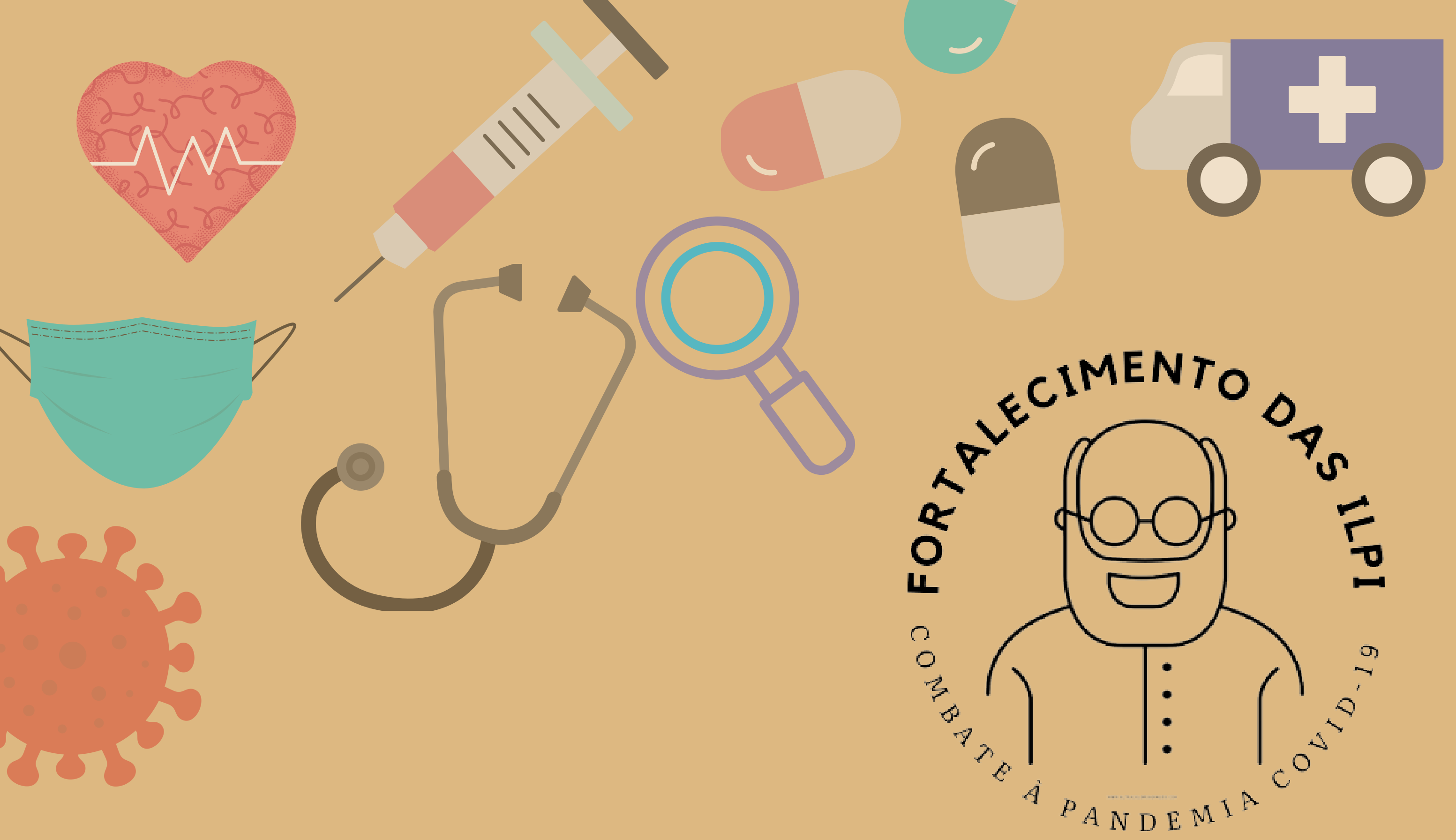




TÓPICOS RELEVANTES NO CUIDADO COM O IDOSO

LIVRO 8

2021





Organizadoras



Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.



Giordanna Nayara Chagas e Silva

Discente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.



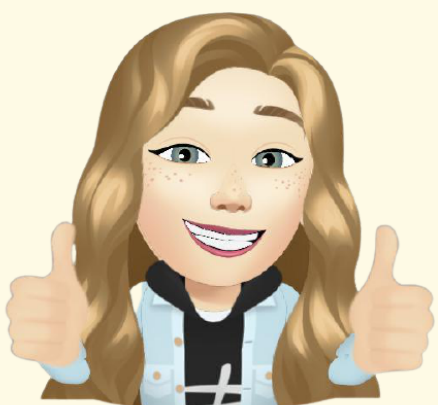
Fernanda Cegan Gribner

Discente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.



Laura Alves Fachina

Discente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.



Jenefer Segatto Braga

Discente da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Colaboradores



Alcione Oliveira de Souza (UFPR)
Aline da Silva Paula (UFPR)
Amanda Valim Kampa Cassab (SBGG PR)
Ana Karina Silva da Rocha Tanaka (UFRGS)
Ângela Maria Alvarez (UFSC)
Bruno Henrique de Mello (Hospital Zilda Arns)
Clóvis Cechinel (Hospital Zilda Arns)
Dayane Akinara Toledo Ribeiro (UEM)
Hercilio Hoepfner Júnior (SBGG SC)
João Senger (SBGG RS)
José Mario Tupiná Machado (PUC PR)
Josiane Steil Siewert (IFSC)
Joanara Rozane da Fontoura Winters (IFSC)
Letice Dalla Lana (UNIPAMPA)
Ligia Carreira (UEM)
Marcia Daniele Seima (SMS SJP)
Maria Alice Freitas (IFSC)
Maria Cristina Sant'Anna da Silva (SBGG RS)
Maria Helena Lenardt (UFPR)
Simone Fiebrantz Pinto (SBGG PR)
Susanne Elero Betiolli (UFPR)
Tatiane Michel (UFPR)
Tatiane Prette Kuznier (UFPR)

Catálogo na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica feita pelo autor

Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida, et al.
Tópicos relevantes no cuidado com o idoso /
Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida, et al. - 1. ed. -
Curitiba [PR]: UFPR, 2021.
100p. ; PDF.

ISBN 978-65-00-26609-2

1. Idoso. 2. Cuidado. I. Título.

CDD: 610



Sumário

Boas vindas	5
1 Avaliação multidimensional do idoso.....	6
1.1 Avaliação multidimensional do idoso: histórico e características	6
1.2 Domínios	9
1.3 Contexto pandêmico	40
2 Plano terapêutico e aspectos profissionais	42
2.1 Plano terapêutico singular no contexto das ILPI	42
2.2 Papel da assistência social	44
2.3 Papel da enfermagem	45
2.4 Papel da farmácia	47
2.5 Papel da fisioterapia	48
2.6 Papel da medicina	49
2.7 Papel da nutrição	50
2.8 Papel da psicologia	51
2.9 Papel da terapia ocupacional	52
3 Redes de apoio	54
3.1 Bem-estar subjetivo gerontológico	54
3.2 Apoio social à saúde	55
3.3 Estratégias para fortalecimento de redes de apoio a idosos institucionalizados ..	56
3.4 Rede de apoio ao idoso na pandemia COVID-19	58
4 Recuperação pós COVID-19	59
4.1. Idosos e a COVID-19	59
4.2 Recuperação do idoso pós COVID-19	60
4.3 Preparação da ILPI para receber idoso em reabilitação pós COVID-19	62
5 Vacinas para COVID-19	63
5.1 Processo de criação de vacinas	63
5.2 Principais vacinas em desenvolvimento	65
5.3 Vacinação	74
5.4 Variantes do vírus e vacina	74
6 Óbito	75
6.1 Notificação de óbito	76
6.2. Declaração de óbito	78
6.3 Manejo dos óbitos na ILPI	81
7 Resumindo	82
8 Materiais Complementares	88
9 Referências	90



Boas Vindas!

Olá! Seja bem-vindo(a) ao oitavo módulo do nosso curso.



Ao decorrer desse módulo você alcançará os seguintes objetivos:

- Conhecer as características da Avaliação Multidimensional do Idoso;
- Compreender a elaboração de um plano terapêutico;
- Identificar estratégias para fortalecimento da rede de apoio do idoso;
- Conhecer o preparo para receber idosos em recuperação da COVID-19;
- Identificar as principais vacinas para COVID-19;
- Compreender o processo de notificação de óbito.

1. Avaliação multidimensional do idoso



Você está por dentro da Avaliação Multidimensional do Idoso? É sobre o que falaremos agora. Vem comigo!

1.1 Avaliação multidimensional do idoso: histórico e características



Dentre as Avaliações Multidimensionais da Pessoa Idosa (AMPI), destaca-se a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que começou a ser usada na Inglaterra, no final da década de trinta, a partir de trabalho desenvolvido pela médica Marjory Warren. Que, ao ver o abandono sofrido pelos idosos, pela falta de perspectiva de recuperação, ou pela falta de interesse dos profissionais, decidiu assumir o cuidado de centenas de idosos no Hospital de West Middlesex County, dando início a medicina geriátrica como especialidade (RITCH, 2012).

Desde então, os conceitos e parâmetros da AMPI evoluíram para incorporar elementos do exame clínico tradicional e avaliações multiprofissionais, tornando-se elemento que protagoniza a avaliação de necessidades para os serviços de atenção à saúde do idoso. Nos anos 80, benefícios desse tipo de cuidado começaram a destacar-se no ambiente



hospitalar e também nas enfermarias de cuidados geriátricos agudos (ALIBERTI, 2018).

A AMPI baseia-se na avaliação clínica — estilo checklist — focada no paciente idoso, com o intuito de apresentar avaliação generalizada, e diagnosticar incapacidades ou deficiências, para oferecer planejamento do cuidado e acompanhamento a longo prazo. Ela também é multidimensional, ou seja, inclui vários aspectos na investigação (como físicos, psíquicos e sociais).

O envelhecimento da população é realidade em todo mundo, a maior quantidade de pessoas com idade avançada tem consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com o aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais, estimulando atenção e cuidado redobrado (VERAS, 2019).

A evolução da AMPI, pressupõe atenção qualificada, com o intuito de melhorar a vida das pessoas e a rastrear fragilidades e comorbidades, promovendo orientação, e tornando-se modelo de referência na comunidade e no ambiente hospitalar, sendo utilizada na atenção primária ou especializada (CARVALHO, 2020).

Em termos de importância, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa se faz presente acrescentando a história clínica do paciente, garantindo plano terapêutico que considera as diversas funções necessárias à vida diária.



Alguns benefícios são provenientes da AMPI, como a identificação do risco para declínio funcional, melhoria da acurácia do exame clínico inicial, e também na coleta de dados para pesquisas e planejamento de políticas públicas acerca do envelhecimento saudável (BALBINO et al, 2018). O diagnóstico precoce de problemas de saúde e orientação para serviços de apoio garantem o bem estar, funcionalidade e independência da pessoa idosa (VERAS, 2019).

Destaca-se que a AMPI deve ser aplicada conforme a demanda e necessidade individualizada do idoso, sendo que faz-se a recomendação de avaliação ampla inicial e com aprofundamento de questões específicas que sejam necessárias as particularidades dos idosos (BALBINO et al, 2018).

Quadro 1 - domínios relevantes para a AMPI

Dimensão	Domínio	Avaliação
Funcionalidade Global	AVD Básica	Índice de <u>Kartz</u>
	AVD Instrumental	Lawton e <u>Broody</u>
	AVD Avançada	Escala AAVD de 13 itens.
Sistemas Funcionais Globais	Cognição	Triagem Cognitiva de 10 pontos (10-SC)
		Mini exame do Estado Mental (MEEM)
	Humor	Escala de Depressão Geriátrica (EDG)
		<i>Patient health Questionnaire-9</i> (PHQ-9)
	Mobilidade	<i>Time Up and Go</i> (TUG)
		Escala de Morse
	Comunicação	Escala de Snellen
		Teste do Sussurro
Estado Nutricional	Nutrição	Mini Avaliação Nutricional (MAN)



1.2 Domínios

A AMPI tem como objetivo apresentar avaliação generalizada em relação à pessoa idosa, diagnosticando deficiências e incapacidades, a fim de prever possíveis desfechos adversos e preveni-los (ARAÚJO et al, 2020).

Até o ano de 2020, era desconhecida literatura que abrangesse quais são os domínios obrigatórios dessa avaliação; apesar disso, alguns tópicos são apresentados como essenciais. Cada um deles conta com instrumentos de avaliação eficientes formando escala de triagem, que deve ser aplicada por profissional capacitado. É importante frisar que as dimensões podem e devem ser alteradas de acordo com as excepcionalidades clínicas de cada idoso, porém, aspectos mínimos necessitam ser padronizados.

Os itens básicos a serem considerados na AMPI, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, são: funcionalidade, cognição, humor, sensorial, mobilidade, estado nutricional e suporte social.

1.2.1 Funcionalidade

A funcionalidade está relacionada com o foco do idoso ter capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (MORAES, 2012). A capacidade funcional ainda não é conceito claramente definido, pois idosos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade



funcional distinta. Portanto, a heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento, sendo relevante a avaliação constante da funcionalidade da pessoa idosa (PARANÁ, 2018).

Em 1963, Katz (Katz et al., 1963) desenvolveu índice capaz de estratificar os indivíduos conforme o grau de dependência nas atividades de vida diária relacionadas ao autocuidado. Com o índice, houve clara distinção entre idosos independentes e dependentes para as atividades de vida diária básicas de vida diária (ABVD), associada a hierarquia entre os idosos dependentes (PARANÁ, 2018).

A avaliação funcional, considerando as atividades cotidianas, se dá pela capacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD), que podem ser básicas (Atividades Básicas da Vida Diária – ABVD), como: tomar banho, se vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Para esta avaliação destaca-se o Índice de Katz (apresentado no quadro 1), que é uma escala para classificação dos idosos como independente, dependente parcial ou dependente (KATZ, 1963; DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

A avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades. A designação de



dependência parcial é feita aos idosos que recebem assistência para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou necessitavam de auxílio para entrar ou sair da banheira e de dependência total para aqueles que não são capazes de banhar-se sozinhos.

A função "vestir-se" considera o ato de pegar as roupas no armário, bem como do ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos deve ser excluída desta avaliação. A designação de dependência é dada aos pacientes que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.

A função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes não utilizam ou podem usar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam instrumentos como "papagaios" ou "comadres" para suas eliminações, também são considerados dependentes.

A função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se na cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de independência para a função. Dependentes são os pacientes que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executavam uma ou mais transferências.



A "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classificava o paciente como dependente.

A função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são os idosos que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentavam sem ajuda ou que utilizam sondas enterais para se alimentarem são considerados dependentes, bem como os que eram nutridos por via parenteral.

Como resultado da avaliação, o formulário possibilita três categorias de classificação: independente, dependência moderada ou muito dependente. Esta avaliação está relacionada com a pontuação obtida no score de avaliação do Índice de Katz, sendo que para a independência é inserido 1 ponto (atividades sem supervisão, orientação ou assistência pessoal) e para dependência é indicado 0 pontos (atividades com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral). Recomenda-se que ao apresentar o resultado, sejam mencionadas as atividades que tiveram pior resultado, como indicativo dos aspectos de funcionalidade afetados.

Quadro 2 - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) <u>SEM</u> supervisão, orientação ou assistência pessoal.	DEPENDÊNCIA (0 pontos) <u>COM</u> supervisão, orientação, assistência pessoal ou cuidado integral.
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio para lavar somente uma parte do corpo, como as costas, genitais, ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou <u>usa</u> urinol ou comadre.
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e defecar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação: Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. A preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 pontos) Necessita de ajuda total ou parcial na alimentação, ou requer alimentação parenteral

Total de pontos: ____	6= Independente	4= Dependência moderada	2 ou menos= Muito dependente
-----------------------	-----------------	-------------------------	------------------------------

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998.



Na funcionalidade, também existem as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), que em 1969, foi criado por Lawton e Brody, com sugestão da avaliação de competências mais complexas do funcionamento humano, denominadas AVD instrumentais, relacionadas à automanutenção. Está relacionada à autonomia do idoso para realizar tarefas cotidianas de modo independente, envolve: utilização do telefone, realização de compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavar roupas, utilização de meios de transporte, manuseio de medicações, e manejo financeiro.

A escala é composta de 9 itens de avaliação, sendo que cada questão tem três alternativas de resposta (as relacionadas com independência pontuam 3, dependência moderada 2 e dependência total 1). Assim, a soma do resultado converge para avaliação final da dependência nas AIVD conforme cinco categorias de classificação: 9 pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 25 a 27 pontos – independente.

Quadro 3 - Escala para avaliação das incapacidades nas AIVDs, desenvolvida por Lawton e Brody e adaptada ao contexto brasileiro.

“Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional da Sra, por intermédio das possíveis dificuldades nas realizações das atividades do seu dia-a-dia. Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.”

Em relação ao uso do telefone... 1. Telefone [3] recebe e faz ligações sem assistência. [2] necessita de assistência para realizar ligações telefônicas. [1] não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone.	Em relação às viagens... 2. Viagens [3] realiza viagens sozinha. [2] somente viaja quando tem companhia. [1] não tem o hábito ou é incapaz de viajar.
Em relação à realização de compras... 3. Compras [3] realiza compras quando é fornecido o transporte. [2] somente faz compras quando tem companhia. [1] não tem o hábito ou é incapaz de fazer compras.	Em relação ao preparo de refeições... 4. Refeições [3] planeja e cozinha refeições completas [2] preparar somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda. [1] não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições. Em relação ao trabalho doméstico...
Em relação ao trabalho doméstico... 5. Trabalho Doméstico [3] realiza tarefas pesadas. [2] realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas. [1] não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos.	Em relação às <u>medicações</u>... 6. Medicações [3] faz uso de medicamentos sem assistência [2] necessita de lembretes ou de assistência [1] é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Em relação ao manuseio de dinheiro... 7. Dinheiro [3] preenche cheque e paga contas sem auxílio. [2] necessita de assistência para uso de cheques e contas. [1] não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de lidar com dinheiro ou contas.	Classificação: [] Dependência total = ≤ 5 [] Dependência Parcial = $>5 < 21$ [] Independência = > 21



Também está presente na avaliação da funcionalidade, as Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD), que constituem conjunto de atividades de lazer, realizadas no tempo livre, independentes do trabalho, que incluem o voluntariado, atividades educacionais, participação social na comunidade, sendo dependentes de motivação pessoal. As AAVD podem indicar boa saúde física e mental, e a redução no engajamento nessas atividades pode sugerir início de declínio funcional, alterações cognitivas e fragilidade (OLIVEIRA et al, 2015).

