

SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:

Reflexões sobre formação profissional,
produção do conhecimento e
cotidiano dos serviços

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:

Reflexões sobre formação profissional,
produção do conhecimento e
cotidiano dos serviços

**Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)**



Atena
Editora

Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Daphynny Pamplona

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Serviço Social na América Latina: reflexões sobre formação profissional, produção do conhecimento e cotidiano dos serviços

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S491 Serviço Social na América Latina: reflexões sobre formação profissional, produção do conhecimento e cotidiano dos serviços / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-644-4

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.444212710>

1. Serviço Social. 2. Questão social. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 360

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coletânea de textos *Serviço Social na América Latina: Reflexões sobre a formação profissional, produção do conhecimento e cotidiano dos serviços* reúne artigos heterogêneos de distintas regiões do Brasil. São doze artigos frutos de pesquisas, revisão de literatura, relatos de experiências e ensaios teóricos.

O primeiro artigo é fruto da tese de doutoramento em Serviço Social e apresenta as conclusões obtidas nesse processo acerca da política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado, trazendo importantes contribuições para a análise do real e seus rebatimentos nos espaços sócio-ocupacionais na contemporaneidade. O segundo texto, é produto das reflexões da equipe de Serviço Social em um serviço de emergência no contexto da pandemia de Covid-19, seus desafios e enfrentamentos nessa conjuntura.

O artigo seguinte consiste em ensaio teórico acerca das bases que fundamentam a proposta do Desenvolvimento da Comunidade e suas interlocuções históricas. Já o quarto texto, produto de pesquisa bibliográfica e documental, coloca em evidência o processo que culminou na Resolução nº 510/2016 que trata da normatização da pesquisa envolvendo seres humanos nas ciências humanas e sociais.

O texto seguinte, apresenta os resultados de pesquisa desenvolvida junto aos idosos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde apontando a importância do uso da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. O sexto texto, decorrente de pesquisa qualitativa acerca das violências sexuais colhidas através do Sistema de Informação para Infância e Adolescência – SIPIA vinculadas aos anos de 2014 e 2015, trazendo neste contexto importantes contribuições à discussão da temática em foco.

O próximo artigo, por sua vez, discute o modo de produção capitalista, a questão social e o papel do Centros de Referência de Assistência Social – CRAS nessa conjuntura. O oitavo artigo apresenta as reflexões e discussões acerca da temática de gênero no contexto de relações de poder no meio rural e aumento do protagonismo feminino dos espaços produtivos.

O texto seguinte discute as particularidades do processo de encarceramento do gênero feminino nas unidades prisionais trazendo importantes contribuições neste contexto. O décimo texto apresenta as reflexões e discussões acerca das percepções da construção da identidade de gênero de mulheres no mercado de trabalho.

O penúltimo texto é resultado das reflexões ocorridas no Mestrado em Desenvolvimento Social e apresenta conclusões obtidas nesse período a partir de estudo de discussão da estigmatização dos espaços urbanos. E finalmente o último artigo apresenta os resultados de pesquisa sobre autogestão de recursos junto a funcionários públicos.


Neste contexto, convidamos os leitores a acessar as discussões e resultados apresentados nessa coletânea, conferindo debates contemporâneos acerca do cotidiano dos serviços e produção acadêmica nas temáticas em foco.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DE CONTRARREFORMA DO ESTADO: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

Soraya Araújo Uchôa Cavalcanti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127101>

CAPÍTULO 2..... 14

O SERVIÇO SOCIAL EM UMA EMERGÊNCIA PÚBLICA: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM REDES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19


Rosana Maria de Lima

Lani Brito Fagundes

Xênia Maria Tamborena Barros

Vanessa Soares Patta


Bruna de Souza Machado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127102>

CAPÍTULO 3..... 22

SERVIÇO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE: REFORMANDO O JECA TATU


Tereza Cristina Pires Favaro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127103>

CAPÍTULO 4..... 34

ÉTICA EM PESQUISA NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS: A CONSTRUÇÃO DA RESOLUÇÃO CNS Nº 510 DE 2016


Cacildo Teixeira de Carvalho Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127104>

CAPÍTULO 5..... 45

A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Gisela Saori Yoshimatsu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127105>

CAPÍTULO 6..... 74

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLAÇÕES DE DIREITOS: UM ESTUDO SOBRE GÊNERO E DESIGUALDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Rodrigo da Silva Bezerra

Luciane Pinho de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127106>


CAPÍTULO 7..... 89

CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS - E ESTRATÉGIAS DE

ENFRENTAMENTO À QUESTÃO SOCIAL

Angélica de Santana Rocha

Marcos Esdras Leite


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127107>

CAPÍTULO 8..... 105

MULHERES E RURALIDADE – DA INVISIBILIDADE À AUTONOMIA E EMPODERAMENTO

Ana Paula Evangelista de Almeida

Ana Luisa Lima Grein

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127108>


CAPÍTULO 9..... 123

MULHER, MÃE E SENTENCIADA: A REALIDADE PRISIONAL DO GÊNERO FEMININO

Maria da Luz Alves Ferreira

Fernanda Santos Aragão

Luciana Pimenta Borges Dupim


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4442127109>

CAPÍTULO 10..... 140

PERCEPÇÕES DE GÊNERO: EXPERIÊNCIAS DO COTIDIANO DE MULHERES NO ESPAÇO DA CIDADE

Lucília Grandó

Carla Alessandra Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44421271010>

CAPÍTULO 11..... 153

ESTIGMA TERRITORIAL EM FOCO: NOTAS SOBRE CIDADE E DESENVOLVIMENTO

Arnaldo Oliveira Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44421271011>

CAPÍTULO 12..... 165


AUTOGESTÃO DE RECURSOS EM MOMENTO DE ESCASSEZ: UM ESTUDO DOS SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS/DOCENTES NA UNIMONTES

Eliana Soares Barbosa Santos

Maria do Perpétuo Socorro Nassau Araújo

Mônica Nascimento e Feitosa

Lucineia Lopes Bahia Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.44421271012>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 179

ÍNDICE REMISSIVO..... 180

A IMPORTÂNCIA DA APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE SÃO PAULO

Data de aceite: 26/10/2021

Gisela Saori Yoshimatsu

IBCMED

São Paulo - SP

<https://orcid.org/0000-0002-0388-0141>

RESUMO: Neste estudo, foram avaliados 542 idosos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo, verificando-se a importância da aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) na atenção básica. Após a aplicação da AMPI e de outros instrumentos (Teste de Katz, Teste de Lawton, Exame de Minimental, Escala de Depressão Geriátrica e Teste *Timed Up and Go*), 160 indivíduos foram enquadrados na categoria Idoso Saudável, 267 em Idoso Pré-Frágil e 115 em Idoso Frágil. Do total, 159 idosos compareceram às reavaliações da AMPI, tendo sido elaborado um Plano Terapêutico Singular individual para cada um. Assim, 85 pacientes foram encaminhados para a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), 26 para o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) e cinco para o Centro Dia para Idoso. Dos pacientes encaminhados para URSI, 34 receberam alta e voltaram a fazer acompanhamento na UBS, 36 continuaram o acompanhamento na URSI e 15 faleceram ou mudaram de endereço. Quanto aos idosos que receberam alta, os familiares questionaram sobre o acompanhamento, pois, no geral, os pacientes apresentavam algum comprometimento cognitivo e os profissionais

de UBS não são capacitados para tratar idosos com transtornos neurocognitivos maiores, necessitando-se do acompanhamento de um serviço secundário. Pelos resultados, conclui-se que são imprescindíveis incentivos para a abertura de mais Centros de Referência aos idosos, bem como que é necessária a conscientização do próprio idoso sobre a importância da AMPI, para que a equipe de saúde da UBS realize o seu acompanhamento de forma mais adequada e precisa.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Geriátrica. Envelhecimento Saudável. Serviços de Saúde para Idosos.

