

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DE RISCO DA AVALIAÇÃO GERIÁ-
TRICA COMPACTA DE 10 MINUTOS (AGC-10) E O PERFIL CLÍNICO E SOCIO-
DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA DO IDOSO DE ANÁPOLIS
– GOIÁS**

Aline Otoni Mesquita
Daiana Marina Andrade
Isadora Borges Magalhães
José Mateus dos Santos Neto
Ridania Vieira Tavares

Anápolis, Goiás
2022

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UNIEVANGÉLICA
Curso de Medicina

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS DE RISCO DA AVALIAÇÃO GERIÁ-
TRICA COMPACTA DE 10 MINUTOS (AGC-10) E O PERFIL CLÍNICO E SOCIO-
DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DO HOSPITAL DIA DO IDOSO DE ANÁPOLIS
– GOIÁS**

Trabalho de conclusão apresentado à disciplina de Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação de Silvia Cristina Marques Nunes Pricinote, docente do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA.

Anápolis, Goiás
2022

ANEXO 3- CARTA DE APROVAÇÃO DE PROJETO

PROJETO DE TRABALHO DE CURSO PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR

A

Coordenação de Iniciação Científica

Curso de Medicina – UniEVANGÉLICA

Eu, Prof^º Orientador Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinole venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as) Aline Ôtoni Mesquita, Dalana Marina Andrade, Isadora Borges Magalhães, José Mateus dos Santos Neto, Rídanía Vieira Tavares, estarão sob minha supervisão para desenvolver o trabalho de curso intitulado Impacto da avaliação geriátrica direcionada de 10 minutos (TaGA-10) no prognóstico do paciente idoso no contexto do Hospital Dia do Idoso de Anápolis-Goiás.

O projeto em anexo foi revisado e aprovado e será seguido até a conclusão do mesmo.

Observações:

Anápolis, 15 de novembro de 2021



Dra. Sílvia Cristina M. N. Pricinole
Geriatria / Clínica Médica
CRM-GO 12296

Resumo

O aumento do número de idosos traz como consequência a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e maior risco de multimorbidades, com o declínio das capacidades funcionais e maior mortalidade, gerando um aumento da procura pelos serviços de saúde. Assim, em locais de alto fluxo a Avaliação Geriátrica Compacta (AGC-10) é um instrumento de fácil aplicação que possibilita o rastreamento de síndromes geriátricas, de forma rápida e direcionada. Objetivava-se identificar a existência de associação entre as categorias da AGC-10 e o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes do HDI de Anápolis – Goiás. Trata-se de um estudo primário, observacional, de prevalência, descritivo e quantitativo. O estudo contou com 298 idosos de ambos os sexos. Os dados relacionados ao perfil sociodemográfico, índice de comorbidades de Charlson ajustado a idade (ICCI), AGC-10 e a especialidade de assistência médica foram coletados e analisados estatisticamente pelo software Statistical Package for the Social Sciences v26.0 e submetidos ao teste qui-quadrado e correlação de Spearman. A maioria dos participantes tinha entre 70 e 79 anos (45,3%), era do sexo feminino (69,1%), casados (39,3%), brancos (46,6%), com escolaridade de 4 a 7 anos (34,9%) e aposentados (81,2%). Grande parte da amostra foi classificada como de baixo risco para ocorrência de desfechos adversos. Houve relação significativa entre a idade ($p=0,009$), o estado civil ($p=0,047$), a assistência médica ($p<0,001$), a situação profissional ($p=0,009$) e o ICCI ($r=0,356$, $p<0,001$) com a AGC-10. Dessa forma, participantes que tiveram maior risco no índice AGC-10, tiveram maior pontuação do ICCI. O presente estudo reforça a importância da AGC-10 na avaliação geriátrica, sendo uma ferramenta capaz de distinguir, de forma objetiva e rápida, os pacientes vulneráveis de alto risco que precisam de acompanhamento especializado, embora seja de validação recente e por consequência pouco aplicada na prática clínica.

Palavras-chave: Geriatria. Morbidade. Hospital Dia.

ABSTRACT

The increasing elderly population brings with itself a high prevalence of non-communicable chronic diseases and higher risk to multimorbidities what leads to functional disabilities, increases mortality and the health care utilization. Therefore, the 10-TaGA (10 minute targeted geriatric assessment) is a practical and efficient approach to screening geriatric syndromes, especially in fast-paced healthcare services. The study was designed to identify an association between 10-TaGA risk categories and the elderly's clinical and socio-demographic profile in a day hospital in Anápolis, Goiás, Brazil. It's an original, observational and prevalence-based, descriptive and quantitative aligned research. This study included 298 elderly patients and their data about clinical and socio-demographic profile, age-adjusted Charlson Comorbidity Index (ACCI), 10-TaGA and type of medical assistance were collected and statistically analyzed by Statistical Package for the Social Sciences v26.0 using Chi-square test and Spearman's correlation. Among patients, mostly were aged 70 – 79 (45,3%), female (69,1%), married (39,3%), white (46,6%), with 4 to 7 years of education (34,9%) and retired (81,2%). The majority of participants were classified as low risk for adverse outcomes. There was significant association between age ($p=0,009$), marital status ($p=0,047$), type of medical assistance ($p<0,001$), professional status ($p=0,009$) and ACCI ($r=0,356$, $p=0,009$) with 10-TaGA. Accordingly, this study found that patients who had higher risk at 10-TaGA's categories could show higher score on ACCI. The present study reinforces the 10-TaGa's importance in the geriatric evaluation, being able of distinguishing vulnerable high-risk patients who need specialized follow-up, although it has been recently validated and, consequently, little applied in the clinical practice.