A escala de AAVD é composta de 13 itens, sendo que os itens de avaliação possível incluem três pontuações: 3(ainda faz), 2 (parou de fazer), 1(nunca fez). Ao final, a soma dos resultados indicou classificação em dois grupos: mais ativos (realizavam quatro ou mais atividades) com maior participação nas AAVD; ou menos ativos (realizar três ou menos atividades), o que indicava estar no menor desenvolvimento de AAVD. Destaca-se que existem divergências entre os autores, sobre o número de atividades ou frequência/intensidade de participação para demarcar categorias de resultado (OLIVEIRA et al, 2015).

Desta forma, na AMPI, a funcionalidade pode ser avaliada de diversas formas, sugerimos minimamente a utilização da ABVD, AIVD, AAVD, que classificam a independência, autonomia e envelhecimento ativo do idoso de forma ampla, possibilitando avaliações e planejamento de ações personalizadas conforme as demandas peculiares do idoso.

Quadro 4 - Escala de AAVD de 13 itens

Qual sua relação com as atividades abaixo?	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz
1) Fazer visita na casa de outras pessoas.	1	2	3
2) Receber visitas em sua casa.	1	2	3
3) Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais relacionadas à religião.	1	2	3
4) Participar de reuniões sociais, festas ou bailes.	1	2	3
5) Participar de eventos culturais tais como concertos, exposições, espetáculos, peças de teatro ou filmes de cinema.	1	2	3
6) Dirigir automóvel.	1	2	3
7) Fazer viagem de um dia pra fora da cidade.	1	2	3
8) Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país.	1	2	3
9) Fazer trabalho voluntário-	1	2	3
10) Fazer trabalho remunerado.	1	2	3
11) Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas.	1	2	3
12) Participar da Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização.	1	2	3
13) Participar de centro e ou de grupos de convivência exclusivos para idosos.	1	2	3

Fonte: OLIVEIRA et al, 2015.



1.2.2 Cognição



A cognição é o conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. Diversos fatores podem ser determinantes ao envelhecimento cognitivo: eventos biológicos, hábitos de vida e o ambiente no qual o idoso está inserido. Geralmente, tais aspectos favorecem a degeneração psicobiológica característica do processo de envelhecimento e que promove a inatividade e o déficit nas habilidades cognitivas, e assim as queixas de memória relacionadas com as atividades de vida diária ficam mais evidentes no cotidiano dos idosos (GOMES et al, 2020).

As queixas de memória mais comuns entre a população idosa, geralmente estão ligadas a dificuldade de armazenar informações recentes, conseguir resgatá-las e manter-se atento nas atividades do cotidiano (PARANÁ, 2018) e que podem acarretar em dificuldades na manutenção de sua autonomia.

Os prejuízos de alterações na memória podem acarretar nos idosos em perda da autoestima, sentimento de inutilidade, isolamento social, familiar e desencadear o aparecimento de outras doenças, a exemplo dos transtornos de ansiedade e depressão. A evolução do declínio cognitivo seja advinda de processo fisiológico ou não, as queixas subjetivas sobre o desempenho mnemônico são reais no cotidiano dos idosos e devem ser investigadas e promover procedimentos e estratégias de intervenção capazes de minimizar os déficits do declínio cognitivo e promover ações de prevenção à saúde do idoso (GOMES et al, 2020).



Assim, a avaliação da cognição deve ser iniciada com a investigação sobre a presença de esquecimento. Inicialmente devem ser valorizados a autopercepção, tipo e evolução do esquecimento; atenção deve ser dada a referência de esquecimento percebido pelo paciente (P) de forma desproporcional à percepção dos familiares (F), incitando necessidade de investigações para demência ou depressão (esquecimento percebido mais pelos familiares do que pelo paciente, diagnóstico de demência deve ser considerado; se o esquecimento for percebido mais pelo paciente do que pelos familiares, atentar para depressão ou ansiedade; e esquecimento percebido pelos familiares na mesma proporção que o paciente, investigar comprometimento cognitivo leve) (PARANÁ, 2018).

Também é relevante avaliar o tipo de esquecimento (memória de trabalho, memória episódica). O esquecimento tipo memória de trabalho é frequente entre os idosos, pois tende a aumentar com o envelhecimento. O esquecimento do tipo memória episódica é mais preocupante, pois traz repercussões evidentes nas tarefas do cotidiano mais complexas e sugere o diagnóstico de demência. No quadro 5 apresenta-se as principais características dos tipos de esquecimento: memória de trabalho e memória episódica.



Quadro 5 – Características do esquecimento memória de trabalho e memória episódica

Esquecimento tipo memória de trabalho	Esquecimento do tipo memória episódica
- Caracteriza-se pela dificuldade de fazer várias tarefas ao mesmo tempo e está muito associado à presença de déficits atentos ou sensoriais, além dos distúrbios do humor e/ou sono. - O idoso refere desatenção e dificuldades para lembrar-se onde guardou determinados objetos ou compromissos pouco relevantes. - Alguns pequenos acidentes domésticos podem ocorrer, como deixar a comida queimar. - Normalmente traz poucas repercussões nas atividades de vida diária	- Caracteriza-se por dificuldades na relação temporal entre fatos recentes ou para descrever detalhes de episódios ou acontecimentos de sua vida. - Envolve desorientação temporal, repetição de fatos ou perguntas, dificuldade de definir datas importantes ou de nomear parentes por ordem cronológica. - Frequentemente associado ao “sinal do pescoço” (Head Turning Sign) ou “sinal do olhar para o lado” (vira-se para o lado do acompanhante na tentativa de confirmar sua resposta ou pedir ajuda). - Sinal frequente na doença de Alzheimer. O caráter progressivo do esquecimento deve ser valorizado como uma forte evidência de doença neuro degenerativa.

Fonte: Adaptado de PARANÁ (2018).



A avaliação das AVD é a primeira fase da avaliação cognitiva. As funções cognitivas necessárias para o desempenho apropriado das tarefas do cotidiano são as mesmas que são avaliadas nos testes neuropsicológicos. Existem diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem seja feita utilizando-se funções cerebrais como memória, linguagem, atenção e raciocínio. Assim sugere-se Triagem Cognitiva de 10 pontos (10-CS) e do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que vão aferir se o paciente tem algum comprometimento cognitivo avaliando sua orientação, recordação da palavra e fluência verbal, rastreando possível demência, se for o caso (ROCHA e MARTINELLI, 2020).

A Triagem Cognitiva de 10 pontos (10-CS) é instrumento de triagem breve para detectar deficiências cognitivas, desenvolvido por Apolinário et al. (2016). Avalia a orientação temporal de três itens (data, mês, ano), fluência de categoria (nomeação de animais em 1 minuto) e recordação de três palavras (Carro, Vaso e Tijolo).

A cada questão correta, atribuiu-se o valor de um ponto, sendo que a pontuação para nomeação de animais é de forma escalonada até quatro pontos, a saber: 0 – 5 animais em 1 minuto: 0 ponto; 6 – 8 animais em 1 minuto: 1 ponto; 9 – 11 animais em 1 minuto: 2 pontos; 12 – 14 animais em 1 minuto: 3 pontos; ≥ 15 animais em 1 minuto: 4 pontos.

A pontuação do teste deve ser ajustada para nível de escolaridade, sendo que nenhuma educação formal (adicionar 2 pontos - para um má-



ximo de 10); 1-3 anos de educação (adicionar 1 ponto - para um máximo de 10).

O valor máximo que pode ser obtido no teste é de 10 pontos, sendo que o score para avaliação do teste, pontos de corte são:

- 0 a 5 pontos: Provável deterioração cognitiva;
- 6 a 7 pontos: Possível deterioração cognitiva;
- ≥ 8 pontos: Exame Normal.

Na sequência apresenta-se o teste de Triagem Cognitiva de 10 pontos (10-CS) (figura 1)

Figura 1 : Triagem Cognitiva de 10 pontos (10-CS).

Avaliação baseada no 10-Point Cognitive Screener (10-CS)

Orientação: () dia do mês () mês () ano

Aprendizado: CARRO - VASO - TIJOLO (até três tentativas se necessário, não pontua)

Fluência (animais em 60s): () 0-5 = 0 () 6-8 = 1 () 9-11 = 2 () 12-14 = 3 () $\geq 15 = 4$

1. __ 2. __ 3. __ 4. __ 5. __ 6. __ 7. __ 8. __ 9. __ 10. __ 11. __ 12. __ 13. __ 14. __ 15. __ 16. __

Evocação: () carro () vaso () tijolo

Pontuação Bruta: ()/10

Pontuação Ajustada: ()/10 (+ 2 se escolaridade = 0; +1 se escolaridade = 1-3 anos; máximo 10)

Fonte: [APOLINARIO et al, 2016](#)

Outro exame utilizado para rastreio da cognição é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), este é constituído de duas partes, uma que abrange Orientação; Memória Imediata; Atenção e Cálculo; Memória de

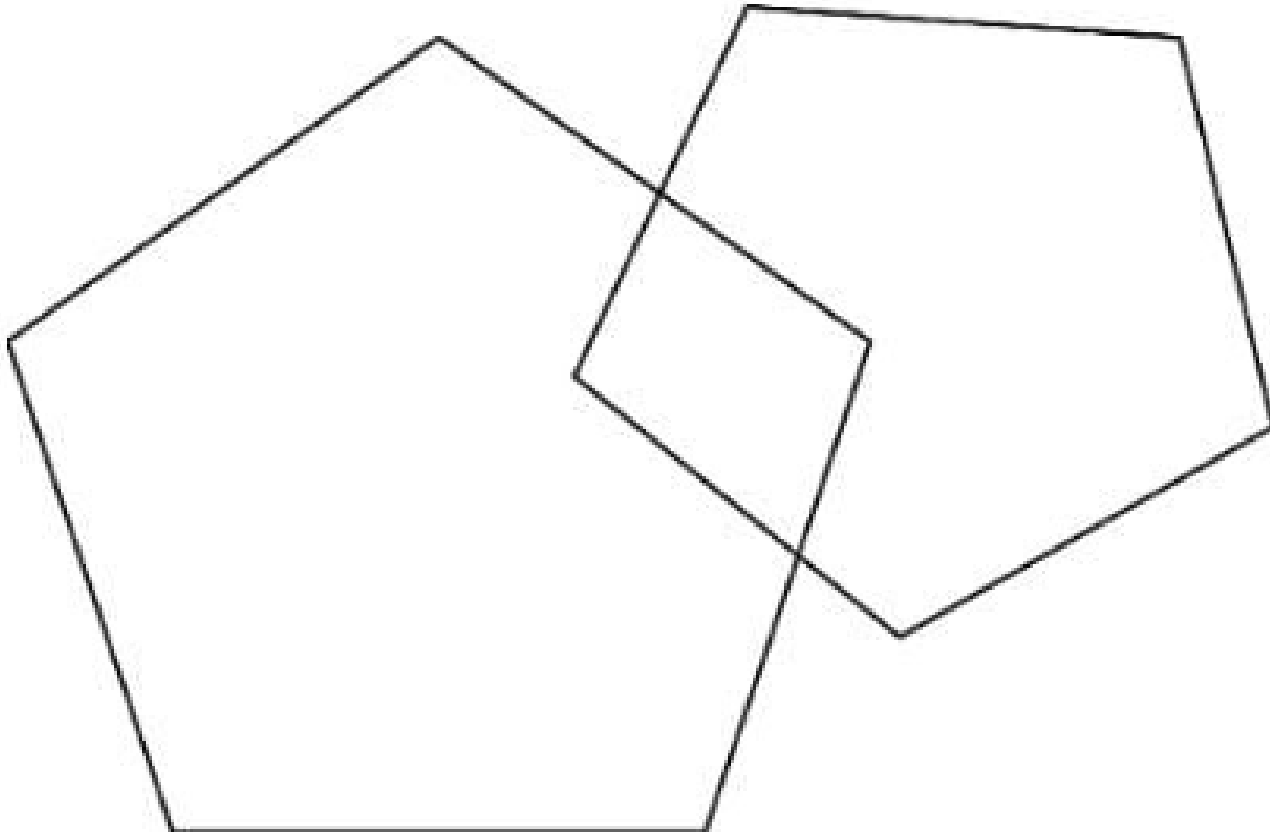


Evocação e Linguagem, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN et al. 1975).

Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Abordam questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional.

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, autores como Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000), Brucki et al. (2003) adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Assim, sugere-se a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (NITRINI, et al., 2005).

Quadro 7 - Miniexame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos? Que local é este aqui? Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e Cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$.
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais são os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta.
Repetir (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de Estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a no meio e coloque-a no chão.
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido.
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos.
Copiar o diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção . 



1.2.3 Humor



O domínio do humor, extremamente importante na idade avançada, procura sintomas depressivos ou ansiosos que possam prejudicar tratamentos e controle de doenças. Alguns testes como a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) (quadro 8), possuem versão reduzida, composta por 15 questões binárias (sim/não), de fácil compreensão (YESAVAGE et al., 1986; ROCHA e MARTINELLI 2020).

Possui variação de pontuação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos), Almeida e Almeida (1999) propõem escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos.

Também existe, entre os instrumentos usados para identificar indivíduos em risco de depressão, o Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) (quadro 9). Caracteriza-se por ser instrumento de aplicação relativamente rápida, contendo nove questões, que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) 13. Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas.

Quadro 8: Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida (EDG-15)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM (1) NÃO
D.2) Você deixou muito de seus interesses e atividades?	(1) SIM (0) NÃO
D.3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM (0) NÃO
D.4) Você se aborrece com facilidade?	(1) SIM (0) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vai lhe acontecer?	(1) SIM (0) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM (0) NÃO
D.9)Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM (0) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM (0) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM (1) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM (0) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM (1) NÃO
D.14) Você acha que sua situação está sem esperanças?	(1) SIM (0) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM (0) NÃO

PONTUAÇÃO: _____

Fonte: YESAVAGE et al., 1986.

Quadro 9: Versão em português do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse e pouco prazer em fazer as coisas?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu deprimido(a), para baixo ou sem perspectiva?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono, permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o sr teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
9) Nas últimas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou de que estaria melhor morto?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias
10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar, estudar, tomar conta das coisas da casa ou se relacionar com outras pessoas?	(0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade



1.2.4 Comunicação

A comunicação envolve aspectos relevantes para a interação social do idoso, para sua qualidade de vida e segurança, como a visão e audição. Para averiguar a condição da visão dos idosos, recomenda-se a utilização da Escala de Snellen (LABANCA et al, 2017; ZAPPAROLI et al, 2009; KRONBAUER et al, 2008).

Para realizar o teste, o idoso deve ser colocado a 2,8 metros de distância do cartaz com a tabela de Snellen em tamanho padronizado (tamanho de folha A4). O teste é realizado em um olho de cada vez, sendo assim, cobre-se o olho que não está sendo avaliado no momento com um objeto sólido sem pressioná-lo, e depois avalia-se o outro. O avaliador deve pedir para que o idoso fale as letras que está enxergando, começando de cima para baixo, ou seja, das letras maiores para as menores (ZAPPAROLI et al, 2009; KRONBAUER et al, 2008).

Se o idoso conseguir soletrar as letras da fileira 8 na imagem abaixo (figura 5), é definida acuidade visual normal, representada como 6/6 ou 20/20 (capacidade de enxergar nitidamente a 6m ou a 20 pés). O paciente com diminuição da acuidade visual não conseguirá soletrar essa fileira, e a quantificação do comprometimento depende da fileira com menor tamanho de letras que o paciente consegue enxergar com nitidez, ou seja, o déficit é maior quando o paciente possui dificuldade para soletrar as fileiras com letras maiores. Cada fileira é marcada por uma estimativa de acuidade visual, por exemplo: uma AV 20/40 quer dizer que o indivíduo enxerga com nitidez a uma distância de 20 pés o que uma pessoa com acuidade normal enxergaria a 40 pés (ZAPPAROLI et al, 2009; KRONBAUER et al, 2008).

Figura 2 - Tabela de Snellen

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



Recomenda-se que a testagem da acuidade visual seja realizada com uso da correção para aqueles que utilizam lentes ou óculos (fazer o teste com óculos ou lentes) (ZAPPAROLI et al, 2009; KRONBAUER et al, 2008). A definição de cegueira pela OMS, utilizando a tabela de Snellen, é quando a estimativa do melhor olho é de 20/400 (com erro de refração corrigido), nesta condição só enxerga vultos; sendo que o critério utilizado para fins trabalhistas, considera cegueira legal a estimativa de 20/200, neste consegue caminhar sozinho, mas não é capaz de realizar trabalhos. A visão no melhor olho com refração corrigida de 20/60 caracteriza uma visão subnormal ou baixa visão (BRASIL, 2016).

Para audição há o Teste do Sussurro que tem sido apontado como instrumento para triagem auditiva em indivíduos idosos com suspeita de presbiacusia. Trata-se de teste de rastreamento para a detecção de perdas auditivas de grau moderado dos idosos que não necessitam de aparelhagem ou equipamento tecnológico, sendo, portanto, uma opção barata, simples e de rápida aplicação (RAMD00 et al, 2015; LABANCA et al, 2017).

A presbiacusia é alteração na acuidade auditiva que acompanha o processo de envelhecimento, caracterizada pela perda auditiva neurosensorial, bilateral, simétrica, configuração descendente e com importante comprometimento das altas frequências (ANJOS et al, 2014).

Esta alteração auditiva (presbiacusia) faz com que os idosos apresentem dificuldades importantes na comunicação, principalmente na compreen-



são de palavras faladas em situação de conversação em ambiente ruidoso (RIBAS et al, 2014). Devido a dificuldades para realização de audiometria tonal e logaudiometria, indica-se a utilização do teste do sussurro, que inclusive é recomendado no caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, do Ministério da Saúde (2006).

