 13 mai. 2020.

VIGITEL. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf.

VITOI, N. C. et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 953-965, 2015.

WANG, H. H.; WANG, J. J.; WONG, S. Y. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare: Cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC medicine*, v. 12, n. 1, p. 188-199, 2014.

WHO. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/. Acesso em: 13 mai. 2020.

WHO. World Health Organization. Global Reports on Diabetes. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 mai. 2020.

WHO. World Health Organization. World Population Prospects 2019: Highlights. Disponível em: <<https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de entrevista



PROCAD: UNICAMP/UCB/UPF

Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados

CONTROLE, A SER PREENCHIDO PELO SUPERVISOR

STATUS DO PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO	() Completo () Retornar ao campo () Perdido	Data: ___/___/____ Assinatura:
ENCAMINHADO PARA DIGITAÇÃO		Data: ___/___/____ Assinatura
DIGITADO		Data: ___/___/____ Assinatura:
DIGITAÇÃO CONFERIDA	() Satisfatória () Retornou para digitação	Data: ___/___/____ Assinatura:
DIGITAÇÃO FINALIZADA	() Com sucesso () Protocolo perdido	Data: ___/___/____ Assinatura:

CONTROLE, ENTREVISTA

ILPI:		NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:
INÍCIO DA ENTREVISTA: ____:____	TÉRMINO DA ENTREVISTA: ____:____	DURAÇÃO DA ENTREVISTA: _____ min.
ENTREVISTADOR 1:		
ENTREVISTADOR 2:		

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

A 1. Nome ILPI:	
A 2. Rua/Av.:	
A 5. Bairro:	
A 6. Tipo de ILPI : 1. Privada com fins lucrativos (2) Filantrópicas	

BLOCO B - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

NOME IDOSO:	
-------------	--

B 1. Idade: _____ anos	Data de nascimento: __/__/__	
B 3. Sexo 1. Masculino 2. Feminino		
B 4. Cor/raça: 1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarelo 5. Indígena		
B 5. Estado civil: 1. Casado(a)/companheiro (a) 2. Solteiro (a) 3. Divorciado(a), separado (a)		
4. Viúvo (a) 99. NR		
B 6. Qual foi sua ocupação durante a maior parte de sua vida?		
B.7. Tempo de internação na ILPI: _____ anos _____ meses		
B 7. Seu companheiro (a) mora na ILPI? 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica		
B 8. Recebe visita de familiares? 1. Sim 2. Não		

B 8a. Se sim, qual familiar visita com maior frequência?			
B 9. Marido/mulher / companheiro/a	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 10. Filho/s ou enteado/s	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 11. Neto/s	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 12. Bisneto/s	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 13. Outro/s parente/s	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 14. Amigo	1. Sim 2.Não	88. NA	
B 15. Quantas pessoas dormem no mesmo quarto incluindo o (a) senhor (a)? _____			
B 16. De onde provém os recursos para o pagamento da ILPI			
1.Recursos próprios	1. Sim 2. Não 3.NA		
2.Recursos próprios + família	1. Sim 2. Não 3.NA		
3.Recursos próprios + verba pública	1. Sim 2. Não 3.NA		
4.Outros _____			
B17. De onde provém os recursos para o seu tratamento			
1.Recursos próprios	1. Sim 2. Não 3.NA		
2.Recursos SUS	1. Sim 2. Não 3.NA		
3.Recursos próprios + família	1. Sim 2. Não 3.NA		
4.Recursos próprios + verba pública 1. Sim Não	1. Sim 2. Não 3.NA		
5.Via Judicial	1. Sim 2. Não 3.NA		
6.Outros _____			
B18. Se uso de nutrição, enteral de onde provém os recurso			
1.Recursos próprios	1. Sim 2. Não 3. NA		
2.Recursos SUS 1. Sim Não	1. Sim 2. Não 3. NA		
3.Recursos próprios + família	1. Sim 2. Não 3. NA		
4.Recursos próprios + verba pública 1. Sim Não	1. Sim 2. Não 3. NA		
5.Via Judicial	1. Sim 2. Não 3. NA		

6.Outros _____

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL			
Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para responde-las.	CERT O	ERRA DO	NR
C 1. Que dia é hoje?	1	0	99
C 2. Em que mês estamos?	1	0	99
C 3. Em que ano estamos?	1	0	99
C 4. Em que dia da semana estamos?	1	0	99
C 5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	1	0	99
C 6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	1	0	99
C 7. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	1	0	99
C 8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	0	99
C 9. Em que cidade nós estamos?	1	0	99
C 10. Em que estado nós estamos?	1	0	99
Vou dizer 3 palavras, e o/a senhor/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Falar as três palavras em seqüência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)			
C 11. Carro	1	0	99
C 12. Vaso	1	0	99
C 13. Tijolo	1	0	99
Gostaria que o/a senhora/a me dissesse quanto é (Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o idoso espontaneamente se corrigir).			
C 14. 100 - 7	1	0	99
C 15. 93 - 7	1	0	99
C 16. 86 - 7	1	0	99
C 17. 79 - 7	1	0	99
C 18. 72 - 7	1	0	99
O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.			
C 19. Carro	1	0	99
C 20. Vaso	1	0	99
C 21. Tijolo	1	0	99
C 22. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 23. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	1	0	99
C 24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". (Considere somente se a repetição for perfeita)	1	0	99

Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)			
C 25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
C 26. Dobra corretamente	1	0	99
C 27. Coloca no chão	1	0	99
C 28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: "FECHE OS OLHOS"	1	0	99
C 29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Escrever a frase na próxima folha) (Oferecer esta folha ao idoso, cobrindo os itens até este ponto)	1	0	99
C 30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o/a senhor/a copiasse, tentando fazer o melhor possível. (O idoso deverá desenhar na folha em branco depois desta. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados e 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados e 2 ângulos)	1	0	99
C 31. Pontuação Total: _____			

Notas de corte para o Mini Exame do Estado Mental

Analfabetos: 17

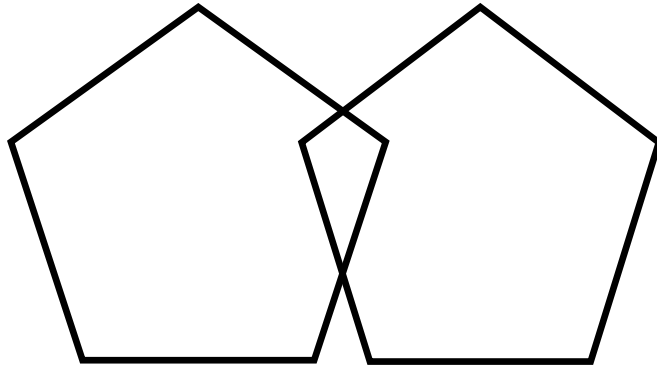
1 a 4 anos de escolaridade: 22

5 a 8 anos de escolaridade: 24

9 ou mais anos der escolaridade: 26

C 29. FRASE:

C 30. DESENHO:



C32. Orientação lateral: antes de começar a aplicar o Mini Addembrooke, observar/perguntar se o idoso é destro ou canhoto 1. Destro 2. Canhoto	
C33. Perguntar: Qual é sua profissão: _____ (não aceitar a resposta aposentado. Perguntar o que o idoso fazia antes de se aposentar).	

MINI-EXAME COGNITIVO DE ADDEMBROOKE

C34. Atenção					
Perguntar: Qual é	o dia da semana? _____	o dia do mês? _____	o mês? _____	o ano? _____	Atenção [Escore 0-4] <input type="text"/>
C35. Memória					
Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:					Memória [Escore 0 – 7] <input type="text"/>
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa		
Renato Moreira	_____	_____	_____		
Rua Bela Vista 73	_____	_____	_____		
Carazinho	_____	_____	_____		
Rio Grande do Sul	_____	_____	_____		
C36. Fluência – animais					
Diga : "Agora o/a senhor/a dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra? O/a senhor/a tem um minuto. Pode começar."					Fluência [Escore 0 – 7] <input type="text"/>
					17-21 6
					14-16 5
					11-13 4
					9-10 3
					7-8 2
					5-6 1
					<5 0
					total acerto s
					<input type="text"/>

C37. DESENHO DO RELÓGIO		
<p>Peça ao idoso para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 (cinco e dez).</p> <p>Para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)</p>	<p>Visual espacial [Escore 0-5]</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>	
C 38. RECORDAÇÃO		
<p>Peça “Agora o/a senhor/a vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo”.</p>		
<p>Renato Moreira</p> <p>Rua Bela Vista 73</p> <p>Passo Fundo</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Memória [Escore 0-7]</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>

Rio Grande do Sul	
ESCORE TOTAL		/ 30

BLOCO D - PRESSÃO ARTERIAL		
Posição sentada		
D 1. 1ª medida: ____x____ mmHg		
BLOCO E - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS		
E 1.	PESO: _____ kg	
E 2.	ALTURA: _____ cm	
E 3.	IMC: _____	
E 4.	CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA: _____ cm	
E 5.	CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ cm	
E 6.	CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL: _____ cm	
E 7.	CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA: _____ cm	
E 8.	CIRCUNFERÊNCIA TRICIPITAL : _____ cm	
E 9.	DOBRA CUTÂNEA SUBESCAPULAR: _____ mm	
Mini Avaliação Nutricional – Versão reduzida		
<i>Completar a avaliação preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de triagem.</i>		
Peso: _____ Kg.		
A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 1. Sim 2. Não		
Se sim, 0 = Diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão		
B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a 3 quilos 1 = não sabe informar 2 = entre 1 e 3 quilos 3 = sem perda de peso		
C. Mobilidade 0 = restrito ao leito ou cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal		

	D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? Sim 2.Não		
	E. Problemas neuropsicológicos		
	0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos		
	F1 Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m] ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23		
	F2 Circunferência da Panturrilha (CP), em cm 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31		
	Escore de triagem (máximo: 14 pontos) 12 – 14 pontos □ estado nutricional normal 8 – 11 pontos □ sob risco de desnutrição 0 – 7 pontos □ desnutrido		

BLOCO F - MEDIDAS DE FRAGILIDADE

PERDA DE PESO NÃO-INTENCIONAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES

F 1.	O senhor perdeu peso de forma não-intencional nos últimos 12 meses? 1. Sim 2. Não 99. NR	
F 2.	Caso tenha respondido SIM , perguntar: “Quantos quilos emagreceu/perdeu?” _____Kg 88. NA 99. NR	

FADIGA

Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o/a senhor/a:	Nunca/ Raramen te	Pouca s vezes	Na maioria das vezes	Sempre	
F 46. Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais.	1	2	3	4	
F 47. Não consegui levar adiante minhas coisas.	1	2	3	4	