Keywords: Geriatrics. Morbidity. Day care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. REFERENCIAL TEÓRICO	7
2.1 Epidemiologia e envelhecimento	7
2.1.1 Epidemiologia em Goiás	7
2.1.2 Envelhecimento no mundo	7
2.2 Síndromes Geriátricas	8
2.3 Instrumentos de avaliação	9
2.3.1 Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)	10
2.3.2 Índice Prognóstico Multidimensional (MPI)	10
2.3.3 Índice de Fragilidade (FI)	10
2.3.4 Identificação de Idosos em Risco (ISAR)	11
2.3.5 Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10)	11
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. METODOLOGIA	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Local de pesquisa	15
4.3 População e amostra	15
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	16
4.5 Procedimento de coleta de dados	16
4.5.1 Avaliação geriátrica compacta de 10 minutos (AGC-10)	16
4.5.2 Índice de Comorbidades de Charlson ajustado a idade (ICCI)	17
4.6 Análise dos dados	17
4.7 Aspectos éticos	17
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSSÃO	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO A: AGC – 10	33
ANEXO B: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP	34
ANEXO C: MD CALC - ÍNDICE DE CHARLSON AJUSTADO À IDADE (ICCI)	35
APÊNDICE A: Identificação, dados sociodemográficos e medicações em uso	36

1. INTRODUÇÃO

Com o processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento do número de idosos, instala-se o processo de transição epidemiológica que tem como consequência o aumento de doenças crônicas não transmissíveis que cursam com o declínio das capacidades física, cognitiva e mental (OMS, 2015).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, para tanto o ideal é a busca por um envelhecimento saudável que priorize a manutenção da habilidade funcional, autonomia e independência do indivíduo, de forma que ocorra o diagnóstico precoce de doenças e a implementação de hábitos saudáveis (OMS, 2015). O processo de envelhecimento é heterogêneo, atingindo de forma diferente idosos da mesma faixa etária, o que pode ser explicado pelo ambiente em que a pessoa está inserida, cultura, gênero, o sistema de saúde disponível e os hábitos pessoais (OMS, 2002).

O envelhecimento aumenta o risco de ocorrência de multimorbidades e deixa o indivíduo mais vulnerável, resultando em maior necessidade de cuidados em saúde, maiores custos e maior taxa de mortalidade quando comparados aos efeitos individuais de cada transtorno (BEARD *et al.*, 2016). As síndromes geriátricas são multifatoriais, se relacionam e se sobrepõem, causando debilidades e perda da qualidade de vida do idoso. Por isso, o acesso aos serviços geriátricos permite uma abordagem multifatorial da saúde física, cognitiva, psicológica e social e minimiza os impactos da fragilidade e os consequentes desfechos desfavoráveis (CARLSON; MEREL; YUKAWA, 2015).

Nesse sentido, os instrumentos de avaliação multidimensional têm-se mostrado eficazes na detecção precoce de problemas na saúde dos idosos, além disso, têm sido um meio para nortear as decisões e elaboração de planos terapêuticos a fim de oferecer um bom prognóstico ao paciente. A Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10) é um instrumento de fácil aplicação que possibilita o rastreamento de síndromes geriátricas a partir de autorrelatos e avaliação médica objetiva (ALIBERTI *et al.*, 2019a).

Dentre os parâmetros que são avaliados na AGC, encontram-se: suporte social, uso do sistema de saúde nos últimos 6 meses, ocorrência de quedas no último ano, quantidade de medicamentos em uso, avaliação funcional baseada no índice de Katz, cognição, autopercepção de saúde, sintomas depressivos, nutrição e velocidade da marcha. A partir desses parâmetros é possível identificar diversos problemas que necessitam de intervenção médica.

Logo, esse instrumento tem sido eficaz nos serviços de saúde que possuem grande fluxo de pacientes e que necessitam de consultas direcionadas (PILOTTO *et al.*,2008; ALIBERTI *et al.*,2019a)

Segundo Aliberti *et al.* (2018), a integração da AGC-10 com informações padrão pode prever a mortalidade com mais precisão do que qualquer uma das abordagens isoladamente, melhorando a predição dos instrumentos de avaliação que já continham fatores de risco. Essa característica ajuda os médicos a desenvolverem planos de cuidado mais abrangentes e sistematizados, que levam em consideração, além do problema agudo, as principais síndromes geriátricas.

Em relação à perda funcional para atividades básicas de vida diária (ABVD), a cada acréscimo de 0,1 ponto no índice, há associação significativa no risco de uma nova perda funcional (ALIBERTI *et al.*,2019a; 2019b). Assim, o instrumento colabora para uma melhor avaliação do risco dos pacientes, melhorando a qualidade de vida desses, diminuindo as intervenções não necessárias e as internações de pacientes que poderiam ter seguimento ambulatorial.

Nesse contexto, faz-se necessário uma avaliação sistematizada, rápida e eficiente em locais de alto fluxo como o Hospital Dia do Idoso (HDI) de Anápolis – GO. Assim, a utilização de instrumentos multidimensionais breves baseados na AGA, como a AGC-10, é necessária para auxiliar os profissionais de saúde em contextos de limitação de tempo e recursos.

Os estudos são escassos no âmbito nacional e regional e por ser uma ferramenta nova de avaliação geriátrica a AGC-10 é pouco utilizada na prática clínica. Dessa forma, esse estudo se mostra importante ao contribuir para a divulgação deste instrumento, haja vista sua relevância em prever os desfechos clínicos e o prognóstico dos pacientes (ALIBERTI, 2018; ALIBERTI *et al.*, 2019a; 2019b).

Desse modo, objetiva-se avaliar a associação entre as categorias da AGC-10 e o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes do HDI de Anápolis – Goiás.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemiologia e envelhecimento

O aumento no número de idosos, definidos como aqueles indivíduos com 60 anos ou mais, em todo o mundo, faz parte do processo de transição demográfica. Essa faixa etária é a que apresenta o crescimento mais expressivo, e as estimativas são de que entre 1970 e 2025 ocorra um crescimento de 223% no número de pessoas mais velhas (aproximadamente 694 milhões) (OMS, 2002). O envelhecimento populacional se deve à diminuição nas taxas de fecundidade, redução da mortalidade em idades jovens e aumento da expectativa de vida (BEARD *et al.*, 2016). Como consequência, observou-se o aumento de doenças crônicas não transmissíveis que cursam com o declínio das capacidades física e mental em comparação com as infectocontagiosas. Grande parte dessas doenças podem ser evitadas ou ao menos retardadas com hábitos de vida saudáveis (OMS, 2015).

2.1.1 Epidemiologia em Goiás

Segundo o Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, a população de Goiás ultrapassa os 7 milhões de habitantes desde 2020, dos quais 14,26% são idosos (CRUVINEL; SATEL; MARINHO, 2021). Considerando dados de 2021 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, existiam 910.396 idosos em Goiás, sendo 54.846 idosos residindo no município de Anápolis, sendo a maioria está dentro da faixa etária de 60 a 69 anos, sendo 55% do sexo feminino (BRASIL, 2021).

