

DIÁRIO OFICIAL



Prefeitura Municipal
de
ITABUNA



ÍNDICE DO DIÁRIO

CONVÊNIO

EXTRATO DE CONVÊNIO Nº 006-S/2021.....

OUTROS

ROTEIRO PESSOA IDOSA - CONSULTA.....

LICENÇAS AMBIENTAIS.....



EXTRATO DE CONVÊNIO Nº 006-S/2021

**MUNICÍPIO DE ITABUNA
ESTADO DA BAHIA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.218.991/0001-95**

**TERMO DE CONVÊNIO Nº 006-S/2021
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 099-S/2021**

TERMO DE CONVÊNIO FIRMADO ENTRE: O MUNICÍPIO DE ITABUNA, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABUNA** e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA**, inscrito no CNPJ/ MF sob nº 14.349.740/0001-42.

OBJETO: Este instrumento de Convênio tem por objeto o **CONVÊNIO DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS PARA CUSTEIO EM CARATER EXCEPCIONAL E TEMPORÁRIO, ORIUNDO DE EMENDA PARLAMENTAR CONFORME PORTARIA Nº 1428 DE 2021 – A SER CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABUNA E O HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO, PARA AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.**

VALOR: Subvencionar a conveniente o valor total de **R\$ 12.660.451,00 (Doze milhões seiscentos e sessenta mil quatrocentos e cinquenta e um reais).**

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA			
UNIDADE GESTORA	FONTE	Projeto/Atividade	Elemento de Despesa
1019	14	2389	339039

DATA DO TERMO DE CONVÊNIO: 22 de julho de 2021.

VIGÊNCIA: até 31/12/2021 ou após o repasse total do recurso.

Fundamento Legal: Lei nº. 8.666/93..



ROTEIRO PESSOA IDOSA - CONSULTA



**ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – ITABUNA/BA
ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM**



SAÚDE DA PESSOA IDOSA

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

Alessandra Lopes da Silva – Supervisora do Departamento da Atenção Básica
Bárbara Braga Orsine Silva Moreira – Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Básica
Dayse Batista Santos – Apoiadora Institucional da Educação Permanente em Saúde
Rayzza Santos Vasconcelos – Apoiadora Institucional dos Programas da Atenção Básica

ITABUNA – BAHIA
2021



OBJETIVO

Padronizar o roteiro da consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde de Itabuna/BA, referente ao atendimento à pessoa idosa.

EXECUTANTE

Enfermeiros(as) lotados(as) na Rede de Atenção Primária à Saúde de Itabuna/BA.

LOCAL DE ATENDIMENTO

Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégia de Saúde da Família e/ou domicílio.

ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Quadro 1- Resumo descritivo das ações referentes ao atendimento individual e/ou coletivo de enfermagem direcionada à pessoa idosa.

PASSOS	AÇÕES
1º	Realizar a anamnese;
2º	Realizar o exame físico;
3º	Estratificar a fragilidade;
4º	Realizar a avaliação multidimensional;
5º	Prescrever os exames;
6º	Realizar as orientações;
7º	Realizar os encaminhamentos, quando necessários;
8º	Realizar o aprazamento para a próxima consulta;
9º	Realizar os registros em prontuário, caderno de monitoramento e fichas e-SUS.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Obs.: Todas as ações devem ser adequadas conforme a realidade epidemiológica do município.

1. ANAMNESE

• Identificação do cliente:

- Nome;
- Número do cartão do SUS;
- CPF;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Idade;
- Estado civil;
- Endereço;
- Telefone;
- Lazer;
- Escolaridade;



- Religião;
- Dados socioeconômicos;
- Número de filhos;
- Número de moradores/cuidador;
- Ocupação:
 - Aposentado;
 - Desempregado;
 - Empregado;
 - Auxílio: programa bolsa família ou benefício de prestação continuada.

▪ **Investigar sobre alergia**

▪ **Investigar sobre cirurgias realizadas**

▪ **Queixas atuais:**

- Tontura;
- Cefaleia;
- Ansiedade;
- Dor precordial;
- Dispneia;
- Cansaço;
- Perda urinária;
- Outras.