THE IMPORTANCE OF THE APPLICATION OF THE MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF THE ELDERLY IN PRIMARY CARE IN THE CITY OF SAO PAULO

ABSTRACT: In this study, 542 elderly people from a Basic Health Unit (UBS) in the city of Sao Paulo were evaluated to verify the importance of applying the Multidimensional Assessment of the Elderly (AMPI) in primary care. After the application of AMPI and other instruments (Katz Test, Lawton Test, Minimental Exam, Geriatric Depression Scale and Timed Up and Go Test), 160 elderly were classified as Healthy Elderly, 267 as Pre-Fragile Elderly and 115 as Fragile Elderly. Of the total, 159 elderly attended the AMPI reevaluations, elaborating an individual Singular Therapeutic Plan for each one. Thus, 85 patients were referred to the Elderly Health Reference Unit (URSI), 26 for the Elderly Accompanying Program (PAI) and five for the Day Center for the

Elderly. Of the patients referred to URSI, 34 were discharged and returned to follow up at the UBS, 36 continued follow-up at URSI and 15 died or changed their address. As for the elderly who were discharged, the family members asked about the follow-up, because, in general, the patients had some cognitive impairment and the UBS professionals are not able to treat elderly with major neurocognitive disorders, requiring the follow-up of a secondary service. Thus, with the results, it is concluded that there are essential incentives for the opening of more Reference Centers for the elderly, as well as for the elderly themselves to be aware of the importance of AMPI, so that the UBS health team can follow up on them more properly and accurately.

KEYWORDS: Geriatric Assessment. Healthy Aging. Health Services for the Aged.

1 | INTRODUÇÃO

A expectativa de vida no Brasil e no mundo vem aumentando gradativamente. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o indivíduo é considerado idoso a partir dos 60 anos.

Sobre o processo de envelhecimento, cabe observar que os indivíduos não envelhecem todos da mesma forma. O envelhecimento é um processo universal, de evolução contínua, caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional de cada órgão responsável pela homeostasia (BRASIL, 2006; AMARAL, 2009).

À medida que a população envelhece, doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), *Diabetes Mellitus* (DM), Doença Arterial Coronariana (DAC) e Doenças Pulmonares (DPs), podem aparecer progressivamente, causando a incapacidade funcional e debilitando os idosos.

Dessa forma, com o passar dos anos, esses indivíduos passam a necessitar de uma maior demanda por cuidados. Muitas vezes, é imprescindível a ajuda de familiares ou cuidadores, para que eles possam realizar as suas atividades básicas da vida diária (ABVD). Entretanto, existem outros idosos que permanecem capazes de realizar as suas atividades normalmente, mantendo a sua independência e a sua autonomia, o que caracteriza um envelhecimento saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

É importante consignar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, em linhas gerais, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade (AMARAL, 2009; BRASIL, 2018).

Diante dessa definição, atualmente, as políticas públicas de saúde visam a implementar ações e intervenções que prolonguem ao máximo possível a independência e a autonomia dos idosos, procurando promover o envelhecimento ativo. Assim sendo, o envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e melhorar a qualidade de vida para todos os indivíduos que estão envelhecendo, inclusive para os idosos frágeis, que necessitam de cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Nesse contexto, além de ações de promoção e prevenção à saúde, foi elaborada a Avaliação Global do Idoso (AGI) e, posteriormente, a Avaliação Multidimensional da Pessoa

Idosa (AMPI) (Quadro 1).

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA (AMPI-AB)							
NOME:						DN:	
NOME SOCIAL:						SEXO: F () M ()	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena				CNS:			
ENDEREÇO:						TEL:	
UBS:		EQUIPE:		CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA:			
PESO:		ALTURA:		IMC:			
AMPI-AB: QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL							PONTUAÇÃO
1	Idade	Qual a sua idade? () 60- 74 (0 PONTO)		() 75- 89 (1 PONTO)	() 90 ou + (2 PONTOS)		
2	Auto Percepção da saúde	Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:		() Muito boa / boa (0 PONTOS)	() Regular / ruim / muito ruim (1 PONTO)		
3	Suporte Social	O(A) Sr.(a.) mora sozinho?		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
4	Condições Crônicas	O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo? () NENHUMA (0 PONTO)		() 1 ou 2 (1 PONTO)	() 3 ou + (2 PONTOS)		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica, <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico, <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana, <input type="checkbox"/> Doenças vasculares, <input type="checkbox"/> Lesão por pressão, <input type="checkbox"/> Anemia, <input type="checkbox"/> Asma, <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica, <input type="checkbox"/> Úlcera péptica, <input type="checkbox"/> Osteoartrose, <input type="checkbox"/> Obesidade, <input type="checkbox"/> Neoplasia, <input type="checkbox"/> Demência, <input type="checkbox"/> Epilepsia, <input type="checkbox"/> Depressão, <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson, <input type="checkbox"/> DST/HIV/AIDS, <input type="checkbox"/> Amputação de membro, <input type="checkbox"/> Tabagismo/Alcoolismo/Outras drogas e <input type="checkbox"/> Dor crônica.							
5	Medicamentos	Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma ao dia?		() 1 a 4 (0 PONTO)	() 5 ou + (1 PONTO)		
6	Internações	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses? () NENHUMA (0 PONTO)		() 1 INTERNAÇÃO (1 PONTO)	() 2 INTERNAÇÕES OU + (2 PONTOS)		
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses? () NENHUMA (0 PONTO)		() 1 EPISÓDIO (1 PONTO)	() 2 EPISÓDIOS OU + (2 PONTOS)		
8	Visão	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
9	Audição	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.		SIM ()	NÃO ()		() SIM para todos os itens (0 PONTO) () NÃO em 1 a 4 itens (1 PONTO)
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.		SIM ()	NÃO ()		
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?		SIM ()	NÃO ()		
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?		SIM ()	NÃO ()		
11	Cognição	O(A) Sr.(a.) acha ou algum familiar/amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)
		O esquecimento está piorando nos últimos meses?		SIM ()	NÃO ()		
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		SIM ()	NÃO ()		
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		SIM ()	NÃO ()		
13	Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?		SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?		SIM ()	NÃO ()		
14	Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para tomar banho?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?		SIM ()	NÃO ()		
15	Incontinência	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)
		O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?		SIM ()	NÃO ()		
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)				NÃO () (0 PONTO) SIM () (1 PONTO)	
17	Condições bucais	O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese?		SIM ()	NÃO ()		() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir ou apresenta engasgos ao se alimentar?		SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese?		SIM ()	NÃO ()		
		Suas(s) prótese(s) está(ão) lhe trazendo desconforto?		SIM ()	NÃO ()		
CLASSIFICAÇÃO		() SAÚDAVEL - 0 a 5 pontos		() PRÉ-FRÁGIL - 6 a 10 pontos		() FRÁGIL - ≥ 11 pontos	
Data:		Nome e Assinatura do profissional:					

Quadro 1 – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI).

A AGI começou a ser implantada na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBSs)

da cidade de São Paulo em 2014. Foram realizados treinamentos pela Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), para capacitar os profissionais das UBSs: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. No decorrer dos anos, conforme os estudos realizados e os resultados das aplicações dos testes, a AGI foi reformulada e substituída pela AMPI.

A AMPI é um mecanismo de avaliação multidimensional, com o objetivo de identificar as deficiências e as incapacidades do idoso sob o ponto de vista médico, psicossocial e funcional. Dessa maneira, permite a compreensão integral e ampliada da saúde do idoso, buscando identificar e intervir nas suas áreas mais comprometidas, com o objetivo de manter a autonomia e a independência ao máximo possível e/ou retardar o declínio da capacidade funcional, promovendo, assim, uma boa qualidade de vida no processo de envelhecimento (RAMOS, 2017).

Nessa avaliação, realiza-se uma anamnese ampliada, na qual o idoso é avaliado como um todo. A AMPI abrange questões sociais, buscando avaliar: a dinâmica familiar e social desse idoso e a presença de suporte e cuidados familiares (Quadro 2); questões de autopercepção da saúde e condições crônicas; uso de medicamentos (polifarmácia); se houve internações e quedas nos últimos 12 meses; se existe déficit visual e auditivo; se existe limitação física; questões de cognição e humor; capacidade de desenvolver ABVD e atividades instrumentais da vida diária (AIVD); se existem incontinências; estado e risco nutricional; e condições bucais. Ou seja, em linhas gerais, trata-se de um instrumento que avalia as condições do idoso, com enfoque na capacidade funcional e nos déficits comuns ao processo de envelhecimento do indivíduo. Juntamente à AMPI, são aplicados o Teste de Katz, o Teste de Lawton, o Mini Exame do Estado Mental (Exame Minimental), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Teste *Timed Up and Go* (TUGT).