MEDIDA DE FORÇA DE PREENSÃO

F 48. 1ª medida de força de preensão: _____ Kg _f	
F 49. 2ª medida de força de preensão: _____ Kg _f	
F 50. 3ª medida de força de preensão: _____ Kg _f	
F 51. MÉDIA: A + b + c / 3: _____ Kg _f	

SARCOPENIA (SARC-F/BR)

Componente	Pergunta	Pontuação	Resposta
------------	----------	-----------	----------

F52. Força	Quanta dificuldade tem para levantar ou carregar 4,5kg? –	Nenhuma = 0 ^[1] _[SEP] Alguma = 1 ^[1] _[SEP] Muita ou não consegue = 2 99. NR	
F53. Auxílio para caminhar	Quanta dificuldade tem para andar pelo quarto?	Nenhuma = 0 ^[1] _[SEP] Alguma = 1 Muita, usa equipamento ou não consegue = 2 99. NR	
F54. Levantar de uma cadeira	Quanta dificuldade tem para levantar de uma cadeira ou cama?	Nenhuma = 0 ^[1] _[SEP] Alguma = 1 ^[1] _[SEP] Muita ou não consegue = 2 99. NR	
F55. Subir escadas	Quanta dificuldade tem para subir 10 degraus de escada?	Nenhuma = 0 ^[1] _[SEP] Alguma = 1 ^[1] _[SEP] Muita ou não consegue = 2 99. NR	
F56. Quedas	Quantas vezes caiu no último ano? _____	Nenhuma = 0 1-3 quedas = 1 ^[1] _[SEP] 4 ou mais quedas = 2 99. NR	
F57. TOTAL: _____ pontuam para sarcopenia os idosos com ≥ 4 .			
MEDIDA DE VELOCIDADE DA MARCHA			
F 58. 1º medida de velocidade da marcha		centésimos de segundo	
F 59. 2º medida de velocidade da marcha		centésimos de segundo	
F 60. 3º medida de velocidade da marcha		centésimos de segundo	
F 61. Média (1º+2º+3º/3)		centésimos de segundo	

BLOCO G

VARIÁVEIS DE SAÚDE

De um ano para cá, algum médico disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças?	Diagnósticos			
G 1. Doença do coração, como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 2. Pressão alta / hipertensão	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 3. Derrame / AVC / Isquemia	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 4. Diabetes Mellitus	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 5. Tumor maligno / Câncer	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 6. Artrite ou reumatismo	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 7. Doenças do pulmão, por exemplo bronquite e enfisema.	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 8. Depressão	1.Sim	2.Não	99. NR	
G 9. Osteoporose	1.Sim	2.Não	99. NR	

G 9a Demência	1.Sim	2.Não	99. NR	
G9b Parkinson	1.Sim	2.Não	99. NR	
PROBLEMAS DE SAÚDE				
Nos últimos 12 meses o/a senhor/a teve algum destes problemas?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 10. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 11. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 14. Perda de apetite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 25. Teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G101. Lesões de pele, feridas ou escaras?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G102. Internação hospitalar? Se sim, quantas vezes? _____	1.Sim	2.Não	99.NR	
G104. Dificuldade para mastigar alimentos sólidos?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G105. Dificuldade para engolir alimentos?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I 614. Sensação de alimento parado ou entalado na garganta?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I 615. Retorno do alimento pela garganta ou pelo nariz?	1.Sim	2.Não	99.NR	

DOR CRÔNICA				
I 616. Nos últimos 6 meses o/a senhor/a tem tido alguma queixa dor crônica (que não passa), continua (a maior parte do tempo) ou intermitente (ela vai e vem)?	1.Sim	2.Não	99.NR	

INSÔNIA				
G 601. Acorda de madrugada e não pega mais no sono?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 602. Fica acordado/a a maior parte da noite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 603. Leva muito tempo para pegar no sono?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 604. Dorme mal à noite?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G605. Total = (pontuação ≥ 1 <input type="checkbox"/> insônia _____)	1.Sim	2.Não	99.NR	
SONO OU COCHILO DURANTE O DIA				
F39. Dorme ou cochila durante o dia?	1.Sim	2.Não	99.NR	
USO DE MEDICAMENTOS				
G 28. Nos últimos 3 meses o/a senhor/a vem tomando algum medicamento receitado por algum médico?	1.Sim	2.Não	88.NA	
G 28a Se sim quantos _____				
D8. Faz uso de algum medicamento para hipertensão (pressão alta)?	1.Sim	2.Não	99.NR	
G 201. Faz uso de insulina? /	1.Sim	2.Não	88. NA	
G 201a. Faz uso de medicamento para diabetes?	1.Sim	2.Não	88. NA	
G 202. Faz uso de alguma vitamina?	1.Sim	2.Não	88. NA	

G 203. Faz uso de algum remédio para depressão?	1.Sim	2.Não	88. NA	
G 28b Liste os medicamentos usados			88. NA	
1.	5.	9.		
2.	6.	10.		
3.	7.	11.		
4.	8.	12		

TABAGISMO				
G 39. O/a senhor/a fuma atualmente?	1. Sim	2. Não (ir para a questão G41)	99. NR	
G 40. Para os que responderam SIM à questão G39 , perguntar: Há quanto tempo o/a senhor/a é fumante? ” _____ ano/s _____ mes/es				
G 41. Para os que responderam NÃO à questão G39 , perguntar: “Já fumou e largou?”				
1.Sim	2.Não	99. NR		

AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE							
G 45. De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?	1.Muito ruim	2. Ruim	3. Regular	4. Boa	5.Muito boa	99. NR	
G 46. Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	1.Muito pior	2. Pior	3.Igual	4. Melhor	5. Muito Melhor	99. NR	
G 47. Como o/a senhor/a avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de 1 ano atrás	1.Muito pior	2. Pior	3. Igual	4. Melhor	5. Muito Melhor	99. NR	
G 48. Como o/a senhor/a avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	1.Muito pior	2. Pior	3. Igual	4. Melhor	5. Muito Melhor	99. NR	
G 49. Como o/a senhor/a avalia o seu nível de atividade em comparação com o de 1 ano atrás.	1 Melhor	2 Igual	3 Pior	88. NA	99. NR		

Bloco J – ABVDs		
Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas: “I” Independente, “A” Recebe ajuda e “D” Dependente, a soma final será feita pelo supervisor	Resultado	
J 24. <u>Tomar banho</u> (leito, banheira ou chuveiro) 0. I: Não recebe ajuda (entra e sai da banheira se esse for o modo habitual de tomar banho). 1. A: Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (por ex. as costas ou uma perna). 1. D: Recebe ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.		

<p>J 25. <u>Vestir-se</u> (pega as roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive de órteses e próteses, quando forem utilizadas e veste-se completamente sem ajuda)</p> <p>0 I: Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda.</p> <p>1. A: Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.</p> <p>1. D: Recebe ajuda para pegar as roupas e vestir-se ou permanece total ou parcialmente sem roupas</p>		
<p>J 26. <u>Usar o vaso sanitário</u></p> <p>0. I: Ida ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos de apoio, como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-os de manhã)</p> <p>1. A: Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou o urinol à noite.</p> <p>1. D: Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas</p>		
<p>J 27. <u>Transferência</u></p> <p>0. I: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)</p> <p>1. A: Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda</p> <p>1. D: Não sai da cama</p>		
<p>J 28. <u>Controle esfinteriano</u></p> <p>0. I: Controla inteiramente a evacuação e a micção</p> <p>1. A: Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>1. D: Necessita de ajuda para manter o controle da evacuação e da micção; usa cateter ou é incontinente</p>		
<p>J 29. <u>Alimentar-se</u></p> <p>0. I: Alimenta-se sem ajuda</p> <p>1. A: Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar ou passar manteiga no pão</p> <p>1. D: Recebe ajuda para alimentar-se ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de cateteres ou fluidos intravenosos</p>		
<p>J 30. TOTAL: _____</p> <p>0: independente em todas as seis funções</p> <p>1: independente em cinco funções e dependente em uma função</p> <p>2: independente em quatro funções e dependente em duas</p> <p>3: independente em três funções e dependente em três</p> <p>4: independente em duas funções e dependente em quatro</p> <p>5: independente em uma função e dependente em cinco</p> <p>6: dependente em todas as seis funções</p>		

BLOCO M – DEPRESSÃO							
Vou lhe fazer algumas perguntas para saber como o/a senhor/a tem se sentido na última semana.	Sim	Não	NR				
M 1. O/a senhor/a está basicamente satisfeito com sua vida?	1	2	99				
M 2. O/a senhor/a deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	2	99				
M 3. O/a senhor/a sente que sua vida está vazia?	1	2	99				
M 4. O/a senhor/a se aborrece com frequência?	1	2	99				
M 5. O/a senhor/a se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	99				
M 6. O/a senhor/a tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	2	99				
M 7. O/a senhor/a se sente feliz a maior parte do tempo?	1	2	99				
M 8. O/a senhor/a sente que sua situação não tem saída?	1	2	99				
M 9. O/a senhor/a prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	2	99				
M 10. O/a senhor/a se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	2	99				
M 11. O/a senhor/a acha maravilhoso estar vivo?	1	2	99				
M 12. O/a senhor/a se sente um/a inútil nas atuais circunstâncias?	1	2	99				
M 13. O/a senhor/a se sente cheio/a de energia?	1	2	99				
M 14. O/a senhor/a acha que sua situação é sem esperança?	1	2	99				
M 15. O/a senhor/a sente que a maioria das pessoas está melhor que o/a senhor/a?	1	2	99				
M 16. Pontuação total na Escala de Depressão Geriátrica _____							
≤ 6 □ pontuação sugestiva de depressão							
BLOCO N							
SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA E REFERENCIADA A DOMÍNIOS							
O/a senhor/a está satisfeito com	Muito pouco	Pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo	NR	
N 1. Sua vida?	1	2	3	4	5	99	
N 2. Sua saúde?	1	2	3	4	5	99	
N 3. Sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	1	2	3	4	5	99	
N 5. Suas amizades?	1	2	3	4	5	99	
N5a. Suas relações familiares?							
N6. O ambiente em que vive (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança)?	1	2	3	4	5	99	

Bloco V. Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs)			
V1. Quais meios de comunicação abaixo você utiliza			
1.TV	1.sim	2.Não	3.NA
2. Rádio	1.sim	2.Não	3.NA