▪ **História pregressa:**

- Hipertensão arterial sistêmica;
- Diabetes mellitus;
- Incontinência urinária;
- Incontinência fecal;
- Câncer;
- Sintomas de depressão ou depressão;
- Ansiedade e pânico;
- Demência;
- Acidente vascular cerebral (AVC);
- Labirintite;
- Infarto agudo do miocárdio (IAM);
- Fratura ou queda;
- Osteoporose;
- Dengue, Zika ou Chikungunya;
- Glaucoma;
- Catarata;
- Cegueira;
- Asma;
- Doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Epilepsia;
- Úlceras;
- Anemia;
- Diverticulite;



- Doença autoimune;
- Outras.

▪ **Antecedentes familiares:**

- Diabetes mellitus;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Doença renal crônica;
- Doença cardíaca;
- Acidente vascular encefálico (AVE);
- Câncer;
- Outras.

▪ **Investigar sobre estado vacinal**

▪ **Hábitos de vida:**

- Alimentação (incluindo consumo de sal, gordura saturada e cafeína, açúcar):
 - Quantas refeições realiza por dia?
 - Quanto consome de alimentos como pães integrais, cereais integrais, arroz integral, farelos de aveia ou de trigo, semente de linhaça, feijões, entre outros?
 - Qual a frequência semanal do consumo de frutas e/ou vegetais?
 - Qual o consumo de carnes e ovos (tipo e forma de preparo) por semana?
 - Qual o consumo diário de leite e derivados?
 - Qual a quantidade de latas de óleo utilizadas por mês? Para quantas pessoas?
 - Costuma comer sal e alimentos ricos em sódio como enlatados, embutidos, conservas, molhos prontos, molho de soja (shoyo), macarrão instantâneo, caldos de carnes, temperos prontos, defumados, snacks, laticínios, carnes conservadas no sal e refeições prontas?
 - Consome açúcar ou bebidas adoçadas em grande quantidade?
- Sono e repouso;
 - Dorme a noite toda ou tem insônia?
 - Durante o dia costuma descansar?
- Higiene:
 - Costuma urinar com muita frequência?
 - Consegue esperar chegar ao banheiro para urinar?
 - Urina ao tossir?
 - Toma banho todos dias?
 - Alguém ajuda na hora do banho?
 - Costuma ir ao banheiro à noite?
- Funções fisiológicas:
 - Evacuações;
 - Tem gases? Caso sim, com que frequência?
- Tabagismo;
- Alcoolismo;



— Lazer.

▪ **Investigar sobre a estrutura da casa:**

- Escadas;
- Degraus;
- Luminosidade;
- Tapetes (bem fixo ou não);
- Acesso ao banheiro (fácil ou difícil);
- Barras no banheiro para apoiar;
- Piso uniforme;
- Piso antiderrapante no banheiro;
- Outros.

▪ **Investigar sobre a rede de apoio/ informações sociofamiliares:**

- Tem vínculo com os seus filhos?
- Tem irmãos? Moram perto de você?
- Quem mora com você?
- 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 reside em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), abrigo ou casa de repouso?
- Outros.

▪ **Investigar sobre violência:**

- Avaliar se as relações são positivas ou negativas;
- Verificar presença de lesões;
- Avaliar se é uma pessoa silenciosa;
- Outros.

▪ **Investigar sobre autonomia:**

- Escolha de pegar ônibus ou não;
- Outros.

▪ **Investigar sobre independência:**

- Capacidade de subir no ônibus sozinho;
- Uso de bengalas;
- Uso de óculos;
- Outros.

▪ **Investigar sobre a sexualidade:**

- Tem algum parceiro?
- Sente vontade de ter relações sexuais?
- Quando ocorreu a menopausa?
- Impotência sexual?
- Diminuição da libido?
- Outros pontos.



▪ **Investigar as medicações/fitoterápicos/plantas medicinais/ suplementos e vitaminas em uso:**

- Verificar se há “polifarmácia” (5 medicamentos ou mais);
- Faz o uso de alguma medicação? Quais?
- Alguém ajuda a tomar a medicação?
- Toma os medicamentos nos horários que o médico passou?
- Atentar para o consumo de medicamentos ou drogas que podem elevar a pressão arterial (corticosteroides, anti-inflamatórios, anorexígenos, antidepressivos e hormônios);
- Investigar a validade dos medicamentos;
- Investigar o possível efeito colateral de algum medicamento.

