



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Jean Carlo Palmieri

Avaliação Geriátrica Ampla de Idosos Acompanhados em Centro Dia de Botucatu

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre no Programa Profissional de Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Associado Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu 2019

Jean Carlo Palmieri

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM CENTRO DIA DE BOTUCATU

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre no Programa Profissional de Pesquisa Clínica.

Orientador: Prof. Associado *Paulo José Fortes Villas Boas*

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Palmieri, Jean Carlo.

Avaliação geriátrica ampla de idosos acompanhados em centro dia de Botucatu / Jean Carlo Palmieri. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Paulo José Fortes Villas Boas

Capes: 40602001

1. Idosos - Condições sociais. 2. Qualidade de vida.
3. Geriatria - Avaliação. 4. Instituição de longa permanência para idosos. 5. Estudos transversais.

Palavras-chave: Avaliação Geriátrica Ampla ; Centro Dia ; Idoso.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jean Carlo Palmieri

Avaliação Geriátrica Ampla de Idosos Acompanhados em
Centro Dia de Botucatu

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre no programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica - Mestrado pro-fissional.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profo Associado: **Paulo José Fortes Villas Boas**

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP Julgamento:

_____ Assinatura: _____

Profa. Associada: **Regina Célia Popim**

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP Julgamento:

_____ Assinatura: _____

Profa. Doutora: **Lucía Silva**

Instituição: Escola Paulista de Enfermagem – Universidade Federal de São Paulo Julgamento:

_____ Assinatura: _____

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcuta

DEDICATÓRIA

Primeiramente a DEUS por ter me dado o dom da vida
Aos meus pais, ISMAEL e ROSELI, por sempre estarem ao
meu lado e me apoiando em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus PAIS, por me mostrarem sempre os obstáculos da vida e me ensinarem a superá-los.

Ao querido professor Drº. PAULO, por me incentivar desde o início e sempre me ajudar, e por acreditar em meu potencial. Todo o seu trabalho, o seu carinho, o seu empenho te faz uma pessoa ímpar!

A BEATRIZ CASSOLATTI GRACIOLLI, por colaborar com a coleta de dados da pesquisa.

Agradeço também a toda a equipe do CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO ACONCHEGO, em especial a coordenadora SILMARA TSE e ao presidente FRANCISCO SERRÃO, por autorizarem a pesquisa ser realizado nesse maravilho local, e por sempre me apoiarem a continuar com os estudos.

Agradeço a todos os PROFESSORES DA CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL, por ajudarem a contribuir com a minha formação.

Agradeço a professora Associada REGINA e a professora Drª. LUCÍA por participarem na banca de defesa.

A todos os COLEGAS da turma do mestrado profissional por conseguirmos chegar a etapa final.

Agradeço a RAFAEL ALVES por me ajudar na etapa final deste projeto.

Agradeço a TODOS que de uma forma direta ou indireta contribuíram com a minha conquista e com a minha formação.

Muito obrigado a todos!

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	iii
Lista de Abreviaturas	5
Resumo	1
Abstract	4
Apresentação	7
1. Introdução.....	9
1.1 População idoso.....	10
1.2 Expectativa de vida	10
1.3 Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil	11
1.4 Avaliação dos idosos.....	15
1.5 Centro de Convivência do Idoso “Aconchego”	15
1.6 Justificativa	16
1.7 Hipótese.....	16
2. Objetivo	17
2.1 Objetivo Geral	18
3. Metodologia	19
3.1 Tipo de estudo	20
3.2 Local de estudo.....	20
3.2.1 Centro de Convivência do Idoso “Aconchego”	20
3.3 Coleta de Dados do Estudo	22
3.3.1 Critérios de inclusão	22
3.3.2 Critérios de exclusão	22
3.3.3 Instrumentos de Coleta de Dados.....	22
3.4 Análise dos dados.....	28
3.5 Aspectos éticos.....	28
4. Resultados.....	29
5. Discussão	38
6. Limitações do estudo	43
7. Conclusões	45
8. Financiamento	47
9. Referências.....	49
10. Apêndices	57
Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	58
Apêndice 2: Ficha de Coleta de Dados	59
11. Anexos.....	73
Anexo 1: Escala de Katz	74
Anexo 2: Escala de Pfeff	75
Anexo 3: Escala de Lawton.....	77
Anexo 4: Memory Impairment Screen (MIS)	78
Anexo 5: Mini Exame do Estado Mental.....	79
Anexo 6: Functional Assessment Staging of Alzheimer’s Disease.....	81
Anexo 7: Clinical Dementia Ratio (CDR).....	83
Anexo 8: Escala de Yesavage.....	85
Anexo 9: Declaração de autorização.....	86
Anexo 10: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu-SP, 2019	30
Tabela 2. Análise do número de diagnósticos atuais de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	31
Tabela 3. Análise dos diagnósticos prevalentes da amostra de idosos do Centro de Convivência do Idoso Aconchego. Botucatu – SP, 2019.....	31
Tabela 4. Valores e interpretação do Mini Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica de Amostra de Idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu-SP, 2019.....	32
Tabela 5. Análise de déficit auditivo e visual e quedas de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	33
Tabela 6. Classificação Índice de Massa Corporal de amostra de idoso do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	33
Tabela 7. Incontinência urinária e uso de fraldas de amostra de Idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	33
Tabela 8. Classificação da Capacidade Funcional (Escala de Katz, Lawton e Pfeffer) de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	34
Tabela 9. Classificação da Síndrome da Fragilidade de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	34
Tabela 10. Moradia e satisfação com seus familiares de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu- SP, 2019.....	35
Tabela 11. Classificação do déficit cognitivo de amostra de idosos com diagnóstico de demência do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu-SP, 2019.....	36
Tabela 12. Associação entre capacidade funcional das atividades de vida diária (Escala de Katz) e síndrome da Fragilidade de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu-SP, 2019.....	36
Tabela 13. Comparação de médias entre idosos com e sem diagnóstico de demência nas escalas de Pfeffer, Katz, Lawton e MEEM de amostra de idosos do Centro de Convivência De Idosos Aconchego. Botucatu-SP, 2019.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas de vida diária
AGA	Avaliação geriátrica ampla
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
CCI	Centro de Convivência do Idoso “Aconchego”
CDR	Clinical Dementia Ratio
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
FAST	Functional Assesment Staging of Alzheimer’s Disease
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corpórea
MEEM	Mini Exame do Estado Mental OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SOF	Study of osteoporotic fracture index
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Palmieri, JC. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM CENTRO DIA DE BOTUCATU. 2019. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

Introdução: Atualmente a expectativa de vida mundial está aumentando significativamente. Avaliar a população assistida em centros de convivência permitirá ampliar a discussão acerca das atividades realizadas e propostas nesses locais, com ênfase na qualidade de vida dos idosos.

Objetivo: Avaliar os idosos do Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” em Botucatu quanto às síndromes geriátricas, capacidade funcional e uso de medicamentos.

Métodos: Estudo observacional transversal, realizado entre o mês de janeiro de 2018 e abril de 2019, no Centro de Convivência do Idoso Aconchego, em Botucatu (SP). Foi realizada avaliação geriátrica ampla quanto aos domínios capacidade funcional (escala de Katz, Pfeffer, escala de Lawton), cognição (Mini Exame do Estado Mental - MEEM), humor (escala de depressão geriátrica de Yesavage), déficit sensorial dos idosos (teste da voz sussurrada e déficit visual), nutrição (índice de massa corporal), fragilidade (índice Study of osteoporotic fracture e índice fenotípico de Linda Fried), continência urinária e questão social e familiar. Os idosos portadores de demência foram classificados quanto a gravidade pelo Clinical Dementia Ratio (CDR). Foi realizada análise descritiva, testes de associação (Qui-Quadrado, T-student), sendo estatisticamente significativo quando o nível alfa foi $< 0,05$.

Resultados: A amostra avaliada foi de 76 idosos, que tiveram a média de idade de $80,6 \pm 8,0$ anos, sendo que 72,4% (55) eram do sexo feminino. 94,2% apresentavam comprometimento cognitivo pelo MEEM, sendo que 47,4% tinha o diagnóstico prévio de demência. 55,3% foram classificados como sobre-pesos/obesos. 41,7% dos idosos foram classificados como quadro leve de demência segundo o CDR. Foi observada relação estatisticamente significativa entre dependência funcional das ABVD e síndrome de fragilidade.

Discussão: Os centros dia devem promover bem-estar e qualidade de vida aos assistidos. Os achados na pesquisa evidenciam que há relação entre dependência das ABVD e síndrome de fragilidade. Constatou-se a importância do estímulo cognitivo.

Conclusão: A AGA é de extrema importância na avaliação do idoso em centro dia, visto que abrange todos domínios não avaliados habitualmente. Com a avaliação, é possível conhecer o perfil do público assistido e elaborar atividades específicas, visto essa modalidade exerce papel importante na assistência e na qualidade dos idosos.

Palavras-chave: Idoso, Centro Dia, Avaliação Geriátrica Ampla.

ABSTRACT

Palmieri, JC. COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT OF THE ELDERLY ACCOMPANIED IN CENTRO DE BOTUCATU. ESSAY (MASTER COURSE) - Medical School of Botucatu State University - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2019.

Introduction: The current world life expectancy is increasing significantly. Assessing the population assisted in social centers will allow a broader discussion about the activities carried out and proposed in these places, with emphasis on the quality of life of the elderly.

Objective: To evaluate the elderly of the Center for the Cohabitation of the Elderly "Aconchego" in Botucatu regarding geriatric syndromes, functional capacity and medication use.

Methods: Cross-sectional observational study, conducted between January 2018 and April 2019, at the Aconchego Shelter Center in Botucatu (SP). A geriatric evaluation was carried out in relation to functional capacity domains (Katz scale, Pfeffer, Lawton scale), cognition (Mental State Mini Examination), humor (Yesavage geriatric depression scale), sensorial deficit of the elderly (Index of osteoporotic fracture and Linda Fried's phenotype index), urinary continence, and social and family issues. Elderly people with dementia were classified as severity by the Clinical Dementia Ratio (CDR). A descriptive analysis, association tests (Chi-Square, T-student) was performed, being statistically significant when the alpha level was <0.05 . Results: The sample evaluated was 76 elderly, who had a mean age of 80.6 ± 8.0 years, and 72.4% (55) were female. 94.2% had cognitive impairment by MMSE, and 47.4% had a previous diagnosis of dementia. 55.3% were classified as overweight / obese. 41.7% of the elderly were classified as mild dementia according to the CDR. A statistically significant relationship was observed between functional dependence of ABVD and fragility syndrome.

Discussion: Day centers should promote well-being and quality of life for those assisted. The findings in the research show that there is a relationship between ABVD dependence and fragility syndrome. The importance of cognitive stimulation was verified.

Conclusion: AGA is of extreme importance in the evaluation of the elderly in the day center, since it covers all domains not usually evaluated. With the evaluation, it is possible to know the profile of the assisted public and to elaborate specific activities, since this modality plays an important role in the care and quality of the elderly.

Key words: Elderly, Day Center, Comprehensive Geriatric Assessment.

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória na enfermagem se deu quando iniciei o meu curso de auxiliar de enfermagem e de técnico de enfermagem na ETEC “Dr. Domingos Minicucci Filho”, na cidade de Botucatu. Quando estava no 3º semestre resolvi cursar junto a faculdade de Enfermagem, onde a fiz na Faculdade Marechal Rondon (FMR), e conclui no ano de 2014.

Ao final da graduação, trabalhei durante 02 anos, e após esse período resolvi estudar novamente. Já sabia que gostaria de realizar o Mestrado Profissional voltado para a área da geriatria/gerontologia.

O meu primeiro desafio foi de encontrar um orientador. Quando entrei em contato com o Profº Paulo, ele prontamente me recebeu em sua sala e imediatamente começou a me orientar na pesquisa.

O tema surgiu com a ideia de que o número de idosos está aumentando a cada dia, porém os Centros Dia existentes atende um número relativamente baixo.