AMPI-AB: QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIAIS			
INSTRUÇÕES: deverá ser aplicado em todos os idosos.			
1. Estado civil:	casado(a) () viúvo(a) ()	solteiro(a) () há quanto tempo?	outros (), qual?
2. Sexualidade: 1. O (a) Sr.(a) se sente à vontade para falar sobre sua sexualidade? () sim () não (se não, seguir para questão 3) 2. Se sim, o (a) Sr.(a) atualmente apresenta alguma questão ou problema relacionado à sua sexualidade? () sim () não 3. O (a) Sr.(a) teria interesse em conversar com alguém sobre isso? () sim () não Gênero/Orientação sexual:			
3. Reside com quem:	sozinho () cônjuge () familiar ()	Quem?	outros (). Quem?
4. Caso esteja residindo sozinho: Porque o Sr.(a) está residindo sozinho(a)?			
5. Reside em: Casa, apartamento ou sobrado () Cômodo/Edícula () Instituição de Longa Permanência () República () Residência terapêutica () Locação social () Centro de Acolhida () Rua () Outros (), qual?			
6. Imóvel: Próprio () Alugado () Cedido () Público () Outros (), qual?			
7. Caso fique doente ou tenha algum problema, o Sr.(a) tem com quem contar? Não () Sim () Quem?			
8. Possui suporte de alguma pessoa? Não ()			
Sim ()	Para: ABVD () Quem?	AIVD ()	AAVD ()
9. Tem alguma fonte de renda fixa? Não ()			
Sim ()	Aposentado ()	Pensionista ()	BPC/LOAS () BOLSA FAMÍLIA ()
10. Mantém alguma atividade de trabalho com ou sem registro em carteira? Não ()			
Sim () Atividade:			
11. Recebe ajuda financeira? Não ()			
Sim ()	Familiar () Instituição de Assistência ()	Amigos ()	Outros (), qual?
12. Frequentou a escola? Não () Sim () Quantos anos?			
13. Possui religião ou credo/espiritualidade? Não () Sim () Qual?			
14. Meio de transporte utilizado: Ônibus () Taxi/Aplicativo () Veículo de conhecidos () Metro/Trem () Motocicleta () Bicicleta () Outros (), Qual?			
15. Tem alguma dificuldade para sair de sua casa e andar nas redondezas? Não () Sim () Qual a dificuldade e por quê?			
16. Atualmente algo ou alguém o (a) incomoda? Não () Sim () O quê ou quem?			
17. Já sofreu alguma situação de violência (física, psicológica, sexual, medicamentosa, emocional, social, negligência, abandono, abuso financeiro/econômico ou autonegligência)? Não () Sim () Gostaria de conversar sobre isso?			
Data:	Nome e Assinatura do profissional:		

AMPI-AB: TESTES DE RASTREAMENTO			
Risco social	() Sim () Não	Intervenção:	
Risco de alteração da acuidade visual	Teste de Snellen alterado?	() Sim () Não	Última linha lida:
Risco de alteração da acuidade auditiva	Teste do Sussurro alterado?	() Sim () Não	
Risco de dependência em AVDs	() Sim () Não	ABVD (Teste de Katz)	Pontuação:
		AIVD (Teste de Lawton)	Pontuação:
Risco de quedas	Velocidade de Marcha alterado?	() Sim () Não	Valor:
Risco nutricional	IMC ou Circunferência de panturrilha alterados?	() Sim () Não	Valor:
Risco de alteração cognitiva	IO-CS alterado?	() Sim () Não	Pontuação:
Risco de alteração do humor	GDS 4 alterado?	() Sim () Não	Pontuação:
Data:	Nome e Assinatura do profissional:		

AMPI-AB: ELABORAÇÃO DO PTS		
Discussão com a equipe?	() SIM	() NÃO
Solicitação de exames complementares?	() SIM, quais:	() NÃO
Ações PTS:		
Encaminhamentos externos?	() SIM, quais:	() NÃO
Previsão de reavaliação da AMPI-AB	() 12 meses () 6 meses	

Quadro 2 – Dados sociais.

A AMPI, quando realizada de forma adequada, auxilia na elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS), que inclui o acompanhamento da equipe das Unidades Básicas de Saúde quanto a esse idoso, frente a possíveis conflitos familiares e/ou falta

de suporte familiar, por meio de visitas domiciliares; monitorização quanto às consultas de rotina na UBS e aos encaminhamentos às especialidades; e encaminhamentos aos programas e equipamentos disponibilizados pela Prefeitura da cidade de São Paulo, quais sejam Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Gestão de casos de pacientes em condições crônicas complexas, Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD), Centro de Convivência do Idoso (CCI), Centro Dia para Idoso e Centro Especializado em Reabilitação (CER).

Diante de todo o exposto, nota-se que a AMPI, juntamente com os demais instrumentos citados, tornou-se importante no rastreamento de doenças, no acompanhamento da evolução do idoso e nos encaminhamentos para os Centros de Referência, quando necessário.

Considerando essa realidade, este estudo tem como objetivo geral avaliar a importância da aplicação da AMPI na atenção básica na cidade de São Paulo.

Como objetivos específicos, podem ser elencados:

- Promover um PTS adequado ao idoso após ser submetido à aplicação da AMPI;
- Monitorizar o acompanhamento desse idoso na UBS;
- Realizar encaminhamentos aos Centros de Referência e aos programas de saúde disponibilizados pela Prefeitura da cidade de São Paulo.

Vale considerar que o problema a ser enfrentado no presente estudo reside na principal dificuldade encontrada pela equipe de saúde da UBS, que é a falta de comprometimento dos próprios pacientes em seguir as orientações por ela fornecidas. A AMPI é aplicada, e, após a avaliação e a elaboração do PTS, o paciente é encaminhado para o seu respectivo clínico geral, que o orienta conforme o PTS elaborado. Alguns pacientes seguem as orientações de forma adequada; no entanto, outros têm maior dificuldade em segui-las.

Ao se solicitar que o idoso repita a AMPI, muitos demonstram resistência e recusam-se a agendar a reavaliação, ou mesmo não comparecem na data agendada. O objetivo de reavaliar esse paciente é acompanhar a evolução do seu quadro por meio da pontuação da AMPI. Se não houver reavaliações, a equipe terá maior dificuldade em acompanhar a evolução e direcionar um melhor tratamento para esse idoso, que pode piorar cognitiva e fisicamente com o passar dos anos.

Outro problema detectado é a questão levantada pelos familiares de idosos que são encaminhados para URSI e recebem alta em seis meses de acompanhamento.

Segundo o documento norteador da URSI elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2016, os idosos devem permanecer na URSI por um tempo médio de seis meses e, em seguida, devem ser contrarreferenciados às Unidades Básicas em que estão cadastrados, para que novos casos sejam avaliados (SÃO PAULO, 2016). Contudo, mesmo com o matriciamento realizado pela equipe da URSI, os profissionais das Unidades Básicas não são treinados e/ou capacitados para acompanhar idosos com

transtornos neurocognitivos maiores, sendo necessário o acompanhamento de um serviço secundário. Desse modo, algumas questões são levantadas:

- Acerca da eficácia do acompanhamento na URSI com alta para UBS;
- Quanto a efetividade do acompanhamento desse idoso na UBS;
- Sobre a necessidade de aumentar os equipamentos voltados aos cuidados de idosos.

Quanto à justificativa para a pesquisa, cumpre observar que, com o aumento da expectativa de vida, haverá cada vez mais idosos; alguns saudáveis e outros com suas comorbidades e dependências. Com uma AMPI aplicada de forma correta, consegue-se um melhor rastreamento e, assim, um melhor direcionamento do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento desse idoso avaliado. Isso ocorrerá por intermédio de uma equipe capacitada, orientada e atenta ao idoso.