2. EXAME FÍSICO

- Crânio (normocefálico);
- Couro cabeludo (limpos, íntegros, com caspa);
- Cabelos (finos/ ralos, coloração);
- Fácies (típica ou atípica);
- Olhos:
 - Mucosas (normocrômicas, hipocrômica);
 - Escleróticas (ictéricas, anictérica);
 - Pupilas (isocóricas ou anisocóricas);
 - Alterações de visão – presbiopia (perda de focar curtas distâncias);
 - Arcus senilis;
 - Redução dos cones (cones fazem a diferenciação das cores).
- Cavidade oral:
 - Perda dos dentes;
 - Dentadura;
 - Língua saburrosa;
 - Redução da saliva;
 - Boca seca;
 - Diminuição do paladar.
- Pavilhão auditivo:
 - Presbiacusia;
 - Orelha maior;
 - Cerume excessivo;
 - Alteração nas altas frequências:
 - Idoso ouve mais o grave;
 - Idoso ouve menos o agudo (mulheres tem voz geralmente aguda).
- Pescoço:
 - Palpação e ausculta das artérias carótidas;
 - Verificação de turgência jugular;
 - Rigidez;
 - Gânglios;
 - Palpação de tireoide.



- **Tórax:**
 - Expansibilidade torácica (costuma ser diminuída);
 - Uso de musculatura acessória;
 - Ausculta pulmonar;
 - Ausculta cardíaca e pulso (cheio, fino, regular, etc.);
 - Exame das mamas.
- **Abdômen:**
- **Genitália:**
 - Corrimento;
 - Testículos menores;
 - Ereção menos firme;
 - Aumento da próstata.
- **Articulações:**
 - Capacidade de flexão e extensão;
 - Limitações de mobilidade;
 - Edemas;
 - Dores;
 - Rigidez.
- **Pele**
 - Integridade;
 - Turgor (= elasticidade: presente ou diminuído);
 - Flacidez;
 - Melanose solar (= mancha senil);
 - Hematomas;
 - Rugas;
 - Rachaduras;
 - Secura (reduz a oleosidade com o envelhecimento);
 - Cicatriz (investigar se corta facilmente);
 - Pêlos (homens diminuem e mulheres aumentam).
- **Membros superiores**
 - Unhas (frágil; endurecida);
 - Dor;
 - Edema;
 - Temperatura (as extremidades costumam ser frias).
- **Membros inferiores**
 - Palpar os pulsos (tibial posterior e o pedioso);
 - Rachadura;
 - Calos;
 - Bolhas;
 - Micose;
 - Hiperqueratose;



- Temperatura (as extremidades costumam ser frias);
- Pés abertos;
- Marcha (passo lento).

DADOS:

- **Altura:**
 - Redução da altura (2/3 cm por década)
- **Peso corporal, circunferência abdominal e índice de massa corporal:**
 - Acúmulo da gordura corporal na região abdominal
 - Diminuição da gordura corporal na região abdominal
- **Pressão arterial;**
- **Frequência cardíaca e respiratória;**
- **Pulso radial e carotídeo;**
- **Glicemia capilar;**
- **Oxigenação (costuma ser menor quando coloca o oxímetro);**
- **Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda.**

	> 35 CM: ACOMPANHAMENTO DE ROTINA
	31-34 CM: ATENÇÃO
	< 31 CM: AÇÃO

3. ESTRATIFICAÇÃO DA FRAGILIDADE

O rastreio da fragilidade pode ser feito por qualquer profissional de saúde, inclusive pelos ACS, através do instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) (ANEXO A). A partir do resultado, deve-se agendar a primeira consulta na atenção primária de acordo com a classificação obtida com o VES-13, sendo que a ordem de prioridade no agendamento é:

- 1) Frágeis
- 2) Em risco de fragilidade
- 3) Robustos

Posteriormente, na unidade de saúde, é interessante estratificação de fragilidade seja realizada, por qualquer profissional de saúde, através do instrumento IVCF-20 (ANEXO B). Deste modo, idosos podem ser classificados de acordo com base na fragilidade em:

- Idoso robusto
- Idoso em risco de fragilidade
- Idoso frágil/vulnerável

Os idosos estratificados como frágeis ou em risco de fragilização devem ser submetidos à avaliação multidimensional da pessoa idosa.