1. INTRODUÇÃO

1.1 População Idosa

A OPAS descreve o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, passível da possibilidade de morte”(1).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, a população brasileira era de cerca de 190,7 milhões de pessoas, sendo 51% mulheres. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos ou mais, era de 20,6 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses, 55,5% eram mulheres⁽²⁾.

No intervalo entre 1980 a 2005, houve um aumento da população idosa de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3%. Nesse mesmo intervalo, o segmento de 80 anos a mais cresceu a um ritmo relativamente maior do que a população idosa total, apresentando um crescimento de 246,0%⁽³⁾.

De acordo com as projeções do IBGE em 2019 a população brasileira será de aproximadamente 210,1 milhões de habitantes, sendo 51,10% (107,3 milhões) mulheres, e 29,1 milhões (13,84%) com 60 anos ou mais⁽⁴⁾.

Observando os dados da atual transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, constatamos um processo de feminização da velhice, maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, principalmente em idades mais avançadas⁽⁵⁾. Dados da projeção 2019 do IBGE contabilizam 7,73% (16.257 milhões) da população do Brasil como sendo mulheres acima dos 60 anos, frente a 6,10% (12.837 milhões) de homens⁽⁴⁾.

1.2 Expectativa de Vida

A OMS define como Envelhecimento Saudável “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem estar em idade avançada”⁽⁶⁾.

O aumento da expectativa de vida reflete mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida, tais como: redução da taxa de fecundidade, queda da mortalidade infantil, hábitos alimentares mais saudáveis e maior cuidado com o corpo. Por outro lado, aponta para a possibilidade do idoso ser acometido por doenças degenerativas e crônicas, que o torna sem autonomia, ou seja, dependente de cuidados de alguém. Neste sentido, os idosos são indivíduos que necessitam de cuidados que podem variar de simples a complexos, dependendo do grau de comprometimento de sua saúde no desempenho de suas atividades rotineiras⁽⁷⁾.

Cuidar significa aproximar-se, estar presente e valorizar o/a outro/a com a devida atenção à sua individualidade. É uma atividade que possibilita um encontro dialógico entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Levando-se em consideração que, com o avanço da idade, o idoso e a idosa podem sofrer graduais perdas cognitivas, apresentarem mudanças comportamentais e emocionais, a atividade do cuidado não pode ser uma atividade movida meramente por questões humanitárias ou éticas. Requer competências específicas para o seu exercício e boas condições de saúde de quem a exerce⁽⁸⁾.

Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia conclui que “a assistência proporcionada no Centro Dia potencializou melhora ou manutenção da Qualidade de Vida dos participantes, revelando ser uma alternativa promissora de modalidade de serviço para a saúde do idoso”. Os resultados demonstraram melhores escore de Qualidade de Vida para os idosos frequentadores do Centro Dia, destacando-se as mulheres⁽⁹⁾.

1.3 Serviços de atenção ao idoso no Brasil

Segundo a portaria MPAS/SEAS Nº 73, DE 10 DE MAIO DE 2001 que define as “Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil” tem-se as seguintes modalidades:

a) Residência temporária

É um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias.

b) Família Natural

É o atendimento prestado ao idoso independente, pela sua própria família, com vistas a manutenção da autonomia, permanência no próprio domicílio preservando o vínculo familiar e de vizinhança. A família pode ser entendida como um conjunto delimitado de relações sociais baseadas em elos de sangue, adoção e aliança socialmente reconhecidos, reconhecimentos este que tanto pode ser costumeiro como legal. Enquanto instituição, pode ser entendida como um conjunto de normas e regras, historicamente constituídas, que regem as relações de sangue, adoção, aliança, definindo a filiação, os limites do parentesco e outros fatos presentes.

c) Família Acolhedora

É um Programa que oferece condições para que o idoso sem família ou impossibilitado de conviver com a mesma, receba abrigo, atenção e cuidados de uma família cadastrada e capacitada para oferecer este atendimento. As famílias deverão ser cadastradas e capacitadas para oferecer abrigo às pessoas idosas em situação de abandono, sem família ou impossibilitada de conviver com as mesmas. Esse atendimento será continuamente supervisionado pelos órgãos gestores

d) República

A república de idosos é alternativa de residência para os idosos independentes, organizada em grupos, conforme o número de usuários, e co-financiada com recursos da aposentadoria, benefício de prestação continuada,

renda mensal vitalícia e outras. Em alguns casos a República pode ser viabilizada em sistema de auto-gestão.

e) Centro de Convivência

Consiste no fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para autonomia, envelhecimento ativo e saudável prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria. É o espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde são desenvolvidas planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, convivência social, cidadania e integração intergeracional.

f) Centro Dia

Programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. Necessário que disponha de pessoal qualificado para o atendimento adequado.

Serão proporcionados:

- atendimento a necessidades pessoais básicas;
- atividades terapêuticas;
- atividades socioculturais

g) Casa Lar

Alternativa de atendimento que proporciona uma melhor convivência do idoso com a comunidade, contribuindo para sua maior participação, interação e autonomia. É uma residência participativa destinado a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência. Trata-se de uma modalidade de atendimento, que visa romper com as práticas tutelares e assistencialistas, com fortalecimento da participação, organização e autonomia dos idosos, utilizando sempre que possível a rede de serviços local.

h) Assistência Domiciliar/ Atendimento Asilar

É aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio às pessoas idosas através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psi sossocial e familiar, e interação com a comunidade. Pode ser de natureza permanente ou provisório, diurno e/ou noturno, para atendimento de idosos dependentes ou semi-dependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo família

i) Atendimento Integral Institucional

É aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Tratam-se de estabelecimento com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e

que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ancianato. Estes estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a especialização de atendimento.

1.4 Avaliação dos Idosos

Para a avaliação e seguimento clínico dos idosos que, por características intrínsecas ao processo do envelhecimento humano e sua susceptibilidade e vulnerabilidade para múltiplas condições médicas, de caráter biológico, psicológico e/ou social, necessitam de uma avaliação geriátrica interdisciplinar mais abrangente, é recomendada a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)(10).

A AGA é um instrumento que oferece benefícios para o idoso em sua individualidade com um diagnóstico preciso determinando o grau e a extensão da incapacidade motora, psíquica e mental, identificando riscos funcionais, estado nutricional, indicando novas especialidades para restaurar e preservar a saúde, estabelecendo medidas de prevenção. Ainda na avaliação individual há a orientação ou observação em mudanças e adaptações ambientais em que vive, reduzindo suas desvantagens e preservando sua independência. Por fim, estabelece critérios para indicação de internação hospitalar ou instituições de longa permanência⁽¹⁰⁾.

Diversos domínios compõem a AGA como: lista das síndromes geriátricas diagnosticadas, medicamentos utilizados, avaliação sensorial (audição e visão), cognição, humor, estado nutricional, capacidade funcional (atividade básica de vida diária), síndrome da fragilidade e continência urinária⁽¹⁰⁾.

1.5 Centro de Convivência do Idoso "Aconchego"

Pensando em proporcionar aos idosos o envelhecimento com qualidade de vida e dignidade, foi fundado no município de Botucatu no interior do estado de São Paulo, no ano de 2001, o Centro de Convivência do Idoso

“Aconchego”. Este Centro Dia possui atualmente a capacidade de atender 44 idosos ao dia, sendo que estes são atendidos por profissionais qualificados para tal público. Os idosos participam de atividades que estimulam o seu cognitivo, atividades estas que são grupos de artesanato, de corte e costura, de jogos, oficina da memória, grupos de áudio visual e grupos de atividades musicais.

Estes idosos também passam em atendimento individual com enfermeiro, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutica, e contam com acompanhamento da assistente social. Durante o horário de permanência, os idosos são assistidos por cuidadores capacitados para tal tarefa. O Centro de Convivência do Idoso também realiza visitas domiciliares para os idosos assistidos na instituição, com o intuito de lhes proporcionar qualidade de vida.

1.6 Justificativa

Este estudo justifica-se pela necessidade de identificação das síndromes geriátricas, medicações utilizadas e capacidade funcional dos idosos assistidos no Centro Dia Aconchego, a fim de avaliar a complexidade do cuidado que deve ser oferecido na instituição.

1.7 Hipótese

Têm-se a hipótese que os idosos assistidos pelo Centro de Convivência ao Idoso Aconchego são portadores de dependência funcional e de síndromes geriátricas e por suas características clínicas sejam usuários de vários medicamentos.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo

Avaliar os idosos do Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” em Botucatu quanto às síndromes geriátricas, capacidade funcional e medicamentos.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal.

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Convivência do Idoso “Aconchego”, situado no município de Botucatu - SP.

3.2.1 Centro de Convivência do Idoso “Aconchego”

É uma instituição sem fins lucrativos, que iniciou suas atividades com o intuito de proporcionar aos idosos participantes do projeto, o envelhecimento com qualidade de vida e dignidade, fundado no município de Botucatu no interior do estado de São Paulo no ano de 2000. Os atendimentos começaram de fato no ano de 2001, em um prédio de uma escola desativada onde os atendimentos foram inicialmente prestados por voluntários.

Conforme o aumento do número de idosos interessados, houve um aumento progressivo na demanda dos serviços, aumentando assim o número de funcionários e foram dispendidas melhorias nas instalações onde os atendimentos eram realizados.

A população de usuários se compõe por indivíduos de diferentes níveis sociais, e que buscam o serviço para obter uma melhor qualidade de vida e também para usufruírem dos diferentes serviços oferecida na unidade.

Atualmente, o Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” atende um número de 90 idosos que frequentam o Centro no período vespertino (no horário das 13:00 horas às 17:00 horas) sendo estes distribuídos em diferentes dias da semana, atende 04 idosos no período integral (das 8:00 horas às 17:00 horas) e mais 47 nas diferentes oficinas realizadas no período matutino. Para os idosos que frequentam as atividades no período vespertino, é oferecido um lanche da tarde. Já para os idosos do período integral, são oferecidos café da manhã, almoço e lanche da tarde.

As atividades realizadas no Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” são:

- Atendimento da coordenação técnica;
- Atendimento da assistente social;
- Atendimento da fonoaudióloga;
- Atendimento dos fisioterapeutas;
- Atendimento do psicólogo;
- Atendimento do terapeuta ocupacional;
- Atendimento do enfermeiro;
- Grupo áudio visual e multitemático;
- Grupo de funcionalidade e vivência;
- Grupo de dança sênior;
- Grupo de música;
- Reunião de equipe técnica;
- Visitas domiciliares;
- Discussão de casos com o Docente convidado da Faculdade de Medicina de Botucatu;
- Reuniões mensais com os familiares “cuidadores”, sendo realizado pelo psicólogo;
- Reuniões mensais com os familiares para orientações em geral;
- Reuniões semanais com a equipe técnica para discussão de casos.

Compõem o quadro de funcionários 19 funcionários, sendo: 1 coordenadora técnica, 1 enfermeiro, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo, 1 fonoaudióloga, 6 cuidadores, 1 assistente social, 3 ajudantes de serviços gerais, 2 secretarias. Conta ainda com mais de 50 voluntários, incluindo a diretoria. Atualmente, a equipe da residência multiprofissional de Saúde do Adulto e do Idoso da Faculdade de Medicina de Botucatu realiza estágio no Centro, sendo composta por nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta e farmacêutico.

3.3 Coleta de dados do estudo

Inicialmente, foi realizado uma abordagem aos idosos e/ou cuidadores e familiares, onde foi apresentado o projeto de pesquisa e esclarecido dúvidas sobre o trabalho, e aos que desejaram participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os idosos que frequentam o Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” no período vespertino e integral e/ou cuidadores que aceitaram a participar do estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os idosos e/ou cuidadores que se recusaram a participar do estudo.

3.3.3 Instrumentos de Coleta de dados

Foram acessados os prontuários dos idosos do Centro de Convivência do Idoso “Aconchego” e coletados as seguintes variáveis, segundo protocolo (apêndice 2): a) condições sócio demográficas dos idosos acompanhados na instituição; b) as síndromes geriátricas descritas.