3. celular	1.sim	2.Não	3.NA	
4.computador	1.sim	2.Não	3.NA	
5.videogame	1.sim	2.Não	3.NA	
6.tablet	1.sim	2.Não	3.NA	
7.nenhuma	1.sim	2.Não	3.NA	
V2. Qual o(s) motivo(s) para o uso desses meios de comunicação?				
1. Entretenimento (Distração e laser)	1.sim	2.Não	3.NA	
2. Informação	1.sim	2.Não	3.NA	
3. Para conversar com amigos e parentes	1.sim	2.Não	3.NA	
4. Para aprender algo novo	1.sim	2.Não	3.NA	
Outro, qual? _____				
V3. Qual é a importância do uso dos meios de comunicação em sua vida				
1. Muito importante				
2. Pouco importante				
3. Não tenho opinião formada				
V4. Qual a contribuição dos meios de comunicação no seu dia a dia?				
V6. Você tem acesso à internet?				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
V7. Se sim, quais equipamentos você utiliza para acessar a internet?				
1. TV	1.Sim	2.Não	3.NA	
2. Celular	1.Sim	2.Não	3.NA	
3. Computador	1.Sim	2.Não	3.NA	
4. Videogame	1.Sim	2.Não	3.NA	
5. Tablet	1.Sim	2.Não	3.NA	
V8. O que você gosta de fazer na internet?				
1. Ler notícias	1.Sim	2.Não	3.NA	
2. Ler informações sobre cuidados com a saúde	1.Sim	2.Não	3.NA	
3. Participar de redes sociais	1.Sim	2.Não	3.NA	
4. Conversar com amigos	1.Sim	2.Não	3.NA	
5. Navegar como lazer (escutar música, ouvir radio, etc)	1.Sim	2.Não	3.NA	
6. Enviar emails	1.Sim	2.Não	3.NA	
Outras _____				
V9. Você participa de alguma rede social na internet (por exemplo Facebook)?				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
Bloco P. CONCEITO DE FELICIDADE				
Em sua opinião, o que é ser feliz na velhice? Usar o gravador para registrar fielmente as respostas do/a idoso/a e transcrever ao final do dia de pesquisa				

ESCALA DE FELICIDADE SUBJETIVA

<p>Instruções: Para cada uma das seguintes afirmações ou perguntas faça, por favor, um círculo em torno do número da escala que você pensa ser o mais apropriado para descrevê-lo. Você pode escolher qualquer número de 1 a 7.</p>	
<p>1. Em geral, eu me considero:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <hr/> <p>Uma pessoa não muito feliz Nem infeliz, nem feliz Uma pessoa muito feliz</p>	
<p>2. Comparado à maioria dos meus colegas/amigos, eu me considero:</p> <hr/> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</p> <hr/> <p>Menos feliz Nem menos feliz, nem mais feliz Mais feliz</p>	

3. Algumas pessoas, de maneira geral, são muito felizes. Elas aproveitam a vida independentemente do que esteja acontecendo, conseguindo o máximo de cada situação. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito		Muito	

4. Algumas pessoas, de maneira geral, **não são muito felizes**. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito		Muito	

AUTOPERCEPÇÃO DE FELICIDADE

Agora vou lhe mostrar algumas faces que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz [apontar a primeira face] até uma pessoa que se sente muito infeliz [apontar para a última face passando por todas a demais faces intermediárias].

Qual dessas faces mostra melhor o jeito como o (a) senhor (senhora) se sente, pensando em sua vida como um todo?

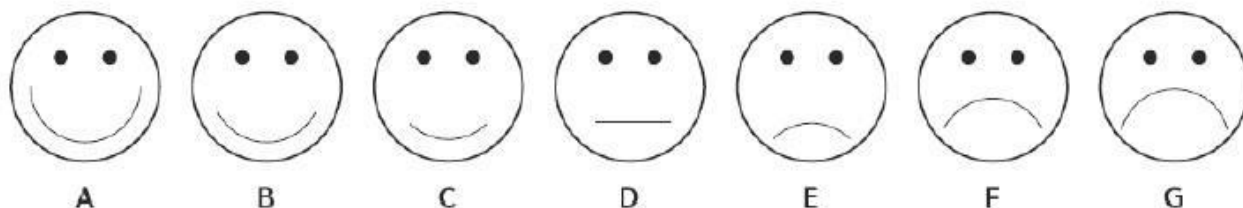


Figura 1. Instrumento utilizado para determinação de autopercepção de felicidade (McDowell & Newell, 1996).

Bloco Q. RELIGIOSIDADE

Q600. O senhor tem religião?	SIM	NÃO	99. NR
Q 601. Qual é sua religião? (Apenas para quem respondeu sim na questão 600)			
1. Católica	4. Judaica	7. Nenhuma	Outra: _____
2. Protestante	5. Espírita	88. NA	

3. Evangélica	6. Budista	99. NR	
Apenas para quem respondeu "2. Não" à questão Q600.			
Q 602. O senhor tem uma religiosidade / espiritualidade, mesmo que não tenha uma religião?			
1. Sim	2. Não	88. NA	99. NR
Q 603. Qual a importância da religião, da religiosidade / espiritualidade em sua vida?			
1. Importante	2. Regular	3. Nada Importante	99. NR
Para quem respondeu "1. Sim" para a questão Q602:			
Q 603a. Com que frequência o(a) sr(a) vai a igreja ou ao serviço religioso? (Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR).			
1. Nunca		4. Uma vez por semana	
2. Várias vezes ao ano		5. Mais de uma vez por semana	
3. Uma ou duas vezes por mês		99. NR	
Q 604. Quanto sua religião, religiosidade, espiritualidade lhe dá forças para enfrentar dificuldades? * Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR.			
1. Completamente		4. Nada	
2. Muito		88. NA	
3. Não Muito		99. NR	
Q 605. Quanto sua religião, religiosidade, espiritualidade lhe ajuda a entender as dificuldades na vida? * Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR.			
1. Completamente		4. Nada	
2. Muito		88. NA	
3. Não Muito		9. NR	
Q 606. Sua religião, religiosidade, espiritualidade dá sentido à sua vida? * Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR.			
1. Totalmente		4. Nunca	
2. Muito		88. NA	
3. Às Vezes		99. NR	
Q 607. Utilizando sua própria definição de pessoa religiosa, ou que possui uma religiosidade, espiritualidade, o quanto(a) senhor(a) se considera religioso(a) ou espiritual? *Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR.			
1. Muito		4. Nada	
2. Um pouco		88. NA	
3. Não Muito		99. NR	
Q 609. Considerando apenas suas práticas religiosas (...fazer oração, assistir à missa na TV) / espirituais feitas em casa, com que frequência o(a) senhor(a) as realizam? *Marque a resposta, se ele não responder, marque 99. NR.			
1. Várias vezes ao dia		4. Somente em ocasiões especiais	
2. Uma vez ao dia		5. Quase nunca ou nunca	
3. Várias vezes por semana		99. NR	
BLOCO R - Short Physical Performance Battery (SPPB)			
Teste de equilíbrio (O participante deve conseguir ficar em pé sem ajuda da bengala ou do andador. Você pode ajudar o participante a se levantar. Agora vamos começar a avaliação. Eu gostaria que você tentasse realizar diferentes movimentos. Primeiro eu irei descrever e mostrar cada movimento a você. Então eu			