(PARANÁ, 2017).

4. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

a) Funcionalidade global ou capacidade funcional



Para realizar a avaliação da capacidade funcional pode-se utilizar os instrumentos que avaliam a capacidade para executar as:

- Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs): Escala de Katz (ANEXO C)
- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs): Escala de Lawton (ANEXO D)

a) Cognição

Existem vários instrumentos para avaliar a cognição, entretanto, sabe-se que a função cognitiva é quase sempre avaliada pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO E).

b) Humor (condições emocionais)

A escala de depressão geriátrica abreviada é utilizada para o rastreamento dos transtornos do humor (ANEXO F).

c) Mobilidade

A Escala de Tinetti é útil para avaliar a mobilidade (com ou sem uso de prótese e/ou órtese).Entretanto, vale pontuar que quando o idoso não deambula, não deve aplicar o Tinetti. (ANEXO G).

d) Comunicação (audição e visão)

Para a avaliar a visão, pode-se utilizar o Teste de Snellen (ANEXO H) e para avaliação da audição, pode-se usar o teste de sussurro (ANEXO I).

e) Nutrição

A Mini Avaliação Nutricional (MNA) de Guigoz é uma ferramenta de avaliação nutricional que pode identificar em pacientes com idade maior ou igual a 65 anos, que estão desnutridos ou com risco de desnutrição. Consiste em um questionário (ANEXO J) que pode ser completado em 10 minutos. Ele é dividido, além da triagem, em quatro partes:

- Avaliação antropométrica (IMC, circunferência do braço, circunferência da panturrilha e perda de peso);
- Avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos);
- Avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e autonomia na alimentação);
- Autoavaliação (a autopercepção da saúde e da condição nutricional).

Obs.: A avaliação multidimensional deve ser realizada uma vez a cada seis meses (BRASIL, 2019).

4. EXAMES

- Glicemia de jejum e HbA1c



- Colesterol total, HDL, LDL e triglicérides
- Creatinina sérica;
- Cálcio, sódio, magnésio, potássio;
- Sumário de urina;
- ECG;
- Fundoscopia.

5. ORIENTAÇÕES

- Importância do abandono do fumo;
- Evitar situações que provoquem estresse;
- Evitar consumo de bebida alcoólica;
- A importância de evitar exposição ao sol em horários mais quentes do dia;
- Vestir-se de acordo com a temperatura;
- Hidratar a pele, de preferência com hidratantes não oleosos, pois estes penetram mais na pele;
- Fazer caminhada para mineralizar o osso;
- Fazer atividades na água quando a pessoa tem problemas mais severos nas articulações/ossos (a água diminui o impacto);
- Sobre a importância da natação, pois esta é uma atividade que ajuda a aumentar a capacidade vital sendo um bom exercício respiratório;
- Sobre exercícios para a musculatura do assoalho pélvico;
- Sobre alimentação saudável:
 - Ingerir 4g (1600 g) de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições;
 - Ler sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio);
 - Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjeriço, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros;
 - Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal;
 - Alguns adoçantes são ricos em sódio (importante orientação de nutricionista);
 - Diminua o consumo de gordura;
 - Dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados;
 - Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial;
 - Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi);
 - Utilizar carnes magras;
 - Evitar refrigerantes.
- Estimular a prática de atividades físicas de acordo com a limitação de cada idoso;
- Estimular a participação da família nas consultas;
- Estimular a participação em grupos disponíveis dentro e fora da unidade.