2.1.2 Envelhecimento no mundo

O envelhecimento saudável é caracterizado como a manutenção da habilidade funcional do indivíduo, e não apenas ausência de doença (OMS, 2015). Portanto, assim como é importante o diagnóstico precoce no controle eficaz dessas doenças, preconiza-se a manutenção da autonomia e independência durante o processo de envelhecimento, objetivando-se maior bem-estar dessa população (OMS, 2002; OMS, 2015).

O processo de envelhecimento é muito heterogêneo tanto em relação aos próprios domínios do funcionamento físico, social e psicológico quanto em relação a sua distribuição entre as faixas etárias (OMS, 2015; COSCO; HOWSE; BRAYNE, 2017). Idosos com mais de 80 anos podem apresentar déficits mínimos, enquanto que outros de 60 anos já podem precisar de auxílio para realizar algumas atividades básicas diárias. Fatores que podem explicar

essa diversidade são o ambiente em que a pessoa está inserida, cultura, gênero, o sistema de saúde disponível e os hábitos pessoais (OMS, 2002).

Com o envelhecimento, são maiores os riscos do desenvolvimento de multimorbidade, que representa a ocorrência de mais de uma doença concomitantemente (OMS, 2015). A multimorbidade pode acarretar interação entre os tratamentos preconizados para cada distúrbio, o que gera maiores prejuízos na qualidade de vida do idoso. Soma-se a isso maior necessidade de cuidados em saúde, maiores custos e maior taxa de mortalidade (BEARD *et al.*, 2016).

A multimorbidade está mais associada a populações de menor nível socioeconômico devido à carga dupla de doenças transmissíveis e não transmissíveis, a alta prevalência de infecções por HIV e o início mais precoce das doenças crônicas (BEARD *et al.*, 2016).

2.2 Síndromes Geriátricas

As síndromes geriátricas são resultado do processo cumulativo, junto aos múltiplos fatores de risco e ao acometimento de diversos sistemas que coordenam as funções de cognição, humor, mobilidade e comunicação (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Dessa forma, o acúmulo de efeitos deletérios no organismo envelhecido, sugere os indivíduos às condições de saúde que levam à insuficiência na qualidade de vida na população idosa, o que ocorre em síndromes como a insuficiência cognitiva, instabilidade, imobilidade, incontinência e iatrogenia, representando risco à autonomia e independência desses indivíduos (INOUYE *et al.*, 2007).

Sendo patologias multifatoriais, típicas do envelhecimento, as síndromes geriátricas se sobrepõem e compartilham vias comuns que convergem para a fragilidade com desfechos na mobilidade, equilíbrio, força muscular, cognição, resistência, seguida de perda de dependência e morte do indivíduo idoso (INOUYE *et al.*, 2007).

Na etiologia das síndromes geriátricas, certos fatores de risco são compartilhados. Características como a idade, presença de incapacidade funcional, insuficiência cognitiva ou imobilidade são comuns a essas síndromes, evidenciando mecanismos fisiopatológicos interligados. Os fatores de risco, portanto, devem ser o alvo das intervenções a fim de prevenir as síndromes geriátricas comuns e a fragilidade com desfechos ruins (INOUYE *et al.*, 2007).

Na insuficiência cognitiva, os distúrbios das funções cerebrais supremas prejudicam a capacidade de compreensão e resolução dos problemas. Esses distúrbios interferem na fisiologia normal da memória, linguagem, praxia, gnosia, capacidade executiva e de localiza-

ção no espaço, e são a origem das principais síndromes cognitivas: demência, depressão, delírium e transtornos mentais (INOUE *et al.*, 2007; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A instabilidade postural leva o idoso à queda, seguida de lesões debilitantes como escoriações, hematoma subdural, contusões e fraturas com risco de deficiência e doenças iatrogênicas. Como as quedas são multifatoriais, etiologicamente dependem do comprometimento do equilíbrio corporal e de alterações na marcha (fatores intrínsecos) associadas aos fatores ambientais (fatores extrínsecos) (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; KANE *et al.*, 2013). Dessa maneira, essa síndrome causa a incapacidade de locomoção por fraturas físicas, medo e perda da autoconfiança.

As perdas involuntárias de urina caracterizam a Incontinência urinária, comprometendo o convívio social. Além da integridade do trato urinário inferior, as alterações na mobilidade, das funções cognitivas e a existência de doenças subjacentes são alguns dos fatores que podem ser responsáveis pela perda urinária no idoso e causar noctúria, incontinência urinária transitória ou persistente (REIS *et al.*, 2003; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A iatrogenia cursa com patologias derivadas de cuidados pelos profissionais de saúde. O desconhecimento quanto às alterações fisiológicas do envelhecimento e das particularidades compreendidas no âmbito da saúde do idoso pelos profissionais de saúde, além da vulnerabilidade intrínseca a essa população, provoca situações que potencializam os riscos de óbitos evitáveis como os erros médicos, negligência, internações hospitalares, subdiagnóstico e intervenções desnecessárias ou excessivas (KRISHNAN, KASTHURI, 2005; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A imobilidade restringe ou limita o movimento de um indivíduo e compromete a sua independência, impactando diretamente nas suas atividades de vida diária por causar incapacidade ou fragilidade. A síndrome de imobilidade é caracterizada pela presença de considerável déficit cognitivo, múltiplas contraturas, afasia, disfagia, dupla incontinência (urinária e fecal) ou úlceras de pressão. Os fatores psicológicos, a senescência, senilidade e as causas ambientais motivam a completa dependência. O idoso dependente sofre com grandes alterações nas suas funções fisiológicas e está suscetível a apresentar sinais e sintomas de outras síndromes geriátricas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; SIQUEIRA; CORDEIRO, 2011).

2.3 Instrumentos de avaliação

As avaliações multidimensionais quando comparadas a abordagens isoladas, têm se mostrado superiores na previsão de agravos à saúde dos idosos, uma vez que os pacientes

mais velhos tendem a ter déficits em múltiplos sistemas. Dessa forma, instrumentos de avaliação com abrangência maior têm sido desenvolvidos com a perspectiva de orientar decisões e gerar planos de cuidado específicos que mudem o desfecho clínico do paciente (PILOTTO *et al.*, 2008; ALIBERTI *et al.*, 2019a; ALIBERTI *et al.*, 2019b;).