gostaria que você tentasse fazê-los. Se você não puder fazer um determinado movimento, ou sentir-se inseguro para realizá-lo, diga-me e nós iremos para o próximo movimento. Gostaria de deixar bem claro que eu não quero que você tente fazer qualquer exercício se não se sentir seguro. Você tem alguma pergunta antes de começarmos?). * Marque a opção "99.NR" caso o participante seja incapaz de realizar o teste de desempenho físico.

R 1A. Em pé com os pés juntos em paralelos. Agora eu lhe mostrarei o primeiro movimento. (Demonstre) Eu quero que você tente ficar em pé com seus pés juntos, um ao lado do outro, por aproximadamente 10 segundos. Você pode usar seus braços, dobrar seus joelhos ou mover seu corpo para manter o equilíbrio, mas tente não mover seus pés. Tente manter-se nesta posição até que eu diga para você parar. Fique perto do participante para ajudá-lo/la a ficar na posição de pés em paralelos. Dê somente o suporte necessário ao braço do participante para prevenir perda de equilíbrio. Quando o participante tiver seus pés juntos, pergunte "Você está pronto?" Então solte-o e comece a marcar o tempo assim que você disser "Pronto, comece." Pare o cronômetro e diga "Pare" depois de 10 segundos, ou quando o participante sair da posição ou segurar o seu braço. Se o participante não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de velocidade de marcha.

1 ponto (manteve a posição por 10 segundos)
 0 ponto (não manteve a posição por 10 segundos)
 0 ponto (não tentou)
 99. NR

R 1B. Em pé com os pés semi-alinhados
 Agora eu irei lhe mostrar o segundo movimento. Agora eu quero que você tente ficar em pé com o lado do calcanhar de um pé tocando o dedão do outro pé por aproximadamente 10 segundos. Você pode colocar tanto um pé quanto o outro na frente, o que for mais confortável para você. Fique perto do participante para ajudá-lo/la a ficar na posição de Pés Semi-Alinhados.

1 ponto (manteve a posição por 10 segundos)
 0 ponto (não manteve a posição por 10 segundos)
 0 ponto (não tentou)
 99. NR

R 1C. Em pé com os pés alinhados um à frente do outro
 Agora eu irei lhe mostrar o terceiro movimento. (Demonstre) Agora eu quero que você tente ficar em pé com o calcanhar de um dos pés na frente do outro, tocando os dedos deste pé por aproximadamente 10 segundos. Você pode colocar qualquer um dos pés na frente, o que for mais confortável para você. Fique perto do participante para ajudá-lo/la a ficar na posição de Pés Alinhados.

0 ponto (Não realizou o teste, ou posição mantida por < 3 seg)
 1 ponto (manteve a posição por 3 a 9,99 segundos)
 2 pontos (manteve a posição 10 segundos)
 99. NR

R 1D. Se o participante não realizou o teste ou falhou, marque o motivo:

1-Tentou, mas não conseguiu
 2-Participante não pode manter-se na posição sem ajuda
 3-Não tentou, você não sentiu segurança
 4-Não tentou, o participante sentiu-se inseguro
 6-Outros (Especifique) _____
 7-Participante se recusou
 99. NR


R 1E. Pontuação Total nos Testes de Equilíbrio: (deixar em branco)