O teste do sussurro deve ser realizado em ambiente silencioso, com o idoso sentado em uma cadeira, na presença exclusiva do avaliador, minimizando os ruídos internos e externos. O examinador deverá se posicionar atrás de cada orelha e afastar-se o equivalente ao seu braço esticado (distância entre as mãos fechadas e o cotovelo), com ângulo de zero grau, fora de seu campo visual, o que equivale a distância de aproximadamente 33 centímetros da orelha testada. O sussurro deve ser realizado em cada lado, com uma questão breve e simples, como, por exemplo, “qual é o seu nome”. Caso o idoso não responda, deve-se realizar a inspeção do conduto auditivo externo para afastar a possibilidade de obstrução que poderia ser a causa da redução da acuidade auditiva. Na ausência de obstrução, o avaliado deverá ser encaminhado para realização da audiometria em ambulatórios especializados (LABANCA et al, 2017).

1.2.5 Mobilidade

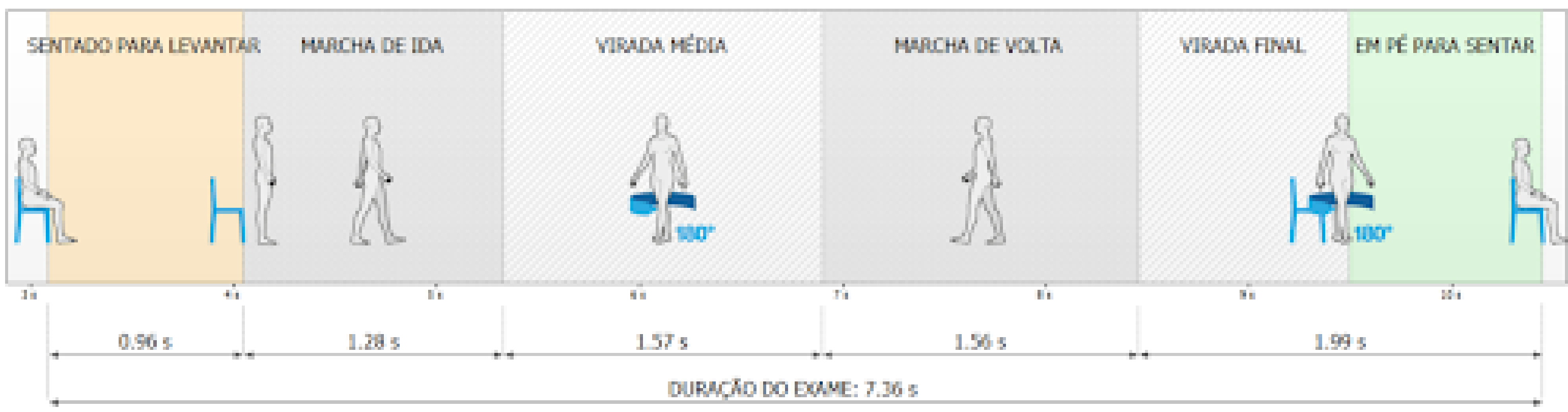


Em virtude do envelhecimento global, a mobilidade é item de extrema relevância para se detectar os idosos com risco de quedas, principalmente em face do conhecimento de que as quedas aumentam com a idade e naqueles mais frágeis. Assim sugere-se a utilização do Time Up and Go

(TUG), que é teste utilizado para avaliar a mobilidade funcional do indivíduo, por meio da análise do equilíbrio sentado, transferências de sentado para de pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha, sem a utilização de estratégias compensatórias (FATORI et al, 2015).

O teste consiste em levantar de uma cadeira, (de aproximadamente 46 cm), caminhar até uma linha reta a 3 metros de distância (em um ritmo auto-selecionado, porém seguro), virar, caminhar de volta e sentar-se novamente. Quanto menor o tempo utilizado, melhor é o desempenho no teste.

Figura 3 - Teste TUG



Fonte: SOUZA, 2021

Os Guidelines do National Institute of Clinical Evidence (RAWLINS, CULYER, 2004; FATORI et al, 2015) indicam a avaliação em 4 categorias de avaliação do TUG:

- Até 10 segundos – desempenho normal para adultos saudáveis. Baixo risco de quedas;



- Entre 11 e 20 segundos – Normal para idosos frágeis ou com debilidade, mas que se mantêm independentes na maioria das atividades de vida diária. Baixo risco de quedas;
- Entre 21 e 29 segundos – Avaliação funcional obrigatória. Indicado abordagem específica para a prevenção de queda. Risco de quedas moderado.
- Maior ou igual a 30 segundos – Avaliação funcional obrigatória. Indicado abordagem específica para a prevenção de queda. Alto risco para quedas.

Porém, ainda que sejam valores normativos amplamente aceitos e que permitam avaliar a evolução do paciente, vale salientar que, para brasileiros, recomenda-se utilizar como valor de corte para risco de quedas 12,47 segundos, o qual parece ser melhor preditivo nessa população (ALEXANDRE et al., 2012). Esse mesmo protocolo não é utilizado exclusivamente em idosos saudáveis, sendo indicado seu uso também para avaliar pacientes com diferentes patologias, como Diabetes (Ferreira et al., 2014) e Síndrome de Down (NICOLINI-PANISSON, 2012).

Outro teste sugerido é o Morse Fall Scale, ou Escala de Morse. A escala visa trazer foco para a prevenção de quedas fisiológicas antecipáveis (causada por alguma degeneração fisiológica) e se dá por 6 critérios (itens) cuja a resposta contabiliza pontos de 0 a 30 cada. O conceito é de graduar o risco de queda através da somatória dos pontos, dessa forma, quanto maior o escore, maior o risco



O primeiro item “histórico de quedas” procura saber se houve queda por causas fisiológicas (convulsões ou por marcha debilitada) nos últimos três meses (URBANETTO et al, 2013).

Já o segundo item “Diagnóstico secundário” contabiliza se o paciente tem ou não condições de saúde, diagnosticadas e presentes no momento do teste, que podem contribuir para uma possível queda do idoso, por exemplo, hipotensão, vertigens e tonturas.

O item “Auxílio na deambulação” caracteriza o paciente que caminha/deambula sem auxílio (bengala, muleta ou andador). O teste não conta quando o paciente é acamado, de cadeira de rodas, ou quando ele é auxiliado por um profissional da saúde ao deambular: todos esses quesitos contam como “nenhum auxílio”. Já o uso de muletas e derivados, ou mesmo apoio na parede ou nos mobiliários contam pontos.

O quarto item “Terapia Endovenosa” conta quando o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (URBANETTO et al, 2013), pois, quando conectado à terapia endovenosa pode aumentar o risco de queda do paciente.

O item de quinto lugar “Marcha” quer distinguir o tipo de andar do paciente e diagnosticar em caso de passos vacilantes, falta de equilíbrio ao levantar ou ao andar, marcha fraca e apoio extremo em móveis do local (não consegue caminhar sem).



O último item “Estado mental” busca saber se ao questionado com a pergunta “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?”, o paciente responde coerentemente com os diagnósticos do prontuário, caso não for, ele está superestimando suas habilidades (URBANETTO et a, 2013).

Quadro 10 - Morse Fall Scale adaptada ao português.

Itens	Pontos
1. Histórico de quedas	(0) Não. (25) Sim.
2. Diagnóstico secundário	(0) Não. (15) Sim.
3. Auxílio na deambulação	(0) Nenhum/Acamado/Auxiliado por profissional da saúde. (15) Muletas/Bengala/Andador. (30) Mobiliário/Parede.
4. Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	(0) Não. (20) Sim.
5. Marcha	(0) Normal/Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas. (10) Fraca. (20) Comprometida/Cambaleante.
6. Estado mental	(0) Orientado/capaz quanto sua capacidade/limitação. (15) Superestima capacidade/esquece limitações.

Fonte: Urbanetto et al, 2013.



Assim, ao fim do teste, soma-se os pontos obtidos pelo paciente e o caracteriza em uma de três variações de risco. Em resultados menores que 24 pontos, o risco de quedas é considerado baixo, em escores de 25 a 4 se dá médio risco, e escores maiores que 45 pontos se atribui alto risco de queda.

Vale salientar que a Escala de Morse não avalia o risco de quedas acidentais, que podem se dar não só pela vulnerabilidade fisiológica do idoso, mas pelo ambiente a qual ele está inserido e de influência de fatores estressores.

Assim, estudo de SANTOS et al (2021) mostrou, através de um estudo de método misto, que no contexto pandêmico pode haver um acréscimo no número de quedas de pessoas da terceira idade, pela influência de fatores estressores, sentimentos e comportamentos intensificados, e inaptibilidade do ambiente domiciliar, junto com as fragilidades inerentes da idade, mostrando também, que o próprio isolamento domiciliar pode ampliar o medo de ocorrência de quedas.

1.2.6 Nutrição

Outro aspecto relevante na AMPI é o estado nutricional. A Associação Americana de Saúde Pública define o estado nutricional como condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e pela utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos. Pode ser detectado a



partir de vários parâmetros, utilizados e avaliados de forma isolada ou associada (MARTIN et al, 2012).

A investigação do estado nutricional de idosos possibilita a prevenção de doenças e a reabilitação da saúde dos mesmos, contribuindo para novas práticas de cuidado, pois os idosos costumam apresentar maior risco nutricional devido a presença de comorbidades e perdas de funcionamento fisiológicas (CAVALCANTE et al, 2017).

Para tanto, recomenda-se a utilização da Mini Avaliação Nutricional (MAN®), que avalia o risco nutricional e identifica aqueles que possam se beneficiar de intervenções precoces (NEUMANN et al, 2014).

Trata-se de avaliação prática, não invasiva, de simples mensurações e com questões rápidas aplicadas em cerca de 10 minutos, desde que realizado por profissional bem treinado. O instrumento também examina o IMC e outros critérios antropométricos amplamente utilizados para avaliar o estado nutricional.

Primeiramente, deve-se realizar a triagem, constituindo a primeira parte do (MAN®), para verificar se a ingestão de alimentos diminuiu e se o peso e o estresse psicológico foram reduzidos nos últimos três meses, assim como a avaliação da mobilidade, os problemas neuropsicológicos e o índice de massa corporal (IMC) de cada indivíduo. Caso a pontuação do escore de triagem for menor do que 12, deve ser realizada avaliação global (segunda parte do instrumento), que consiste em questionar se o idoso, durante o

dia, utiliza mais de três medicamentos, se tem lesões de pele ou escaras, quantas refeições faz, quais os alimentos consumidos e a frequência, a quantidade de líquidos, o modo de se alimentar (sozinho ou com auxílio) e a autopercepção do estado nutricional e de sua saúde em relação a outras pessoas de mesma idade, e por último, deve ser feita a medição da circunferência do braço e da panturrilha (COLEMBERGUE, CONDE, 2011; MARTIN et al, 2012; FERREIRA et al, 2018).

Quadro 11 - Mini Nutritional Assessment (MNA)

TRIAGEM

A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade de mastigar e deglutir?	(0) Diminuição grave da ingesta (1) Diminuição moderada da ingesta (2) Sem diminuição da ingesta
B) Perda de peso nos últimos três meses.	(0) Superior a três quilos (1) Não sabe informar (2) Entre um e três quilos (3) Não houve 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 três meses?	(0) Sim (2) Não
E) Problemas neuropsicológicos?	(0) Demência ou depressão graves (1) Demência ligeira (2) Sem problemas psicológicos
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

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

AVALIAÇÃO GLOBAL

G) O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)	(1) Sim (0) Não
H) Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes por dia?	(0) Sim (1) Não
I) Lesões de pele ou escaras?	(0) Sim (1) Não
J) Quantas refeições faz por dia?	(0) Uma refeição (1) Duas refeições (2) Três refeições
K) O doente consome: - Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (iogurte, leite, queijo) - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovo? - carne, ave ou peixe todos os dias?	(0) Nenhum sim (0,5) Duas respostas sim (1) Três respostas sim
L) O doente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou produtos hortícolas?	(0) Não (1) Sim
M) Quantos copos de líquido (água, <u>sumo</u> , chá, café, leite) o doente consome por dia?	(0) Menos de três copos (0,5) Três a cinco copos (1) Mais de cinco copos
N) Modo de se alimentar:	(0) Não é capaz de se alimentar sozinho (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 (1) Não sabe dizer (2) Acredita não ter nenhum problema
P) Em comparação com outras pessoas da sua idade, como o doente considera sua própria saúde?	(0) Pior (0,5) Não sabe (1) Igual (2) Melhor
Q) Perímetro Braquial (PB) em cm	(0) $PB < 21$ (0,5) $21 \leq PB \leq 22$ (1) $PB > 22$
R) Perímetro da Perna (PP) em cm	(0) $PP < 31$ (1) $PP \geq 31$



Avaliação global (máximo de 16 pontos): (___)

Pontuação da Triagem: (___)

Pontuação total: (___)

Avaliação do Estado Nutricional:

- de 24 a 30 pontos: estado nutricional normal
- de 17 a 23,5 pontos: sob risco de desnutrição
- menos de 17 pontos: desnutrido

Fonte: Nestlé Nutrition Institution

1.3 Contexto Pandêmico

A pandemia COVID-19 aflorou a população idosa como de potencial risco para desenvolver a forma grave da doença, bem como os que tiveram maior letalidade . Na tentativa de desacelerar a transmissão do vírus e proteger as pessoas suscetíveis foi decretado o distanciamento social, isolamento e medidas sanitárias (uso de máscaras, lavagem das mãos e utilização de álcool 70% para higiene das mãos).

Estas estratégias foram importantes, porém além delas também é essencial conhecer a população idoso, para isso a AMPI é importante. Ela pode ser utilizada para descrever informações que servirão como recurso para planejamento, organização e ações de cuidado direcionados às pessoas idosas.



Mesmo na pandemia o rastreio de condições de risco para os idosos, realizado de forma individualizada e detalhada, possibilita identificar os que são suscetíveis, inclusive os que estão mais vulneráveis ao próprio COVID-19. Com o histórico ampliado torna-se mais viável realizar a prevenção, cuidado, reabilitação e orientação.

Nesse contexto, fortaleceu-se a criação de plano de cuidados e acompanhamento do idoso. Mesmo aqueles idosos que encontram-se debilitados e no fim da vida, a AMPI é oportuna para promover a identificação de ações para conforto e bem estar, viabilizando trabalho com empatia e competência, visando confortar o idoso durante a pandemia (SBGG, 2021).

Portanto, realizar AMPI significa promover informações e registros que podem ser utilizados momentaneamente, mas que também servem como subsídios para planejamentos futuros. Principalmente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos devem-se ter as informações da avaliação geriátrica ampla de todos os idosos, de forma a promover estratégias a curto, médio e longo prazo. E diante de situações desfavoráveis, como a da pandemia COVID-19, tem-se dados para potencializar o planejamento e cuidado seguro, qualificado e resolutivo.



2. Plano terapêutico e aspectos profissionais



Agora falaremos sobre a elaboração do plano terapêutico singular para pessoas idosas institucionalizadas. Vem comigo!

2.1 Plano terapêutico singular no contexto das ILPI

O envelhecimento populacional é processo natural da existência humana acompanhada pelo predomínio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que comprometem a capacidade funcional e aumenta a necessidade de cuidado às pessoas idosas. No entanto, a manutenção da saúde desses indivíduos vai além da presença ou ausência das DCNT, engloba a manutenção da autonomia e independência na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Diante da enorme complexidade que pode envolver cuidados direcionados à idosos e a impossibilidade da família em assegurar este cuidado adequadamente, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) surgem como sistema de apoio para providenciar melhores condições de vida, conforto, cuidado, socialização e a manutenção das necessidades humanas em geral (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).



Como discutido anteriormente no capítulo 1, do módulo 2, a equipe multiprofissional na ILPI é essencial para promover ações transformadoras no ambiente de atuação em prol de objetivo comum, a saúde e bem-estar do idoso. O trabalho em equipe, quando pensado como processo, requer o repensar dos papéis e da inter-relação entre os colaboradores em saúde e deles com o usuário da produção em saúde (COSTA, 2007).

Diante disso, o Plano/projeto Terapêutico Singular (PTS) é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2007, p.40). Portanto, o PTS é a colaboração de toda a equipe para compreender o indivíduo e suas necessidades de saúde e, conseqüentemente, para elaboração de propostas de ação individuais que resultam em um único resultado.

2.1.1 Etapas de elaboração do plano terapêutico singular

A primeira etapa contempla o diagnóstico, deverá ocorrer com avaliação orgânica, psicológica e social, ou seja, procurar compreender a historicidade e as necessidades individuais do paciente, que permite uma conclusão a respeito dos riscos e vulnerabilidades do idoso. Essa etapa é importante para a individualização e humanização do tratamento a ser elaborado. Na segunda etapa ocorre a definição de metas, com diagnósticos pela equipe, estes criam metas de curto, médio e longo prazo. A terceira etapa é a separação de responsabilidades, definindo as tarefas de cada profissional com clareza. E por fim há a quarta etapa, a reavalia-

ção, um momento de discussão sobre a evolução do idoso e eficácia do tratamento, fazendo ajustes conforme necessidade (BRASIL, 2007).



Fonte: autora

Importante apontar que a elaboração do PTS e todo seu andamento deve envolver o idoso e sua família, pois sua inclusão resulta em um processo de cuidado mais efetivo e duradouro.

2.2 Papel da assistência social

A consolidação dos direitos voltados à população idosa é definida através da oficialização de Política Nacional do Idoso (PNI), publicada em 1994 e o Estatuto do Idoso,



Fonte: oeiras.pi.gov.br

em 2003, definem-se como os marcos dos direitos da população idosa, e com isso, o serviço social enquanto profissão possui capacidade de intervir nas questões sociais complexas do envelhecimento, atuando nas políticas públicas com o compromisso da defesa e garantia dos direitos sociais (SILVA; SANTANA; DINIZ, 2017).

Segundo a Lei Nº 8.662, 7 de junho de 1993, que dispõe sobre as atribuições do Assistente Social, este possui como competência analisar, elaborar, coordenar e executar planos, programas e projetos que garantam os direitos da população e seu acesso às políticas sociais (BRASIL, 1993).

A legislação prevê centralidade à família quanto aos cuidados e proteção de seus membros, no entanto, a PNI e Estatuto do Idoso reconhecem a responsabilidade compartilhada entre família, sociedade e Estado no cuidado com a pessoa idosa. No contexto da ILPI, como órgão de apoio, o Estatuto do Idoso prevê que esta deve preservar os vínculos familiares, prestar atendimento personalizado e em pequenos grupos, manutenção do idoso na mesma instituição, incluir o idoso em atividades comunitárias, preservar sua identidade e assegurar seus direitos e garantias (OLIVEIRA; HEDLER; SANTOS, 2016).