Após essa fase de coleta de dados, foi realizado a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com avaliação dos seguintes domínios:

- Capacidade funcional (atividade básica de vida diária - ABVD): as atividades básicas de vida são aquelas fundamentais para o autocuidado, ou seja, tomar banho, se alimentar, se vestir, usar o banheiro. Quando o idoso não consegue realizar atividades como estas, este passa a ser um idoso dependente. Para avaliação desse domínio foi utilizada a seguinte escala e questionário:

- Escala de Katz^(11,12) (Anexo 1): esta escala avalia o declínio que o idoso apresenta em suas atividades, sequencialmente, ou seja, primeiro o idoso perde a capacidade de se banhar, após perde a capacidade de vestir, de se transferir, de continência e de se alimentar. Essa escala é realizada através de uma escala que varia de 0 a 6, onde o maior resultado significa maior grau de independência;
Classifica-se em independente (5 e 6 pontos), semi-dependente (3 e 4 pontos) e dependente (0,1 e 2 pontos)
- Capacidade funcional (atividade instrumental de vida diária - AIVD): são atividades que os idosos executam para se manterem inseridos na comunidade e se manterem ativos. São um pouco mais complexas que as atividades básicas de vida diária, entre elas: se o idoso é capaz de arrumar a casa, se consegue utilizar o telefone, se consegue viajar, entre outras. Para a avaliação desse domínio foi utilizada a seguinte escala:
 - Questionário de Pfeffer⁽¹³⁾ (Anexo 2): este questionário tem como objetivo verificar o declínio do cognitivo do idoso através de um questionário onde ele próprio e/ou o cuidador responde quanto a capacidade do idoso em executar determinadas funções, como por exemplo, se o idoso é capaz de manusear o seu próprio dinheiro ou se este é capaz de lembrar-se de compromissos. A pontuação deste questionário varia de 0 a 30 pontos, e o idoso pontuando igual ou mais que 5 pontos já significa que é dependente
 - Escala de Lawton⁽¹⁴⁾ (Anexo 3): essa escala é aplicada seguindo um questionário e anotando os resultados obtidos em cada pergunta, e no final realizado a soma de pontos obtidos. A escala varia entre 9 e 27 pontos, caracterizando um quadro de maior dependência uma pontuação de 9 pontos e caracterizando um maior grau de independência uma pontuação de 27 pontos;

Segue a seguinte classificação:

Total de pontos	
9	totalmente dependente
10 a 15	dependência grave
16 a 20	dependência moderada
21 a 25	dependência leve
26 a 27	independência

- Déficit cognitivo: com a diminuição da função cognitiva, os idosos apresentam um maior grau de dependência e assim perdem sua autonomia. Para avaliar o déficit cognitivo, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental, validado por *Folstein et. al*⁽¹⁵⁾, em 1975. É a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada para essa finalidade. É composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro das 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore total pode variar de 0 a 30 pontos. Os pontos de cortes utilizados, em concordância com a validação do teste para o Brasil, foram: 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para escolaridade de 1 a 4 anos, 26 pontos para 5 a 8 anos, 28 pontos para 9 a 11 anos e 29 pontos para 12 ou mais anos de estudo⁽¹⁶⁾.
- Clinical Dementia Ratio - CDR⁽¹⁷⁾ (Anexo 7): este teste avalia o c3gnito e o comportamento do idoso através de um question3rio que aborda 6 categorias, que s3o: mem3ria, orienta33o, julgamento e discernimento, participa33o social, afazeres dom3sticos e passatempos e cuidados pessoais, sendo que a pontua33o varia entre 0, que caracteriza um idoso sem dem3ncia, at3 3, que caracteriza um idoso com dem3ncia severa;
- Humor: em idosos, a doen3a depressiva 3 um problema que acaba trazendo consigo um sofrimento desnecess3rio, diminuindo o estado funcional do idosos e aumentando a mortalidade nessa faixa et3ria. Para avaliar este dom3nio foi utilizada a seguinte escala:

- Escala de depressão geriátrica (Yesavage)⁽¹⁸⁾ (Anexo 8): esta escala é composta por 15 itens, onde foi feito em forma de pergunta e resposta, e o idoso respondia sim ou não. Com essa escala é possível avaliar se há suspeita de depressão, sendo que a nota de corte é 5 pontos.
- Déficit sensorial: a deficiência visual e auditiva faz com que os idosos tenham diversos comprometimentos em sua vida, como por exemplo, depressão, propiciam risco de quedas, entre outros. Para avaliar esse domínio foi utilizado os seguintes testes:
 - Teste da voz sussurrada⁽¹⁹⁾: para a realização deste teste, o aplicador ficou atrás do idoso, a uma distância de aproximadamente 20 centímetros, e ocluir o lado oposto durante o teste. O aplicador sussurrou entre 3 e 6 palavras, sendo palavras aleatórias (números, palavras, letras), e após solicitar que o idoso as repita. Este teste é considerado alterado quando o idoso não conseguir repetir a metade das palavras ditas;
 - Déficit visual⁽²⁰⁾: foi questionado se idoso tem dificuldade para enxergar a televisão e se o mesmo utiliza óculos;
- Nutrição: para avaliar esse domínio, foi realizado o cálculo do índice de massa corporal⁽²¹⁾, sendo este realizado através da fórmula : $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{altura}^2$. (m). Índice de Massa Corporal obtido com a aplicação da fórmula: $\text{Peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$. Os valores de IMC serão classificados segundo recomendação para pessoa idosa⁽²²⁾.

IMC (kg/m ²)	Classificação
Abaixo de 22	Baixo peso
22 – 27	Eutrofia
acima de 27	Sobrepeso/ obesidade

Em idosos acamados ou cadeirantes a estimativa do peso foi realizada utilizando a fórmula de Chumlea et al. (1988)⁽²³⁾, com a utilização da altura do joelho. A estimativa da altura foi realizada utilizando a fórmula de Chumlea e Guo (1992)⁽²⁴⁾, utilizando a circunferência da panturrilha, altura do joelho, circunferência do braço e prega cutânea subescapular.

As mensurações foram realizadas nos membros do lado dominante da pessoa, exceto se houver alguma paralisia, quando será realizada no outro lado.

- Circunferência do braço mensurada em cm no ponto médio entre o acrômio e o olécrano.
- Circunferência da panturrilha mensurada em cm na sua máxima circunferência, no plano perpendicular à linha longitudinal da panturrilha.
- Altura do joelho: com a perna formando um ângulo de noventa graus com o joelho e o tornozelo, mensurada em cm da superfície plantar do pé (calcanhar) e a cabeça da patela (face lateral da perna).
- Prega cutânea Subescapular (PCSE) medida com o indivíduo em pé ou sentado, com os ombros descontraídos e com os braços ao longo do corpo. Determinada em mm a prega obliquamente ao eixo longitudinal do corpo, seguindo a orientação dos arcos costais, 2 centímetros abaixo do ângulo inferior da escápula. Pinçado o tecido subcutâneo com o polegar e o indicador definindo o tecido celular subcutâneo. Pinçado com o adipômetro e esperado aproximadamente dois segundos antes de considerar o valor apontado.

O Também foi avaliado se houve perda de peso nos últimos 6 meses⁽²⁵⁾;

- Continência: foi avaliado a questão de perda de urina⁽²⁶⁾ - foi realizado duas perguntas para avaliar esse domínio: “No último ano, houve algum episódio de perda de urina no qual o Sr(a) tenha ficado molhado?” e “Faz uso de fraldas?”;
- Fragilidade: para avaliar esse domínio, foi utilizado o seguinte questionário:
 - Study of osteoporotic fracture index⁽²⁷⁾: este questionário também é conhecido como “SOF”, e aborda 3 itens: perda de peso (se houve perda de peso de 4,5 kg não intencional nos últimos 6 meses), mobilidade (o idoso foi colocado em uma cadeira com encosto e foi solicitado que se levantasse por 5 vezes sem ajuda dos braços) e nível de energia (foi realizado a seguinte pergunta: “Você se sente cheio de energia?”). A pontuação deste questionário varia entre 0 e 3 pontos, sendo que 0 é considerado robusto e 3 é considerado frágil;

- Índice fenotípico de Linda Fried⁽²⁸⁾: este instrumento de coleta de dados é composto pela avaliação dos seguintes itens: perde de peso (4,5 kg involuntariamente no último ano), exaustão (auto relato de fadiga), fraqueza (força de preensão diminuída mensurada pela força de preensão palmar, este teste foi realizado com o membro superior dominante, com o paciente sentado. O idoso foi posicionado com o ombro aduzido, cotovelo fletido a 90°, antebraço em posição neutra e o punho variando entre 0° e 30° de extensão e entre 0° e 15° de desvio ulnar. Após ser posicionado foi solicitado que o idoso fizesse a maior força possível de preensão palmar, segurando o dinamômetro de mão SAEHAN. Foi realizado 3 medidas e foi considerada a medida de maior mensuração), lentidão (mensurada através do tempo de marcha que o idoso percorre uma distância de 4,6 metros, tempo este medido com cronômetro, sendo considerado normal homens com estatura menor ou igual a 173 cm e mulheres igual ou menor 159 cm até 7 segundos, e homens maior que 173 cm e mulheres maior que 159 cm até 6 segundos), atividade fica (foi avaliado o gasto energético semanal, realizado através de atividades físicas ou de afazeres domésticos);
- Risco de queda: foi questionado sobre queda nos últimos seis meses.
- Disponibilidade social e familiar: é a rede de apoio social que o idoso tem que irá determinar se ele permanecerá em domicílio, ou se ele será institucionalizado. Para analisar esse domínio, foi realizado uma avaliação com a situação atual do idoso, envolvendo os seus cuidadores, e também a questão financeira tanto dos idosos quanto dos cuidadores, visto que a questão financeira também afeta no cuidado com o idoso. Foi avaliado se o idoso sente-se satisfeito com o seus familiares e se este pode contar com eles para resolver os seus problemas, se o idoso participa da vida familiar, se há conflitos com os familiares, se tem amigos, e se apoia os seus amigos quanto estes tem problemas;
- Condição ambiental: foi realizado perguntas ao idoso e/ou cuidador para verificar se há possibilidades de modificar os ambientes de sua casa para se adaptar as limitações do idoso;

3.4 Análise de dados

Os dados obtidos da aplicação do instrumento e da pesquisa nos prontuários foram inicialmente descritos em termos de variáveis quantitativas discretas e contínuas.

Foi realizada análise descritiva construindo, para as variáveis quantitativas, tabelas com médias e desvio-padrão, se distribuição normal, ou mediana e percentil 25 e 75, se distribuição não normal. Para as variáveis qualitativas foram confeccionadas tabelas com as distribuições de frequências e percentagens

Para analisar a associação entre capacidade funcional (Escala de Katz) e Síndrome da Fragilidade foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, quando necessário.

A comparação de médias das Escalas Katz, Lawton e Pfeffer e Mini Exame do Estado Mental entre idosos com e sem demência foi realizada pelo teste T-student se dados com distribuição normal ou Teste de Wilcoxon se não normal. O valor de “p” foi considerado estatisticamente significativo quando o nível alfa foi $< 0,05$.

O programa para análise dos dados foi o SPSS® versão 20.

3.5 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, seguindo as determinações da Resolução 466/02, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/ CNS, e foi aprovado com o protocolo número 64/2018 (Anexo 10).

4. RESULTADOS

O Centro de Convivência do Idoso Aconchego atende um total de 90 idosos no período vespertino (variando a quantidade de dias na semana). No entanto, 76 idosos e/ou seus familiares aceitaram a participar da pesquisa.

Foram avaliados 76 idosos, que tiveram a média de idade de $80,6 \pm 8,0$ anos, sendo que 72,4% (55) eram do sexo feminino, 57,89% (44) eram viúvos, 86,8% (66) brancos e 52,6% (40) tinham o grau de escolaridade no nível primário. A descrição das características sociodemográficas dos 76 idosos avaliados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	Média (DP)
Idade (anos)	80,6 \pm 8,0
Número de diagnósticos	2,57 \pm 1,1
Número de medicações utilizadas	7,04 \pm 3,2
	N (%)
Gênero	—
Masculino	21 (27,6)
Feminino	55 (72,4)
Estado Civil	—
Casado	19 (25)
Divorciado	7 (9,21)
Solteiro	6 (8,7)
Viúvo	44 (57,89)
Cor	—
Branca	66 (86,8)
Preta	3 (3,9)
Parda	7 (9,2)
Escolaridade	—
Analfabeta	10 (13,2)
Fundamental	18 (23,7)
Médio	6 (7,9)
Primário	40 (52,6)
Universitária	2 (2,6)

Dos idosos atendidos 47,4% apresentavam diagnóstico prévio de demência e 48,7% possuem três ou mais diagnósticos (tabela 2).