O resultado da AMPI gera uma pontuação que corresponde a uma determinada classificação: 0 a 5 pontos correspondem a um Idoso Saudável; 6 a 10 pontos correspondem a um Idoso Pré-Frágil; e mais de 11 pontos correspondem a um Idoso Frágil.

O Idoso Frágil possui uma senescência “acelerada”, podendo apresentar incapacidades, dependência, multimorbidades, fraqueza, lentidão, exaustão, perda cognitiva, perda de peso, risco para quedas e alto risco de mortalidade. Por sua vez, o Idoso Pré-Frágil encontra-se na faixa intermediária, que é evidenciada pela associação das características da senescência com os graus variados da senilidade. Já o Idoso Saudável é aquele que apresenta alterações próprias da senescência com a autonomia e a independência preservadas (AMARAL, 2009).

Desse modo, após a aplicação dos testes, e conforme a pontuação da AMPI, orienta-se para o cumprimento das seguintes condutas, sempre de acordo com a avaliação da equipe da UBS: de 0 a 5 pontos, repetir a AMPI após 12 meses; de 6 a 10 pontos, repetir a AMPI após 6 meses; mais de 11 pontos, encaminhar para a URSI de referência (SÃO PAULO, 2016).

Após a aplicação da AMPI, a equipe de saúde elabora um plano de cuidado inicial, sendo que, às vezes, é necessário encaminhar o idoso a outras especialidades; em outras situações, é preciso encaminhá-lo para centros de socialização; ou ainda, é necessário verificar as condições sociais desse idoso. Dessa forma, de acordo com os resultados da AMPI e dos testes, a equipe da UBS consegue ter uma melhor visão da saúde do idoso naquele momento, podendo direcioná-lo ao melhor tratamento e acompanhamento.

Nesse sentido, é possível dizer que a introdução da AMPI nas Unidades Básicas de Saúde contribuiu de forma relevante para o rastreamento de doenças e a detecção de problemas sociais, e está sendo cada vez mais imprescindível na realização do acompanhamento da saúde do idoso.

2 | METODOLOGIA E RESULTADOS

O presente estudo tem como objetivo analisar os resultados da AMPI aplicada na Associação Médica Ambulatorial (AMA)/Unidade Básica de Saúde (UBS) Integrada Vila Joaniza, localizada na cidade de São Paulo, no período de 2 de novembro de 2014 a 26 de março de 2019.

No total, 542 idosos foram submetidos à aplicação da AMPI e dos instrumentos de rastreamento de doenças, avaliação de vulnerabilidade social, avaliação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária e avaliação superficial da função cognitiva. Esses idosos encontravam-se com idade entre 60 e 100 anos, sendo 134 na faixa etária entre 60 e 69 anos, 224 entre 70 e 79 anos, 151 entre 80 e 89 anos, 32 entre 90 e 99 anos e um idoso com 100 anos, como revela o Gráfico 1.



Gráfico 1 – Idade dos idosos avaliados.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após a aplicação da AMPI, 160 idosos foram enquadrados na categoria Idoso Saudável, 267 em Idoso Pré-Frágil e 115 em Idoso Frágil, consoante representado no Gráfico 2.

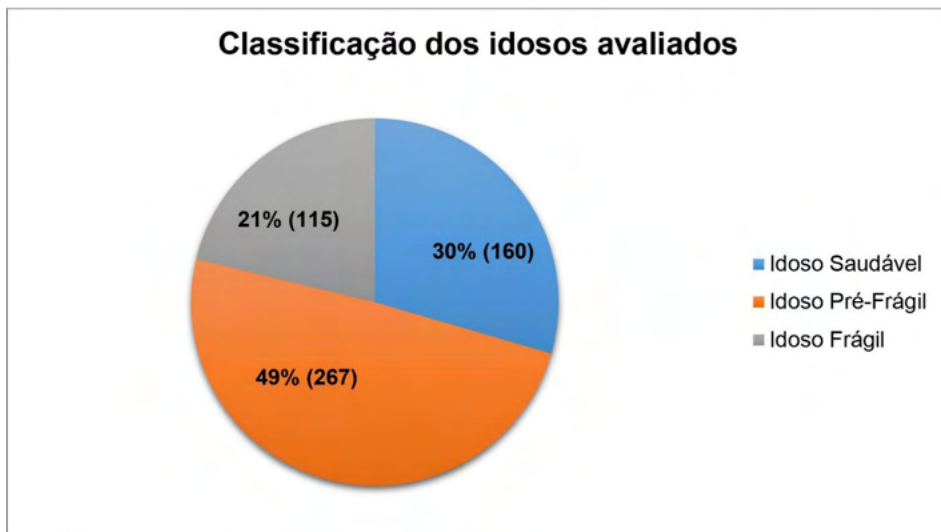


Gráfico 2 – Classificação dos idosos avaliados.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 1 traz a classificação dos idosos avaliados segundo a pontuação obtida na AMPI.

Pontuação	Classificação	Nº de Idosos
0 - 5 pontos	Idoso Saudável	160
6 - 10 pontos	Idoso Pré-Frágil	267
> 11 pontos	Idoso Frágil	115

Tabela 1 – Classificação dos idosos segundo a pontuação obtida na AMPI.

Fonte: Elaborada pela autora.

Como mostra a Tabela 2, de acordo com a classificação decorrente da AMPI, o idoso saudável deve repetir a avaliação em um ano, o idoso pré-frágil deve fazê-lo em seis meses e o idoso frágil deve ser encaminhado para a URSI Cidade Ademar, conforme as suas condições. Se o idoso tiver uma pontuação que ultrapasse 11 pontos, mas não apresentar suporte familiar ou não tiver condição para se deslocar, seja por motivos físicos ou financeiros, continuará o seu acompanhamento na UBS.

Neste estudo, foi possível observar que 49% dos idosos (267 indivíduos) foram classificados como Pré-Frágéis, e, se eles não tiverem um acompanhamento adequado, possivelmente tornar-se-ão Idosos Frágeis.

Classificação	Reavaliação da AMPI	Nº de Idosos
Idoso Saudável	1 ano	160
Idoso Pré-Frágil	6 meses	267
Idoso Frágil	Encaminhar para URSI*	115

Nota: *conforme as condições do paciente.

Tabela 2 – Reavaliação da AMPI segundo a classificação dos idosos.

Fonte: Elaborada pela autora.

No período avaliado, 159 pacientes compareceram às reavaliações da AMPI. Entretanto, 428 pacientes não o fizeram por uma série de motivos.

Dentre esses motivos, como mostra a Tabela 3, 37 pacientes mudaram de endereço; 17 recusaram atendimento na UBS por realizarem acompanhamento em outros serviços, como convênios, serviços particulares e/ou serviços em hospitais públicos conveniados; quatro foram institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI); quatro foram encaminhados para a Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD); e outros quatro pacientes não foram localizados.

Motivo de Reavaliação Vencida	Nº de Idosos
Mudança de endereço	37
Recusa de atendimento na UBS	17
ILPI	4
EMAD	4
Pacientes não localizados	4
Total	66

Tabela 3 – Motivos das reavaliações vencidas.

Fonte: Elaborada pela autora.

O restante dos pacientes não compareceu às reavaliações da AMPI, mesmo a equipe de saúde do idoso da UBS tendo agendado horário para tal procedimento. Assim sendo, 362 pacientes estavam com as suas reavaliações da AMPI vencidas sem justificativa, consoante a Tabela 4.

Reavaliação Vencida	Nº de Idosos
Com justificativa	66
Sem justificativa	362

Tabela 4 – Número de reavaliações vencidas com e sem justificativa.

Fonte: Elaborada pela autora.

Com base nos resultados da AMPI, foi elaborado o PTS dos idosos avaliados, e, assim, 85 pacientes foram encaminhados para a URSI Cidade Ademar, 26 pacientes foram encaminhados para o PAI Cidade Ademar e cinco pacientes foram encaminhados para o Centro Dia, conforme evidenciado na Tabela 5.