2.3.1 Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é considerada o padrão-ouro na avaliação do idoso, sendo um instrumento reconhecidamente capaz de melhorar a funcionalidade e reduzir a morbimortalidade do idoso (MORAES *et al.*, 2018). No contexto ambulatorial, a AGA se mostrou efetiva ao retardar a progressão da fragilidade e diminuir a mortalidade em idosos de alto risco com multimorbidades e que frequentemente utilizavam o sistema de saúde (MAZYA; GARVIN; EKDAHL, 2019).

Todavia, a aplicação da AGA requer tempo e gera altos custos para o sistema de saúde, sendo sua utilização de rotina dos serviços de saúde inviável. Habitualmente, a AGA é aplicada em pacientes com resultados positivos na triagem, sendo assim utilizada principalmente em idosos considerados de alto risco (LUNDQVIST *et al.*, 2018; MORAES *et al.*, 2018). Dessa forma, instrumentos que promovam uma avaliação rápida e de fácil aplicação são essenciais para contextos de saúde que recebem grande demanda de pacientes e/ou requerem rápido atendimento.

2.3.2 Índice Prognóstico Multidimensional (MPI)

O Índice Prognóstico Multidimensional (MPI) é um instrumento que utiliza oito parâmetros da AGA padrão, nos quais estão incluídas avaliações clínicas, funcionais cognitivas, nutricionais e sociais. O MPI estratifica os idosos em três categorias diferentes (baixo, médio e alto risco) de acordo com as pontuações obtidas na avaliação, sendo que pacientes com valores mais altos apresentaram maior mortalidade dentro de um ano (PILOTTO *et al.*, 2008). Entretanto, a aplicação do MPI requer tempo, o que torna difícil a sua utilização em centros de assistência com grande fluxo de pessoas como ambientes ambulatoriais (ALIBERTI *et al.*, 2018).

2.3.3 Índice de Fragilidade (FI)

O índice de fragilidade (FI) tem sido relatado como um importante indicador de mortalidade e é medido com base nos déficits que o paciente pode apresentar em comparação com outros indivíduos da mesma idade. Os déficits incluem sinais e sintomas de doenças,

deficiências funcionais e sensoriais e outros comprometimentos da saúde, avaliados a partir de ferramentas da AGA (MITNITSKI *et al.*, 2002). Assim, como o MPI, esse instrumento é de difícil utilização nas rotinas de atendimento de serviços que dependem de um fluxo rápido, uma vez que sua aplicação requer tempo e informações que muitas vezes não estão disponíveis (ALIBERTI *et al.*, 2018).

2.3.4 Identificação de Idosos em Risco (ISAR)

Identificação de Idosos em Risco (ISAR) é uma ferramenta de triagem rápida utilizada em pacientes idosos que, no contexto de emergências, tem mostrado alta sensibilidade na previsão de desfechos clínicos ruins. A ISAR compreende seis itens autorrelatados pelo paciente sobre a funcionalidade anterior e atual, hospitalização nos últimos 6 meses, visão, cognição e polifarmácia. A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo que pacientes com valor maior ou igual a 2 apresentam ISAR positivo e, conseqüentemente, maior risco. (ALIBERTI *et al.*, 2018; SCHARF *et al.*, 2019).

2.3.5 Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10)

A Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10) foi desenvolvida por um grupo de especialistas que se basearam na AGA para criar um instrumento de administração mais rápida e direcionada. A AGC é de fácil aplicação, gastando em média 10 minutos, sendo por isso chamada de AGC-10. Além disso, permite a combinação de autorrelatos com análise objetiva, consegue rastrear as síndromes geriátricas e necessita de materiais simples como fita métrica, cronômetro e escala antropométrica. Essa avaliação inclui 10 parâmetros: suporte social, uso do sistema de saúde nos últimos 6 meses, ocorrência de quedas no último ano, quantidade de medicamentos em uso, avaliação funcional baseada no índice de Katz, cognição, autopercepção de saúde, sintomas depressivos, nutrição e velocidade da marcha (ALIBERTI *et al.*, 2018). Cada parâmetro recebe uma pontuação, sendo normal (0), alteração leve (0,5) e alteração grave (1). A somatória obtida é dividida pela quantidade de parâmetros analisados, o que resulta em um número que, quanto mais próximo de zero menor o risco e quanto mais próximo de um maior o risco para ocorrência de desfechos adversos como perda funcional, quedas, hospitalização e morte (ALIBERTI *et al.*, 2019).

A AGC se mostrou mais precisa que o ISAR ao diferenciar indivíduos frágeis e não frágeis, mais rápida que o MPI e de mais fácil aplicação que o FI, sendo portanto, um instrumento eficaz para serviços de saúde que tenham grande fluxo de pessoas e disponham de pouco tempo (ALIBERTI *et al.*, 2018). Além disso, a AGC-10 se mostrou eficaz ao avaliar

o risco de novas dependências nas atividades de vida diária (AVD) e moderada capacidade de prever o risco de hospitalizações não planejadas em 6 meses. Nesse sentido, em comparação com o ISAR, a AGC-10 mostrou maior precisão em ambas as previsões. Em relação ao FI apresentou maior precisão sobre as hospitalizações, porém predição ligeiramente menor no que se refere às novas dependências de AVD (ALIBERTI *et al.*, 2019). Ademais, a AGC-10 também apresentou maior capacidade de identificar idosos com risco de morte dentro de um ano do que o ISAR, sendo que cada acréscimo de 0,1 na pontuação do idoso estava associado a maior mortalidade (ALIBERTI *et al.*, 2019).

O número crescente de idosos que apresentam condições agudas tem se tornado um desafio para a saúde brasileira. Na maioria desses pacientes, há uma forte interação entre questões sociais, funcionais e psicológicas e os episódios de exacerbação da doença (ALIBERTI *et al.*, 2019). Segundo Aliberti *et al.* (2018), a integração do AGC-10 com informações padrão pode prever a mortalidade com mais precisão do que qualquer uma das abordagens isoladamente, melhorando a predição para os desfechos adversos perda funcional, hospitalização e morte em um ano. Essa característica ajuda os médicos a desenvolverem planos de cuidado que levam em consideração, além do problema agudo, as principais síndromes geriátricas.

De acordo com Aliberti (2018), a AGC-10 teve ótima acurácia na estratificação do fenótipo do idoso frágil, tendo uma maior eficácia em relação a outros instrumentos de avaliação. O fenótipo de fragilidade é uma ferramenta valiosa na prática clínica, identificando idosos vulneráveis e, dessa forma, com maior risco de desfechos adversos como quedas, perda funcional, hospitalização, institucionalização e morte.