Tabela 2. Análise do número de diagnósticos atuais de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
Nº de diagnósticos	—
1	15 (19,7)
2	24 (31,6)
3	23 (30,3)
4	8 (10,5)
5	5 (6,6)
6	1 (1,3)
Demência	76 (100)
Sim	36 (47,4)
Não	40 (52,6)

Os diagnósticos prevalentes são hipertensão arterial, doença de Alzheimer, diabetes mellitus, outras demências e depressão (tabela 3).

Tabela 3. Diagnósticos de amostra de idosos do Centro de Convivência do Idoso Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

	n	% de idosos
Hipertensão arterial	41	53,9
Demência na Doença de Alzheimer	22	28,9
Diabetes Mellitus	21	27,6
Outras demências	17	22,4
Depressão	13	17,1
Sequela de AVE*	10	13,2
Cardiopatia	8	10,5
Osteoartrite	8	10,5
Tireoidopatia	8	10,5
Osteoporose	6	7,9
Déficit multissensorial**	5	6,6
Doença Renal Crônica	4	5,3
Doença de Parkinson	2	2,6
Alcoolismo	2	2,6
Neoplasia	2	2,6

*AVE – Acidente Vascular Encefálico

**perda auditiva e visual

A tabela 4 apresenta os dados da avaliação da função cognitiva e do humor. A média do MEEM foi de 15,25 (\pm 7,03) pontos e da EDG de Yesavage de 4,94 (\pm 3,12). Na avaliação do MEEM em relação à adequação para a escolaridade 94,2% obtiveram pontuação abaixo do recomendado (Tabela 4). Na avaliação do humor com utilização da Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage) constatou-se que 47,7% dos idosos são suspeitos de quadro depressivo.

Tabela 4. Valores e interpretação do Mini Exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	Média (DP)
MEEM	15,25 (\pm 7,03)
EDG de Yesavage	4,94 (\pm 3,12)
	N (%)
MEEM adequação para escolaridade	
Adequado	4 (5,8)
Inadequado	65 (94,2)
Humor (Yesavage)	
65 (100)	
Sem suspeita de depressão	34 (52,3)
Com suspeita de depressão	31 (47,7)

A tabela 5 mostra que dos 76 idosos avaliados, 56,6% (39) apresentam alteração no teste de voz sussurrada, o que mostra que possuem possível déficit auditivo. Vinte e cinco (32,9%) possuem dificuldade para enxergar e assistir televisão. O número de idosos que utilizam óculos é de 51,3% (39). Quanto à ocorrência de queda nos últimos seis meses, observamos que mais da metade dos idosos responderam sim (52,6%).

Tabela 5. Análise de déficit auditivo e visual e quedas de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
Teste da voz	—
Alterado	43 (56,6%)
Não Alterado	33 (43,4)
Dificuldade para assistir TV	—
Sim	25 (32,9)
Não	51 (67,1)
Usa óculos	—
Sim	39 (51,3)
Não	37 (48,7)
Queda nos últimos 6 meses	—
Sim	40 (52,6)
Não	36 (47,4)

A maioria dos avaliados está classificada, segundo o IMC, como sobre peso/obesidade (55,3%), como é descrito na tabela 6.

Tabela 6. Classificação Índice de Massa Corporal de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Índice de Massa Corporal	N (%)
Baixo peso	8 (10,5)
Eutrofia	26 (34,2)
Sobre peso/obesidade	42 (55,3)

Quanto à incontinência urinária 32 (42,1%) referiu perda de urina no último ano e 32,9% referiu uso de fraldas (tabela 7).

Tabela 7. Incontinência urinária e uso de fraldas de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
Incontinência urinária	—
Sim	32 (42,1)
Não	44 (57,9)
Uso de fraldas	—
Sim	25 (32,9)
Não	26 (67,1)

Quanto à capacidade funcional, nas atividades básicas de vida diária, através da Escala de Katz, foi constatado que 53,8% (41) dos idosos avaliados são classificados como independentes. Para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária através do Questionário de Pfeffer 88,1% (67) dos idosos eram dependentes e pela Escala de Lawton 73,7% (56) tinham dependência grave (tabela 8).

Tabela 8. Classificação da Capacidade funcional (Escala de Katz, Lawton e Pfeffer) de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
Atividade básica de vida diária (Katz)	76 (100)
Dependência importante	23 (30,3)
Dependência parcial	12 (15,8)
Independência	41 (53,9)
Atividade instrumental de vida diária Pfeffer	76 (100)
Dependente	67 (88,1)
Independente	9 (11,8)
Lawton	76 (100)
Dependência leve	7 (9,2)
Dependência moderada	13 (17,1)
Dependência grave	37 (48,7)
Totalmente dependente	19 (25)

Quanto à Síndrome da Fragilidade através da aplicação do SOF, observamos que 28,9% (22) idosos são classificados como frágeis e pelo Índice de Linda Fried 52,6% (40) (Tabela 9).

Tabela 9. Classificação da Síndrome da Fragilidade de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
SOF	—
Robusto	32 (42,1)
Pré-frágil	22 (28,9)
Frágil	22 (28,9)
Linda Fried	—
Não-frágil	2 (2,6)
Pré-frágil	34 (44,7)
Frágil	40 (52,6)

A tabela 10 mostra que 92,1% (70) dos idosos assistidos no CCI residem com suas famílias, mas que, no entanto, mais da metade das residências não possuem modificações e/ou adequações para estes idosos (67,1%). Na questão de satisfação com suas famílias, é praticamente unânime a resposta “SIM”, sendo esta 97,4% das respostas. Também é significativo o número de respostas “SIM” no que se diz respeito se os idosos podem contar com suas famílias quando passam por algum problema (93,4%) e se possuem amigos (73,7%).

Tabela 10. Moradia e satisfação com seus familiares de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
Moradia	—
Casa de repouso	3 (3,9)
Com Família	70 (92,1)
Mora sozinha	2 (2,6)
Residência Terapêutica	1 (1,3)
Modificações na residência	—
Sim	25 (32,9)
Não	51 (67,1)
Satisfeitos com sua família	—
Sim	74 (97,4)
Não	2 (2,6)
Podem contar com seus familiares	—
Sim	71 (93,4)
Não	4 (5,3)
Possuem amigos	—
Sim	56 (73,7)
Não	20 (26,3)

Dos 36 idosos com diagnóstico prévio de quanto ao CDR, 15 (41,7%) idosos foram classificados como quadro leve (CDR 1) (Tabela 11).

Tabela 11. Classificação do déficit cognitivo de amostra de idosos com diagnóstico de demência do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Variável	N (%)
CDR	36 (100)
0,5	4 (11,1)
1,0	15 (41,7)
2,0	8 (22,2)
3,0	9 (25)

Observa-se associação estatisticamente significativa entre capacidade funcional das atividades básicas de vida diária (Escala de Katz) e Síndrome da Fragilidade (SOF index) ($p = 0,000$)(Tabela 12).

Tabela 12. Associação entre capacidade funcional das atividades básicas de vida diária (Escala de Katz) e Síndrome da Fragilidade de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

		Katz (Classificação)			Total
		Dependência importante	Dependência parcial	Independência	
SOF (Classificação)	Frágil	12	2	5	19
	Pré-frágil	6	5	11	22
	Robusto	1	5	22	28
Total		19	12	38	69

$P = 0,000$

Teste Quadrado de Pearson

Na comparação de médias entre idosos com e sem diagnóstico de demência observa-se diferença estatisticamente significativa em relação à escala de Pfeiffer e MEEM. Não se observou diferença nas Escalas de Katz e Lawton (Tabela 13).

Tabela 13. Comparação de médias entre idosos com e sem diagnóstico de demência nas escalas de Pfeffer, Katz e Lawton e MEEM de amostra de idosos do Centro de Convivência de Idosos Aconchego. Botucatu - SP, 2019.

Escala	Demência	N	Média	Desvio Padrão	Valor de p
Katz	Sim	36	4,11	2,09	0,788
	Não	33	4,24	1,91	
Pfeffer	Sim	36	24,53	8,00	0,003
	Não	33	18,24	8,69	
Lawton	Sim	36	12,72	3,96	0,063
	Não	33	14,61	4,32	
MEEM	Sim	36	11,92	6,05	0,000
	Não	33	19,39	5,89	

5. DISCUSSÃO

O Centro Aconchego, local deste estudo, é um Centro de Convivência que tem como objetivo “promover o encontro de idosos e de seus familiares, através do desenvolvimento de atividades planejadas e sistematizadas, que possibilitem a melhoria do seu convívio com a família e a comunidade”⁽²⁹⁾.

A literatura brasileira é escassa referente às características de idosos assistidos em centro de convivência. Utilizaremos estudos referentes á idosos da comunidade u de Instituições de Longa Permanência para Idosos

Valim-Rogatto *et al.* propôs que os Centros de Convivência promovam bem-estar e saúde à população idosa, pois desenvolvem atividades físicas, culturais, educacionais e recreativas. Por isso, afirma que esses centros de convivência devem ser alvos de investigação científica, com o objetivo de evidenciar a importância que as atividades que ali são desenvolvidas exercem sobre os idosos assistidos⁽³⁰⁾.

A realização desta pesquisa avaliou o perfil de idosos atendidos no Centro Dia de Botucatu utilizando a AGA, instrumento recomendado para identificar as condições geriátricas prevalentes, como incapacidades funcionais e síndromes demenciais⁽³¹⁾. O uso da AGA busca condições que podem causar situações mais difíceis de serem abordadas, principalmente nos idosos frágeis^(32,33).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde é de grande importância conhecer o perfil dos idosos assistidos em Centros de Convivência, pois a partir do perfil traçado, se pode direcionar as atividade, de tal forma que possam propiciar melhor aproveitamento⁽³⁴⁾.

Segundo artigo da Organização das Nações Unidas (2017), o aumento da população idosa é acontecimento significativo, e para 2050 estima-se que o número de idosos em todo mundo seja de 2,1 bilhões. Sendo assim, é de suma importância a atenção a esta população⁽³⁵⁾.

Nesta pesquisa foi observado que a população tinha elevada faixa etária (media de 80,6 ± 8,0 anos) com predomínio do sexo feminino (72,4%), mostrando o fenômeno da feminização do envelhecimento populacional. Esse aspecto já foi observado por Benedetti *et al* em centro de convivência no Brasil⁽³⁶⁾. Estes achados estão em concordância com outros estudos brasileiros que referem predomínio de mulheres, idade acima de 70 anos e baixa escolaridade^(37,38,39).

A avaliação do perfil clínico constatou média de 2,57 doenças e de polifarmácia (média de 7,04 medicamentos). As doenças mais frequentes foram Hipertensão arterial, Demência na Doença de Alzheimer, Diabetes Mellitus, outras demências, depressão e sequela de AVE. A presença de múltiplas comorbidades, o uso de 5 ou mais medicações, depressão e demência foram considerados, por estudo prévio como fatores preditores de institucionalização do idoso⁽⁴⁰⁾. A participação de idoso em centro de convivência pode reduzir esse desfecho⁽⁴¹⁾.

Observa-se que 94,5% dos idosos apresentaram avaliação cognitiva inadequada para a escolaridade pelo MEEM, sendo que 51,3% tinham diagnóstico prévio de demência. Não encontramos estudos que abordam essa avaliação em centro de convivência. Esses achados são frequentes em instituições de longa permanência para idosos. O estudo DEMDATA observou prevalência de registros de demência em prontuário de 58,8% e de déficit cognitivo de 85,2% quando avaliado pelo Global Deterioration Scale⁽⁴²⁾. Roen et al. identificaram, por meio do MEEM, 83,8% de idosos com demência no momento da internação em nursing homes norueguesas, e somente 55,9% tinham essa condição documentada⁽⁴³⁾.