O Assistente Social atua na defesa e garantia dos direitos do idoso, na mediação das relações familiares e sociais e na resolução de questões burocráticas como INSS, CRAS, auxílio funeral, trabalhando, por exemplo, na aproximação do idoso e sua família quando este vínculo foi quebrado ou na busca por parcerias para a instituição com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar de seus residentes (OLIVEIRA; HEDLER; SANTOS, 2016).

2.3 Papel da enfermagem



Fonte: br.freepik.com

A Enfermagem está inserida em todos os níveis de serviços à saúde e nas ILPI são responsáveis, predominantemente, pela prestação de cuidados de enfermagem assistencial aos idosos. O anexo da Resolução Nº 620/2019 do Conselho Federal de Enfermagem, que delibera sobre as atribuições dos profissionais de enfermagem nas ILPI, atribui ao



enfermeiro responsável técnico, dentre inúmeras responsabilidades:

- Propiciar o atendimento seguro, identificando a necessidade de recursos humanos e materiais para o bom funcionamento da instituição, além de elaborar relatórios sistemáticos de acordo com a resolução Cofen nº 509/2016, ou a que sobrevir; [...]
- Responsabilizar-se pelo planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição; [...]
- Promover Educação Permanente junto aos profissionais de Enfermagem, desenvolvendo ações de capacitação na atenção à saúde da pessoa idosa, bem como o instrumento da qualidade técnica dos profissionais de Enfermagem da instituição, com o intuito de apropriá-los às ações de cuidado com competência, sensibilidade, segurança e responsabilidade (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

Aos Enfermeiros atribui-se a função assistencial com atenção integral voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, coordenar e supervisionar as ações desenvolvidas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, implementar e realizar a consulta de enfermagem ao idoso utilizando a Avaliação geriátrica Ampla, desenvolver planos de cuidado individualizado e entre outras atividades voltadas para a recuperação e manutenção da autonomia do idoso (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

Aos Técnicos e Auxiliares espera-se a execução dos cuidados gerais



ao residente de acordo com a prescrição de enfermagem, bem como a comunicação ao Enfermeiro de qualquer intercorrência, registrando no prontuário do paciente as informações relevantes ao processo de cuidado e participar da elaboração da assistência de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2019).

A Enfermagem por ser a profissão que possui maior contato direto com o idoso, deve estar sempre atenta às mudanças e evoluções do paciente, a fim de comunicá-los aos demais profissionais, e juntos, reorganizar e reelaborar o plano de cuidado. Além disso a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado, que deve ser coordenado pelo enfermeiro de forma sistematizada e organizada. Este profissional geralmente é o que gerencia o cuidado personalizado para as necessidades do idoso.

2.4 Papel da farmácia



Fonte: br.freepik.com

A Portaria Nº 810, de 22 de Setembro de 1989, do Ministério da Saúde, dispõe sobre as normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional, preconiza a inclusão do Farmacêutico nas ILPI.

O Farmacêutico, atuando em equipe multidisciplinar, pode contribuir com questões relativas à problemática dos medicamentos em idosos, monitorando os planos de tratamento, promovendo o uso de terapias custo-efetivas, fracionar medicamentos, conferir prescrições médicas,



esclarecer dúvidas sobre os medicamentos, organização da farmácia da instituição e conferência de estoque e acompanhamento farmacoterapêutico de idosos polimedicados (TORRAQUE C. L. M., 2015).

A polifarmácia tem se tornado cada vez mais comum com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, com o aumento da prevalência das DCNT. Isso eleva o número de fármacos prescritos e o consumo desnecessário de medicamentos que representam potencial risco de reações adversas e interações medicamentosas, que elevam o risco de iatrogenias, hospitalizações e até levam ao óbito. Em um estudo realizado em Santa Catarina com 1.705 idosos entre 2009 e 2010, observou-se a prevalência da polifarmácia em 32% destes idosos, que faziam uso de pelo menos 3.8 medicamentos diferentes (PERREIRA, et al., 2017).

Diante deste cenário, o conhecimento técnico-científico do Farmacêutico concebe a ele atuação importante na utilização e administração correta dos medicamentos e na prevenção dos agravos decorrentes da polifarmácia na ILPI.

2.5 Papel da fisioterapia

A perda funcional e aumento do grau de dependência do idoso é obstáculo enfrentado pela equipe da ILPI e requer a participação multidisciplinar de seus colaboradores para reabilitar e/ou melhorar a capacidade funcional do idoso, e para tal, o Fisioterapeuta possui papel indispensável, pois este é capacitado para prevenção e reabilitação da função motora. Este profissional, a partir de avaliação, identifica as



necessidades individuais para direcionamento das ações da fisioterapia, que possuem como objetivo a preservação da função motora, tratamento das alterações e sintomas das comorbidades e reabilitação funcional do idoso, respeitando suas potencialidades e limitações (BARBOSA; LEONARDI; MARCON, 2017).

A população idosa, devido a sua maior idade, apresenta principalmente declínios funcionais físicos como, atrofia e rigidez muscular e imobilidade no leito, decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e diminuição da massa muscular e



óssea, que acomete frequentemente os membros superiores e inferiores. As ações da fisioterapia possuem o intuito de preservar ou melhorar a funcionalidade do idoso, devendo-se priorizar em idosos institucionalizados, exercícios de desenvolvimento da capacidade respiratória, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular (BARBOSA; LEONARDI; MARCON, 2017).

2.6 Papel da medicina

Todo idoso institucionalizado necessita de acompanhamento médico a longo prazo para reavaliação periódica, exames preventivos e ajuste de medicações. O médico atua também na intervenção de intercorrências a fim de evitar a necessidade de internação hospitalar e evitar perdas de funcionalidade. Neste quesito, a equipe de enfermagem é extremamente importante para sinalizar ao médico responsável os pacientes que devem ser atendidos e aqueles que apresentam alguma intercorrência aguda e que necessita de avaliação imediata.



Fonte: br.freepik.com

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, o médico geriátra, especialista na saúde do idoso, utiliza de abordagem ampla para avaliação clínica, que inclui aspectos psicossociais e aplicação de escalas e testes, para determinar as necessidades específicas de

cada idoso e elaboração de um plano de tratamento, atuando sempre em conjunto com os demais profissionais. As patologias mais encontradas entre esse público são as demências, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, incontinência urinária, e as quedas e cuidados paliativos também são comuns (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2018).

A Lei Nº12.842, de 10 de junho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, o médico possui responsabilidade de desenvolver ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças e a reabilitação dos enfermos, assim como a prescrição de cuidados e indicação de procedimentos com objetivo de manutenção da saúde.

2.7 Papel da nutrição



Fonte: vecteezy.com

No cenário da ILPI atribui-se ao Nutricionista a responsabilidade de monitorar a situação alimentar e nutricional dos idosos, promover ações de hábitos alimentares saudáveis e atuar na prevenção e controle de distúrbios nutricionais. Com o processo do envelhecimento, começam a surgir alterações alimenta-

res, como fracionamento das refeições, diminuição da ingestão hídrica e entre outros e, em função disso, o padrão alimentar se torna inadequado, levando ao agravamento das doenças crônicas (LIMA, et al., 2017).

A fim de promover envelhecimento saudável, o Nutricionista deve elaborar prescrição dietética específica e planejar cardápios, a partir da avaliação e diagnóstico nutricional com mensuração dos dados antropométricos (massa corporal, estatura, circunferência, dobras cutâneas, força de preensão manual, etc) e solicitar exames laboratoriais necessários à avaliação nutricional (LIMA, et al., 2017).

Este profissional também é responsável por coordenar atividades de compra, recebimento, armazenamento, preparo e distribuição dos alimentos e refeições e promover programas de educação alimentar junto aos pacientes, familiares e o restante da equipe multidisciplinar. É importante considerar as preferências alimentares do idoso e respeitar seus hábitos culturais e religiosos no momento da elaboração do plano alimentar e considerar a consistência e característica do alimento conforme as limitações de cada paciente.

2.8 Papel da psicologia



Fonte: unasp.br

Com a institucionalização, o idoso se vê inserido em configuração diferente do ambiente familiar, que pode acarretar, muitas vezes, em sofrimento psíquico ou alguma síndrome geriátrica.



Uma das principais alterações psíquicas identificadas em idosos é a depressão, decorrente de sofrimento enfrentado por perdas, luto e abandono, e doenças que levam à incapacidade. A taxa da doença, em idosos que vivem na comunidade, varia entre 4,8% e 14,6%, porém, em idosos institucionalizados esse percentual chega a 22%. Diante disso, e dos demais sofrimentos psicológicos como demência e ansiedade, por exemplo, o psicólogo deve trazer para este idoso a compreensão de que é possível ser feliz e manter uma qualidade de vida na velhice. Trazer o bem-estar também está atrelado à valorização do idoso enquanto ser social e a forma como a família percebe esse idoso, visto que é fundamental, nessa nova condição de institucionalização, que o idoso não se veja como alguém que está sendo abandonado pela família ou rejeitado pela sociedade. Para tal, o profissional deve promover reflexões e conversas entre o idoso e sua família e/ou responsável, desenvolvendo estratégias de aproximação e relação com a família e com sua nova comunidade da ILPI (SOBRAL; GUIMARÃES; SOUZA, 2018).

O Psicólogo, a partir de sessões individuais e em grupo, pode contribuir para a compreensão do idoso sobre o processo de envelhecimento, trabalhando assim sua autoestima e autoconfiança, o que colabora na evolução de outros tratamentos, como na fisioterapia, dando-lhe incentivo e estimulando a conquista de sua autonomia.

2.9 Papel da terapia ocupacional

A terapia ocupacional possui papel significativo no processo de recuperação do paciente, trabalhando com a funcionalidade do idoso, pois trabalha atividades diárias como, pentear o cabelo, escovar os dentes, se

alimentar ou vestir uma roupa, por exemplo. Essa terapia difere da fisioterapia pois trabalha com a recuperação de uma funcionalidade específica, sistemas menores, enquanto a fisioterapia trabalha na reabilitação dos movimentos de sistemas maiores, como o fortalecimento dos movimentos em geral. No entanto, estes dois profissionais andam juntos no tratamento da reabilitação física do idoso. O Terapeuta Ocupacional trabalha na reeducação de atividades da vida diária, devolvendo ao paciente sua independência e autonomia, realizando a estimulação cognitiva, física e mental.



Fonte: pintarcolorirbr.blogspot.com

A terapia ocupacional “compreende o sujeito dentro de um contexto biopsicossocial e procura por meio de ações, que deem sentido a sua vida, favorecer a reabilitação psicossocial e auxiliar em aspectos sociais, culturais e emocionais” (BARRETO, et al., 2016). No cenário da saúde do idoso e na ILPI, o Terapeuta Ocupacional busca estimu-

lar o resgate e elaborar um plano de tratamento para manter a vida ativa, com participação do idoso nas atividades rotineiras da instituição e de lazer adequadas ao ciclo de vida com orientação sobre as melhores maneiras de desempenho das ações voltadas à manutenção de sua saúde física e mental, garantindo assim sua autonomia, independência e convívio familiar e social (BARRETO, et al., 2016).

3. Redes de apoio



Agora falaremos sobre estratégias para fortalecimento da rede de apoio dos idosos institucionalizados. Vem comigo!

3.1 Bem-estar subjetivo gerontológico

O bem-estar subjetivo (BES) é o modo como uma pessoa avalia sua vida, relacionando sua satisfação com a vida e relações afetivas, considerando afetos, além de outros indicadores, como por exemplo situação econômica e sociodemográfica. Dessa forma, o BES funciona como indicador que permite avaliar o envelhecimento saudável e, compreender a situação de bem-estar dos idosos e, incitar a implementação de medidas para que a satisfação de vida destes idosos seja a melhor possível (ROCHA, et al, 2017).

Para avaliar e intervir no BES de um idoso é preciso conhecer suas relações e indicadores de vida, sejam eles internos ou externos. Os fatores internos estão relacionados com a individualidade do idoso, considerando sua personalidade, espiritualidade e relações interpessoais. Os fatores externos podem ser resumidos em como o idoso está inserido socialmente, considerando sua saúde, educação e questões econômicas, por exemplo. Portanto, tomando conhecimento amplo de todos os âmbitos situacionais de vida do idoso torna-se possível identificar os idosos que apresentam predisposição à debilidade. Um instrumento utilizado para avaliar o BES é



a Escala de Satisfação com a Vida que, embora elaborado em 1980, é utilizado ainda na avaliação de bem-estar da população (ROCHA, et al, 2017).

A partir disso, o apoio social (AS), transmitido por instituições e pessoas, entra com o objetivo de amparar as necessidades apresentadas pelo idoso com o intuito de proporcionar melhor qualidade de vida a idosos e outras pessoas em geral (ROCHA, et al, 2017).

3.2 Apoio social à saúde

Desde o século XIX as relações sociais já eram estudadas pelo sociólogo Emile Durkheim, que enfatizava a relevância dessas relações no âmbito da saúde. A partir disso, enfatizou-se o apoio social, que pode ser compreendido brevemente como a forma multidimensional constituída por vínculos sociais e, principalmente, pela assistência que pode proporcionar às pessoas (MACEDO, et al, 2018).

O AS transmite efeitos positivos sobre a vida das pessoas que o recebem e, para que estes efeitos sejam eficazes, uma estratégia de reconhecimento da população é aplicada. Esta estratégia se resume em: reconhecer a pessoa que necessita de ajuda, avaliar se esta pessoa aceita ajuda, verificar que tipo de ajuda ela precisa, optar por ajudar e decidir como ajudar. Além disso, esse apoio pode ser evidenciado de diversas formas, de maneira emocional, material, informacional, entre outros (MACEDO, et al, 2018).



Além do apoio social existem as redes de apoio social, que são as relações pessoais que as pessoas possuem com determinado grupo e podem ser alteradas durante a vida e tem relação direta com as características do indivíduo. Dentro das redes de apoio social está inserido o apoio, que agregados constituem como função no âmbito da saúde, melhorar ou restabelecer a qualidade de vida, afetando positivamente a vida das pessoas (RODRIGUES; LEITE; 2017).

Estudos demonstram que o apoio social e redes de apoio social têm impacto essencial na velhice, promovendo o bem-estar e a satisfação com a própria vida, pois esse apoio promove o acolhimento e ameniza o impacto do envelhecimento e da solidão (RODRIGUES; LEITE; 2017).

Entretanto, é necessário diferenciar as redes de apoio social do apoio social propriamente dito, uma vez que nem todas as relações sociais propiciam apoio e algumas delas podem causar efeitos negativos não esperados. É importante lembrar que o apoio social compreende a interação do indivíduo com o seu meio e o resultado dessa relação resulta em modos a suprir suas necessidades e as relações são todas as interações que o indivíduo tem em geral no meio em que está inserido, as quais não necessariamente podem resultar em apoio (RODRIGUES; SILVA; 2014).

3.3 Estratégias para fortalecimento de redes de apoio a idosos institucionalizados





Nas ILPI, os idosos que não recebem apoio e não possuem rede de apoio social tendem a demonstrar sentimentos de tristeza e de desvalorização da própria vida, fazendo com que isso tenha efeitos diretos em seu estado de saúde, prejudicando-os. Por esse motivo é importante que dentro das ILPI, relações sociais entre os idosos institucionalizados, família e outras instituições sejam estabelecidas (RODRIGUES; LEITE; 2017).

As redes de apoio sociais contribuem para o cuidado com a saúde do idoso institucionalizado. Estudos demonstraram que, quando há falta de redes de apoio, a vulnerabilidade desses idosos em manifestar doenças aumenta. Além disso, as redes de apoio social são uma das dimensões mais importantes quando se trata da melhoria da qualidade de vida das pessoas, especialmente das idosas. Portanto, é imprescindível a intensificação de financiamentos e criações de projetos que visem o bem-estar do idoso que está institucionalizado (RODRIGUES; LEITE; 2017).

As redes de apoio social de idosos têm como objetivo proporcionar melhores interações sociais, resultando em sentimentos de inclusão e valorização. Melhores interações sociais afetam diretamente a saúde do idoso, contribuindo com o seu bem-estar, qualidade de vida e envelhecimento saudável. O apoio social auxilia o idoso a confrontar problemas advindos do processo de envelhecimento, ausência de parentes mais próximos, isolamento e institucionalização, pois a institucionalização pode restringir o idoso ao contato social apenas com funcionários da instituição e alguns outros poucos idosos que também se encontram institucionalizados (RODRIGUES; SILVA; 2014).



Idosos institucionalizados possuem redes de apoio social mais defasadas comparadas aos idosos não institucionalizados. Por esse motivo, torna-se imprescindível fortalecer as relações de apoio social dentro das ILPI com o intuito de preservar a saúde, qualidade de vida e de envelhecimento do idoso mesmo institucionalizado. O amparo mútuo entre os idosos fortalece vínculos, diminui o estresse e propicia ao idoso maior facilidade em adaptar-se (RODRIGUES; SILVA; 2014).

3.4 Rede de apoio ao idoso na pandemia COVID-19

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por mais de 80% dos idosos que são dependentes do sistema para seus cuidados de saúde. Com a pandemia COVID-19, o SUS passa por desafios e passa a ser cada vez mais necessitado de políticas públicas para promover saúde a todos os idosos brasileiros. No País o envelhecimento precoce e não saudável da população é influenciado pela falta de políticas públicas que visem promoção da saúde, envelhecimento saudável, proteção aos mais necessitados e redes de apoio social (KALACHE, et al, 2020).

As políticas públicas, em situação de pandemia, devem considerar às necessidades que os idosos, institucionalizados ou não, apresentam e, dessa forma, considerar o meio social em que estão inseridos, para que a rede social de apoio possa atuar da melhor forma com o objetivo de proporcioná-lo melhor qualidade de vida. Além disso, as políticas públicas devem ser reforçadas na atenção primária de saúde, oferecendo suporte orientativo às ILPI, aos idosos em situação de moradia de rua, aos idosos que ainda necessitam de trabalho e àqueles que se encontram em estado de



cuidados paliativos (KALACHE, et al, 2020).

Os riscos de uma rede de apoio social que fornece apoio inadequado está diretamente relacionada ao aumento da taxa de mortalidade, condições patológicas e vulnerabilidade (GUEDES, et al, 2017).