Além disso, Aliberti *et al.* (2018), avaliou a associação das categorias de risco que compõe a AGC-10 com os desfechos adversos em um ano. Em relação a perda funcional para atividades básicas de vida diária (ABVD), a cada acréscimo de 0,1 ponto no índice, houve associação significativo no risco de uma nova ABVD. Outro ponto importante abordado pelo autor, foi que os pontos de corte do índice AGC-10, usados para a classificação dos participantes em médio ($\geq 0,3$) e alto risco ($\geq 0,4$) apresentaram boa sensibilidade para identificar perda funcional em um ano, porém com baixa especificidade ($< 60\%$) que só seria alcançada com ponto de corte maior que 0,5. Ainda de acordo com o mesmo estudo, a incidência de hospitalização em um ano para diferentes valores das categorias de risco da AGC-10 apresentou acurácia moderada para identificar o risco de hospitalização não planejada em um ano, sendo a sensibilidade para médio risco de 88,4% e para alto risco de 65,8%. Já em relação à

mortalidade o acréscimo de 0,1 ponto no índice, associou-se a um risco significativamente maior de morte, apresentando boa acurácia e sensibilidade de 93,9% na categoria baixo risco e 72,7% na categoria alto risco, no entanto, baixa especificidade, o que torna o padrão semelhante à predição de perda funcional em um ano.

Dessa forma, notou-se que a introdução da AGC-10 melhorou de forma notável a predição que outros modelos que não incorporaram os fatores sociodemográficos e índice de comorbidades de Charlson já faziam. Além disso, o instrumento colaborou para um valor preditivo adicional, que é a estimativa de risco oferecida pelos médicos dos pacientes. Assim, conhecendo-se esse risco, o médico contribui para prognósticos favoráveis, uma vez que se melhora a qualidade de vida desses pacientes, reduz as intervenções desnecessárias e as internações de pacientes que poderiam se beneficiar do tratamento ambulatorial.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre as categorias da AGC-10 com o perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes idosos do HDI de Anápolis – Goiás.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos atendidos no HDI de Anápolis – Goiás;
- Identificar a pontuação das categorias de risco da AGC-10 e do Índice de Comorbidades de Charlson ajustado à idade.
- Identificar o profissional responsável pelo cuidado do idoso no contexto do HDI de Anápolis – Goiás (geriatra ou não geriatra).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo primário, observacional, longitudinal, descritivo e quantitativo.

4.2 Local de pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Anápolis – Goiás, onde foram coletados os dados em entrevistas realizadas com pacientes do Hospital Dia do Idoso, enquanto aguardavam suas consultas de rotina. O atendimento no HDI depende do encaminhamento feito pelos médicos da Atenção Básica (AB), uma vez que não é considerado uma porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), mas uma atenção especializada. Dessa forma, os pacientes são regulados das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para o HDI e são atendidos por profissionais da enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, assistência social, odontologia e medicina (clínica médica, endocrinologia, cardiologia, geriatria, ortopedia, urologia, angiologia, ginecologia, dermatologia). O local tem como funções oferecer atendimento especializado e técnico, de forma humanizada, ao idoso anapolino, melhorando a qualidade de vida do usuário em suas inúmeras funcionalidades.

Os atendimentos realizados são: grupos de terapia; conscientização quanto à alimentação e higiene pessoal; trabalho específico para controle de incontinência urinária; trabalhos oferecidos de acolhida, aconselhamento e conscientização aos cuidadores de familiares dos idosos; mobilização social nas campanhas de saúde e quanto à ajuda humanitária de doação aos idosos mais necessitados; além de cuidados específicos em prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

4.3 População e amostra

No HDI existem aproximadamente 15 mil prontuários, com média mensal de 1606 consultas mensais. Nesse contexto, foi aplicado o instrumento de pesquisa com os idosos enquanto aguardavam suas consultas de rotina, obtendo-se uma amostra por conveniência de 298 participantes.

Para verificar o poder dessa amostra foi utilizado o software G*Power (versão 3.1.9.7), considerando os testes estatísticos empregados (Teste qui-quadrado e correlação de Spearman), o poder estatístico recomendado de pelo menos 80%, tamanho de efeito médio de

0,3 e nível de significância de $\leq 5\%$. Após o cálculo, foi encontrado um poder amostral de 98%.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão pacientes em seguimento ambulatorial com prontuário ativo no HDI de Anápolis, que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. Os critérios de exclusão foram pacientes que não foram identificados corretamente, isto é, não se identificaram corretamente quando aos dados pessoais.

4.5 Procedimento de coleta de dados

A AGC-10 foi aplicada de 30 de agosto de 2021 a 27 de março de 2022. Os pacientes foram abordados individualmente pelos entrevistadores a medida em que chegavam no local de pesquisa, sendo convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam suas consultas de rotina no Hospital Dia do Idoso.

As coletas de dados foram realizadas pelos 5 componentes discentes do grupo, após um treinamento inicial realizado pela orientadora, em que a mesma realizou a primeira abordagem e presenciou as primeiras avaliações feitas pelos discentes com orientações oportunas para melhor coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada após a assinatura do TCLE pelo paciente ou acompanhante.

A AGC-10 (Anexo A) foi utilizada como instrumento de pesquisa para o levantamento dos dados, além do formulário de identificação, dados sociodemográficos e medicações em uso (Apêndice A) e o Índice de Comorbidades de Charlson ajustado à idade (ANEXO C).

Pacientes que não conseguiam responder às perguntas poderiam ter ajuda do acompanhante nos domínios: suporte social, uso do sistema de saúde, quedas, medicamentos em uso, funcionalidade e perda de peso. Os domínios cognição, autoavaliação de saúde e sintomas depressivos exigiam a resposta exclusiva do paciente, quando não fosse possível estes três domínios, deveriam ser excluídos da AGC-10, consistindo em um novo cálculo com oito domínios.

4.5.1 Avaliação geriátrica compacta de 10 minutos (AGC-10)

A avaliação geriátrica compacta de 10 minutos (AGC-10), se caracteriza como um instrumento de rastreio multidimensional que foi desenvolvido e validado com base na Avaliação Geriátrica Ampla. A AGC-10 permite identificar alterações em dez domínios de saúde

dos pacientes idosos, sendo esses: suporte social, uso recente do sistema de saúde, ocorrência recente de quedas, número de medicações em uso, funcionalidade, cognição. O resultado é classificado como uma entre as três classificações de risco, sendo elas: baixo risco (0 - 0.29); médio risco (0.3 - 0.39); alto risco (0.4 - 1) (ALIBERTI, 2018).