6. ENCAMINHAMENTOS

- Encaminhar para nutricionista para plano alimentar;
- Encaminhar para consulta médica e/ou dentista;
- Encaminhar para o Centro de Referência PROSI:
 - Doença de Alzheimer
 - Doença de Parkinson
 - Psicose com início após 60 anos
 - Osteoporose

Obs.: Salienta-se que ao encaminhar para o Centro de Referência PROSI, o paciente deve ter em mãos para realizar o cadastro os seguintes itens:

- Encaminhamento para a referência;
- Relatório médico (doença de alzheimer, doença de parkinson, psicose com início após 60 anos e osteoporose);
- RG do paciente;
- RG do responsável (necessário acompanhante);
- Cartão do SUS;
- Comprovante de residência (original e cópia);
- Se Alzheimer: exames recentes – tomografia de crânio, hemograma, glicemia de jejum, ureia, creatinina, sódio, potássio, TGO, TGP, VDRL, TSH-US, vitamina B12 e ácido fólico;
- Receita (se já em tratamento);
- Se osteoporose: densitometria óssea recente (1 ano).

7. APRAZAMENTO

Realizar o aprazamento da próxima consulta, sendo que no mínimo deve ocorrer:

Uma consulta anual	Idosos robustos
Duas consultas anuais	Idosos em risco de fragilidade
Três consultas anuais	Idosos frágeis*

Nota: *Verificar se há necessidade de realizar o atendimento domiciliar.

8. REGISTROS

- Realizar o registro em prontuário e no caderno de monitoramento;
 - Preencher a ficha de atendimento individual do e-sus;
 - Preencher a ficha de procedimento do e-sus quando a avaliação multidimensional da pessoa idosa for realizada:
 - Código é 03.01.09.003-3;
 - Deve ser registrado por apenas 1 profissional;
 - O registro no e-sus deve ser feito somente quando a avaliação for concluída pela equipe.
- (BRASIL, 2019)
- Preencher a caderneta do idoso;
 - Preencher a ficha espelho.



REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 1/2019-COSAPI/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201904/25085725-nt-01-avaliacao-multi.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. 1 ed. Curitiba: SESA, 2017. Disponível em: http://www.conims.com.br/arquivo_usu/documentos/alterados/sgsites-huner-20180205-103420.pdf. Acesso em: 29 jun. 2021.



ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO *VULNERABLE ELDER'S SURVEY*

1. IDADE		75 a 84 anos		1		
		≥ 85 anos		3		
2. AUTOPERCEPCAO DA SAUDE		Excelente		0		
		Muito boa		0		
		Boa		0		
		Regular		1		
		Ruim		1		
3. LIMITACAO FISICA Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas: Pontuação: 1 Ponto para cada resposta "muita dificuldade*" ou "incapaz de fazer*" nas questões 3a até 3f considerar no máximo 2 pontos.	a. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	()	()	()	()*	()*
	b. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg?	()	()	()	()*	()*
	c. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
	d. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
	e. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	()	()	()	()*	()*
	f. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*
	4. INCAPACIDADE S Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para: Pontuação: Considerar 4 pontos para uma ou mais	a. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)? () SIM (Você recebe ajuda para fazer compras?)			() SIM*	() NÃO
	() NÃO					
	() NÃO FAÇO COMPRAS (Isso acontece por causa de sua saúde?)			() SIM*	() NÃO	
	b. Lidar com dinheiro (como controlar suas despesas, gastos ou pagar contas)? () SIM (Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?)			() SIM*	() NÃO	
	() NÃO					
	() NÃO LIDO COM DINHEIRO (Isso acontece por causa de sua saúde?)			() SIM*	() NÃO	
	c. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala? () SIM (Você recebe ajuda para andar?)			() SIM*	() NÃO	
	() NÃO					
	() NÃO ANDO (Isso acontece por causa de sua saúde?)			() SIM*	() NÃO	
	d. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar pratos, arrumar a casa ou fazer limpeza leve)? () SIM (Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?)			() SIM*	() NÃO	



	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (Isso acontece por causa de sua saúde?) e. Tomar banho de chuveiro ou banheira?	<input type="checkbox"/> SIM* <input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> SIM (Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?)	<input type="checkbox"/> SIM* <input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA (Isso acontece por causa de sua saúde?)	<input type="checkbox"/> SIM* <input type="checkbox"/> NÃO

Avaliação do resultado:

ESTRATIFICAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO		VES-13
RISCO	GRAU DE FRAGILIDADE	
Baixo	Idoso robusto	≤2
Médio	Idoso em risco de fragilização	3 a 6
Alto	Idoso frágil	≥7



ANEXO B – ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.

Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

IDADE		1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰¹ () 75 a 84 anos ¹ () ≤ 85 anos ²
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰¹ () Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ² () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ² () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ² () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade de cotidiano? () Sim ² () Não
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none">• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ();• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² ();• Circunferência da panturrilha a < 31 cm ();• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não



COMUNICAÇÃO	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ()Sim ² ()Não
	Continência esfincteriana	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ()Sim ² ()Não
	Visão	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ()Sim ² ()Não
	Audição	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. ()Sim ² ()Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ()Sim ² ()Não
	Polifarmácia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses ().
	Internação recente (<6 meses)	()Sim ⁴ ()Não
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		

Avaliação do resultado:

ESTRATIFICAÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO	IVCF-20
RISCO	GRAU DE FRAGILIDADE
Baixo	Idoso robusto 0 a 8
Médio	Idoso em risco de fragilização 7 a 14
Alto	Idoso frágil ≥15



ANEXO C – ESCALA DE KATZ

Atividade	Independente	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo.		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).		
Conferência	Controla completamente as fezes.		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).		
Obs.: Cada sim equivale 1 ponto			

Avaliação do resultado:

Independência para AVD	6 pontos
Dependência parcial	4 pontos
Dependência importante	2 pontos



ANEXO D – Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
3	O(a) Sr(a) consegue fazer comprar?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas as próprias refeições?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	1
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	3

Avaliação do resultado:

Não há ponto de corte estabelecido, mas sim uma avaliação qualitativa da capacidade funcional do idoso.

3	Independente
2	Dependência parcial
1	Dependência total



ANEXO E – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL

	RESPOSTA	PONTO	PONTUAÇÃO
Em que ano estamos?		1	
Em que estação do ano nós estamos?		1	
Em que mês nós estamos?		1	
Em que dia do mês nós estamos?		1	
Em que dia da semana nós estamos?		1	
TOTAL	_____	5	

ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO

	RESPOSTA	PONTO	PONTUAÇÃO
Em que estado nós estamos?		1	
Em que cidade nós estamos?		1	
Em que bairro nós estamos?		1	
Em que local estamos?		1	
Em que andar nós estamos?		1	
TOTAL	_____	5	

MEMÓRIA IMEDIATA

Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são:

	PONTO	PONTUAÇÃO
CARRO [pausa]	1	
VASO [pausa]	1	
BOLA [pausa].	1	
TOTAL	3	

Tentativas: _____

Agora, repita as palavras para mim.

DICAS:

- Repita-os até o paciente aprender.
- Permita cinco tentativas, mas pontue apenas a primeira
- Conte as tentativas e anote.

ATENÇÃO E CÁLCULO

Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu?

	RESPOSTA	PONTO	GABARITO	PONTUAÇÃO OBTIDA
100 - 7		1	93	
93 - 7		1	86	



86 - 7		1	79	
79 - 7		1	72	
72 - 7		1	65	
TOTAL		5		

OU

Se não atingir o escore máximo, peça para soletrar a palavra "mundo" de trás para frente.

1. Avaliador soletrar a palavra MUNDO.
2. Avaliador solicita para soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

[Dê um ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado]

	RESPOSTA	PONTO	PONTUAÇÃO
O		1	
D		1	
N		1	
U		1	
M		1	
TOTAL		5	

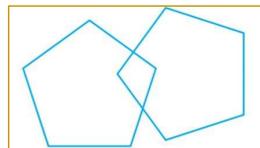
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO

Pergunte quais foram os 3 objetos perguntados acima. Dê 1 ponto para cada resposta correta.