Portanto, o Ministério da Saúde, em decorrência da pandemia de coronavírus e do distanciamento social, orientou aos gestores de ILPI que, durante a pandemia, a rede de apoio social e familiar fosse fortalecida, visto que têm impacto direto na saúde do idoso e refletem em sua qualidade de vida. Esse fortalecimento advém do poder público e gestores de saúde que se direciona às instituições se reflete em apoio aos idosos (PETERMANN, et al, 2020).

4. Recuperação pós COVID-19



Agora vamos falar sobre a preparação para receber pessoas idosas que passaram por internamento prolongado do COVID-19. Vem comigo!

4.1 Idosos e a COVID-19

Os idosos possuem a maior taxa de letalidade da COVID-19, em decorrência das doenças crônicas e comorbidades pré existentes, tornando-os mais vulneráveis à infecções (HAMMERSCHMIDT e SANTANA,



2020). Dessa forma, Instituições de Longa Permanência tiveram que atentar para novos protocolos de controle de infecção, na tentativa de evitar possíveis surtos da COVID-19 dentro dessas instituições. Um surto do novo coronavírus dentro de uma instituição de longa permanência de idosos poderia acometer cerca de 60% da população (FHON et al 2020).

Sabendo da gravidade da COVID-19 em pessoas idosas, e também sabendo da situação de fragilidade que encontram os idosos nessas instituições, deve-se pensar no cuidado mantido com os idosos que vieram de um longo período de internamento hospitalar pós infecção com COVID-19.

4.2 Recuperação do idoso pós COVID-19



A condição que o idoso vivencia no pós-COVID-19 é desafiadora, pois a doença, e principalmente a necessidade de internação com ventilação mecânica devido ao comprometimento pulmonar, pode deixar sequelas musculoesqueléticas (como sarcopenia e fraqueza muscular), sequelas neurológicas (como dano temporário no trato olfatório, vertigem, cefaléia e alterações no estado da consciência) e sequelas cardiovasculares (como arritmia, lesão miocárdica viral, hipóxia e hipotensão) (AVILA, PEREIRA E TORRES, 2020).

A reabilitação da COVID-19, envolve tratamento multidisciplinar, pois acomete algumas dimensões da saúde. O fato de ser condição clínica e funcional recentemente descoberta, é necessário não só a interdisciplinaridade na reabilitação, como também na troca de informa-



ções entre as diversas áreas para promover ações mais qualificadas (ORSINI et al, 2020).

Após avaliação funcional e respiratória do paciente com sequelas da COVID-19, deve-se ter atenção ao sistema respiratório. Apesar de até o momento (junho 2021) não ter estudos específicos e literatura que responda com exatidão quais as limitações e melhores terapias, pesquisas sugerem que os comprometimentos funcionais se assemelham com pacientes de doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC). Assim, deve-se considerar a reabilitação dos pacientes de DPOC (AVILA, PEREIRA E TORRES, 2020).

Um estudo pioneiro de Liu et al (2020) descreveu um programa de reabilitação multidimensional, para pessoas com 65 anos ou mais que tiveram COVID-19, de 6 semanas e seus resultados foram promissores. Houve o uso de espirometria, que mostrou melhora na função pulmonar, teste de caminhada de 6 minutos, que serviu para mensurar a melhora da capacidade funcional e respiratória, bem como exercícios para as atividades da vida diária e alongamentos para a melhora da funcionalidade (ORSINI et al, 2020).

Nos resultados foram abordados melhora na independência das atividades da vida diária e qualidade de vida (física e emocional) de forma generalizada. Com diferença significativa na capacidade respiratória/pulmonar/cardíaca pós reabilitação e também melhora na função social, emocional (em questão de sintomas depressivos e ansiosos), dor muscular e energia.



Nesse contexto também, Baker-Davies et al (2020) publicaram o consenso de Stanford Hall sobre a reabilitação de sobreviventes da COVID-19, abrangendo diversas áreas da saúde indicando principalmente após alta da unidade de terapia intensiva e/ou ventilação mecânica, recomendações específicas para pacientes com sequelas pulmonares, cardíacas, psicológicas, musculoesqueléticas, reumatológicas, hematológicas, dermatológicas e endócrinas.

4.3 Preparação da ILPI para receber idoso em reabilitação pós COVID-19

Considerando a gravidade em que o vírus acomete pessoas idosas, é esperado que desde 2020 as instituições de longa permanência para pessoas idosas tiveram que se adequar a receber idosos frágeis após longo internamento hospitalar, ou após UTI. No momento atual (junho de 2021), não há literatura específica que regularize as normas e as mudanças de estrutura e pessoal que as ILPI devem realizar ao receber sobreviventes em estado frágil de reabilitação.

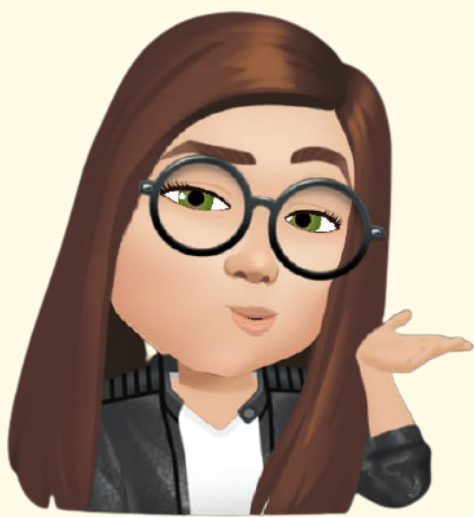
Porém, a necessidade de pessoal qualificado é primordial, para prover uma atenção especializada que possa ajudar os idosos em cada âmbito de sua recuperação.

Além disso, a organização da ILPI deve ser repensada, trazendo conforto e estabilidade aos idosos sobreviventes da COVID-19. Deve-se ter atenção especial para os idosos que estão com sequelas e alterações fun-



cionais ou psicológicas, promovendo ações de saúde que possibilitem atender as necessidades específicas de cada idoso. Também se recomenda após a chegada do idoso do ambiente hospitalar que o mesmo permaneça em isolamento por 14 dias, evitando contaminações ou transmissão do SARS-CoV-2.

5. Vacinas para COVID-19



Agora vamos falar sobre aspectos relevantes acerca das vacinas desenvolvidas e em desenvolvimento contra a COVID-19. Vem comigo!

5.1 Processo de criação de vacinas

A pandemia COVID-19 tem nas vacinas a esperança mais promissora e ansiosamente esperada (GAO et al, 2020). Uma vacina eficaz será crucial para controlar a pandemia, que infelizmente acometeu cerca de trinta e um milhões de indivíduos em todo o mundo e matou um milhão de pessoas (FREDERIKSEN et al, 2020).

Com a publicação do código genético do agente viral SARS-CoV-2, em janeiro de 2020 iniciou-se intensa atividade global para produção de vacina eficaz contra a COVID-19. Houve desenvolvimento, sem precedentes, de forma extremamente acelerada para a produção e testa-



gem de tecnologias de criação dos, tanto que, a primeira vacina entrou em fase de teste em humanos em Março de 2020 (THAHN LE et al, 2020).

O processo de produção vacinal segue as fases de estudo clínico, com etapas pré-clínicas, realizadas em laboratórios, em geral, em modelos animais, objetivando avaliação de dose e toxicidade nesta população. Os ensaios clínicos, em humanos, são divididos em três etapas (LIMA et al, 2021). Os estudos de fase 1 visam avaliar a segurança do produto, enquanto os de fase 2 avaliam segurança, dose e frequência de administração, bem como sua imunogenicidade. Os de fase 3 têm como desfecho principal a avaliação de eficácia do produto, através de ensaios clínicos controlados, randomizados, envolvendo milhares de voluntários. Após a publicação científica desses dados, a vacina candidata é submetida à avaliação pelas agências reguladoras, para posterior produção e distribuição. Por fim, os estudos de fase 4, ou de pós-licenciamento, estimam os efeitos e eventos adversos após a utilização da vacina em larga escala na população alvo (STEVANIM, 2020). Cada etapa deste processo dura em média vários meses a anos.

Portanto, a complexidade de criação da vacina é desafiadora. O processo inicia-se com o descobrimento e validação do alvo (neste caso, o Sars-CoV-2), depois, vem a fase pré clínica, processo inicial de formulação dos bioprocessos, seguidamente inicia-se a análise, que inclui: Fase I (segurança), Fase II (segurança e imunização), Fase III (segurança, eficácia e regulamentação), finalizando o processo com a revisão da regulamentação da vacina em questão (HEATON, 2020).



Outro ponto importante no processo de criação de vacina é que apesar da quantidade exorbitante de vacinas em estudo em abril de 2020, as vacinas não são iguais. Há diversidade impressionante na produção de formulações contra o COVID-19, várias tecnologias de produção estão sendo avaliadas, incluindo ácidos nucleicos (DNA e RNA), uso de vetores virais (replicantes e não replicantes), vacinas virais (atenuadas e inativadas) e as vacinas proteicas (recombinantes ou de VLP – partículas semelhantes ao vírus – tecnologia utilizada na vacina de HPV) (THANH LE et al, 2020; MUKHERJEE et al, 2020). Isso faz com que o caminho que cada perpassa seja diferente, com diferentes regulamentações e tempo de estudos.

5.2 Principais vacinas em desenvolvimento

O coronavírus, inicialmente descoberto como causador de doenças respiratórias em animais, foi identificado 3 vezes em infecções humanas: O SARS, na China em 2003, o MERS no Médio Oriente em 2012 e o SARS-2, ou COVID-19, também da China, causador da pandemia. O vírus do COVID-19 se apresentou mais transmissível, de forma que, em 4 meses de pandemia ocorreram mais de 142.000 casos, decretando estado de emergência mundial pela Organização Mundial da Saúde (QUINTELLA et al, 2020).

A complexidade da pandemia do COVID-19, apesar de traumatizante, serviu de destaque para a maturidade da ciência biotecnológica no desenvolvimento de vacinas – de forma extremamente rápida e eficiente – contra o vírus SARS-CoV-2.



Até janeiro de 2021 haviam oito vacinas, por todo o mundo, que estavam aprovadas – por agências regulatórias – para uso emergencial, ou seja, vacinas eficazes e seguras, que tinham bons resultados na fase clínica III, e boas práticas de fabricação (PROFISSÃO BIOTEC, 2021).

A maioria das vacinas estudadas para a COVID-19 visa induzir anticorpos neutralizantes contra as subunidades virais, a maior parte delas tendo como alvo a região RBD (do inglês domínio de ligação do receptor) da proteína mais conservada do vírus, a Spike (S), impedindo assim, a captação do vírus pelo receptor ACE2 (enzima conversora da angiotensina 2) humano (CADDY, 2020). Não está claro como as variantes da proteína S utilizadas em diferentes candidatas à vacina se relacionam entre si ou com a epidemiologia genômica da doença (THANH et al, 2020). Desta forma, diversas vacinas candidatas para COVID-19 foram desenvolvidas ou estão em fase 3 (desenvolvimento), na sequência apresenta-se quadro 12 com as principais vacinas e mecanismo de ação.

Quadro 12- Vacinas candidatas para COVID-19

Vetor Viral	Genéticas-RNA	Proteicas	Virais Inativadas
AstraZeneca/Oxford (Reino Unido). Adenovírus de Chimpanzé (ChAd).	Pfizer/BioNTech (Alemanha). RNA mensageiro	Novavax (Estados Unidos). Subunidades.	Sinovac (China).
CanSino Biological (China). Adenovírus humano tipo 5 (Ad5).	Moderna (Estados Unidos). RNA mensageiro.		Sinopharm Wuhan (China).
Gamaleya (Rússia). Adenovírus humano tipos 5 e 25 (Ad5 e Ad26).			Sinopharm Beijin (China).
Jansen (Estados Unidos). Adenovírus humano tipo 26 (Ad26)			

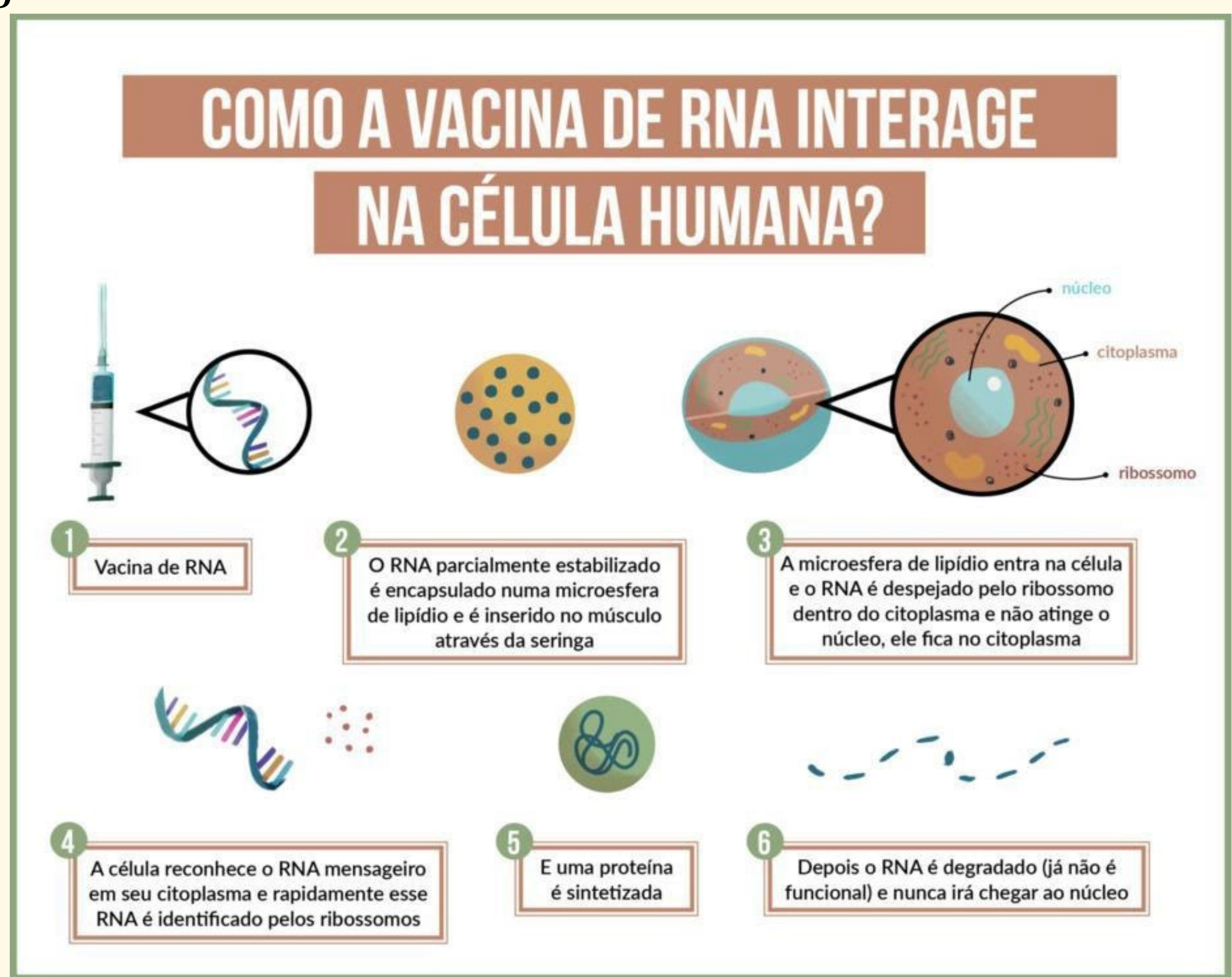
FONTE: LIMA et al, 2021.

5.2.1. Tozinameran



Na categoria de vacinas genéticas destaca-se a vacina de nome Tozinameran, colaboração dos laboratórios Pfizer, dos Estados Unidos e BioNTech da Alemanha, é uma vacina de tecnologia de RNA mensageiro nucleosídeo-modificado, encapsulada em nanopartículas lipídicas. A

parte proteica Spike do vírus, que é a parte que penetra nas células humanas, têm a habilidade reduzida. Assim, o RNA mensageiro sintético auxilia o organismo de quem foi vacinado a gerar anticorpos contra o vírus. A forma de interação da vacina na célula humana está apresentada na figura abaixo.



Fonte: UFSM, 2020.



Esta vacina tem esquema de duas doses, e resultados de estudos comprovaram que a eficácia foi de 95%, não havendo efeito colateral grave.

Baseada em mRNA, a vacina produzida pelo laboratório americano Pfizer, em parceria com a empresa de biotecnologia alemã BioNTech, demonstrou boa resposta na indução de imunidade humoral e celular em seus estudos de fase 1 e 2. Os resultados mostraram títulos de anticorpos neutralizadores em média 1,8 a 2,8 vezes maiores quando comparados com painel de soros humanos convalescentes de COVID-19 (MULLIGAN et al, 2020).

Um contraponto da vacina da Pfizer, em contexto brasileiro, é a dificuldade de armazenamento das vacinas, que teriam que ficar a -75 graus Celsius. Esta vacina foi aprovada pela Anvisa em fevereiro de 2021.

5.2.2 Moderna

Outra vacina na categoria genética é a do laboratório Moderna Therapeutics, dos EUA, criou a vacina mRNA-1273. Essa vacina também é de RNA mensageiro, com diferença na mutação do Spike e na nanopartícula lipídica usada, em comparação com a vacina da Pfizer. Apesar de ser muito semelhante em tecnologia, a vacina da Moderna pode ser armazenada em freezers comuns — -20 graus.





A vacina, codifica a proteína S estabilizada, resultando em produção de grande quantidade de anticorpos neutralizantes em todos os participantes estudados, detectados por dois métodos diferentes, e com valores semelhantes aos de amostras de soro de pacientes convalescentes, com eventos adversos autolimitados (JACKSON et al, 2020).

As vacinas de RNA mensageiro têm demonstrado, excelente perfil de segurança e com boas respostas imunes celular e humoral. Tem a vantagem de serem produzidas em maior escala, por se tratar de produtos sintéticos, e a desvantagem de serem produtos que requerem conservação em congelamento. O RNA vacinal é envolto em uma camada lipídica, evitando assim, sua degradação.

A ANVISA aguarda o requerimento do laboratório para uso emergencial da vacina para o Brasil (CNN, 2021). Sua eficácia também é de 95%, em duas doses de aplicação.