4.5.2 Índice de Comorbidades de Charlson ajustado a idade (ICCI)

O Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) é um sistema de classificação de gravidade do estado geral do paciente utilizando diagnósticos já estabelecidos para atribuir o peso da morbidade, gerando um risco adicional de morte do paciente (CHARLSON *et al.*, 1987).

A pontuação final do ICC é a soma dos pesos (0,1,2,3,6) atribuídos a 19 condições clínicas pré determinadas: diabetes mellitus (com ou sem lesão de órgãos alvo), infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular (com ou sem hemiplegia), insuficiência arterial periférica, neoplasia (com ou sem metástase), demência, doença pulmonar obstrutiva, doenças do tecido conjuntivo, úlcera péptica, doença hepática (leve/moderada ou grave), disfunção renal moderada/grave, leucemia, linfoma, síndrome da imunodeficiência adquirida. Além disso, esse escore pode ser combinado com a idade para a formação de um índice único. Dessa forma, o valor inicial é acrescido de uma pontuação para cada período de 10 anos a partir dos 50 anos (CHARLSON *et al.*, 1994).

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados a partir do questionário foram transferidos para planilhas do Microsoft Excel para posterior análise e tratamento estatístico com o auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 26. Para comparar os dados obtidos experimentalmente com os dados esperados e verificar a relação de dependência entre as pontuações do idoso ambulatorial na AGC-10 e os dados sociodemográficos e o ICCI, foi aplicado o teste do qui-quadrado.

4.7 Aspectos éticos

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N°. 466/2012 e demais complementares, o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos apresentados foram analisados e aprovados pelo CEP/UniEVANGÉLICA em conformidade parecer de n° 4.799.723-2021 (ANEXO B).

5. RESULTADOS

De agosto de 2021 a março de 2022, foram obtidas informações de uma amostra composta por 298 participantes. Como mostra a Tabela 1, a maior parte dos pacientes tinham entre 70 e 79 anos, com média de idade $72,9 \pm 7,6$. Houve predomínio do sexo feminino (69,1%; n=206), etnia branca (46,6%; n=139), casados (39,3%; n=117), escolaridade de 4-7 anos (34,9%; n=104) e aposentados (81,2%; n=242).

Quanto à assistência médica a maioria dos participantes faziam acompanhamento com outras especialidades (57,7%; n=172). Os pacientes foram avaliados sob a classificação de Charlson sendo que 151 pontuaram de 3 a 4 pontos, 117 ≥ 5 pontos e 30 com pontuação de até 2 pontos. A pontuação do ICCI variou de 2-10 pontos.

Tabela 1: Frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas e do Índice de Comorbidades de Charlson ajustado a idade – Hospital Dia do Idoso de Anápolis, Goiás, 2022 (n=298).

Variáveis	n	%
Faixa etária		
60-69 anos	106	35,6
70-79	135	45,3
≥ 80 anos	57	19,1
Sexo		
Masculino	92	30,9
Feminino	206	69,1
Situação profissional		
Aposentado	242	81,2
Do lar	17	5,7
Pessoa economicamente ativa (PEA)	31	10,4
Ignorado	8	2,7
Cor/Etnia		
Branco	139	46,6
Pardo	117	29,3
Preto	26	8,7
Amarelo	3	1
Ignorado	13	4,4

Estado civil		
Solteiro	25	8,4
Casado	117	39,3
Divorciado/Separado	43	14,4
Viúvo	105	35,2
Ignorado	8	2,7
Escolaridade		
Analfabeto	52	17,4
1 a 3 anos	86	28,9
4 a 7 anos	104	34,9
> 7 anos	56	18,8
Assistência médica		
Geriatra	126	42,3
Outras especialidades	172	57,7
Índice de comorbidades de Charlson ajustado à idade		
até 2 pontos	30	10,1
3-4 pontos	151	50,7
≥ 5 pontos	117	39,3

A Tabela 2 descreve as variáveis analisadas no instrumento AGC-10, sendo que a pontuação variou de 0 a 0,86, com média de $0,3 \pm 0,16$ pontos. No domínio suporte social houve prevalência de pacientes que moravam ou que tinham auxílio de familiares ou cuidadores (83,2%; n=248).

Quanto às características clínicas a maioria não tinha nenhuma queda (61,7%; n=184), faziam uso contínuo de menos de cinco medicamentos (58,7%; n=175), tinha funcionalidade preservada (64,1%; n=191), considerava sua saúde razoável (43%; n=128), não apresentava sintomas depressivos (46,6%; n=139) e não perderam peso (67,1%; n=200). No domínio cognição, notou-se que 37,9% dos pacientes não apresentaram nenhum comprometimento (n=113). Todavia, 36,2% dos idosos tinham alteração grave (n=108).

Em relação a nutrição e marcha predominaram os pacientes sem perda de peso e $IMC \geq 22$ (59,4%; n=177) e alteração leve na marcha (56,7%; n=169).

Tabela 2: Frequências absoluta e relativa das variáveis clínicas da Avaliação Geriátrica Compacta de 10 minutos (AGC-10) – Hospital Dia do Idoso de Anápolis, Goiás, 2022 (n=298).