	RESPOSTA	PONTO	PONTUAÇÃO
CARRO [pausa]		1	
VASO [pausa]		1	
BOLA [pausa]		1	

LINGUAGEM

- Mostrar 1 relógio e 1 lápis. Pergunte como chamam. (2 pontos)
- Repita o seguinte: Nem aqui, nem ali, nem lá (1 ponto).
- Seguir o comando com 3 estágios: "Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e o coloque no chão" (3 pontos).
- Leia e execute a ordem: FECHÉ OS OLHOS (1 ponto).
- Escreva uma frase (1 ponto).
- Copie o desenho (1 ponto). [Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam



Declínio Cognitivo:

≤ 19 pontos	Analfabeto
≤ 23,4 pontos	1 a 3 anos de estudos
≤ 24 pontos	4 a 7 anos de estudo
>28 pontos	Superior a 7 anos de estudo

PONTUAÇÃO TOTAL: _____



ANEXO F – A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com sua vida?		
2. Interrompeu muitas de suas atividades?		
3. Acha sua vida vazia?		
4. Aborrece-se com frequência?		
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?		
6. Teme que algum ruim lhe aconteça?		
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?		
8. Sente-se desamparado com frequência?		
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		
11. Acha que é maravilhoso estar vivo?		
12. Sente-se inútil?		
13. Sente-se cheio/a de energia?		
14. Sente-se sem esperança?		
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?		
TOTAL:		

Observação: A cada resposta afirmativa, some 1 ponto

Avaliação do resultado:

Normal	0 a 5 pontos
Depressão leve	6 a 10 pontos
Depressão grave	11 a 15 pontos



ANEXO G – ESCALA DE TINNETI

Para o teste de equilíbrio, o paciente inicia o teste sentado em uma cadeira firme de encosto reto e sem braços, com as costas e os pés apoiados, para avaliação dos seguintes itens:

EQUILÍBRIO			
1	Equilíbrio sentado	Inclina-se ou desliza na cadeira	0
		Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	1
		Estável, seguro	2
2	Levantar-se	Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	0
		Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	1
		Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	2
3	Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	0
		Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	1
		Estável sem qualquer tipo de ajudas	2
4	Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Instável	0
		Estável, mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	1
		Pés próximos e sem ajudas	2
5	Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)	Começa a cair	0
		Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	1
		Estável	2
6	Fechar os olhos na mesma posição	Instável	0
		Estável	1
7	Volta de 360° (2 vezes)	Instável (agarra – se, vacila)	0
		Estável, mas dá passos descontínuos	1
		Estável e passos contínuos	2
8	Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto	0
		Aguenta 5 segundos de forma estável	1
9	Sentar-se	Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	0
		Usa os braços ou movimento não harmonioso	1
		Seguro, movimento harmonioso	2
Pontuação:		/ 16	



Para o teste de marcha, o paciente é solicitado a começar a andar no trajeto delimitado, para avaliação dos seguintes itens:

MARCHA			
10	Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	0
		Sem hesitação	1
11	Largura do passo (pé direito)	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
		Ultrapassa o pé esquerdo em apoio	1
12	Altura do passo (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0
		O pé direito eleva-se completamente do solo	1
13	Largura do passo (pé esquerdo)	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
		Ultrapassa o pé direito em apoio	1
14	Altura do passo (pé esquerdo)	O pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo 1	0
		O pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	1
15	Simetria do passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico	0
		Comprimento do passo aparentemente simétrico	1
16	Continuidade do passo	Pára ou dá passos descontínuos	0
		Passos contínuos	1
17	Percurso de 3m (previamente marcado)	Desvia-se da linha marcada	0
		Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	1
		Sem desvios e sem ajudas	2
18	Estabilidade do tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
		Sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha	1
		Sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha	
19	Base de sustentação durante a marcha	Calcanhares muito afastados	0
		Calcanhares próximos, quase se tocam	1
Pontuação:			/ 12
Pontuação total:			/ 28

Avaliação do resultado:

≤18	Alto	Alto risco de queda
19-23		Moderado risco queda
≥24		Baixo risco queda



ANEXO H – TESTE DE SNELLEN

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



ANEXO I – TESTE DE SUSSURRO

O idoso deverá ser orientado sobre o teste para que esteja atento ao comando.

- Posicionamento do avaliador no momento da aplicação do teste: deverá estar atrás e fora do alcance visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 centímetros;
- Deve-se “sussurrar”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como, por exemplo, “Qual o seu nome?” e checar se o idoso consegue perceber o contato verbal e responde adequadamente.

Observação: Se o idoso fizer uso de aparelho auditivo, aplicar o teste com o aparelho certificando-se de que o aparelho esteja ligado.