Para Ferreira et al., o cálculo do IMC (índice de massa corpórea) é de grande importância, mesmo sabendo-se que esse cálculo não diferencia a massa gorda da massa magra. Porém, esse método é realizado de forma não invasiva, com baixo custo e de forma rápida. Também observou que há vários aspectos que interferem no resultado do IMC, entre eles: alterações fisiológicas e patológicas, condições econômicas e estilo de vida⁽⁴⁴⁾. Na amostra do Centro de Convivência do Idoso Aconchego, observa-se que o número de idosos com sobrepeso atinge mais da metade da população (55,3%), maior que observado em estudo realizado em idosos da comunidade que observou 34,9% de idosos com sobrepeso ou obeso⁽⁴⁵⁾. Barbosa et al. diz que nas ABVD (atividades básicas de vida diária) podemos avaliar os comportamentos básicos do idoso, como por exemplo, o autocuidado, a capacidade de se alimentar e de se vestir. Com o passar dos anos pode ocorrer a diminuição da capacidade de realização dessas atividades, e com isso o idoso passa a perder sua autonomia, atingindo assim sua qualidade de vida, e passa a ser um idoso dependente em suas atividades⁽⁴⁶⁾. Na pesquisa realizada, observa-se que quase metade da população assistida no Centro de Convivência do Idoso Aconchego

possui de dependência total ou parcial para realização das ABVD (46,1%). Estudos prévios mostraram dependência para as ABVD entre 27 e 85%⁽⁴⁷⁾. Essa diferença pode ser explicada devido aos diferentes contextos de avaliação e aos instrumentos utilizados na avaliação.

Segundo Fried et al., a fragilidade se caracteriza “como a diminuição das reservas fisiológicas e aumento da vulnerabilidade dos indivíduos”⁽⁴⁸⁾.

Observa-se que 42,1% dos idosos apresentam classificação de Robusto segundo SOF, porém apenas 2,6% apresentam a classificação de não-frágil segundo Linda Fried. A diferença pode ser explicada pelas características dos instrumentos. Joosten et al. (2014) avaliaram idosos hospitalizados em relação à síndrome da fragilidade utilizando os índices de Fried e SOF e encontraram prevalência de 40% para o Índice CHS e 32,5% para o índice SOF⁽⁴⁹⁾. Assim como identificado no presente estudo, o índice de Fried classificou mais idosos como frágeis do que o Índice SOF. Porém não é possível afirmar se o índice CHS foi mais sensível ou se o índice SOF foi mais específico, uma vez que não se dispõe instrumento considerado padrão ouro de avaliação da síndrome da fragilidade. Para Ensrud et al., o SOF prevê o Risco de quedas, incapacidade e fraturas, enquanto o Linda Fried prevê dados mais complexos como mortalidade⁽⁵⁰⁾.

Observa-se que dos idosos assistidos no Centro de Convivência, 36 deles apresentam diagnóstico de demência, e destes 15 (41,7%) são classificados como quadro leve (CDR:1,0). Segundo Peterson et al., o Clinical Dementia Ratio (CDR) é um excelente instrumento para se classificar os diversos graus de demência em que o idoso se encontra⁽⁵¹⁾.

Observa-se no estudo uma associação entre a capacidade funcional das atividades básicas de vida diária e a síndrome da fragilidade. Isso nos mostra que quando o idoso é classificado em frágil, ele possui um grau de dependência importante. Para Hogan et al. a síndrome da fragilidade está relacionada com a dependência para atividades de vida diária, ou seja quanto menor seu desempenho nas ABVD, maior seu grau de fragilidade⁽⁵²⁾.

Quando se trata de quedas, Silva *et al.* mostra que um dos fatores que interferem na queda é o equilíbrio, pois o equilíbrio depende da “integração do sistema vestibular, visual e proprioceptivo, comandos centrais, respostas

neuromusculares, força muscular e tempo de reação”. Também explica que com o aumento da idade, ocorre uma diminuição dessas funções, propiciando assim a quedas⁽⁵³⁾. A pesquisa relata que dos idosos participantes mais da metade (40 - 52,6%) tiveram uma ou mais quedas durante os últimos 6 meses.

A fragilidade é um assunto muito discutido quando se trata de idosos. É muito comum a fragilidade tornar-se mais aparente em idosos após resultados adversos que estão relacionados a diferentes síndromes geriátricas, como por exemplo, quedas, fraturas, entre outras. No ano de 2005, Rockwood *et al.* citou diferentes conceitos de fragilidade, o que incluía diferentes domínios (características físicas, psicológicas, fatores psicossociais)⁽⁵⁴⁾.

Para Campos *et al.* o convívio do idoso com sua família é de extrema importância para a manutenção da qualidade de vida, sendo que esta convivência permite que o idoso se sinta seguro e que este tenha um sentimento de amor e de reconhecimento. Em contra partida, Campos *et al.* também relata que se a família não dispor de recursos ou habilidades para promover o sustento do idoso, esta relação pode ser altamente prejudicial⁽⁵⁵⁾. A pesquisa mostrou que 70 destes (92,1%) moram com suas famílias, 74 idosos (92,4%) estão satisfeitos com suas famílias, e que 71 (93,4%) dos idosos podem contar com sua família se tiverem algum problema, o que permite referir bom suporte social.

A análise dos subgrupos de idosos com e sem diagnóstico prévio de demência observou diferença estatística para pontuação no MEEM e na escala de funcionalidade Lawton e uma tendência na Pfeffer. Estes achados indicam os idosos previamente diagnosticados para demência apresentam pior desempenho cognitivo e maior dependência para as atividades instrumentais, sugerindo impacto desta síndrome geriátrica. Porém estudos estudos prévios mostram idosos institucionalizados com déficit cognitivo e que já apresentam algum grau de dependência funcional porém sem diagnóstico prévio de demência, o que reforça a necessidade da necessidade da avaliação periódica destes domínio (cognição e funcionalidade) por meio de protocolos, para a realização de diagnóstico precoce^(56,57).

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se o tamanho da amostra e a avaliação em um centro de convivência de idosos como fatores limitantes do estudo para não permitirem que os dados sejam extrapolados para a população brasileira.

A coleta de dados em instituição de caráter filantrópico pode ter superestimado a prevalência de deficit cognitivo, fragilidade e incapacidade funcional. Com as avaliações realizadas não foi possível estabelecer relação de causa e efeito entre fragilidade e incapacidade funcional. Observou-se o número reduzido de avaliação de idosos em centro dias.

A confecção de protocolos com instrumentos validados pode acelerar o progresso em pesquisas sobre as condições de saúde e demandas de idosos de centro dia ou de convivência, favorecendo a formulação de diretrizes de cuidados.

7. CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa avaliou o perfil de idosos atendidos no Centro Dia de Botucatu utilizando a Avaliação Geriátrica Ampla, instrumento recomendado para identificar as condições geriátricas prevalentes, como incapacidades funcionais e síndromes demenciais⁽⁵⁸⁾.

O uso da Avaliação Geriátrica Ampla mostra que esta é de grande importância para a avaliação do idoso, pois compreende domínios relacionados à vida do idoso, e que a partir dela se pode traçar metas e objetivos com o intuito de promover ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Também demonstrou, através do público assistido, que é possível traçar atividades que estimulem todos os domínios dos idosos (psicológico, físico e psicossocial), fazendo com que estes tenham o melhor aproveitamento nos Centros de Convivência.

No que se diz respeito a fragilidade e capacidade funcional, constata-se que a grande maioria dos idosos assistidos são classificados como frágeis e dependentes, mostrando assim o quanto é importante tanto a capacitação dos profissionais que atuam nos centros de convivência, quanto dos seus familiares, visto que estes passam a maior parte do tempo com os idosos.

Portanto, os centros de convivência exercem papel de grande importância na vida dos idosos e de seus familiares, pois proporcionam atividades tanto para os assistidos quanto para seus familiares, fazendo com que tenham um melhor entendimento da atual situação.

8. FINANCIAMENTO

Todos os recursos foram de responsabilidade do pesquisador.

9. REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana de la Salud (OPAS). Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª edição. Washington: OPAS:2003.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), 2001.
3. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. "Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida" In Texto contexto - Enfermagem. 2008;17(2).
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica [Internet] Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período de 2010-2060: revisão 2018. Rio de Janeiro: IBGE:2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2188>. Acessado em 15 de dezembro de 2018.
5. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. "Como vive o idoso brasileiro?", in Camarano AA (Org.) Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004:25-76.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS) [Internet] Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acessado em 15 de dezembro de 2018.
7. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. 2012;27(1):165-180.
8. Dias KCCO, Lopes MEL, Zaccara AAL, Duarte MCS, Moraes GSN, Vasconcelos MF. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2014;8(5):1337-46.
9. Simeão SFAP, Martins GAL, Gatti MAN, Conti MHS, Vitta A, Marta SN. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro

- dia. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet] 2018 Novembro. 23 (11): 3923-3934. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttes&pid=S1413-81232018001103923&ing=pt. Acessado em 15 de dezembro de 2018.
10. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública* . 2005;21(1):7-19.
 11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jafée MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA J Am Med Assoc*. 1963;185:914-919
 12. Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 1976;6(3):493-508
 13. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982;37(3):323-9
 14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86
 15. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198
 16. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61(3B):777-81
 17. Morris J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* 1993;43(11):2412-4
 18. Yesavage, JA; Brink, TL. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *J Psychiatr Res*, v.17, p. 37-49, 1983
 19. Pirozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ*. 2003;327(7421):967

20. Kronbauer AL, Schor P, Carvalho LAV. Medida da visão e testes psicofísicos. *Arq Bras Oftalmol.* 2008;71(1):122-7
21. Tonore MF, Bivona B. The nutrition screening initiative. *Caring Natl Assoc Home Care Mag.* dezembro de 1992;11(12):40-6, 48
22. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994. Mar;21(1):55-67.
23. Chumlea WMC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* 1988;88(5):564-8.
24. Chumlea WC, Guo S. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. *J Gerontol* 1992;47(6):M197-203.
25. Blackburn GL, Bistrian BR, Maini BS Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, Silver Spring ME. 1977;1(1):11-32
26. Costa EFA, Porto CC, Almeida JC, Cipullo JP, Martin JFV. Semiologia do idoso. In: porto CC. *Semiologia médica.* 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2001. P.165-197
27. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Cawthon PM, Stone KL, Hillier TA, Cauley JA, Hochberg MC, Rodondi N, et al. (2008). Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women. *Arch. Intern. Med.* 168, 382-389
28. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* 56, M146156
29. Brasil, Ministério da Assistência Social (2009). Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Res 109.
30. Valim-Rogatto, P.C.; Candolo, C.; Brêtas, A.C.P. Nível de atividade física e sua relação com quedas acidentais e fatores psicossociais em idosos de centro de

- convivência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Vol. 14, Num.3.2011.
31. Devons, C.A.J. (2002). Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 5, 19-24.
 32. Pfeifer E. Some basic principles of working with older patients. *J Am Geriatr Soc* 1985 Jan;33(1):44-7.
 33. NIH, Geriatric Assessment Methods for Clinical Decisionmaking, NIH Consensus Statement, 1987 oct 19-21;6(13):1-21.
 34. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde OPAS; 2005.
 35. United Nations. World population prospects: key finding and advance tables. The 2017 revision. New York: United Nations;2017
 36. Benedetti, T.R.B., d'Orsi, E., Schwingel, A., and Chodzko-Zajko, W.J. (2012). "Convivência" groups: building active and healthy communities of older adults in Brazil. *J Aging Res* 2012, 612918.
 37. Chaimowicz, F. (1997). [Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives]. *Rev Saude Publica* 31, 184-200.
 38. Del Duca, G.F., da Silva, S.G., Thumé, E., Santos, I.S., and Hallal, P.C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública* 46, 147-153.
 39. Nunes, B.P., Batista, S.R.R., Andrade, F.B. de, Souza Junior, P.R.B. de, Lima-Costa, M.F., Facchini, L.A., Nunes, B.P., Batista, S.R.R., Andrade, F.B. de, Souza Junior, P.R.B. de, et al. (2018). Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública* 52.
 40. Boechat, N. (1996). Institucionalização. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 58-61.