5.2.3 Coronavac

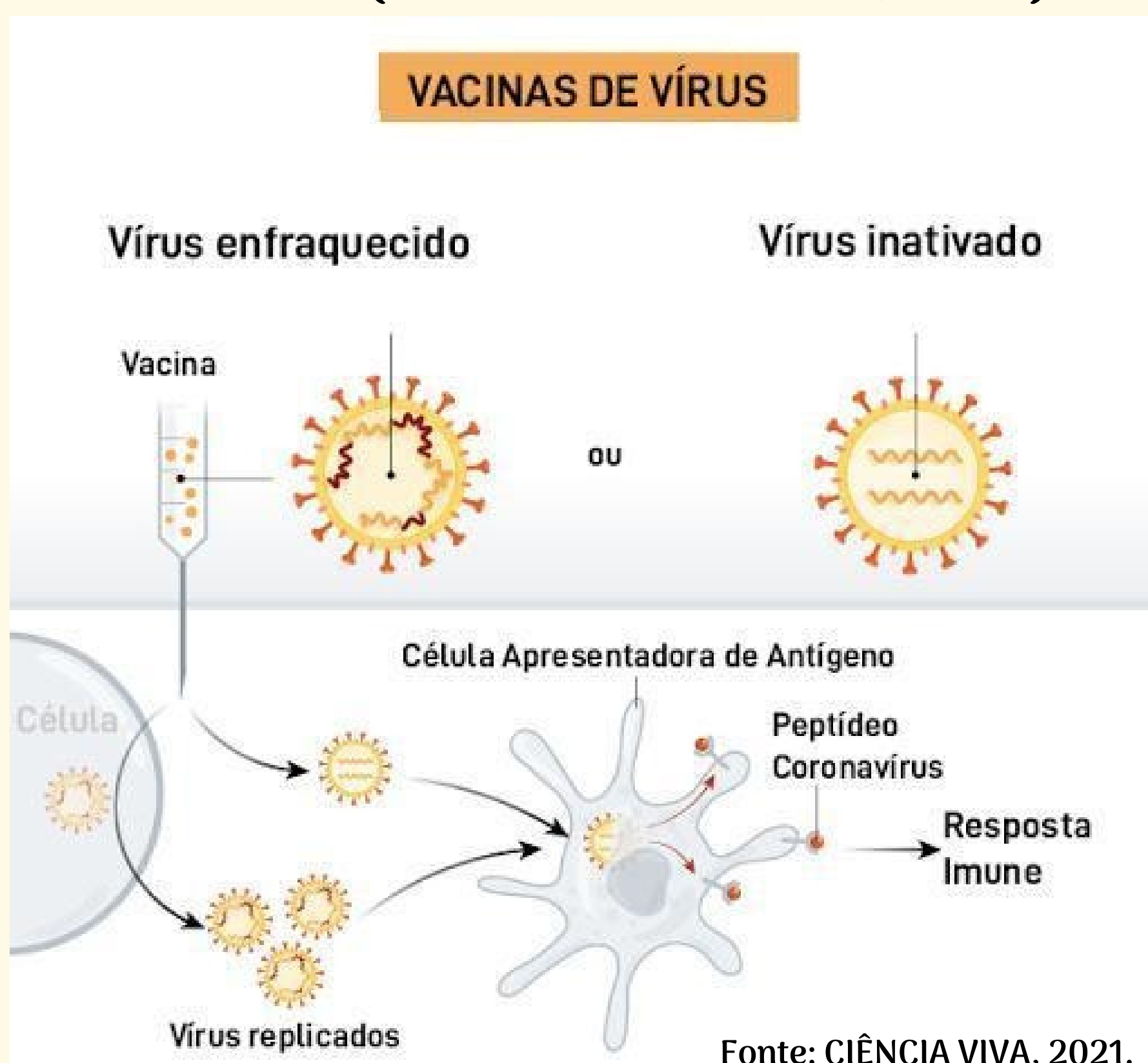


A vacina Coronavac, proveniente do laboratório Sinovac da China, tem parceria de compartilhamento de tecnologia com o Instituto Butantan, que faz a manipulação e envase desta no Brasil. Essa vacina, diferente da Moderna e Pfizer, usa o método de vírus inativado, sendo assim, o vírus Sars-CoV-2 é desativado, misturado com alguns reagentes que provocam resposta imune, e injetado no paciente.

Tecnologias tradicionais de produção de vacinas como as de vírus vivos atenuados ou inativados vêm sendo utilizadas em diversos ensaios clínicos. Preocupações com a biossegurança de vacinas atenuadas têm dificultado os estudos com essa plataforma, e algumas vacinas inativadas já estão em fase 3 de testes (KRAMMER et al, 2020).

A vacina CORONAVAC, utiliza a plataforma clássica de vírus inativado, com cultivo celular do vírus em células vero com posterior inativação. A figura abaixo apresenta informações sobre a atuação da vacina no organismo.

Nesse método de vacina, a resposta imunológica do paciente se dá com o encontro com o vírus inativado e seus adjuvantes. Estima-se a eficácia dela entre 50,38% amplo, e 100% em casos graves. Assim, no Brasil, em maio de 2021, existem milhões de pessoas vacinadas com a Coronavac, que se dá com a fase 3 concluída (PROFISSÃO BIOTEC, 2021).



5.2.4 Astrazeneca



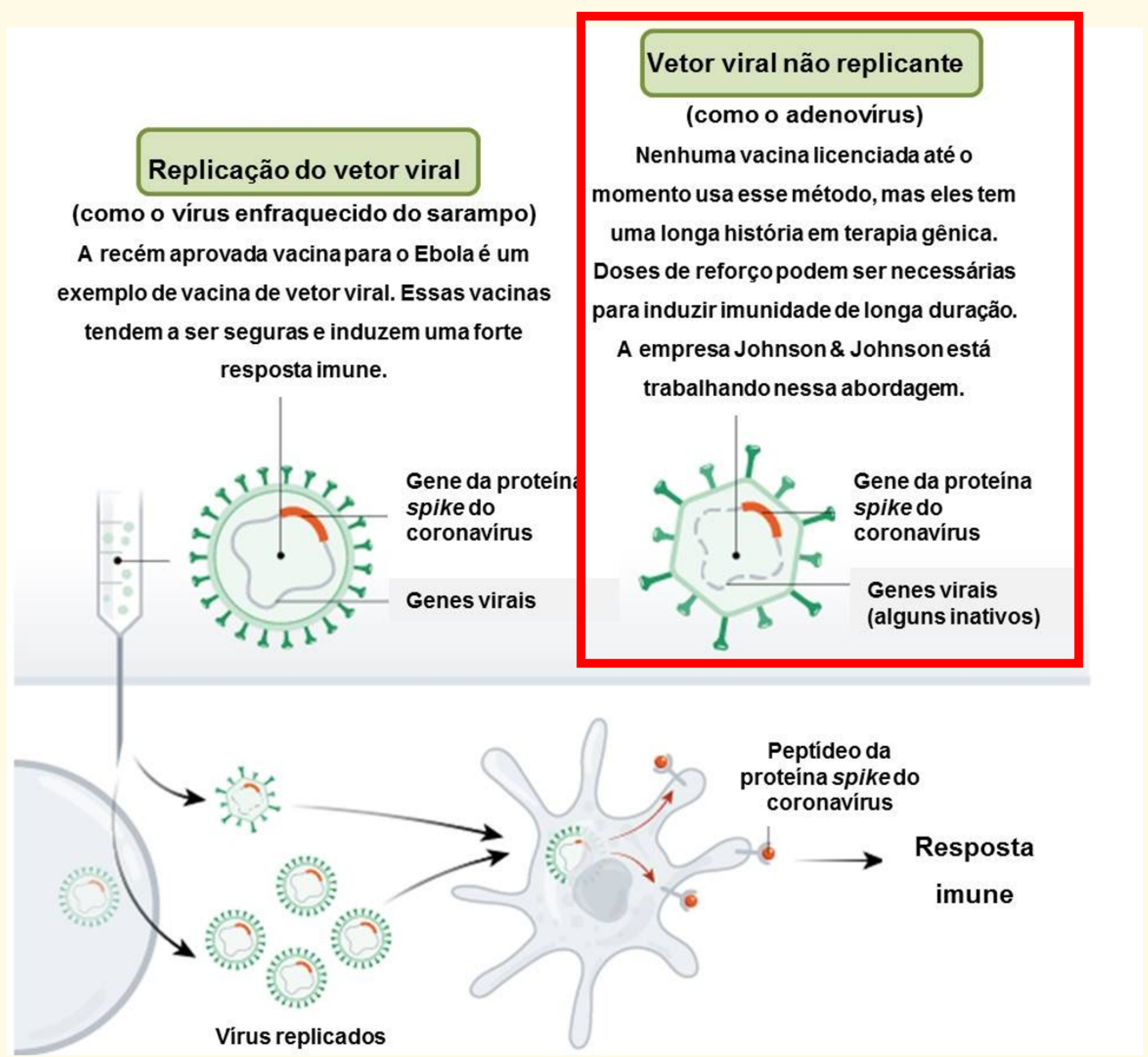
Essa vacina de nome Covishield é produto criado pela união da Universidade de Oxford e a farmacêutica AstraZeneca. No Brasil, a Fiocruz forma parceria para produção da vacina, mediante recebimento de materiais (GUIMARÃES, 2020). A tecnologia usada nela é diferente das outras mencionadas acima, utiliza-se o

adenovírus de chimpanzé (GUIMARÃES, 2020), sendo que são utilizados adenovírus não replicantes como principais vetores virais, podendo ser humanos (Ad5 e Ad26) ou de símios (Chimpanzés ChAd) (KRAMMER, 2020).

A vacina ASTRAZENECA (ChAdOx1 nCoV-19) é baseada em vetores virais, desenvolvida na Universidade de Oxford, na Inglaterra, em parceria com o laboratório AstraZeneca, induz robusta resposta imune, incluindo resposta celular, após a aplicação de duas doses. Utiliza, como vetor, um adenovírus de chimpanzé não replicante que expressa a proteína S do SARS-CoV-2. Os estudos de fase 1 e 2, envolvendo grupo controle com vacina conjugada meningocócica em adultos saudáveis, mostraram resposta específica de células T no 14º dia após aplicação, com anticorpos neutralizantes detectados entre 91 e 100% dos pacientes, apresentando perfil de segurança aceitável (FOLEGATTI et al, 2020).

A figura mostra o esquema da vacina Coveshield. A vacina de adenovírus funciona de forma que a sequência para a codificação da proteína *Spike* do Sars-CoV-2 seja capaz de replicar na célula humana, assim, funciona de maneira semelhante com as vacinas de mRNA. A eficácia da vacina está em

70,4% e no dia 08/01/2021 a Fiocruz solicitou o pedido de uso emergencial no Brasil (PROFISSÃO BIOTEC, 2021).



Fonte: PROFISSÃO BIOTEC, 2021.

5.2.5 Sputnik V

O imunizante russo, de nome Sputnik V foi produzido pelo Instituto de Pesquisa Gamaley, e utiliza a tecnologia de adenovírus não-replicante, parecida com a Astrazeneca, a diferença está na utilização de dois adenovírus humanos. A vacina russa utiliza como vetor viral o Ad26 na primeira e o Ad5 na segunda dose. Há proposta de ampliar a vacinação para todos os cidadãos russos em outubro e o governo do estado do Paraná está negociando acesso à chamada vacina Sputnik V (LIMA et al, 2021).



O esquema vacinal é dividido em duas doses e tem a eficácia de 91,4%. No Brasil, a União Química farmacêutica fez acordo com o Instituto Russo para a produção da Sputnik V em 21/01/2021, ficando no aguardo da resposta da Anvisa (PROFISSÃO BIOTEC, 2021).

5.2.6. BBIBP-COR V



Essa vacina é produzida pela estatal Sinopharm da China, também apresenta o método de vírus inativado e estima-se que sua eficácia esteja entre 79,34% e 86% de acordo com os resultados da fase 3. Requer esquema de aplicação em duas doses (LOURENÇO, 2021).



5.2.7. Covaxin

A vacina Covaxin é produzida pela parceria da empresa Bharat Biotech da Índia e o Conselho Indiano de Pesquisa Médica (ICMR). Ela utiliza o método de vacina de vírus inativado, como a da Sinovac e sua estimativa é de 60% de eficácia em duas, considerando que até o presente momento, início de 2020, a fase 3 da vacina ainda está em andamento (PROFISSÃO BIOTEC, 2021).



5.3 Vacinação

Em contexto nacional, até maio de 2021 havia cerca de 18,5% de pessoas vacinadas com a primeira dose da vacina contra a COVID-19 e cerca de 8,8% com a segunda dose. No contexto Global, há 1,65 bilhões de doses aplicadas, independente da vacina, cerca de 387 milhões de pessoas totalmente vacinadas, totalizando 5% da população mundial (OUR WORLD IN DATA, 2021).

5.4 Variantes do vírus e vacina

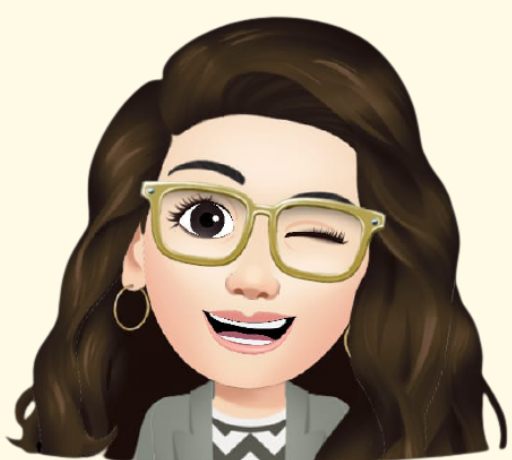
Algumas variantes do vírus causador da COVID-19, estão sendo e foram confirmadas durante a pandemia COVID-19, estas mutações do vírus agravam a situação sanitária mundial. Uma das razões para o vírus estar se modificando pode envolver a baixa quantidade de pessoas vacinadas, dessa forma, a mutação do vírus acontece em pessoas que não foram vacinadas ainda, bem como o uso indiscriminado de medicamentos sem comprovação científica, gerando resistência do vírus (RUBIN, 2021).



Contando a partir da premissa de que as vacinas são baseadas na proteína Spike do vírus e de que haja mutações nesta proteína, traz à tona a preocupação da real eficácia das vacinas contras as novas variantes encontradas, e com razão. Estudos na África do Sul apresentaram diminuição na eficácia da Astrazeneca em exposição à variante B.1.351 do coronavírus (RUBIN, 2021). Não se tem literatura até o momento (maio de 2021) que nos diga com certeza se haverá necessidade de manipular as vacinas feitas para acatar as novas variantes do COVID-19.

A comunicação adequada com a população, informando os reais benefícios da vacina, suas limitações e a importância da proteção individual e coletiva incita grande desafio a ser enfrentado, em função de questões geopolíticas envolvidas. São muitos os desafios científicos, éticos e políticos a serem superados. Não existem ainda informações sobre a repercussão da vacina bem-sucedida contra o SARS-CoV-2 no mundo, mas os esforços envolvendo a sua formulação e produção são sem precedentes (LIMA et al, 2021).

6. Óbito



Agora vamos falar sobre declaração de óbito, documentação legal e encaminhamentos/notificações. Vem comigo!



6.1 Notificação de óbito

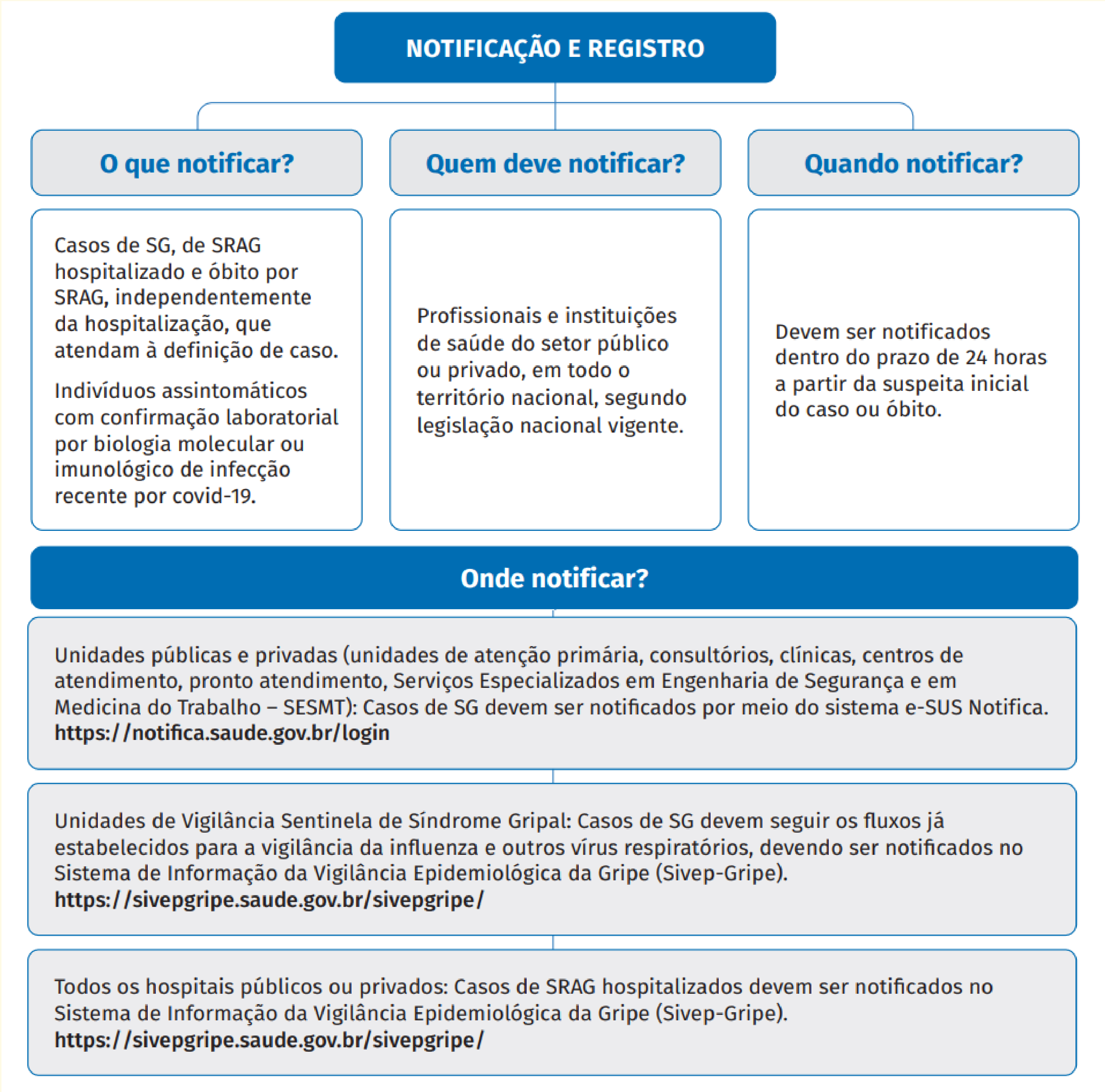
Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, atualizados no dia 03 de Junho de 2021, o Paraná registra desde o começo da pandemia 1.108.126 casos confirmados da COVID-19 e 26.916 óbitos (BRASIL, 2021).