Equipamento	Nº de Idosos
URSI	85
PAI	26
Centro Dia	5

Tabela 5 – Encaminhamento dos idosos segundo o PTS.

Fonte: Elaborada pela autora.

Além desses serviços, dentro do PTS, os pacientes foram encaminhados para consultas com oftalmologista, otorrinolaringologista, psicólogo, psiquiatra, assistente social, Centro Especializado em Reabilitação e Centro de Convivência do Idoso.

Dos pacientes que foram encaminhados para a URSI, 34 receberam alta e voltaram a fazer o acompanhamento na UBS, 36 continuaram o acompanhamento na URSI e 15 idosos faleceram ou mudaram de endereço.

Em relação aos idosos que receberam alta da URSI, a equipe da UBS foi questionada pelos familiares sobre o seu acompanhamento, pois, em sua maioria, os idosos apresentavam algum comprometimento cognitivo.

Apesar de ser realizado o matriciamento pela equipe da URSI, os profissionais das Unidades Básicas não são treinados e/ou capacitados para tratar idosos com transtornos neurocognitivos maiores ou sintomas psiquiátricos de comprometimentos cognitivos. Assim sendo, seria necessário que o idoso continuasse a ter um acompanhamento de um serviço secundário.

Em algumas situações, não obstante o paciente ter atingido a pontuação para ser encaminhado para a URSI, acabou não tendo essa indicação, por diversos motivos. Dentre eles, como representado na Tabela 6, 13 idosos foram incluídos no Programa Gestão de Casos da UBS; 27 recusaram o acompanhamento na URSI, alguns por acompanharem com geriatra pelo convênio ou por consultas particulares, outros por falta de suporte familiar; oito mudaram de endereço antes de serem encaminhados para a URSI; e três pacientes foram a óbito.

Pacientes não encaminhados para URSI	Nº de Idosos
Programa Gestão de Casos	13
Recusa URSI	27
Mudança de endereço	8

Tabela 6 – Pacientes não encaminhados para URSI.

Fonte: Elaborada pela autora.

2.1 Instrumentos

Após a aplicação da AMPI, foram realizados, na sequência, o Teste de Katz, o Teste de Lawton, o Mini Exame do Estado Mental (Exame Minimental), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Teste *Timed Up and Go* (TUGT).

O Teste de Katz tem como objetivo avaliar as condições do idoso em realizar as suas atividades básicas de vida diária, verificando, por meio de seis questões, se existe independência, dependência parcial ou dependência total para a realização dessas atividades (Quadro 3).

Por seu turno, o Teste de Lawton busca avaliar o desempenho funcional do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária, investigando, por meio de nove questões, o seu grau de autonomia e independência (Quadro 4).

O Exame Minimental é um teste neuropsicológico que avalia superficialmente a cognição do idoso, por meio da orientação temporal e espacial, da memória imediata e de evocação, do cálculo, da linguagem-nomeação, da repetição, da compreensão, da escrita e da cópia de desenho. O resultado desse teste deve ser avaliado conforme a escolaridade do idoso, e a pontuação abaixo da nota de corte sugere alguma alteração cognitiva, devendo ser investigada, já que esse instrumento não tem como objetivo realizar diagnósticos (Quadro 5).

Já Escala de Depressão Geriátrica tem como escopo avaliar a questão emocional do idoso na última semana, tentando detectar um possível estado de depressão, por meio de um questionário com 15 perguntas. Conforme a pontuação, sugere-se a existência de um quadro psicológico normal (0 a 5 pontos), de um quadro de depressão leve (6 a 10 pontos) ou de um quadro de depressão severa (11 a 15 pontos) (Quadro 6). Cabe advertir que a GDS não substitui a avaliação de um profissional da área de saúde mental.

Por fim, o TUGT objetiva avaliar a mobilidade funcional do idoso e o seu grau de fragilidade, ou seja, está relacionado com o equilíbrio, a marcha e a capacidade funcional do idoso. Deve-se solicitar que o idoso se levante sem apoio, caminhe e retorne ao local de origem, sentando-se novamente, a fim de avaliar o tempo de percurso e as condições em que ele realiza esse movimento. Conforme a cronometragem do trajeto, o teste é considerado normal, quando o tempo for inferior a 10 segundos; se apresentar tempo entre 10 a 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado para quedas; e se o tempo for superior a 20 segundos, entende-se que o idoso apresenta risco acentuado para quedas (Quadro 7).

NOME:		DN:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:		EQUIPE:	TEL:
TESTE DE KATZ: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária			
INSTRUÇÕES			
As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são: SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio. COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. COM AJUDA TOTAL: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.			
1	BANHAR: A avaliação da atividade "BANHAR-SE" é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
2	VESTIR: Para avaliar a função "VESTIR-SE" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
3	BANHEIRO: A função "USAR O BANHEIRO" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função, incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total). () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
4	TRANSFERÊNCIA: A função "TRANSFERÊNCIA" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências. () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
5	CONTINÊNCIA: O termo "CONTINÊNCIA" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxílio para a realização de um desses procedimentos). () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
6	ALIMENTAÇÃO: a função "ALIMENTAR-SE" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes. () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL		
RESULTADO:			
0 – INDEPENDENTE para todas as atividades		3 – Dependente para TRÊS atividades	5 – Dependente para CINCO atividades
1 – Dependente para UMA atividade		4 – Dependente para QUATRO atividades	6 – Dependente para TODAS as atividades
2 – Dependente para DUAS atividades			
OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):			
Data: ____ / ____ / ____		Nome Legível e Assinatura do profissional	

ORIENTAÇÕES

TESTE DE KATZ: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária

O que é? Teste de avaliação das condições do idoso para realizar as atividades básicas de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia.

Objetivo: Avaliar a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas, as atividades básicas de vida, indicando se existe independência ou dependência parcial ou total para a sua realização.

Procedimento: As atividades consideradas básicas são: banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação. Para cada item há uma padronização que indica a independência, dependência parcial ou dependência total para a realização das atividades básicas que deverá ser perguntado ao idoso e assinalado conforme a resposta apresentada.

Quem faz? O Teste de Katz poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados: a pontuação varia de 0 (ZERO) a 6 (SEIS) pontos, onde 0 (ZERO) indica total independência para desempenho das atividades e 6 (SEIS), dependência (total ou parcial) na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

Encaminhamentos: cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. O resultado do teste também servirá para o acompanhamento evolutivo da pessoa idosa.

Referência: adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

NOME E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

DATA:

Quadro 3 – Teste de Katz.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

NOME:		DN:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:

TESTE DE LAWTON: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida

INSTRUÇÕES

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar ou não as tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. As alternativas são:

SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa.

NÃO CONSEGUE: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.

1	O (a) Sr(a) consegue usar o telefone? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
8	O (a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE
9	O (a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças? () SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () NÃO CONSEGUE

INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

0 - INDEPENDENTE para TODAS as atividades.

1 - Dependente (parcial ou total) para UMA atividade.

2 - Dependente (parcial ou total) para DUAS atividades.

3 - Dependente (parcial ou total) para TRÊS atividades.

4 - Dependente (parcial ou total) para QUATRO atividades.

5 - Dependente (parcial ou total) para CINCO atividades.

6 - Dependente (parcial ou total) para SEIS atividades.

7 - Dependente (parcial ou total) para SETE atividades.

8 - Dependente (parcial ou total) para OITO atividades.

9 - Dependente (parcial ou total) para TODAS as atividades.

OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):

Data: ____ / ____ / ____	Nome Legível e Assinatura do profissional

RASTRAMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

ORIENTAÇÕES

TESTE DE LAWTON: Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária

O que é? Teste de avaliação das condições do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia.

Objetivo: Avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. O idoso submetido ao teste será avaliado como independente ou dependente no desempenho das nove funções.

Procedimento: Para cada item será aplicada uma padronização de resposta que indica se existe independência, dependência parcial ou dependência total para a realização da atividade proposta. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim. Todos os testes deverão ser aplicados individualmente.