41. Borges, P.L. de C. e, Bretas, R.P., Azevedo, S.F. de, and Barbosa, J.M.M. (2008). [A profile of elderly members of community groups in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 24, 2798-2808.
42. Auer, S.R., Höfler, M., Linsmayer, E., Beránková, A., Prieschl, D., Ratajczak, P., Šteffl, M., and Holmerová, I. (2018). Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. *BMC Geriatr* 18, 178.
43. Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I., and Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res* 17, 365.
44. Ferreira AA, Menezes MFG, Tavares EL, Nunes NC, Souza FP, Albuquerque NAF, et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17:289-301
45. MOREIRA, Priscila Lucelia; CORRENTE, Jose Eduardo; VILLAS BOAS, Paulo Jose Fortes and FERREIRA, Ana Lucia Anjos. Dietary patterns are associated with general and central obesity in elderly living in a Brazilian city. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2014, vol.60, n.5 , pp.457-464.
46. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 ago;19(8):3317-25.
47. (Chodos AH, Kushel MB, Greysen SR, Guzman D, Kessell ER, Sarkar U, et al. Hospitalization-associated disability in adults admitted to a Safety-Net Hospital. *J Gen Intern Med*. 2015;30(12):1765-72; CARVALHO, Tatiane Cristina et al. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2018, vol.21, n.2 [cited 2019-07-15], pp.134-142.

48. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56. DOI:10.1093/gerona/56.3.M146.
49. JOOSTEN, E, et al. Prevalence of frailty and its ability to predict in hospital delirium, falls, and 6-month mortality in hospitalized older patients. *BMC Geriatrics*. V. 14, n. 1, 2014
50. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, et al. Comparação de dois índices de fragilidade para previsão de quedas, incapacidades, fraturas e morte em mulheres idosas. *Arch Intern. Med*. 2008; 168 : 382-389.
51. Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001;58(12):1985-92.
52. Hogan D, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(3)(supp):2-29.
53. Silva A, Almeida GJM, Cassilhas RC, et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à práticas de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte* 2008;14(2):88-93.
54. Rockwood, K., Song, X., Macknight, C., Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I., and Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* 173,489-495.
55. Campos MRX, Dias CA, Rodrigues SM. Representações de cuidadores de idosos a respeito do “ser idoso”, da “velhice” e do “viver institucionalizado”. *Rev Bras Cien Envelhecimento Humano* 2011;8(2):255-264.
56. Auer SR, Höfler M, Linsmayer E, Beránková A, Prieschl D, Ratajczak P, et al. Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. *BMC Geriatr*. 13 de 2018;18(1):178.

57. Røen I, Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K, Testad I, Bergh S. Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):365.
58. Devons, C.A.J. (2002). Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 5, 19-24.

10. APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação de idosos acompanhados em Centro Dia de Botucatu**”, que será desenvolvido por mim Jean Carlo Palmieri, enfermeiro, aluno de pós-graduação (mestrado profissional) da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, com orientação do profissional médico e Professor Adjunto Doutor Paulo José Fortes Villas Boas da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Estou estudando os idosos do Centro de Convivência ao Idoso Aconchego em Botucatu quanto às suas doenças, funcionalidade e medicamentos utilizados. Os dados serão coletados dos prontuários da referida unidade e com entrevista e exame clínico no Sr(a) que terão duração de cerca de 30 minutos. Os dados obtidos não serão utilizados para outros fins.

A sua participação neste estudo não oferecerá riscos. Terá como benefício a identificação de estratégias que beneficiem o seu acompanhamento na instituição e a elaboração de protocolo para o seu atendimento.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. No caso de negativa quanto à sua participação não haverá nenhum prejuízo quanto à sua assistência na instituição.

Caso seja detectada alguma situação clínica que não seja do conhecimento do Sr(a), poderemos encaminhá-lo(a) à Unidade de Serviço de Saúde de vossa região com documento constatando esses achados, se o Sr(a) desejar.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Na situação que o paciente não compreender o objetivo da avaliação este TCLE será apresentado ao seu cuidador e/ou responsável para autorização.

Botucatu, ____ / ____ / _____

Pesquisador
Pesquisa
Cuidador e/ou Responsável

Participante da

Nome: Jean Carlo Palmieri
Endereço: Rua Humberto Milanesi Júnior, 649 Telefone: (14) 99666-9871
Email: jean_palmieri@hotmail.com

Nome: Paulo José Fortes Villas Boas Telefone: (14) 3880-1171
Email: pvboas@fmb.unesp.br

Apêndice 2

Ficha de coleta de Dados

Dados coletados por _____

Data da coleta de dados: __/__/_____

I – Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: __/__/_____ Sexo: () Masc () Fem

Raça: () Branca () Negra () Parda () Amarela Escolaridade: _____

Estado civil: () Casado () Divorciado () Viúvo

II – Diagnósticos atuais

III – Capacidade Funcional

a) Atividades básicas de vida diária – Escala de Katz

Tarefa	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda		
	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Como sem ajuda (exceto para cortar carne e passar manteiga)		
Total de SIM			

Interpretação

Total de SIM	Classificação
5 ou 6	Independência
3 ou 4	Dependência Parcial
0, 1 ou 2	Dependência Importante

- Questionário de Pfeffer

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA						
QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FUNCIONAL – PFEFFER						
	0	1	2	3	0	1
1. Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
2. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
3. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
4. Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
5. Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
6. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
7. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
8. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
10. Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
PONTUAÇÃO						

Questionário de Pfeffer
Avaliação das AVD – pacientes demenciados
realizar com o cuidador principal

Questionário de Pfeffer - Escore

ESCORE

0. Normal
1. Faz, com dificuldade

2. Necessita de ajuda
3. Não é capaz

0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
1. Nunca o fez e agora teria dificuldade

AValiação

Para cada questão o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos. Uma pontuação maior ou igual a **5 pontos já caracteriza o idoso como dependente**.

REFERÊNCIAS

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harral CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982;37 (3): 323-9.

00

b) Atividades instrumentais de vida diária – Escala de Lawton

DESCRIÇÃO	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
1.O Sr consegue usar o telefone?	3	2	1
2.O Sr consegue ir a lugares distantes, usando algum tipo de transporte?	3	2	1
3. Sr consegue fazer compras?	3	2	1
4.O Sr consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
5.O Sr consegue arrumar a casa?	3	2	1
6. O Sr consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	3	2	1
7. O Sr consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
8. O Sr consegue tomar seus remédios corretamente?	3	2	1
9. O Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1

Interpretação – total
9 - totalmente dependente
10 a 15 - dependência grave
16 a 20 - dependência moderada
21 a 25 - dependência leve
26 a 27 - independência

6

IV – Cognição

a) **Memory Impairment Screen (MIS)**



Total de pontos: _____

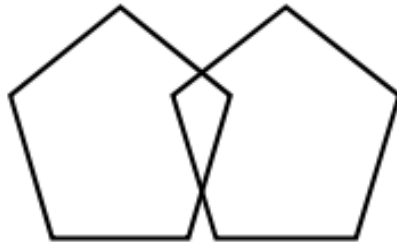
- Pontuação para cada palavra:
 - Lembrou sem pistas: 02 pontos
 - Lembrou com pistas: 01 ponto
- Interpretação
 - 05 ou mais: normal
 - 4 ou menos: déficit

b) Mini Exame do Estado Mental

Mini Exame do Estado Mental	
Orientação Temporal	Certo
Dia da semana, Dia do mês, Mês, Ano, Hora aproximada (1 ponto para cada)	
Orientação espacial	
Local que estamos (específico), Local que este (amplo), Bairro ou rua próxima, , Cidade, Estado (1 ponto para cada)	
Memória imediata	
Vaso, carro, tijolo (1 ponto para cada)	
Atenção e cálculo (100 – 7) 5 X (1 ponto para cada)	
Memória de evocação	
Vaso, carro, tijolo (1 ponto para cada)	
Linguagem	
Nomeação – relógio e caneta (1 ponto para cada)	
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	
Comando “pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (1 ponto para cada)	
Ler e executar “feche os olhos” (1 ponto)	
Escrever uma frase (1 ponto para cada)	
Copiar o desenho (1 ponto para cada)	
Total	

11

Desenho do MEEM



Pontuação do desenho: Deve desenhar a intersecção com os 4 lados.

Interpretação déficit cognitivo

Analfabeto – 18 pts

1 – 4 anos escol – 22 pts

5- 8 anos esc. – 24 pts

9 – 11 anos escol – 27 pts

≥ 12 anos esc. – 28 pts

12

Total de pontos: _____

c) Functional Assessment Stating of Alzheimer Diseases (Fast)

Estado funcional da Doença de Alzheimer
Functional Assessment Staging of Alzheimer's
Disease. (FAST)

- 1) Adulto normal
 - Sem dificuldades subjetivas ou objetivas.
- 2) Idoso normal
 - Queixas de esquecimento da localização dos objetos. Dificuldade subjetiva de encontrar palavra.
- 3) Doença de Alzheimer incipiente
 - Diminuição da função evidente aos colegas de trabalho; dificuldade em viajar para novos locais. Diminuição da capacidade organizacional.
- 4) Doença de Alzheimer leve
 - Dificuldade com finanças pessoais (esquecendo-se de pagar as contas), execução de compras. Diminuição da capacidade de realizar tarefas complexas (por exemplo, planejamento jantar para os hóspedes).

13

- 5) Doença de Alzheimer moderada
Requer assistência na hora de escolher a roupa adequada para usar durante o dia ou ano
- 6) Doença de Alzheimer moderada a grave
- a) Dificuldade vestir roupas corretamente sem assistência.
 - b) Incapacidade de banhar-se corretamente (dificuldade em adaptar a temperatura da água de banho)
 - c) Incapacidade do uso correto do toalete (Não limpar-se corretamente ou descartar adequadamente o papel higiênico).
 - d) Incontinência urinária, freqüente ou ocasional
 - e) Incontinência fecal, (ocasional ou com mais freqüência durante a semana passada).
- 7) Doença de Alzheimer grave
- a) Capacidade de fala limitada a cerca de uma meia dúzia de palavras diferentes, ou menos, no curso de um dia.
 - b) Capacidade de fala limitada ao uso de uma única palavra inteligível em um dia normal (a pessoa pode repetir a palavra repetidamente)
 - c) Capacidade de deambulação perdida (não anda sem assistência).
 - d) Capacidade de sentar-se sem assistência perdida.
 - e) Perda da capacidade de sorrir.
 - f) Perda da capacidade de levantar a cabeça ou Postura fletida.

d) Clinical Dementia Ratio (CDR)

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

NOME: _____ DATA DA AVALIAÇÃO: _____

9. Se 1 ou 2 categorias secundárias recebem o mesmo escore de M, o escore global de CDR é igual à M, desde que

	SAUDÁVEL CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2	DEMÊNCIA GRAVE CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda da memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente []	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento "benigno" []	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes, o déficit interfere com atividades do dia-a-dia []	Perda de memória grave; apenas material muito aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos []	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem []
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado []	Plenamente orientado []	Dificuldade moderada com as relações do tempo; orientado no espaço, no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais []	Geralmente desorientado []	Orientação pessoal apenas []
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia; juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado []	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças []	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido []	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças; juízo social geralmente comprometido []	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico []
ASSUNTOS DA COMUNIDADE	Função independente nas atividades de trabalho, compras, negócios, finanças e grupos sociais []	Leve dificuldade nestas atividades []	Incapaz de funcionar independentemente nas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal na avaliação inicial []	Sem possibilidade de desempenho fora de casa; parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa []	Sem possibilidade de desempenho fora de casa; parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa []
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos []	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados []	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono de tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são abandonados []	Só realiza tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos []	Sem qualquer atividade significativa em casa []
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz []	Plenamente capaz []	Necessita de assistência ocasional []	Requer assistência no vestir e na higiene []	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente []

Escore final: _____

REGRAS

Use todas as informações disponíveis para fazer o melhor julgamento possível. Pontue cada categoria (M, O, JRP, AC, LP, CP) da forma mais independente possível. Pontue o grau de perda em relação ao desempenho anterior. Pontue apenas incapacidade devida à perda cognitiva e não a incapacidade provocada por alteração motora, depressão ou perturbação da personalidade. Assinale apenas uma pontuação por categoria, sempre que existam dúvidas entre duas pontuações (por exemplo, leve (1) e moderada (2), escolha a que corresponde à maior incapacidade).