ANEXO J – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura,	Data:

Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”.

- Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição. Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”.
- Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

TRIAGEM	
A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C. Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F. Índice de Massa Corporal = peso em kg/(estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos): 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AVALIAÇÃO GLOBAL	
G. O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I. Lesões de pele ou escaras?	<input type="checkbox"/>



0 = sim 1 = não	
J. Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição <input type="checkbox"/> 1 = duas refeições 2 = três refeições	
K. O doente consome: <ul style="list-style-type: none">• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?• carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim» <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = não	
M. Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.0 = mais de cinco copos	
N. Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho <input type="checkbox"/> 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
O. O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido <input type="checkbox"/> 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior <input type="checkbox"/> 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
Q. Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
R. Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 <input type="checkbox"/> 1 = PP ≥ 31	
Avaliação global (máximo 16 pontos) : Pontuação da triagem:	
Pontuação total (máximo 30 pontos):	
Avaliação do resultado do estado nutricional:	
24 a 30 pontos	Estado nutricional normal
17 a 23,5 pontos	Sob risco de desnutrição
Menos de 17 pontos	Desnutrido



LICENÇAS AMBIENTAIS



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABUNA

Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente

Departamento de Meio Ambiente

Licença Ambiental Simplificada

A **Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente** no exercício de suas atribuições legais, Lei Municipal 2.525 de 28 de dezembro de 2020, **RESOLVE**: conceder a **Licença Ambiental Simplificada** à empresa **BAHIANA DISTRIBUIDORA DE GÁS LTDA**, com nome fantasia **BRASILGÁS**, inscrita no CNPJ sob o nº **46.395.687/0041-08**, exercendo a atividade de **COMÉRCIO ATACADISTA DE GÁS LIQUEFEITO DE PETRÓLEO (GLP)**, localizada na Rod. BR 415, 5075, Centro Industrial, CEP: 45.613-000, Itabuna-BA e atesta para os devidos fins de direito que o mesmo está em conformidade com as normas ambientais e urbanísticas deste município. Esta Licença Ambiental Simplificada tem validade de até **03 (três) anos** a partir da data de sua emissão.

Licença Ambiental Simplificada nº 23/2021
Processo nº. 351/2021

A **Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente** no exercício de suas atribuições legais, Lei Municipal 2.525 de 28 de dezembro de 2020, **RESOLVE**: conceder a **Licença Ambiental Simplificada** à empresa **COMÉRCIO DE COMBUSTÍVEL NUNES LTDA**, com nome fantasia **Posto Nossa Senhora de Fátima**, inscrita no CNPJ sob o nº **05.117.524/0001-80**, exercendo a atividade de **Comércio varejista de combustíveis para veículos automotores**, localizada na Av. Manoel Chaves, 500, LT. JD. Cordier L., 8/13, Jaçanã, Itabuna - BA, 45608-401, e atesta para os devidos fins de direito que o mesmo está em conformidade com as normas ambientais e urbanísticas deste município. Esta Licença Ambiental Simplificada tem validade de até **03 (três) anos** a partir da data de sua emissão.

Licença Ambiental Simplificada nº 24/2021
Processo nº. 4.509/2021



Dispensa Licença Ambiental

Certificamos para os devidos fins, que a (o) **ASTRA SUL BAHIA SANEAMENTO BASICO LTDA-ME**, com nome fantasia de **ASTRAL SAÚDE AMBIENTAL**, instalada na **Av. Nações Unidas nº649, Centro, Itabuna-BA**, inscrita no CNPJ sob o nº **07.463.430/0001-99** e exercendo a atividade **Imunização e controle de pragas urbanas**, está em conformidade com as normas ambientais deste município. Está Dispensa de Licenciamento Ambiental tem como base o Decreto Estadual 14.032/2012 que altera o Regulamento da Lei nº 10.431, de 20 de dezembro de 2006, que institui a Política de Meio Ambiente e de Proteção à Biodiversidade do Estado da Bahia e a Resolução CEPRAM Nº 4.420 de 27 de novembro de 2015 e tem validade **de 3 (três) anos** a partir da data de emissão.

Dispensa de Licença Ambiental nº09/2021
Processo nº. 4.556/2021