Quem faz? O Teste de Lawton poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados: a pontuação varia de 0 (ZERO) a 9 (NOVE) pontos, onde 9 (NOVE) indica dependência (parcial ou total) para o desempenho de todas as atividades e 0 (ZERO) indica independência na realização de todas as atividades propostas. A pontuação intermediária indica a dependência total ou parcial em quaisquer das atividades e deverá ser avaliada individualmente.

Encaminhamentos: cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. O resultado do teste também servirá para o acompanhamento evolutivo da pessoa idosa.

Referência: adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

NOME E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

DATA:


Quadro 4 – Teste de Lawton.

NOME:		IDADE:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		SEXO: F () M ()	
ESCOLARIDADE EM ANOS:		TEL:	
UBS:		EQUIPE:	

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MINIMENTAL

INSTRUÇÕES

Aplicar os 11 testes seguindo as orientações conforme o nível de instrução do idoso, assinalando a pontuação obtida em cada item. Anexar a este instrumento os registros gráficos (frase e desenho) realizados pelo idoso em folha à parte (itens 10 e 11), com a identificação do usuário. Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão, suspender a testagem no dia.

1.	Orientação temporal (0 a 5 pontos)	Em que dia estamos?	ANO	1	DIA	1	
			SEMESTRE	1	DIA DA SEMANA	1	
			MÊS	1	TOTAL		
2.	Orientação espacial (0 a 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	Rua	1	
			Cidade	1	Local	1	
			Bairro	1	TOTAL		
3.	Repita as palavras (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos até que o entrevistado o aprenda. Faça 5 repetições no máximo.	CANECA			1	
			TIJOLO			1	
			TAPETE			1	
			TOTAL				
4.	Este item deve ser realizado de acordo com a capacidade do idoso em realizar cálculos ou seu grau de alfabetização.	Para o idoso que faz cálculos	Quanto é 100 - 77?	93	1		
			Quanto é 93 - 77?	86	1		
			Quanto é 86 - 77?	79	1		
			Quanto é 79 - 77?	72	1		
			Quanto é 72 - 77?	65	1		
			TOTAL				
5.	Memorização (0 a 3 pontos)	Peça a pessoa idosa que repita as palavras ditas anteriormente (no item 3)	CANECA			1	
			TIJOLO			1	
			TAPETE			1	
			TOTAL				
			TOTAL				
			TOTAL				
6.	Linguagem 1 (0 a 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	RELÓGIO			1	
			CANETA			1	
			TOTAL				
7.	Linguagem 2 (0 a 1 ponto)	Peça ao idoso que repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	NÃO REPETE			0	
			REPETE			1	
			TOTAL				
8.	Linguagem 3 (0 a 3 pontos)	Peça ao idoso que siga uma ordem de 3 estágios de comando:	Pegue o papel com a mão direita			1	
			Dobre o papel ao meio			1	
			Ponha o papel no chão			1	
			TOTAL				
9.	Linguagem 4 (0 a 1 ponto)	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS!" Peça ao idoso que leia o comando e execute.	NÃO EXECUTA			0	
			EXECUTA			1	
			TOTAL				
10.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa para escrever uma frase completa:	NÃO EXECUTA			0	
			EXECUTA			1	
			TOTAL				
11.	Linguagem 5 (0 a 1 ponto)	Peça a pessoa que copie o desenho ao lado		NÃO EXECUTA			0
				EXECUTA			1
				TOTAL			
			TOTAL GERAL				

INTERPRETAÇÃO

A nota de corte deve levar em consideração o nível de escolaridade do idoso avaliado.

ANALFABETOS: 20 pontos

1 a 4 anos de escolaridade: 25 pontos

5 a 8 anos de escolaridade: 27 pontos

9 a 11 anos de escolaridade: 28 pontos

mais que 11 anos de escolaridade: 29 pontos

Data: ____/____/____

OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):

Nome Legível e Assinatura do profissional:

ORIENTAÇÕES

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL – MINIMENTAL

O que é? É um teste neuropsicológico, de fácil e rápida aplicação, que avalia superficialmente a função cognitiva dos idosos.

Objetivo: Avaliar os seguintes domínios: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Não é um instrumento para diagnóstico, mas indica quais funções devem ser investigadas.

Procedimento: Para cada item será avaliada a resposta do idoso a um comando. Cada acerto dará uma pontuação que será anotada em cada categoria e somada para avaliação do corte, conforme a escolaridade referida pelo idoso avaliado (o grau de escolaridade deve ser anotado em campo específico no cabeçalho). Realizar o teste individualmente, em sala fechada. Colocar aviso de "Não Interromper" na porta. Caso seja interrompido por alguma razão suspender a testagem no dia.

"Quem faz?" O Mini Exame do Estado Mental poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados: os resultados deverão ser avaliados conforme a escolaridade do idoso avaliado. Os resultados abaixo do valor de corte sugerem alteração cognitiva.

Encaminhamentos: cada teste deverá ser avaliado pela equipe devendo ser elaborado o plano de cuidados específico conforme as alterações apresentadas. A pontuação abaixo da nota de corte esperada (considerando os grupos conforme a escolaridade) denota alterações neuropsíquicas, sendo que estas fazem parte dos critérios de encaminhamento para a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) o que deverá ser feito após a realização do Rastreamento da Capacidade Funcional completo e realização do Plano de Cuidados Inicial.

Referência:

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRUCKI, S., NITRINI, R., CARAMELLI, P., BERTOLUCCI, P.H.F., OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivo Neuropsiquiatria, São Paulo: 61(3-B):777-81,2003.

REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

Quadro 5 – Mini Exame do Estado Mental.

NOME:			Idade:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	CNS:		SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:			
UBS:	EQUIPE:	TEL:	

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

INSTRUÇÕES

Aplicar o questionário computando as respostas que indicam como a pessoa tem se sentido na última semana. Assinalar SIM ou NÃO. Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado. O resultado final será a soma das 15 respostas.

Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM ()	0	NÃO ()	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ()	1	NÃO ()	0
3. Acha sua vida vazia?	SIM ()	1	NÃO ()	0
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ()	1	NÃO ()	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ()	0	NÃO ()	1
12. Sente-se inútil?	SIM ()	1	NÃO ()	0
13. Sente-se cheio (a) de energia?	SIM ()	0	NÃO ()	1
14. Sente-se sem esperança?	SIM ()	1	NÃO ()	0
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	SIM ()	1	NÃO ()	0
TOTAL				

INTERPRETAÇÃO

0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal.

6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve.

11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa.

OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste):

Data: __/__/__	Nome Legível e Assinatura do profissional
-----------------------	--

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)

O que é? Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana. A GDS não substitui a entrevista específica de avaliação especializada realizada por profissionais da área da saúde mental.

Objetivo: Favorecer a identificação de um estado depressivo no idoso.

Procedimento: Aplicar o questionário assinalando SIM ou NÃO a cada item, atribuir a pontuação correspondente a cada resposta e somar os pontos obtidos.

Quem faz? A GDS poderá ser realizada por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados: somar os pontos obtidos nas 15 questões e, conforme resultado considerar o idoso com quadro psicológico normal ou indicativo de depressão leve ou grave.

Encaminhamentos: sugere a indicação de avaliação neuropsicológica específica e, também, a elaboração de plano de cuidados específico após a discussão em equipe.

Referência:

Adaptado de BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

PARADELA, E.M.P., LOURENÇO, R.A., VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 39(6):918-23, 2005.

ALMEIDA, O.P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo, 57(2)-B:421-426, 1999.

REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

NOME E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

DATA:

Quadro 6 – Escala de Depressão Geriátrica.

NOME:		DN:
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:		
UBS:	EQUIPE:	TEL:

TIME GET UP AND GO TEST (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS

INSTRUÇÕES

- Material/equipamento: cadeira (45 cm a 48 cm de altura) com braços, de pés fixos (sem rodinhas), cronômetro; fita adesiva; trena, ou barbante, ou fita com 3m (para demarcar a distância de 3m);
- Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante entendeu o que é para ser feito;
- Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez);
- Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até a marca no chão e sentar-se encostando completamente o tronco no encosto da cadeira;
- Caso o idoso apresente alguma dificuldade de entendimento (ou esquecimento), que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste;
- Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: "É para sentar?", responda: "Faça como eu lhe disse para fazer";
- É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, ou andador);
- O participante deve estar usando seu sapato habitual;
- Para cronometrar o tempo: o cronômetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.