A afasia deve ser tida em conta na avaliação das funções verbais como das não verbais em cada domínio. Se a afasia é maior do que o grau de demência, pontue de acordo com a demência global. Para isso é necessário acrescentar informações sobre funções cognitivas não verbais.

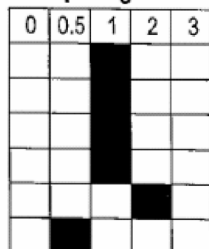
O escore global da CDR resulta das pontuações em cada uma das seis categorias (*box scores*), tal como se segue.

INSTRUÇÕES PARA DEFINIÇÃO DO ESCORE GLOBAL:

1. Dê escores para cada categoria Memória (M), Orientação (O), Julgamento e Solução de Problemas (JSP), Assuntos da Comunidade (AC), Lar e Passatempos (LP), Cuidados Pessoais (CP) de forma tão independente quanto possível (umas das outras).
2. Os escores atribuíveis são: 0 - 0,5 - 1 - 2 - 3 (tanto para as categorias individuais como para o escore global da escala).
3. Circule apenas os aspectos contidos em uma única coluna de cada linha de categorias, graduando cada uma de acordo com a função do sujeito avaliada.
4. Quando em dúvida no escore de uma categoria, gradue no nível mais alto.
5. Para determinar o escore CDR global, a categoria MEMÓRIA é considerada a categoria primária (CP); todas as outras são secundárias (CS).
6. No caso de pelo menos 3 categorias secundárias receberem o mesmo escore numérico de MEMÓRIA, então o escore global da CDR é igual ao escore M.
7. Se 3 ou mais categorias secundárias recebem escores maiores ou menores (DIFERENTES) daquele da MEMÓRIA, o escore global CDR = escore da maioria das categorias secundárias. Quando 3 categorias secundárias têm escores para um lado de M e outras 2 para o outro lado (isto é, 3 são maiores e 2 são menores —ou vice-versa), então o escore total da CDR = M.
8. Se há empate na quantidade de categorias secundárias para um dos lados do valor de M, escolha o CDR mais perto de M (p. exemplo, 2 categorias secundárias com escore=1, outras 2 categorias secundárias com escore= 2, MEMÓRIA e mais uma secundária com escore= 3; então o escore global da CDR = 2).

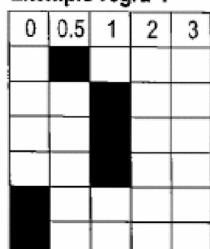
AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÂNCIA - escala
 CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Exemplo regra 1



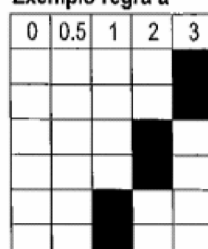
CDR=1

Exemplo regra 4



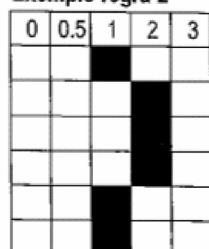
CDR=1

Exemplo regra a



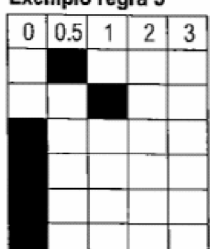
CDR=2

Exemplo regra 2



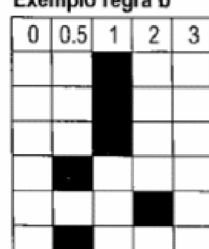
CDR=2

Exemplo regra 5



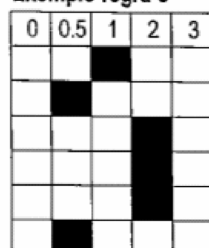
CDR=0.5

Exemplo regra b



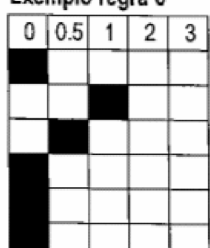
CDR=1

Exemplo regra 3



CDR=1

Exemplo regra 6



CDR=0.5

Exemplo regra c



CDR=0.5

V – Humor – Escala de depressão geriátrica (Yesavage)

Descrição	Sim	Não
1. Está satisfeito com sua vida?		D
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesse?	D	
3. Sente que a vida está vazia?	D	
4. Geralmente se sente aborrecido?	D	
5. Sente-se animado a maior parte do tempo?		D
6. Tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer?	D	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		D
8. Sente-se frequentemente desamparado?	D	
9. Prefere ficar em casa a sai e fazer novas amizades?	D	
10. Acha que tem mais problema de memória do que a maioria das pessoas?	D	
11. Acha bom estar vivo?		D
12. Sente-se inútil ou incapaz do modo que está agora?	D	
13. Sente-se cheio de energia?		D
14. Sente-se desesperançado?	D	
15. Acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?	D	

Número de respostas D: _____

Suspeita de Depressão: > 05

VI – Déficit sensorial

a) Deficiência auditiva - Teste da voz sussurrada

() Alterado () Não alterado

b) Deficiência visual

O senhor tem dificuldades para assistir televisão? () Sim () Não

Usa óculos?

() Sim () Não

VII- Nutrição Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____

Classificação: _____

Classificação

Diagnóstico	IMC kg/m ²
Baixo peso	< 22
Eutrofia	22 – 27
Sobre peso/ obesidade	> 27

VIII – Continência

No último ano, houve algum episódio de perda de urina no qual o senhor (a) tenha ficado molhado? (

Sim Não

Faz uso de fraldas?

Sim Não

IX- Fragilidade

a) Study of osteoporotic fracture index (SOF)

	SIM
Inabilidade de levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços (5X)	
Perda de peso (4,5 Kg) não intencional nos últimos 06 meses	
Sente que nível de energia está reduzido?	
Total de SIM	

Interpretação do SOF O critério – robusto

01 critério – pré – frágil 02 ou 03 critérios – frágil

b) Índice fenotípico de Linda Fried

	SIM
Perda de peso não intencional (4,5 Kg ou > ou 5% ou >) do peso corporal no ano anterior	
Exaustão avaliada por auto relato de fadiga	
Fraqueza (força de prensão diminuída mensurada pela força de prensão palmar – dinamômetro). Anotar a melhor medida (ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal)	___ Kg force
Lentidão medida pelo tempo de marcha indicada em segundos (s) após percorrer a distância de 4,6 metros (m), ajustada segundo sexo e altura (anotar o tempo gasto em 4,6 m)	Tempo gasto ___seg
Baixo nível de atividade física na última semana: homem <383 Kcal e mulher < 270 Kcal) questionário de Minnesota ***	Anotar abaixo a atividade realizada ***
Total de SIM	

***Anotar toda atividade física que o idoso fez na última semana (tempo e frequência), incluindo afazeres domésticos, atividades físicas (caminhada) e atividades no exterior (jardinagem)
Se não fizer nenhuma atividade anotar esse dado e assinalar baixo nível de atividade física

Interpretação FRIED

	Classificação
0 critérios	Não frágil
01 ou 02 critérios	Pré- Frágil
03 ou mais critérios	Frágil

X – Risco de queda – Time up and go test

Teve queda nos últimos 06 meses? () Sim () Não

Time up and go test (TUGT)

TUG – tempo mensurado: _____ segundos

XI – Disponibilidade social e familiar

1. Quem cuida do senhor?

2. Valor em reais de todos os moradores da residência do idoso: R\$__

3. O senhor está satisfeito com os seus familiares? () Sim () Não

4. O senhor possui amigos? () Sim () Não

5. O senhor pode contar com seus familiares e amigos quando passa por algum problema? () Sim () Não

XII – Condição ambiental

A casa do senhor possui modificações nos ambientes para melhor se adaptar as suas necessidades?

() Sim () Não

E se sim, quais? _____

XII – Medicamentos utilizados

Nome	Dose diária		Nome	Dose diária

11. ANEXOS

Anexo 1 – Escala de Katz

Tarefa	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto p/ amarrar os sapatos		
Higiene pessoal	Vai e usa o banheiro, veste-se e retorna sem nenhuma ajuda		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar-se sem ajuda		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto p/ cortar carne e passar manteiga)		

Interpretação

Total de SIM

6- Independência

4- Dependência parcial

2- Dependência importante

Anexo 2 – Escala de Pfeffer

Questionário de Pfeffer
Avaliação das AVD – pacientes dementados
realizar com o cuidador principal

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA							
QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FUNCIONAL – PFEFFER							
	0	1	2	3	0	1	
1. Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?							
2. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?							
3. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?							
4. Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?							
5. Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?							
6. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?							
7. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?							
8. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?							
9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?							
10. Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?							
PONTUAÇÃO							

7

Questionário de Pfeffer - Escore

ESCORE		
0. Normal	2. Necessita de ajuda	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
1. Faz, com dificuldade	3. Não é capaz	1. Nunca o fez e agora teria dificuldade

AVALIAÇÃO
Para cada questão o idoso pode obter de 0 a 3 pontos, totalizando um máximo de 30 pontos. Uma pontuação maior ou igual a **5 pontos já caracteriza o idoso como dependente.**

REFERÊNCIAS
Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrish CH Jr, Chance JM, Filios S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol. 1982;37 (3): 323-9.

00

Anexo 3 – Escala de Lawton

DESCRIÇÃO	SEM AJUDA	AJUDA PARCIAL	NÃO CONSEGUE
1.O Sr consegue usar o telefone?	3	2	1
2.O Sr consegue ir a lugares distantes, usando algum tipo de transporte?	3	2	1
3. Sr consegue fazer compras?	3	2	1
4.O Sr consegue preparar suas próprias refeições?	3	2	1
5.O Sr consegue arrumar a casa?	3	2	1
6. O Sr consegue fazer trabalhos manuais domésticos?	3	2	1
7. O Sr consegue lavar e passar sua roupa?	3	2	1
8. O Sr consegue tomar seus remédios corretamente?	3	2	1
9. O Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	3	2	1

Interpretação – total
9 - totalmente dependente
10 a 15 - dependência grave
16 a 20 - dependência moderada
21 a 25 - dependência leve
26 a 27 - independência

6

2) Função cognitiva

Memory Impairment Screen (MIS)

- Explicar que será pedido para se lembrar das palavras apresentadas mais à frente.
- Pedir para ler as quatro palavras em voz alta

EX:

Agrião (Verdura)

Tartaruga (Animal)

Abacaxi (fruta)

Flauta (instrumento musical)

- Enunciar cada categoria e pedir para o paciente identificar cada palavra relacionada à categoria
- Remover a folha de papel da visão do paciente
- Realizar um distrator de duração de 2 a 3 minutos (ex. Contar de 20 até 1 da frente para trás repetidamente até completar 2 a 3 minutos ou intercalar com outro teste, como o teste do relógio)
- Pedir ao paciente para recordar as palavras lidas
- Caso não recordar sozinho, dar pistas das categorias à qual as palavras pertencem e observar se ocorre a evocação
- Pontuação para cada palavra:

Lembrou sem pista: 2 pontos

Lembrou com pista: 1 ponto

- Interpretação:

5 ou mais – normal

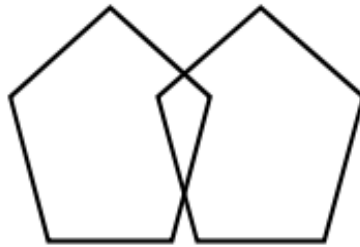
4 ou menos - déficit

Anexo 5 – Mini Exame do Estado Mental

Mini Exame do Estado Mental	
Orientação Temporal	Certo
Dia da semana, Dia do mês, Mês, Ano, Hora aproximada (1 ponto para cada)	
Orientação espacial	
Local que estamos (específico), Local que este (amplo), Bairro ou rua próxima, , Cidade, Estado (1 ponto para cada)	
Memória imediata	
Vaso, carro, tijolo (1 ponto para cada)	
Atenção e cálculo (100 – 7) 5 X (1 ponto para cada)	
Memória de evocação	
Vaso, carro, tijolo (1 ponto para cada)	
Linguagem	
Nomeação – relógio e caneta (1 ponto para cada)	
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	
Comando “pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (1 ponto para cada)	
Ler e executar “feche os olhos” (1 ponto)	
Escrever uma frase (1 ponto para cada)	
Copiar o desenho (1 ponto para cada)	
Total	

11

Desenho do MEEM



Pontuação do desenho: Deve desenhar a intersecção com os 4 lados.