Esses óbitos só puderam ser contabilizados devido às notificações realizadas pelos diversos serviços de assistência em saúde por meio de sistemas protocolados por órgãos governamentais. No Brasil, a vigilância dos vírus respiratórios de importância em saúde pública é realizada por meio de uma Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), em conjunto com laboratórios de saúde pública. Os serviços que compõem a rede têm como finalidade o monitoramento epidemiológico, por meio da captação de casos de SG, de SRAG hospitalizados e/ou óbitos por SRAG. O monitoramento desses casos é feito por meio da coleta de amostras clínicas e encaminhamento aos laboratórios para pesquisa do vírus SARS-CoV-2 e da notificação desses casos no Sistema de Vigilância Epidemiológica da gripe (Sivep-Gripe), como descrito anteriormente no capítulo 1 do módulo 6 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2021).

Óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no Sistema Sivep-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe>), e o registro de óbito notificado, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (<http://sim.saude.gov.br/default.asp>). Caso o município não possui cadastro no Sivep-Gripe, este deve ser realizado por



meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de sua vigilância para correta notificação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2021).





E quando for óbito?

Os óbitos por SRAG, independentemente de hospitalização, devem ser notificados no Sivep-Gripe. <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>

Em situações de óbito por SRAG, em municípios que não possuem cadastro no Sivep-Gripe, por não terem unidade hospitalar, orienta-se que o cadastro no Sivep-Gripe seja via o CNES de suas vigilâncias para a correta e oportuna notificação.

As orientações sobre o preenchimento e emissão da Declaração de Óbito e registro no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) se encontram disponíveis nos documentos "Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19" e "Orientações para codificação das causas de morte no contexto da COVID-19". www.saude.gov.br/coronavirus

(Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021)

6.2 Declaração de óbito

O profissional médico é responsável pelo preenchimento das condições e causas de óbito (Bloco V) da Declaração de Óbito (DO), no entanto, outros profissionais devem conhecer o processo de notificação a fim de acompanhar seu andamento, identificar equívocos e esclarecer possíveis questionamentos vindos de familiares.

6.2.1 Preenchimento das condições e causas de óbito (bloco v)

A terminologia “COVID-19 ” deve ser utilizada para toda certificação de morte pela doença do coronavírus 2019, pois existem muitos tipos de coronavírus, e assim, ajuda a reduzir a incerteza quanto à classificação e



codificação, assim como monitorar corretamente estas mortes. A COVID-19 deve ser registrada no atestado médico de causa de morte para todos os óbitos que a doença causou, ou se assume ter contribuído para a morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2020).

A COVID-19 deve ser registrada na parte I da DO, com respeito à ordenação da cadeia de causas, iniciando-se pela causa básica na última linha do atestado. As causas subsequentes, decorrentes da causa básica, devem ser registradas nas linhas acima daquela onde for registrada a COVID-19, enquanto na parte II da DO deve ser registrada as comorbidades que contribuíram para a morte. Importante apontar que, em algumas situações, COVID-19 pode ser entendida como contribuinte para a morte, e não como causa básica, devendo assim ser registrada na parte II (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2020).

O tempo transcorrido entre o diagnóstico informado na parte I e a morte, deve ser registrado à direita da respectiva causa e, algumas informações adicionais importantes sobre o registro da DO inclui: (1) não informar o código das doenças (CID-10), pois esse campo é reservado aos codificadores das Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde; (2) o campo 39, referente a “necropsia”, só deverá ser preenchido se houver a execução do procedimento; (3) se, no momento do preenchimento da DO, a causa da morte ainda não estiver confirmada para COVID-19, mas houver suspeita, o médico deverá registrar o termo “suspeita de COVID-19” na parte I, onde a confirmação ou descarte da COVID-19 ficará sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2020).

6.2.2 Exemplos de preenchimento do bloco v

A: Masculino, 45 anos, com hipertensão arterial e obesidade mórbida há 15 anos, que evoluiu para óbito. Foi admitido no hospital com quadro de infecção respiratória aguda (três dias antes do óbito). No dia seguinte, progrediu para pneumonia (dois dias antes do óbito). O quadro agravou, apresentando insuficiência respiratória aguda (horas antes do óbito). Foi realizado teste laboratorial para COVID-19 com resultado positivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2020).

CETO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
☒ A mulher morreu ☐ Na gravidez ☐ No aborto/amorço ☐ De 42 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ Ignorado ☐ No parto ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ Não ocorreu nenhum período		☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado		☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado	
CAUSAS DA MORTE PARTE I Causa ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANTE DORANTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo decorrido entre o início da doença e a morte	
CAUSAS ANTERIORES Causas anteriores, se existentes, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em 100g 1 causa direta.					
a Insuficiência respiratória aguda				horas	
b Pneumonia				2 dias	
c Infecção respiratória aguda				3 dias	
d COVID-19				10 dias	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiveram, porém, na cadeia causal.		Hipertensão		15 anos	
		Obesidade		15 anos	

(Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020)

B: A.M.C, 49 anos, relatou quadro febril diário há 15 dias, com controle da febre em domicílio. Foi admitida no hospital com quadro de insuficiência respiratória aguda (9 dias antes do óbito) que se agravou, evoluindo para síndrome respiratória aguda grave dois dias após a admissão. Os familiares relataram que a falecida era portadora de diabetes tipo 2 há 15 anos e que esteve em contato com um paciente com COVID-19. Houve coleta de material para exame laboratorial para COVID-19, porém não teve acesso ao resultado até a emissão da DO (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2020).



ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No abortamento 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado ☐ 9

2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 8 ☒ Não ocorreu nestes períodos

38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☒ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado

39 Necrópsia? 1 ☐ Sim 2 ☒ Não 9 ☐ Ignorado

CAUSAS DA MORTE

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a *Síndrome respiratória aguda grave*

Devido ou como consequência de:

b *Insuficiência respiratória aguda*

Devido ou como consequência de:

c *Suspeito de COVID-19*

Devido ou como consequência de:

d

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Diabetes tipo II

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID

2 dias

9 dias

15 dias

15 anos

(Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020)

6.3 Manejo dos óbitos na ILPI



Caso o óbito tenha ocorrido dentro da ILPI, aqueles que reportam o óbito devem ser instruídos para não manipular o corpo e evitar qualquer tipo de contato com o mesmo. Imediatamente após a informação do óbito, o médico atestante deve notificar a equipe de vigilância em saúde, e se na instituição não houver um disponível, o gestor deve entrar em contato com a Unidade de Referência mais próxima e solicitar a assistência de um médico da unidade. O médico responsável pela constatação do óbito deve utilizar os EPIs recomendados: óculos de acrílico, gorro, máscara cirúrgica, avental descartável com mangas compridas e luvas de procedimento descartáveis e, para procedimentos com risco de aerossolização a máscara cirúrgica deve ser substituída por N95 ou PFF2 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).



A limpeza do local após remoção do corpo deve seguir as recomendações da Nota Orientativa 19/2020, disponível nos materiais complementares.

O corpo deve ser transportado em saco impermeável próprio, selado e identificado e não deve haver vazamento de fluidos corporais, assim como não deve haver manipulação posterior do corpo, e encaminhado ao serviço de transporte para a funerária (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2020).

7. Resumindo...

- A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa tem o intuito de apresentar uma avaliação generalizada, e diagnosticar incapacidades ou deficiências, para oferecer planejamento do cuidado e acompanhamento a longo prazo.
- Alguns benefícios são provenientes da AMPI, como a identificação do risco para declínio funcional, melhoria da acurácia do exame clínico inicial, e também na coleta de dados para pesquisas e planejamento de políticas públicas acerca do envelhecimento saudável.
- Os itens básicos a serem considerados na AMPI são: funcionalidade, cognição, humor, sensorial, mobilidade, estado nutricional e suporte social.
- A funcionalidade está relacionada com o foco do idoso ter capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo.



- O domínio do humor, extremamente importante na idade avançada, procura sintomas depressivos ou ansiosos que possam prejudicar tratamentos e controle de doenças.
- A cognição é o conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano.
- A comunicação envolve aspectos relevantes para a interação social do idoso, para sua qualidade de vida e segurança, como a visão e audição.
- A mobilidade é item de extrema relevância para se detectar os idosos com risco de quedas, principalmente em face do conhecimento de que as quedas aumentam com a idade e naqueles mais frágeis
- A Associação Americana de Saúde Pública define o estado nutricional como condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e pela utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos.
- Realizar AMPI significa promover informações e registros que podem ser utilizados momentaneamente, mas que também servem como subsídios para planejamentos futuros.
- Mesmo na pandemia o rastreio de condições de risco para os idosos, realizado de forma individualizada e detalhada, possibilita identificar os que são suscetíveis, inclusive os que estão mais vulneráveis ao próprio COVID-19. Com o histórico ampliado torna-se mais viável realizar a prevenção, cuidado, reabilitação e orientação.
- A partir da alta complexidade de cuidados que cada idoso pode exigir, o Plano Terapêutico Singular é conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo,



resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Ou seja, parte da compreensão das necessidades do idoso pela equipe multiprofissional que elaboram planos de tratamento individuais mas que possuem um objetivo comum.

- O Assistente Social atua na defesa e garantia dos direitos do idoso, na mediação das relações familiares e sociais e na resolução de questões burocráticas como INSS, CRAS, auxílio funeral, trabalhando, por exemplo, na aproximação do idoso e sua família quando este vínculo foi quebrado ou na busca por parcerias para a instituição com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida e bem-estar de seus residentes.
- A Enfermagem, como profissão de ampla atuação, possui como atribuições na ILPI o planejamento, organização e execução de ações voltadas ao cuidado assistencial do idoso, assim como a supervisão desses cuidados e a notificação ao restante da equipe multiprofissional em casos de intercorrências ou evoluções agudas. O Enfermeiro responsável técnico também é responsável pelas atividades de gerenciamento da equipe de Enfermagem, controle de medicamentos, acompanhamento de procedimentos e assegurar o registro correto nos prontuários.
- O Farmacêutico com seu conhecimento técnico-científico é habilitado para monitorar os planos de tratamento dos idosos institucionalizados e consumo desnecessário de medicamentos, auxiliando na prevenção dos possíveis agravos decorrentes da polifarmácia, assim como realiza o gerenciamento do estoque dos medicamentos.



- O trabalho da Fisioterapia é essencial para a reabilitação da função motora e aumento da sua independência e autonomia, realizando exercícios de desenvolvimento da capacidade respiratória, flexibilidade, equilíbrio, resistência e força muscular.
- O Médico na ILPI acompanha rotineiramente os idosos, realizando consultas periódicas, por meio de exames preventivo e ajuste de medicações, para determinar o estado de saúde global e controle de comorbidades, assim como atua na intervenção de intercorrências a fim de evitar a necessidade de internação hospitalar e perdas de funcionalidade.
- O Nutricionista tem a responsabilidade de monitorar a situação alimentar e nutricional dos idosos, a partir de uma avaliação nutricional e determinação da necessidade nutricional individual e formulação de planos alimentares. Também deve coordenar atividades de compra, recebimento, armazenamento, preparo e distribuição desses alimentos.
- O Psicológico auxilia a compreensão do idoso sobre sua nova realidade na ILPI, incentivando sua interação social com os demais residentes e trabalhando na manutenção do vínculo familiar, promovendo reflexões e conversas acerca de seu bem-estar, relacionamentos e percepção do processo de envelhecimento.
- O Terapeuta Ocupacional possui papel na recuperação da funcionalidade do idoso, devolvendo-o a capacidade de realizar as atividades de vida diária, devolvendo assim sua autonomia e parcialmente a capacidade do autocuidado.



- Idosos têm a maior taxa de letalidade por covid-19, devido a situação de fragilidade por doenças ou comorbidades pré-existentes.
- Teve de haver uma reestruturação das Instituições de Longa Permanência (ILPI) em decorrência da necessidade de atender idosos após internamento hospitalar prolongado pela COVID-19.
- A internação e ventilação mecânica podem deixar sequelas musculoesqueléticas, sequelas neurológicas e sequelas cardiovasculares.
- O fato de ser condição clínica e funcional recentemente descoberta, é necessário não só a interdisciplinaridade na reabilitação, como também na troca de informações entre as diversas áreas para promover ações mais qualificadas.
- Um estudo pioneiro de Liu et al (2020) descreveu um programa de reabilitação multidimensional, para pessoas com 65 anos ou mais que tiveram COVID-19, de 6 semanas e seus resultados foram promissores.
- Não há literatura específica que regularize as normas e as mudanças de estrutura e pessoal que as ILPI devem realizar ao receber sobreviventes em estado frágil de reabilitação.
- Deve-se ter atenção especial para os idosos que estão com sequelas e alterações funcionais ou psicológicas, promovendo ações de saúde que possibilitem atender as necessidades específicas de cada idoso.
- O processo de criação de vacinas é extremamente minucioso em relação à segurança e eficácia.
- As vacinas para COVID-19 da Moderna e Pfizer são vacinas de tecnologia mRNA.
- As vacinas Coronavac, Covaxin e BBIBP-CorV são vacinas de vírus inativado.



- As vacinas Astrazeneca e Sputnik-V são vacinas de adenovírus não replicantes.
- Até maio de 2021, no contexto Global, há 1,65 bilhões de doses aplicadas, independente da vacina, cerca de 387 milhões de pessoas totalmente vacinadas, totalizando 5% da população mundial.
- As variantes da COVID-19 podem ou não apresentar um desafio a mais na vacinação mundial, não há literatura que indique com certeza que será necessário modificar vacinas já feitas.
- Os óbitos por COVID-19 só podem ser contabilizados a partir das notificações realizadas pelos diversos serviços de assistência em saúde por meio de sistemas protocolados por órgãos governamentais.
- A Rede de Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), em conjunto com laboratórios de saúde pública, é responsável pelo monitoramento dos casos suspeitos e confirmados.
- Óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no Sistema Sivep-Gripe e o registro de óbito notificado, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Os municípios que não possuem cadastro no Sivep-Gripe devem realizar o cadastro por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de sua vigilância para correta notificação.
- O profissional médico é responsável pelo preenchimento das condições e causas de óbito da Declaração de Óbito (DO), no entanto, outros profissionais devem conhecer o processo de notificação a fim de acompanhar seu andamento, identificar equívocos e esclarecer possíveis questionamentos vindos de familiares.

- A DO contempla informações que possuem ordem correta de preenchimento e dados que permitem visualizar a sequência das ocorrências e comorbidades que levaram o indivíduo ao óbito.

Parabéns! Você finalizou desse módulo.
Que tal realizar alguns exercícios para
fixação do aprendizado?



Exercício de fixação do aprendizado

8. Materiais Complementares

Gostou de algum assunto e quer
saber mais? É só clicar nos links!



CAPÍTULO 1:

- Vídeo dinâmico sobre a Avaliação Geriátrica do Idoso
- Video teste do sussurro
- Podcast sobre depressão em idosos



CAPÍTULO 2:

- Vídeo sobre papel da Assistente Social na ILPI
- Vídeo sobre a Enfermagem na ILPI
- Vídeo sobre a Fisioterapia no idoso institucionalizado: objetivos na ILPI
- Vídeo sobre o trabalho do Psicólogo em uma ILPI
- Vídeo sobre a Terapia Ocupacional
- Cartilha sobre o Cuidado Farmacêutico Ao Idoso do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
- Folder sobre Atuação do Nutricionista em ILPI

CAPÍTULO 3:

- Artigo: Desenvolvimento de uma escala de Bem-Estar Subjetivo
- Documentário: Envelhescência

CAPÍTULO 4:

- Vídeo: Reabilitação de pacientes com sequelas da COVID-19 pós-hospitalização

CAPÍTULO 5:

- Podcasts da fundação Oswaldo Cruz sobre as vacinas da COVID-19

CAPÍTULO 6:

- Nota Orientativa 19/2020, Recomendações gerais para manejo de óbitos suspeitos e confirmados pela COVID-19 no Estado do Paraná



9. Referências

- AIRES M., PAZ A. P., PEROSA C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre - RS, v. 30, n.3, p. 492-499, set, 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/8239/6996>. Acesso em: 08 de junho de 2021.
- ALEXANDRE, T. S., et al. Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 16, n. 5, p. 381-388, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/5WRTf3VLZpKMDrCPnYMjtXL/?lang=en>>. Acesso em: 2 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000041>.
- ALIBERTI, M.J.R. Avaliação Geriátrica compacta de 10 minutos: desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreio multidimensional breve para idosos. Tese (doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-28022019-085029/publico/MarlonJulianoRomeroAliberti.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/anp/a/Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
- ANJOS, W. T., et al. Correlação entre as classificações de perdas auditivas e o reconhecimento de fala. *Revista CEFAC*, v. 16, n. 4, p. 1109-1116, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/XhPcYDbQ68qGjdyMgJCqbfG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 2 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201423512>.
- ANVISA CONCEDE REGISTRO DEFINITIVO PARA A VACINA DA PFIZER. Agência Brasil, 2021. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/anvisa-concede-registro-definitivo-para-vacina-da-pfizer>>. Acesso em: 3 jun. 2021.
- APOLINARIO, D.; LICHTENTHALER, D. G.; MAGALDI, R. M.; et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 31, n. 1, p. 4-12, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25779210/>>. Acesso em: 2 jun. 2021. <https://doi.org/10.1002/gps.4282>.