Quando achar que é necessário para a segurança do participante. Se o participante parar e parecer cansado antes de completar os cinco movimentos, confirme isto perguntando “Você tem condições de continuar?” Se o participante disser “Sim”, continue marcando o tempo. Se o participante disser “Não”, pare e zere o cronômetro.)	
1. Sim 2. Não 0 ponto (fim do teste) 99. NR	
Levantou-se sem ajuda e com segurança Participante levantou-se sem usar os braços (se SIM, vá para o teste levantar da cadeira repetidas vezes) Participante usou os braços para levantar-se (Finalize o teste, pontue 0 ponto) Teste não completado (Finalize o teste, pontue 0 ponto) Levantou-se as cinco vezes com segurança Levantou-se sem ajuda e com segurança Participante levantou-se sem usar os braços (se SIM, vá para o teste levantar da cadeira repetidas vezes) Participante usou os braços para levantar-se (Finalize o teste, pontue 0 ponto) Teste não completado (Finalize o teste, pontue 0 ponto) Levantou-se as cinco vezes com segurança	
R 3B. Levantou-se as cinco vezes com êxito, marque o tempo em segundos. Tempo para levantar-se cinco vezes (em segundos) _____.	
R 3C. Pontuação do Teste de Levantar da Cadeira Repetidas Vezes 0 ponto (Participante não conseguiu levantar-se cinco vezes ou completou o teste em >60 segundos) 1 ponto (Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais) 2 pontos (Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos) 3 pontos (Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos) 4 pontos (Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos) 99. NR	
R 3D. Pontuação Completa para os Testes Rápidos de Desempenho Físico Pontuação Total do Teste de Equilíbrio _____ pontos	
R 3E. Pontuação do Teste de Velocidade de Marcha _____ pontos	
R 3F. Pontuação do Teste de Levantar da Cadeira _____ pontos	
R 3G. Pontuação total (some os pontos acima) _____ Total (soma de todos os pontos obtidos): 0 a 3 pontos = desempenho muito ruim 4 a 6 pontos = baixo desempenho 7 a 9 pontos = moderado desempenho 10 a 12 pontos = bom desempenho	

Bloco T. AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS PÉS

Alterações			
T 1. Onicocriptose	1. Sim	2. Não	
T 2. Onicofose	1. Sim	2. Não	
T 3. Onicogrifose	1. Sim	2. Não	
T 4. Onicolise	1. Sim	2. Não	
T 5. Onicoatrofia	1. Sim	2. Não	
T 6. Onicosclerose	1. Sim	2. Não	
T 7. Onicomucose	1. Sim	2. Não	
T 8. Paroniquia	1. Sim	2. Não	

T 9. Psoríase Ungueal	1. Sim	2. Não	
T 10. Onicodistrofia	1. Sim	2. Não	
T 11. Coiloníquia	1. Sim	2. Não	
T 12. Leucoquinia	1. Sim	2. Não	
Calosidade plantar			
T 13. Calosidade Plantar	1. Sim	2. Não	
T 14. Calosidades artelhos	1. Sim	2. Não	
T 15. Calo Interdigital	1. Sim	2. Não	
T 16. Calo Miliar	1. Sim	2. Não	
T 17. Hiperqueratose	1. Sim	2. Não	
T 18. Verruga Plantar	1. Sim	2. Não	
T 19. Tinea Pedis/Pé de atleta	1. Sim	2. Não	
T 20. Tinea Interdigital	1. Sim	2. Não	
T. 21 Disidrose	1. Sim	2. Não	
T 22. Bromidose/Odor Fético (chulé)	1. Sim	2. Não	
T 23. Anidrose	1. Sim	2. Não	
T 24. Fissuras	1. Sim	2. Não	
Deformidades ósseas nos pés			
T 25. Deformidades nos arcos	1. Sim	2. Não	
T 25a. <i>Arco Medial</i>	1. Sim	2. Não	
T 25b. <i>Arco Lateral</i>	1. Sim	2. Não	
T 25c. <i>Transversal</i>	1. Sim	2. Não	
T 26. Pé plano	1. Sim	2. Não	
T 27. Pé Varo/ Supinado	1. Sim	2. Não	
T 28. Pé Valgo/Pronado	1. Sim	2. Não	
T 29. Pé Cavo	1. Sim	2. Não	
T 30. Dedos em Garra	1. Sim	2. Não	
T 31. Esporão de Calcâneo	1. Sim	2. Não	
T. 32. Escala = Foot Problems Assessment to Older People			
Dor nos pés			
O senhor tem ou sofre de dores nos pés? [] Sim (5 pontos) [] Não (0 pontos)			
Problemas nos pés Observação: A presença e a gravidade do hálux valgo será determinada com base na escala de Manchester, desenvolvida por Garrow e colaboradores. O examinador utilizará uma folha contendo a representação fotográfica de quatro pés com diferentes graus de deformidade no hálux. Para determinar a gravidade do hálux valgo o sujeito deverá permanecer em pé e será instruído a dar alguns passos no lugar e em seguida parar numa posição relaxada. O examinador deverá colocar a folha com a representação fotográfica ao lado do pé dominante, ou de maior apoio, e selecionar a imagem que mais se assemelha ao grau de hálux valgo do sujeito.			

<p>Instrução:</p>	
<p>Por favor, fique em pé e dê alguns passos no lugar, pare e permaneça em pé. Hálux valgo <input type="checkbox"/> Sem deformidade (0 pontos) <input type="checkbox"/> Deformidade leve (1 ponto) <input type="checkbox"/> Deformidade moderada (2 pontos) <input type="checkbox"/> Deformidade grave (3 pontos) Artelhos (exceto o hálux)</p>	
<p>Há espessamento de pele ou calosidades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ (1 ponto para cada espessamento ou calosidade)</p>	
<p>Há deformidades articulares? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas? _____ (1 ponto para cada articulação fixa em flexão, extensão ou com proeminência óssea)</p> <p>Pé esquerdo Pé direito</p> 	
<p>Observação: Deformidades nos artelhos menores (todos os demais exceto o hálux) serão classificadas de acordo com o número de articulações afetadas. Por exemplo, um artelho em pinça, em que as articulações interfalangeanas proximal ou distal estão fixas e fletidas, deverá receber dois pontos, enquanto um artelho em martelo, em que apenas a articulação interfalangeana proximal esta afetada receberá um ponto.</p>	
<p>Instruções: Por favor sente-se e levante o pé para que eu possa olhar a sola do seu pé. Superfície plantar Há espessamento de pele ou calosidades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Quantas? _____ (1 ponto para cada espessamento ou calosidade)</p>	