Variáveis	n	%
Suporte social		
Familiar/Cuidador	248	83,2
Institucionalizado	1	0,3
Sozinho; sem suporte adequado	49	16,4
Uso do sistema de saúde (últimos 6 meses)		
Internação	34	11,6
Serviços de urgência e emergência	56	19,0
Nenhum	204	69,4
Quedas (no último ano)		
Sem quedas	184	61,7
1 queda	62	20,8
≥ 2 quedas	48	16,1
Ignorado	4	1,3
Medicamentos de uso contínuo		
< 5 medicamentos	175	58,7
6 – 9 medicamentos	99	33,2
≥ 10 medicamentos	22	7,4
Ignorado	2	0,7
Funcionalidade		
Alteração grave	34	11,4
Alteração leve	73	24,5
Funcionalidade preservada	191	64,1
Cognição		
Comprometimento grave	108	36,2
Comprometimento leve	74	24,8
Sem comprometimento	113	37,9
Ignorado	3	1
Autoavaliação da saúde		
Ruim / muito ruim	47	15,8
Razoável	128	43
Boa / muito boa	93	31,2
Ignorado	4	1,3
Incapaz	26	8,7
Sintomas depressivos		
Depressivo	51	17,1
Alteração leve	81	27,2

Não depressivo	139	46,6
Ignorado	1	0,3
Incapaz	26	8,7
Perda de peso		
Sim	82	27,5
Não	200	67,1
Ignorado	16	5,4
Nutrição		
Sem perda de peso e IMC \geq 22	177	59,4
Com perda de peso ou IMC $<$ 22	81	27,2
Com perda de peso e IMC $<$ 22	22	7,4
Ignorado	18	6,0
Marcha^a		
\geq 7,6 ou Incapaz (grave)	57	19,1
4,5 a 7,5s (leve)	169	56,7
\leq 4,4 s (normal)	42	14,1
Ignorado	30	3,0
Pontuação AGC-10		
Baixo risco	134	45,0
Médio risco	67	22,5
Alto risco	97	32,6

^aMarcha (em segundos)

O gráfico 1 representa as categorias de risco da AGC-10. Houve predomínio de pessoas classificadas como baixo risco (45,3%; n=135), seguidas por alto risco (32,5%; n=97) e risco moderado (22,5%; n=67).

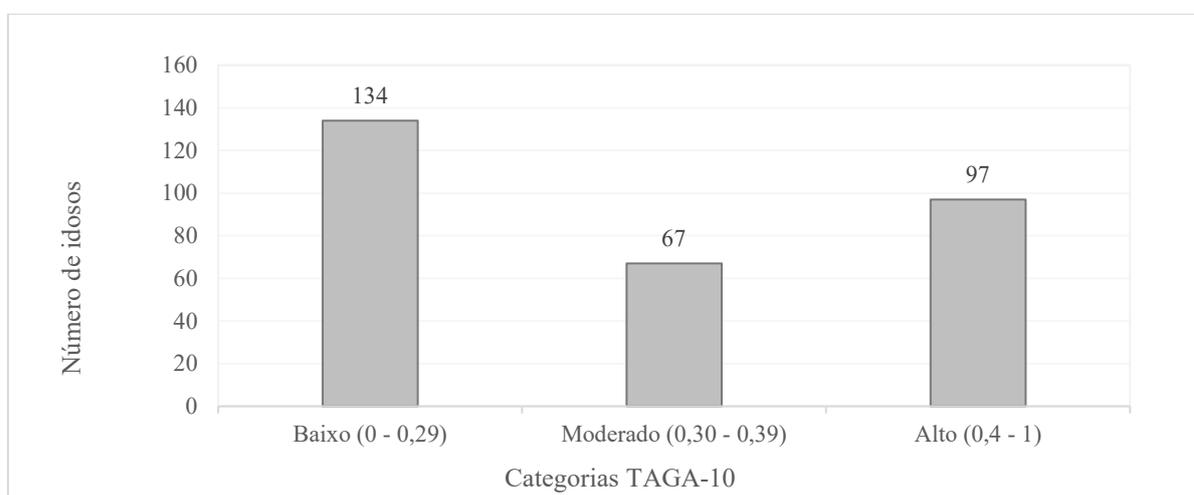


Gráfico 1: Distribuição da amostra entre as categorias de risco da AGC-10 – Hospital Dia do Idoso de Anápolis, Goiás, 2022 (n=298).

Como mostra a tabela 3, os pacientes com faixa etária abaixo de 79 anos foram classificados como baixo risco, enquanto os que tinham 80 anos ou mais como alto risco ($p = 0,009$). Não foi observado nenhum valor estatisticamente significativo em relação ao sexo, cor/etnia, escolaridade.

Quando analisada a situação profissional, os aposentados, do lar e pessoas economicamente ativas eram de baixo risco, sendo o valor estatístico significativo de 0,009.

Também houve relação significativa entre a variável estado civil e as categorias da AGC-10. A população de baixo risco era casada e os pacientes de médio e alto risco eram viúvos ($p = 0,05$).

Em relação a assistência médica os pacientes em acompanhamento com a geriatria foram classificados principalmente como alto risco, em contrapartida a maior parte dos idosos atendidos por outras especialidades eram de baixo risco ($p < 0,001$).

Houve correlação positiva entre o índice AGC-10 e o Índice de Comorbidades de Charlson ajustado à idade (ICCI), $r(296) = 0.356$, $p < 0.001$. Dessa forma, os pacientes que tiveram maior risco no índice AGC-10, tiveram maior pontuação do ICCI.

Tabela 3: Comparação entre variáveis sociodemográficas e as categorias da AGC-10 – Hospital Dia do Idoso de Anápolis, Goiás, 2022 (n=298).

Variáveis	Total	Categorias de risco AGC-10			valor <i>p</i>
		Baixo Risco (n=135) n (%)	Médio Risco (n=67) n (%)	Alto Risco (n=97) n (%)	
Faixa etária					
60-69 anos	106	55 (51,9)	19 (17,9)	32 (30,2)	0,009
70-79 anos	135	65 (48,1)	32 (23,7)	38(28,1)	
≥ 80 anos	57	14 (24,6)	16 (28,1)	27 (47,4)	
Sexo					
Masculino	92	45 (48,9)	16 (17,4)	31 (33,7)	0,359
Feminino	206	89 (43,2)	51 (24,8)	66 (32,0)	
Situação profissional					