PROCEDIMENTO

O idoso deverá estar sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço.

Solicite ao idoso, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180° e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente.

RESULTADO

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto:

- () < 10 segundos (acompanhar conforme o fluxo normal da AMPI/AB)
- () 10 a 19 segundos (acompanhar na UBS a não ser que tenha outras indicações para a atenção especializada) Segundo a literatura, o tempo acima de 12,4 segundos indica risco aumentado para quedas.
- () 20 segundos ou mais (deverá ser encaminhado para a URSI)

OBSERVAÇÕES (durante a aplicação do teste)

Data: ____/____/____

Nome Legível e Assinatura do profissional:

TIME GET UP AND GO (TUGT) – AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS

O que é? Teste de avaliação da mobilidade funcional, cujo desempenho está relacionado com o equilíbrio, marcha e capacidade funcional do idoso, podendo indicar seu grau de fragilidade.

Objetivo: Avaliar risco de quedas.

Procedimento: Solicitar ao idoso, que se levante sem apoio, caminhe e retorne ao local de origem, sentando-se novamente. Deverá ser avaliado o tempo de percurso e as condições em que o idoso realiza o trajeto.

Quem faz? O TUGT poderá ser realizado por qualquer membro da equipe técnica multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, que tenha sido devidamente treinado no serviço.

Avaliação de resultados:

- O teste é considerado normal quando o tempo do percurso for inferior a 10 segundos.
- Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda, sendo este risco aumentado, quando o tempo obtido for acima de 19 segundos, ou seja, 20 segundos ou mais.
- Se a pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador), tolera-se o tempo entre 10 a 19 segundos.
- Em qualquer dos casos, há risco acentuado de quedas sempre que o tempo for superior a 20 segundos.
- O teste deve ser considerado alterado, se o idoso não puder executá-lo por motivos de ordem motora (não consegue se levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para realização do teste).

Encaminhamentos: os idosos com alterações de marcha e equilíbrio e/ou com história de quedas deverão ser encaminhados diretamente para a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), ou outras especialidades, conforme avaliação da equipe da UBS.

Para os idosos com risco aumentado de quedas (> 10 seg), mas que não caíram nos últimos 12 meses, a equipe da UBS deverá incluir a prevenção de quedas no Plano de Cuidados.

Referências: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

ALEXANDRE, T. S., MEIRA, D.M.; RICO, N. C.; MIZUTA, S.K. Acurácia do Timed Up and Go Test para rastrear risco de quedas em idosos na comunidade. Revista Brasileira de Fisioterapia; 16(5):381-8. São Carlos, 2012.

POSIALLO, D.; RICHARDSON, S. The Timed "Up na Go": A Test of basic functional mobility for frail elderly persons. JAGS:39:142-148. EUA, 1981.

REGISTRO DOS ENCAMINHAMENTOS E PLANO DE CUIDADOS DA EQUIPE:

NOME E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

DATA:

Quadro 7 – Teste *Timed Up and Go* (TUGT).

2.2 Equipamentos/Programas

A seguir, serão explanados, brevemente, os equipamentos e programas disponibilizados aos idosos pela Prefeitura de São Paulo.

A URSI Cidade Ademar é um serviço de atenção secundária, que tem como objetivo atender a idosos frágeis. É composta por uma equipe multidisciplinar: geriatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional. Tem como objetivos: recuperar a saúde do idoso fragilizado; desenvolver ações de assistência interdisciplinar a doenças de maior complexidade (transtorno cognitivo maior, depressão, mal de Parkinson etc.) e a problemas específicos (instabilidades de marcha, quedas, incontinências, polifarmácias etc.), elaborando, assim, o PTS do idoso; prevenir o surgimento de novas doenças; manter e melhorar a capacidade funcional; reabilitar idosos com capacidade funcional comprometida; desenvolver ações de promoção à saúde, em conjunto com a atenção básica; promover ações intersetoriais que garantam a atenção integral ao idoso frágil; e promover a socialização e a integração do idoso na comunidade. O encaminhamento deverá ser realizado por meio da Ficha de Encaminhamento (Quadro 8) (SÃO PAULO, 2016).

UNIDADE DE REFERENCIA À SAÚDE DO IDOSO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME:		DN:	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena		CNS:	SEXO: F () M ()
ENDEREÇO:			
UBS:		EQUIPE:	TEL:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Data: ____/____/____

- Transtornos neuropsíquicos (demência, depressão grave, Parkinson, AVC).
- Três ou mais doenças crônicas com complicações
- Instabilidade e alteração de marcha e equilíbrio.
- Quedas recorrentes (duas ou mais quedas nos últimos doze meses)
- Idoso frágil – AMPI/AB com pontuação maior ou igual a 11

Breve histórico do motivo do encaminhamento:

Tratamentos já realizados:

Pontuação da AMPI/AB: (marcar a pontuação obtida em cada item)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17

Observações na aplicação dos testes do Rastreamento da Capacidade Funcional realizados na Unidade Básica:

Breve relato do Plano de Cuidados Inicial:

Exames de Triagem: (Os exames devem ter no máximo 90 dias de coleta)

HMG:	TSH:	T4livre:	Na:	K:
	U:	C:	Glicemia:	
	OUTROS:			

OBS: _____

Assinatura do profissional: _____ Carimbo:

Data do Agendamento: ____/____/____ URSI de referência: _____

Nome de quem agendou na Unidade de Referência: _____

Obs: _____

Quadro 8 – Ficha de Encaminhamento para URSI.

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade

social. Tem como objetivos: promover a assistência integral à saúde do idoso, auxiliando no desenvolvimento do seu autocuidado, da sua autonomia e da sua independência; evitar e/ou adiar a institucionalização; evitar o isolamento e a exclusão social; acompanhar e dar suporte técnico aos acompanhantes de idosos; e integrar as redes formais e informais de atenção ao idoso para o fortalecimento de parcerias para o atendimento das demandas. Dessa forma, tal programa disponibiliza serviços de profissionais da saúde e de acompanhantes de idosos para apoio e suporte nas ABVD e para suprir necessidades de saúde e sociais desses indivíduos (SÃO PAULO, 2012).

A Gestão de Casos de pacientes em condições crônicas complexas é um programa implantado nas UBSs, que visa à identificação de pacientes em condições crônicas complexas, bem como à elaboração, à implementação e ao monitoramento de um plano de cuidado. Esse monitoramento é realizado por meio de visitas domiciliares, atendimento na UBS ou atendimento por contato telefônico (SÃO PAULO, 2017). Nos casos de idosos acompanhados na URSI, cujos agravos são considerados complexos, a equipe da URSI os encaminha para a Gestão de Casos, a fim de que a equipe da atenção básica continue com os cuidados dentro do PTS elaborado na atenção especializada. É considerado como caso complexo o idoso que apresenta as seguintes características: gravidade clínica (diagnósticos, comorbidades com complicações, alterações de marcha e equilíbrio, quedas recorrentes, perda cognitiva, complexidade dos cuidados etc.); capacidade funcional comprometida; dificuldade de adesão; carga dos cuidados necessários, incluindo a sobrecarga do cuidador; insatisfação global com a própria vida; ausência, insuficiência e desorganização familiar; insuficiência ou ausência de suporte social; insuficiência de recursos financeiros que dificulte a efetivação do PTS proposto; e existência de violência contra o idoso (SÃO PAULO, 2016).

A Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD) é uma modalidade do Programa de Atenção Domiciliar, que busca a promoção à saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças e à reabilitação. Essa equipe multidisciplinar realiza atendimentos de maior complexidade, ou seja, aos indivíduos que apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS e que necessitam de maiores cuidados, bem como aos indivíduos que necessitam de equipamentos específicos, os quais poderão receber atendimento em sua residência, se tiverem o consentimento da família, com a existência de um cuidador (BRASIL, 2012, 2013).