Interpretação déficit cognitivo

Analfabeto – 18 pts

1 – 4 anos escol – 22 pts

5- 8 anos esc. – 24 pts

9 – 11 anos escol – 27 pts

≥ 12 anos esc. – 28 pts

Anexo 6 – Functional Assessment Staging of Alzheimer’s Disease (FAST)

Estado funcional da Doença de Alzheimer Functional Assessment Staging of Alzheimer’s Disease. (FAST)

- 1) Adulto normal
 - Sem dificuldades subjetivas ou objetivas.
- 2) Idoso normal
 - Queixas de esquecimento da localização dos objetos. Dificuldade subjetiva de encontrar palavra.
- 3) Doença de Alzheimer incipiente
 - Diminuição da função evidente aos colegas de trabalho; dificuldade em viajar para novos locais. Diminuição da capacidade organizacional.
- 4) Doença de Alzheimer leve
 - Dificuldade com finanças pessoais (esquecendo-se de pagar as contas), execução de compras. Diminuição da capacidade de realizar tarefas complexas (por exemplo, planejamento jantar para os hóspedes).

- 5) Doença de Alzheimer moderada
Requer assistência na hora de escolher a roupa adequada para usar durante o dia ou ano
- 6) Doença de Alzheimer moderada a grave
- a) Dificuldade vestir roupas corretamente sem assistência.
 - b) Incapacidade de banhar-se corretamente (dificuldade em adaptar a temperatura da água de banho)
 - c) Incapacidade do uso correto do toalete (Não limpar-se corretamente ou descartar adequadamente o papel higiênico).
 - d) Incontinência urinária, freqüente ou ocasional
 - e) Incontinência fecal, (ocasional ou com mais freqüência durante a semana passada).
- 7) Doença de Alzheimer grave
- a) Capacidade de fala limitada a cerca de uma meia dúzia de palavras diferentes, ou menos, no curso de um dia.
 - b) Capacidade de fala limitada ao uso de uma única palavra inteligível em um dia normal (a pessoa pode repetir a palavra repetidamente)
 - c) Capacidade de deambulação perdida (não anda sem assistência).
 - d) Capacidade de sentar-se sem assistência perdida.
 - e) Perda da capacidade de sorrir.
 - f) Perda da capacidade de levantar a cabeça ou Postura fletida.

Anexo 7 – Clinical Dementia Ratio (CDR)

CDR - Clinical Dementia Ratio

	Sem demência CDR 0	Demência questionável CDR 0.5	Demência média CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência severa CDR 3
Memória	Sem perda de memória ou pequenos e ocasionais esquecimentos	Pequenos e frequentes esquecimentos. Lembrança parcial de acontecimentos. Esquecimento benigno	Moderada perda da memória, mas marcadamente para acontecimentos recentes, interferindo nas atividades do cotidiano.	Severa perda de memória. Lembra-se apenas de assuntos intensamente vivenciados. Informações novas rapidamente esquecidas	Severa perda de memória. Somente fragmentos permanecem
Orientação	Orientação perfeita.	Totalmente orientado, exceto por pequenas dificuldades relacionadas com o tempo/horários	Moderada dificuldade com orientação temporal. Orientado com relação ao local de exames. Pode haver desorientação geográfica para outros locais.	Severa dificuldade relacionada com o tempo. Frequentemente desorientado com relação ao tempo e espaço	Total desorientação tempo-espacial. Reconhece apenas as pessoas mais íntimas.
Julgamento e discernimento	Resolve bem os problemas do cotidiano. Mantém bom discernimento	Alguma dificuldade na resolução de problemas e na distinção de semelhanças e diferenças.	Moderada dificuldade em resolver problemas por si mesmo. Dificuldades no discernimento de semelhanças e diferenças.	Importante dificuldade em resolver problemas com independência e discernir entre semelhanças e diferenças. Crítica e julgamento comprometidos.	Incapaz de resolver problemas.
Participação social	Independência no desempenho profissional, nas compras, finanças e nas atividades sociais.	Alguma dificuldade nessas atividades.	Apresenta dependência nessas atividades apesar de poder participar de algumas. Apresenta não apresentar anormalidades à primeira vista	Sem interesse em manter atividades fora de casa. Apresenta estar bem para sair e manter atividades fora de casa.	Aparenta não ter condições de desempenhar atividades fora de sua casa.
Afazeres domésticos e passatempos	Vive em família. Passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vive em família. Passatempos e interesse intelectual levemente comprometido.	Sua vez mas definitiva dificuldade nas atividades domésticas. Deixou de realizar atividades usuais. Abandona de tarefas e passatempos mais complexas.	Faz apenas atividades simplificadas. Interesses muito restritos.	Atividade doméstica praticamente inexistente.
Cuidados pessoais	Totalmente capaz e independente.	Totalmente capaz e independente.	Precisa ser incentivado/instruído.	Necessita de assistência para vestir-se e asear-se.	Requer muita ajuda para seus cuidados pessoais. Frequentemente incontinente.

Interpretação do CDR

RESUMO:

1. Se pelo menos 3 **CS** são = **M** então **CDR** = **M**
2. Se 3 ou + **CS** são > (ou <) a **M** então **CDR** = maioria das **CS** > (ou <) **M**
3. Sempre que 3 **CS** têm pontuação de um lado de **M** e as outras duas têm pontuações do outro lado, **CDR** = **M**
4. Se **M** = 0,5 e 3 ou mais **CS** são pontuadas ≥ 1 então **CDR** = 1
5. Se **M** = 0,5, **CDR** não pode ser 0 (zero), só pode ser 0,5 ou 1
6. Se **M** = 0 então **CDR** = 0 exceto se 2 ou mais **CS** forem $\geq 0,5$ então **CDR** = 0,5

Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 1993; 43:2412- 2414

Anexo 8 – Escala de Yesavage

3) HUMOR

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (YESAVAGE)

DESCRIÇÃO	SIM	NÃO
1. Está satisfeito com sua vida?		D
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	D	
3. Sente que a vida está vazia?	D	
4. Geralmente se sente aborrecido?	D	
5. Sente-se animado a maior parte do tempo?		D
6. Tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer?	D	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		D
8. Sente-se freqüentemente desamparado?	D	
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer novas coisas?	D	
10. Acha que tem mais problema de memória que a maioria das pessoas?	D	
11. Acha bom estar vivo?		D
12. Sente-se inútil ou incapaz do modo que está agora?	D	
13. Sente-se cheio de energia?		D
14. Sente-se desesperançado?	D	
15. Acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor?	D	

Número de respostas D _____
Suspeita depressão > 5 pontos

18

Anexo 9 – Declaração de autorização



Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO, o desenvolvimento da Pesquisa "Avaliação de idosos acompanhados em Centro Dia de Botucatu", a ser conduzida pelo Sr(a) Jean Carlo Palmieri, orientado (a) pelo Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

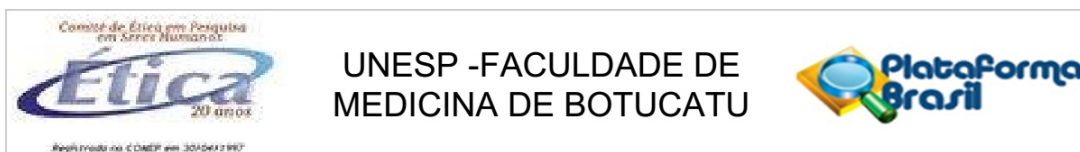
Botucatu, 05 de fevereiro de 2018.

Silmara do Amaral Tse
Coordenadora e Fisioterapia - CREFITO: 51 874 F

Silmara do Amaral Tse
Coordenadora
CREFITOS- 51874/F

Centro de Convivência do Idoso "Aconchego"
R. Benedito Mathias Brumer, 354 - Jd. Paraíso II - 13370-210 Botucatu - SP
Fone (14) 3213-7070 / (14) 3591-0921 CNPJ 04.347.983/0001-93
cciaconchego@ia.com.br www.aconchego@botucatu.com.br

Anexo 10 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de idosos acompanhados em Centro Dia de Botucatu

Pesquisador: JEAN CARLO PALMIERI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85662518.8.0000.5411

Instituição Proponente: Unidade de Pesquisa Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.608.431

Apresentação do Projeto:

Trata-se de resposta do(s) pesquisador(es) ao parecer de 02 de abril de 2018 referente ao projeto de pesquisa: "AVALIAÇÃO DE IDOSOS ACOMPANHADOS EM CENTRO DIA DE BOTUCATU".

As sugestões e os pedidos de esclarecimentos do parecer anterior, emitido por esse colegiado, referiam-se ao TCLE e ao cronograma de execução. Tais questionamentos foram respondidos de forma satisfatória, não retardo, portanto, nenhuma pendência.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme relatado anteriormente, o objetivo do estudo é avaliar os idosos do Centro de Convivência ao Idoso Aconchego em Botucatu (SP) quanto às Síndromes Geriátricas, capacidade funcional e medicamentos utilizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já relatados em parecer de 02 de abril de 2018.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e considerações relatados anteriormente por esse colegiado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos obrigatórios:

- Projeto de pesquisa;
- Folha de rosto devidamente assinada;
- Termos de anuência institucional (EAP-FMB e Centro de Convivência Aconchego);

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.608.431

- TCLE, em forma de convite, em linguagem adequada e contendo todas as informações relevantes, conforme sugestões de parecer anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado o presente projeto sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 17 de abril de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1069449.pdf	10/04/2018 10:23:15		Aceito
Outros	oficioexplicativo.pdf	10/04/2018 10:07:17	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/04/2018 10:01:54	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/04/2018 10:01:12	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/04/2018 10:00:39	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasil64JeanCarloPalmieri.pdf	04/03/2018 09:42:21	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCCI.pdf	14/02/2018 23:18:04	JEAN CARLO PALMIERI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	14/02/2018	JEAN CARLO	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

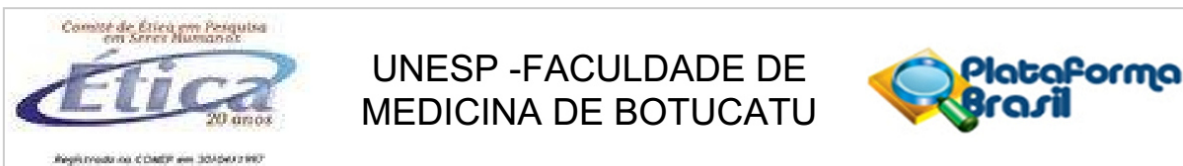
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.608.431

Orçamento	Orcamento.pdf	23:13:22	PALMIERI	Aceito
-----------	---------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Abril de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Domínios	Ferramenta a ser utilizada
Diagnóstico e tratamentos atuais	Descrição do relatado
Capacidade funcional – atividade básica de vida diária e Instrumental da vida diária	Índice de Katz e Escla de Lawton
Cognição	Mini Exame do Estado Mental
Humor	Escala de Depressão Geriátrica
Déficit sensorial (visão e audição)	Questionamento
Aspectos nutricionais	Cálculo do IMC, perda de peso
Incontinência urinária e fecal	Questionamento
Fragilidade	FRAIL scale
Mobilidade e Quedas	Time up and go test, história
Saúde oral	Avaliação
Pele – lesão por pressão	Avaliação
Dor	Escala visual analógica de dor
Imunização e infecção	Questionamento
Planejamento de cuidados	Questionamento