<p>Pé esquerdo</p>  <p>Pé Direito</p>  <p>ESCORE TOTAL _____ (soma das observações)</p>			
T 33. Higiene satisfatória	1. Sim	2. Não	

Bloco U. Avaliação SAÚDE BUCAL				
I612. O senhor sente dificuldade ou dor para mastigar?:	1.Sim	2.Não	99.NR	
G310. Comida dura	1.Sim	2.Não	99.NR	
G311. Maçã	1.Sim	2.Não	99.NR	
G312. Cenoura crua	1.Sim	2.Não	99.NR	
G313. Pão torrado	1.Sim	2.Não	99.NR	
G314. Bife	1.Sim	2.Não	99.NR	
Quantos dentes naturais o(a) senhor(a) tem?	Nº:		99.NR	
G315. Na arcada superior:				
G316. Na arcada inferior:				
G317. O senhor perdeu um ou mais dentes naturais nos últimos 5 anos? 1.Sim. 2. Não				
G317a. Se Sim. Quantos? _____				
G317b Se não: 1. Porque eu consegui manter todos os meus dentes nesse período. 2. Não. Porque eu já não tinha nenhum dente.				
I603. O senhor usa dentadura?	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
G318. Na arcada superior	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
G319. Na arcada inferior	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
G320. Nas duas arcadas	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
I604. A dentadura machuca ou cai?	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
I605. O (a) senhor (a) se alimenta com a dentadura? 1.Sim 2.Não 88.NA 99.NR				
I605.1 Sente dificuldade para abrir a boca?	1.Sim	2.Não	88.NA	99.NR
I605.2 Sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados? 1.Sim 2.Não 99.NR				
I605. 3 Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I605.4 Sente dores de cabeça (região temporal/occipital) com frequência? 1.Sim 2.Não 99.NR				
I605.5 Sente dor na nuca ou torcicolo?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I605.6 Tem dor de ouvido ou nas articulações temporomandibulares (ATMs)? 1.Sim 2.Não 99.NR				
I605.7 Já notou ruídos nas ATMs quando mastiga ou abre a boca? 1.Sim 2.Não 99.NR				
I605.8 Já observou se tem hábito de apertar/ranger os dentes? 1.Sim 2.Não 99.NR				
I605.9 Sente que seus dentes não se articulam bem?	1.Sim	2.Não	99.NR	
I605.10 Você se considera uma pessoa tensa/nervosa	1.Sim	2.Não	99.NR	
I607. O (a) senhor (a) tem sentido a sua boca seca nas últimas 4 semanas?				

1.Sim	2.Não	99.NR	
H11. Quantas vezes o (a) senhor (a) foi ao dentista nos últimos 12 meses? _____			
H601. Para os que responderam nenhuma perguntar: Qual o motivo de não ter ido nenhuma vez ao dentista?			
1.Precisou, mas não quis ir.		88. NA	
2.Precisou, mas teve dificuldade de conseguir consulta		99. NR	
3.A consulta foi marcada, mas teve dificuldade para ir.			
4.Não tinha dinheiro para pagar.			
Outro: _____			
H602. Quando o senhor/a tem necessidade de atendimento dentário, que tipo de serviço procura com maior frequência:			
1.Rede pública de saúde ou SUS			
2.Clínicas e consultórios ligados a convênios ou planos privados de saúde			
3.Clínicas e consultórios particulares pagos diretamente pelo paciente			
4.Não vou mais ao dentista pois não tenho dentes			
Outro: _____			
88. NA		99. NR	
I609. Como o/a senhor/a avalia a sua saúde bucal?			
1.Muito ruim	2. Ruim	3.Regular	4.Boa 5. Muito boa
Exame físico da Face ESPONTÂNEA			
I609.1 Cefaléia (dor de cabeça)	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.2 Dor na ATM	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.3 Dor muscular	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.4 Dor cervical	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.5 Otagia (dor de ouvido)	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.6 Ruídos (barulhos)	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.7 Limitações (dificuldade de abrir a boca)	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.8 Zumbido no ouvido			
D	1.Sim	2.Não	99.NR
E	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.9 Pressão no ouvido			
D	1.Sim	2.Não	99.NR
E	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.10 Tontura	1.Sim	2.Não	99.NR
DOR À PALPAÇÃO			
I609.11 ATM			
D	1.Sim	2.Não	99.NR
E	1.Sim	2.Não	99.NR
I609.12 Temporal			

D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.13 Masseter				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.14 Pterigoideo Medial				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.15 Pterigoideo Lateral				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.16 Cervical				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.17 Esternocleidomastoideo				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.18 Trapézio				
D	1.Sim	2.Não	99.NR	
E	1.Sim	2.Não	99.NR	
PALPAÇÃO				
I609.19 Crepitação				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.20 Estalo				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
Movimentação Mandibular				
		2.Não	99.NR	
I609.21 Protrusão				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.22 Lateralidade direita				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.23 Lateralidade esquerda				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.24 Desvio na abertura				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.25 Desvio no fechamento				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.26 Hiper mobilidade				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.27 Hipomobilidade				
	1.Sim	2.Não	99.NR	
I609.28 Abertura vertical				
	mm			



UPF

UNIVERSIDADE
DE PASSO FUNDO

UPF Campus I - BR 285, São José
Passo Fundo - RS - CEP: 99052-900
(54) 3316 7000 - www.upf.br