9. Referências

- ARAUJO, E. Q. X. DE; ROCHA, G. DA S.; SANTOS, L. F.; et al. Efeito de uma ação educativa sobre avaliação multidimensional da pessoa idosa no trabalho de profissionais da atenção primária à saúde / Effect of educational action on multidimensional evaluation of elderly people in the work of primary health care professionals. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 60441–60455, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/15333>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-295>
- AS VACINAS DE RNA PODEM ALTERAR O DNA?. Revista Arco, UFSM, jan. 2021. Disponível em: <<https://www.ufsm.br/midias/arco/vacinas-rna-contra-covid-19/>>. Acesso em: 22 mai. 2021.
- Avaliação geriátrica, Núcleo de estudos de geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) – https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- AVILA, P. E. S.; PEREIRA, R. DO N.; TORRES, D. DA C.. Guia de orientações fisioterapêuticas na assistência ao paciente pós COVID-19. Ufpa.br, 2020. Universidade Federal do Pará. Disponível em: <<https://livroaberto.ufpa.br/jspui/handle/prefix/833>>. Acesso em: 3 jun. 2021.
- BALBINO, S., et al. INTERFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA NA MELHORA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO. SEMPESq - Semana de Pesquisa da Unit - Alagoas, 2018. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/11123> Acesso em: 3 jun. 2021.
- BARBOSA L. M., LEONARDI N. V., MARCON D. D. A Fisioterapia voltada para idosos dependentes em Instituições de Longa Permanência: relato de experiência. XXII Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão. Redes e Territórios. ANAIS de evento. 26 de outubro de 2017. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2017/XXII%20SEMIN%20RIO%20INTERINSTITUCIONAL%202017%20-%20ANAIS/Mostra%20de%20Extens%20A3o%20-%20RESUMO%20EXPANDIDO/A%20FISIOTERAPIA%20VOLTADA%20PARA%20IDOSOS%20DEPENDENTES%20EM%20INSTITUI%20AO%20DE%20LONGA%20PERMAN%20ANCIA.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2021.
- BARKER-DAVIES, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. British Journal of Sports Medicine, v. 54, n. 16, p. 949–959, 2020. Disponível em: <<https://bjsm.bmj.com/content/54/16/949.citation-tools>>. Acesso em: 6 jun. 2021.
- BARRETO R. G., et al. A atuação da Terapia Ocupacional com idosos institucionalizados na perspectiva da Atenção Básica. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. ANAIS de Evento, novembro de 2016. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/24268>. Acesso em: 11 de junho de 2021.



BRASIL. Lei Nº 8.662, 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 7 de junho de 1993.

BRASIL. Lei Nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício de Medicina. Diário Oficial da União, 10 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 8 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL.. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 2006 Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 3 jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Brasília - DF, 88 p. 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/guia-vigilancia-epidemiologica-coronavirus.pdf> . Acesso em: 04 de junho de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Orientações para o preenchimento da Declaração de Óbito no contexto da COVID-19. Brasília - DF, 9 p. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/13/orienta----es-para-delcara----o-de---bito.pdf>. Acesso em: 04 de junho de 2021.

BRASIL. Painel Coronavírus. Síntese de casos, óbitos, incidências e mortalidade. Atualizado 03/06/2021. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 04 de junho de 2021.

BRASIL. Portaria Nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Diário Oficial da União, 22 de setembro de 1989.

CADDY, S. Developing a vaccine for covid-19. BMJ, p. m1790, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1790.full.pdf>. Acesso em 02 jun. 2021.



CARVALHO, F.B.G. Avaliação geriátrica ampla (AGA): modelo multidimensional para o atendimento de idosos. PEBMED. 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/avaliacao-geriatrica-ampla-aga-modelo-multidimensional-para-o-atendimento-de-idosos/>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

CAVALCANTE, L. DE S.; COUTINHO, P. T. DE Q.; BURGOS, M.G.P. DE A.. Applicability of the Mini Nutritional Assessment to Older Adults with Diabetes. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316680551_Applicability_of_the_Mini_Nutritional_Assessment_to_Older_Adults_with_Diabetes>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.12873/371liliansouza>.

COLEMBERGUE, J.; SIMARA, R.; CONDE;. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados Use of the Mini Nutritional Assessment in institutionalized elderly.. Scientia Medica (Porto Alegre), v. 21, n. 2, p. 59-63, 2011. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/25529756.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

CONHEÇA AS PRINCIPAIS VACINAS CONTRA COVID-19. Profissão Biotec. Disponível em: <<https://profissaobiotec.com.br/conheca-principais-vacinas-contracovid-19/>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Anexo Resolução COFEN Nº 620/2020, de 4 de novembro de 2019. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem nas ILPI'S. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-620-2019-ANEXO-NORMATIZA-AS-ATRIBUI%C3%87%C3%95ES-DOS-PROFISSIONAIS-DE-ENFERMAGEM-NAS-INSTITUI%C3%87%C3%95ES-DE-LONGA-PERMAN%C3%84NCIA-PARA-IDOSOS-ILPI.pdf>. Acesso em: 9 de junho de 2021.

Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research. Our World In Data. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

COSTA R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. Mental, v. 5, n. 8, p. 107 - 124, Barbacena jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 8 de junho de 2021.

DUARTE, Y. A. DE O.; ANDRADE, C. L. DE; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021> COVID-19 - Principais Perguntas e Respostas sobre Vacina Pfizer e BioNTech, Pfizer Brasil, 2020. Disponível em: <<https://www.pfizer.com.br/sua-saude/covid-19-coronavirus/covid-19-principais-perguntas-respostas-sobre-vacina-pfizer-e-biontech>>. Acesso em: 23 mai. 2021.



FATORI, C. DE O., et al. Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 1, p. 29–37, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/LNcLwv5GV4Qz6zjDqjLwD9h/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13180>

FERREIRA, J. D. L., et al. Avaliação nutricional pela Mini avaliação Nutricional: uma ferramenta para o enfermeiro. *Enfermería Global*, v. 17, n. 3, p. 267, 2018. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/pt_1695-6141-eg-17-51-267.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.290251>.

FERREIRA, M., et al. Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes melito tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 58, n. 9, p. 946–952, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abem/a/p5VtwCt7Kr8hZ3PVPY53L8n/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/0004-27300000003097>.

FHON, J. R. S., et al. Hospital care for elderly COVID-19 patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/G3t7j6xhWCBY86LjCTMyQGn/?lang=pt#>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4649.3396>.

FOLEGATTI, P. M., et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 396, n. 10249, p. 467–478, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31604-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31604-4/fulltext)>. Acesso em: 3 jun. 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31604-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31604-4).

FREDERIKSEN, L. S. F. et al. The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. *Frontiers in Immunology*, v. 11, 2020. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01817/full>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01817>.

GAO, Q., et al. Rapid development of an inactivated vaccine for SARS-CoV-2. , 2020. Disponível em: <<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.046375v1>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

GOMES, E. C. C., et al. Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2193–2202, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n6/2193-2202/>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. v, 27. n. 4. 2017. pag, 1185-1204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6Y9mMDxxqzzT8Lzww7tXW7N/abstract/?lang=pt#ModalArticles>



GUIMARÃES, R. Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3579–3585, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n9/3579-3585/>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.24542020>

HAMMERSCHMIDT, K., & SANTANA, R. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf>. Acesso em 4 jun. 2021.

HEATON, P. M. The Covid-19 Vaccine-Development Multiverse. *New England Journal of Medicine*, v. 383, n. 20, p. 1986–1988, 2020. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMe2025111>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1056/NEJMe2025111>.

KALACHE, A. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia COVID-19 no Brasil. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*. vol. 23, n. 6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/pQvWz8j4JZx8B7PL984MhrQ/?lang=pt>

KRAMMER, F. SARS-CoV-2 vaccines in development. *Nature*, v. 586, n. 7830, p. 516–527, 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2798-3>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2798-3>.

KRONBAUER, A. L.; SCHOR, P.; CARVALHO, L. A. V. DE. Medida da visão e testes psicofísicos. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 71, n. 1, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abo/a/cYjG7crjBMDZ5mmmj9ptfth/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492008000100027>.

LABANCA, L., et al. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3589–3598, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/7ffjBSKcCTrB4qCM3pS8PdN/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31222016>.

LIMA A. P. M., et al. Avaliação Nutricional De Idosos Residentes Em Instituições De Longa Permanência. *Revista Baiana de Enfermagem*. v. 31, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: DOI 10.18471/rbe.v31i4.20270.

LIMA, E. J. DA F.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. DE Á. Vaccines for COVID-19 - state of the art. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. suppl 1, p. 13–19, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hF6M6SFrhX7XqLPmBTwFfVs/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100002>.

LIMA, N., et al. COVID-19 in Long Term Care Institutions for the Older People: an epidemiological survey. *SciELO Preprints*. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2065/version/2188>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2065>.



- LIU, R.; ZHANG, W.; YANG, Y.; et al. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, v. 39, p. 101166, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118596/>>. Acesso em: 5/6/2021.
- MACEDO, J. P. et al. A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. A produção científica brasileira sobre apoio social. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. v. 11, n. 2. pag, 258-278. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000200006
- MARTIN, F. G.; NEBULONI, C. C.; NAJAS, M. S. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 15, n. 3, p. 493–504, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/YC5zTv9WcBfKjHfQtg3ZNcP/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300010>.
- MULLIGAN, M. J., et al. Phase 1/2 Study to Describe the Safety and Immunogenicity of a COVID-19 RNA Vaccine Candidate (BNT162b1) in Adults 18 to 55 Years of Age: Interim Report. *Nature*, 2020. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.30.20142570v1>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2639-4>.
- NEUMANN, B.; CONDE, S. R.; LEMOS, J. R. N.; MOREIRA, T. R. Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 11, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4058>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.4058>.
- NICOLINI-PANISSON, R.D.A. Valores normativos para o teste Timed Up & Go em pediatria e validação para pacientes com Síndrome de Down. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10923/4643>>. Acesso em_3 jun. 2021.
- NUNES, V. M. DE A. COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para instituições de longa permanência. Ufrn.br, 2020. EDUFRN. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28754>>. Acesso em: 3 jun. 2021.
- OLIVEIRA, E., et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*, v. 20, n. 1, p. 109–120, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusf/a/jmYywbWMyjQmpt5dTvLgZMz/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun . 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
- OLIVEIRA M. L. C., HEDLER H. C., SANTOS E. V. Percepções do Assistente Social sobre o trabalho que realiza em uma Instituição Filantrópica de Longa Permanência no Distrito Federal. *Serviço Social em Revista.*, v. 19, n. 1, p. 66-86, jul/dez, 2016. Disponível em: DOI: 10.5433/1679-4842.2016v19n1p66.



O que é Geriatria e Gerontologia? Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 201?. Disponível em: <https://sbgg.org.br/espaco-cuidador/o-que-e-geriatria-e-gerontologia/>. Acesso em: 10 de junho de 2021.

ORSINI, M., et al. Reabilitação de pacientes sobreviventes ao COVID-19: O próximo desafio. *Fisioterapia Brasil*, v. 21, n. 4, p. 334-335, 2020. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/4318>>. Acesso em: 5 jun. 2021.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Nota Orientativa N° 19/2020. Recomendações gerais para manejo de óbitos suspeitos e confirmados por COVID-19 no Estado do Paraná. Governo do Estado do Paraná. 2020. Disponível em: <https://civel.mppr.mp.br/2021/03/180/SESA-PR-Atualizacao-da-Nota-Orientativa-19-20-acerca-do-manejo-de-obitos-suspeitos-e-confirmados-pela-Covid-19.html>. Acesso em: 8 de junho de 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223a Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba, SESA, 2017. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2021.

PERREIRA K. G., et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v. 20, n. 2, p. 335-344, abr/jun, 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1980-5497201700020013.

PETERMANN, X. B. et al. Pandemia de COVID-19, Saúde do Idoso e Rede de Apoio Familiar: uma interface necessária. *Revista Kairós: Gerontologia*. v. 23. 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51547/33666>

RAMDOO, K.; BOWEN, J.; DALE, O. T.; et al. Opportunistic hearing screening in elderly inpatients. *SAGE Open Medicine*, v. 2, p. 205031211452817, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26770718/>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1177/2050312114528171>

RIBAS, A.; KOZLOWSKI, L.; ALMEIDA, G.; et al. Qualidade de vida: comparando resultados em idosos com e sem presbiacusia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 353-362, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wbfqJXnHfzFyck5dxS3SxKH/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200012>.

RAWLINS, M. D.; CULYER, A. J. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*, v. 329, n. 7459, p. 224-227, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC487742/>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7459.224>



- RITCH, A. History of geriatric medicine: from Hippocrates to Marjory Warren. The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh, v. 42, n. 4, p. 368–374, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23240126/>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.4997/JRCPE.2012.417>.
- ROCHA, L. F. D. et al. Relação entre apoio social e bem-estar subjetivo em idosos: uma revisão sistemática. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. v. 30, n. 4. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6472/pdf>
- ROCHA, L. V.; MARTINELLI, M. C. Cognição e benefício obtido com o uso de próteses auditivas: um estudo em idosos. CoDAS, v. 32, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/codas/a/T8kDSMJVKrevF7PnqKcgwfz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018259>.
- RODRIGUES, A. G; LEITE, L. S. M. A relação de amizade entre idosos institucionalizados e a rede social de apoio: uma pesquisa de levantamento. Anais V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/34046>
- RODRIGUES, A. G; SILVA, A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2013, v. 13, n. 1. pag 159-171. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gz9xT9hNp8VSbQjngxzvCCC/abstract/?lang=pt#ModalArticles>
- ROSA, Melissa Cortês. Atuação do Nutricionista em ILPI. Conselho Regional de Nutricionistas - 2º região, 2019. Disponível em: <http://www.crn2.org.br/crn2/em-destaque-home/atuacao-do-nutricionista-em-ilpi>.
- RUBIN, R. COVID-19 Vaccines vs Variants—Determining How Much Immunity Is Enough. JAMA, v. 325, n. 13, p. 1241, 2021. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2777785>>. Acesso em: 3/6/2021. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.3370>.
- SATIE, A. Veja como está o status de cada vacina contra Covid em análise no Brasil. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/12/anvisa-detalha-estagio-de-analise-de-vacinas-contracovid-no-brasil-veja>>. Acesso em: 23 mai. 2021.
- SILVA M. S., SANTANA F. M., DINIZ I. A. Atuação do assistente social em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos: relato de experiência de desinstitucionalização de idosos de uma ILPI no município de Serra Talhada - PE. V Congresso Internacional de Humano. ANAIS de evento. 20 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/34172>. Acesso em: 8 de junho de 2021.
- STEVANIM, L.F. Como nasce uma vacina. Fiocruz, 2020. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/como-nasce-uma-vacina>>. Acesso em: 3 jun. 021.



SOBRAL A. L. O., GUIMARÃES A. O., SOUZA F. F. A relevância da atuação do psicólogo em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *Revista Kairós-Gerontologia*. 21(4), p.441-455, 2017. São Paulo - Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i4p441-455>.

SOUZA, C. Teste Timed Up and Go. KINETEC, 2021. Disponível no site: <https://kinetec.com.br/new/teste-timed-up-and-go/#:~:text=O%20teste%20consiste%20em%20levantar,%C3%A9%20o%20desempenho%20n%20o%20teste>. Acesso em: 3 jun. 2021.

THANH LE, T.; ANDREADAKIS, Z.; KUMAR, A.; et al. The COVID-19 vaccine development landscape. *Nature Reviews Drug Discovery*, v. 19, n. 5, p. 305-306, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41573-020-00073-5>. Acesso em: 3 jun. 2021.

THOMAZI, R.; Geriatria e gerontologia em tempos de pandemia. SBGG, 2021. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/geriatria-e-gerontologia-em-tempos-de-pandemia/>. Acesso em: 3 jun. 2021.

TORRAQUE C. L. M. Avaliação da assistência farmacêutica a idosos institucionalizados: percepção de gestores, responsáveis legais e farmacêuticos de Instituições de Longa Permanência para Idoso de Curitiba, Paraná. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41969/R%2520-%2520D%2520-%2520CAROLINA%2520LUCAS%2520MENDES%2520TORRAQUE.pdf%3Fsequence%3D2%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwisuLOE04rxAhWZq5UCHRa_CbwQFjAAegQIAxAC&usg=AOvVaw0PVFFXV4LgNZ7-qMwb9S2J.

sa=t&source=web&rct=j&url=https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41969/R%2520-%2520D%2520-%2520CAROLINA%2520LUCAS%2520MENDES%2520TORRAQUE.pdf%3Fsequence%3D2%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKEwisuLOE04rxAhWZq5UCHRa_CbwQFjAAegQIAxAC&usg=AOvVaw0PVFFXV4LgNZ7-qMwb9S2J. Acesso em: 9 de junho de 2021.

URBANETTO, J. DE S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/?lang=pt>. Acesso em: 2 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300007>.

VERAS, R.P.; Guia dos Instrumentos de Avaliação Geriátrica. UNATI/UERJ RIO DE JANEIRO, 2019, Disponível em: <http://www.unatiuerj.com.br/Guia%20dos%20instrumentos%20Avaliacao%20Geriatria.pdf> ISBN: 978-85-8>. Acesso em: 3 jun. 2021.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>. Acesso em: 3 jun. 2021. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).



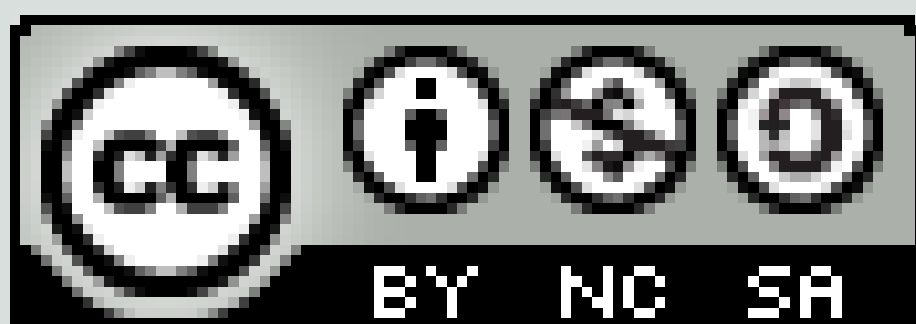
ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. *Temas em Psicologia*, v. 26, n. 1, p. 387–399, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/n8WNWRD5wwfxG3D7vCvZHXk/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021.

ZAPPAROLI, M.; KLEIN, F.; MOREIRA, H. Avaliação da acuidade visual Snellen. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 72, n. 6, p. 783–788, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abo/a/bfCnPw9GTzkqWdNjktDWXKP/?lang=pt>>. Acesso em: 3 jun. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492009000600008>.

Muito bem! Você chegou ao fim deste módulo. Esperamos ter contribuído para seu aprendizado!



Este material pode ser compartilhado de acordo com a licença:



Este material está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição Não Comercial - Compartilha Igual 4.0 Internacional.