O Centro de Convivência do Idoso (CCI) é um local destinado a idosos independentes e seus familiares, onde são desenvolvidas atividades socioculturais e educativas, de forma a melhorar a sua qualidade de vida, promovendo a participação e a convivência social. Essas ações contribuem para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo do idoso (SÃO PAULO, 2012, 2014a).

O Centro Dia para Idosos é um programa de atenção ao idoso que, por suas carências familiares e funcionais, necessita de um local para ficar durante o dia, evitando,

assim, uma institucionalização precoce. Ao Centro Dia, devem ser encaminhados os idosos que apresentam um grau de dependência e convivem com os seus familiares, mas que estes não conseguem prestar suporte durante o dia todo. Assim, o Centro Dia proporciona o atendimento às necessidades básicas do idoso, estimulando a sua autonomia, independência e socialização, visando a uma melhor qualidade de vida (SÃO PAULO, 2012, 2014b).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER), como o próprio nome diz, é focado em reabilitação, realizando diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, que é um termo que agrupa recursos, dispositivos e técnicas que contribuem para proporcionar ou ampliar as habilidades funcionais de pessoas com deficiência, visando a melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. A reabilitação tem como objetivo desenvolver habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais e psicossociais que colaboram para a conquista da autonomia e da independência, promovendo a socialização do indivíduo, sendo realizada de forma multidisciplinar e envolvendo as seguintes modalidades: auditiva, visual, física e/ou intelectual (BRASIL, 2019).

3 | CONCLUSÃO

Devido ao aumento gradativo da expectativa de vida, a sociedade deverá elaborar um novo paradigma em relação ao envelhecimento.

É importante salientar que um envelhecimento saudável e ativo não está relacionado apenas à ausência ou ao controle de doenças crônicas, mas também à manutenção da autonomia e à independência do idoso.

Para tanto, uma estratégia foi elaborada na investigação e no rastreamento de idosos: a aplicação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa. Com a aplicação da AMPI nas Unidades Básicas, a equipe de saúde consegue ter uma visão integral do estado do idoso, rastreando e elaborando um PTS adequado para cada indivíduo.

Portanto, a AMPI auxilia no rastreamento de doenças, na detecção de conflitos familiares, no direcionamento do diagnóstico e do acompanhamento do idoso, bem como nos encaminhamentos aos Centros de Referência e aos programas disponibilizados pela Prefeitura. Além disso, é muito importante que o idoso seja reavaliado no prazo determinado pela AMPI e que as medidas do PTS sejam aplicadas de forma adequada.

Entretanto, por meio deste estudo, foi possível concluir que existe uma falta de comprometimento do próprio idoso em cuidar da sua saúde, já que ele demonstra resistência em reaplicar a AMPI. Dessa forma, o acompanhamento desse indivíduo será prejudicado e ele poderá se tornar um idoso frágil.

Ainda na presente pesquisa, foi levantada a questão do acompanhamento do idoso após receber alta da URSI. Ocorre que o idoso retorna para a UBS para realizar o acompanhamento com o clínico geral, que não é capacitado para tratar de transtornos

neurocognitivos maiores, quadros psiquiátricos em decorrência de comprometimentos cognitivos e outros quadros demenciais. Na verdade, o mais adequado seria manter o acompanhamento desse idoso em um serviço secundário.

De qualquer modo, a introdução da AMPI nas Unidades Básicas de Saúde foi uma estratégia bem planejada, que, se aplicada de forma correta, terá resultados promissores.

Contudo, para que a equipe da UBS consiga realizar um acompanhamento adequado desses indivíduos, é necessário que haja mais investimentos na área da Saúde do Idoso, com incentivos para a abertura de mais Centros de Referência, Centros de Convivência e Centros Dia.

Também é imprescindível que haja uma conscientização do próprio idoso sobre a importância da aplicação da AMPI, a fim de que a equipe de saúde da UBS consiga realizar o seu acompanhamento da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS

AMARAL, José Renato G. **Geriatría: principais temas**. São Paulo: CBBE, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Cadernos de Atenção Básica, 2006. n. 19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2012. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa com deficiência: diretrizes, políticas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia/>. Acesso em: 15 set. 2019.

RAMOS, Ana Paula Mansano Cunha. **Geriatría: Manual de Rotinas do Ambulatório de Geriatría do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Guia de Orientações Técnicas Centro de Convivência do Idoso – “Centro Conviver”**. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014a.

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Desenvolvimento Social. **Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso – “Centro Novo Dia”**. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014b.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento Norteador: Programa Acompanhante de Idosos**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. **Documento Norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI)**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2016.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura do Município de São Paulo. **Gestão de casos de pacientes em condições crônicas complexas**. São Paulo: OS-Santa Catarina, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ÍNDICE REMISSIVO

A

América Latina 5, 13, 16, 24, 25, 94, 95, 119, 120
Assistente social 17, 22, 23, 26, 55, 67, 94, 102, 104, 146
Autogestão 165, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177
Avaliação multidimensional da pessoa idosa 45, 46, 47, 71

B

Bioética 34, 179

C

Centros de Referência da Assistência Social - CRAS 90, 99
Ciências humanas e sociais 34, 35, 36, 37, 44
Conselho Nacional de Saúde - CNS 17, 20, 34, 36, 44
Contrarreforma do Estado 1, 2, 6, 9, 11, 12, 13
Convivência familiar e comunitária 76, 84
Coronavirus 20
Covid-19 14, 15, 17, 21
Crimes femininos 125

D

Desenvolvimento da comunidade 22, 29, 30, 31
Dominação 23, 86, 106, 107, 108, 116, 119, 128, 138, 141, 143, 152

E

Emergência 6, 14, 16, 17, 18, 19, 115
Empoderamento 102, 105, 107, 110, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122
Envelhecimento 16, 45, 46, 48, 70, 71, 72, 73
Espaço urbano 99, 103, 154, 156, 157, 163
Estado democrático de direito 124
Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA 76, 80, 85, 87, 88, 97
Estigma 85, 153, 154, 155, 157, 161, 162, 163
Estigmatização territorial 154, 164
Expansão industrial 23

F

Família 17, 18, 26, 30, 70, 76, 77, 79, 82, 85, 86, 97, 103, 106, 107, 108, 109, 115, 130, 133, 137, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 149, 150, 155, 156

Finanças pessoais 165, 166, 168, 173, 176, 177

Fracionamento salarial 166

Fragmentação do espaço urbano 103, 156, 163

G

Gênero 74, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 94, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152

I

Identidade feminina 140, 143

Idoso 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 67, 70, 71, 72, 73

L

Lei Orgânica da Saúde 16

M

Modo de produção capitalista 2, 90, 91

Movimento feminista 126, 127, 141, 143

Mulher criminosa 124, 126, 130, 139

Mundialização do capital 2

O

Organização Mundial de Saúde - OMS 88

P

Planejamento 2, 15, 21, 26, 32, 135, 149, 151, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 176, 177

Política de saúde 1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 73, 135, 179

Políticas sociais no Brasil 1, 2, 6, 11, 179

Proletariado urbano 23

Proteção integral 75, 76

Q

Questão social 2, 3, 5, 6, 13, 22, 23, 25, 27, 29, 31, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 102, 104

R

Rede de atenção à saúde 16

Reestruturação do Estado 2

Relações de poder 36, 106, 107, 110, 116, 127, 128, 163

Representatividade feminina 143

S

Secretaria Municipal de Saúde 48, 50

Serviço social 1, 2, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 89, 90, 93, 94, 95, 101, 102, 103, 104, 179

Serviço social brasileiro 12, 13, 22, 25, 31

Servidores públicos 165, 166, 167, 170, 171, 176, 177

Sistema de Informação para Infância e Adolescência - SIPIA 79, 83, 88

Sistema Único de Saúde - SUS 1, 7, 8, 13, 16, 20, 72, 134, 135, 179

U


Unidade de referência à saúde do idoso 45, 48, 50, 73


SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:

Reflexões sobre formação profissional,
produção do conhecimento e
cotidiano dos serviços

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 




 **Atena**
Editora

Ano 2021

SERVIÇO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA:

Reflexões sobre formação profissional,
produção do conhecimento e
cotidiano dos serviços

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 