Aposentado	242	97 (40,1)	60 (24,8)	85 (35,1)	0,009
Do lar	17	11 (64,7)	2 (11,8)	4 (23,5)	
PEA ^b	31	23 (74,2)	4 (12,9)	4 (12,9)	
Ignorado	8	3 (37,5)	1 (12,5)	4 (50,0)	
Cor/Etnia					
Branco	139	56 (40,3)	36 (25,9)	47 (33,8)	0,513
Pardo	117	59 (50,4)	21 (17,9)	37 (31,6)	
Preto	26	9 (34,6)	8 (30,8)	9 (34,6)	
Amarelo	3	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	
Ignorado	13	8 (61,5)	2 (15,4)	3 (23,1)	
Estado civil					
Solteiro	25	6 (24,0)	8 (32,0)	11 (44,0)	0,047
Casado	117	60 (51,3)	25 (21,4)	32 (27,4)	
Divorciado/Separado	43	21 (48,8)	6 (14,0)	16 (37,2)	
Viúvo	105	41 (39,6)	28 (26,4)	36 (34,0)	
Ignorado	8	6 (75,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	
Escolaridade^a					
Analfabeto	52	21 (40,4)	12 (23,1)	19 (36,5)	0,920
1 a 3 anos	86	37 (43,0)	18 (20,9)	31 (36,0)	
4 a 7 anos	104	48 (46,2)	25 (24,0)	31 (29,8)	
> 7 anos	56	28 (50,0)	12 (21,4)	16 (28,6)	
Assistência médica					
Geriatra	126	38 (30,2)	37 (29,4)	51 (40,5)	< 0,001
Outras especialidades	172	96 (55,8)	30 (17,4)	46 (26,7)	
Índice de comorbidades de Charlson ajustado à idade					
1-2 pontos	30	21 (70,0)	6 (20,0)	3 (10,0)	< 0,001
3-4 pontos	151	79 (52,3)	31 (20,5)	41 (27,2)	
≥ 5 pontos	117	34 (29,1)	30 (25,6)	53 (45,3)	

^aEscolaridade (por ano de estudo); ^bPopulação economicamente ativa.

6. DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes incluídos neste estudo tinham idade entre 70 e 79 anos e eram do sexo feminino, brancos, casados, com escolaridade de 4 a 7 anos e aposentados. Além disso, houve predomínio de pacientes assistidos por profissionais não especialistas em Geriatria. A categoria de risco majoritária foi a de baixo risco, seguido de alto risco e moderado risco. O ICCI mais comum foi de 3 a 4 pontos, variando de 2 a 10 pontos.

A identificação da classe de risco auxilia na escolha das condutas implementadas, determinando medidas mais brandas para idosos classificados como de baixo risco ou de tra-

tamentos mais agressivos para aqueles de alto risco (ALIBERTI *et al.*, 2018). Embora a maioria dos pacientes participantes deste estudo sejam considerados de baixo risco pela AGC, os resultados apresentados contrapõem o que foi observado no estudo de Aliberti (2018), no qual a maioria dos pacientes foi classificada como de alto risco. Outro estudo classificou 55% dos idosos como de médio risco na AGC-10 (SARAIVA *et al.*, 2020). Observados tais resultados, houve uma discordância entre esses estudos que utilizaram a AGC-10 seja pela diferença quantitativa de participantes ou a heterogeneidade da população.

Ao relacionar o índice AGC-10 e as características sociodemográficas não houve associação significativa entre as variáveis sexo, cor/etnia e escolaridade e aumento de risco. Em estudos que utilizaram a AGC-10 também não houve associação relevante entre etnia e aumento de risco (ALIBERTI, 2018; SARAIVA *et al.*, 2020). Por outro lado, o estudo de Silva *et al.* (2012) que avaliou a mobilidade, condição funcional e cognição, a etnia esteve relacionada ao maior risco de quedas e limitações funcionais, o que repercutiu na saúde do indivíduo, levando a piores resultados clínicos. Dessa forma, é necessário um melhor entendimento da relação entre raça e desfechos desfavoráveis com intuito de atender às necessidades desses idosos.

A pesquisa de Bustamante-Troncoso *et al.* (2020), que estudou os fatores ambientais sobre o risco de queda, também não encontrou relação entre sexo e escolaridade com o aumento do risco de quedas. Todavia, sabe-se que com a menopausa ocorre perda da proteção estrogênica levando a diminuição da densidade óssea e maior oscilação postural, elevando a chance de quedas (CONTRERAS *et al.*, 2016; ZHAO *et al.*, 2020; CANUTO *et al.*, 2020).

Além disso, nível de instrução mais alto está relacionado à manutenção de um estilo de vida mais saudável, incluindo alimentação adequada e mais tempo de atividade física promovendo, dessa forma, melhoria da qualidade de vida (GAO *et al.*, 2021). A baixa escolaridade também foi relacionada à dificuldade de compreensão e obtenção de novas informações relacionadas à saúde (CANUTO *et al.*, 2020). Portanto, em estudos complementares, os resultados foram contrastantes, de forma que o sexo feminino e a escolaridade mais baixa associaram-se a aumento de risco de eventos adversos com pior prognóstico em instrumentos que avaliam fragilidade (PILOTTO *et al.*, 2008; FRENCH *et al.*, 2016; ALIBERTI *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

A faixa etária de 80 anos ou mais foi significativamente associada a alto risco na AGC-10. Esse resultado concorda com estudos anteriores sobre nos quais a idade mais avançada esteve associada a aumento de risco de quedas, internação hospitalar e óbito (PILOTTO

et al., 2008; FRENCH *et al.*, 2016; ALIBERTI *et al.*, 2018; ZHAO *et al.*, 2020; SARAIVA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2021;). Isso ocorre pois o envelhecimento populacional aumenta o risco de multimorbidades que tem como consequência maior necessidade de cuidados em saúde e maiores taxas de mortalidade (OMS, 2015; BEARD *et al.*, 2016).

Esta pesquisa mostrou associação significativa entre baixo risco e ser aposentado, do lar e economicamente ativo. Evidências científicas apontam que em comparação aos idosos aposentados e donas de casa, os empregados tiveram função cognitiva melhor, maior expectativa de vida e saúde preservada por mais tempo. Um comprometimento de saúde prévio e consequente afastamento do trabalho, assim como maior assistência à saúde para trabalhadores formais são fatores que podem estar associados a esses resultados (TAN *et al.*, 2017; OKAMOTO; OKAMURA; KOMAMURA, 2018).

Neste estudo ser casado foi associado a um risco significativamente menor na AGC-10, enquanto os participantes classificados como médio e alto risco eram principalmente viúvos, confirmando os achados da literatura (SARAIVA *et al.*, 2020). Um estudo canadense analisou uma população de idosos com 80 anos ou mais, cognição preservada e independentes evidenciando que a maior parte dessa amostra era composta por viúvos, seguido de casados (GODWIN *et al.*, 2015). Outros estudos parecem apontam que idosos solteiros, divorciados ou viúvos tiveram maior risco para queda relacionada à sarcopenia, maior chance de desenvolver demência, maior risco de desnutrição e maior chance eventos cardiovasculares (SHILP *et al.*, 2011; SCHULTZ *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2020; GAO *et al.*, 2021).

A maioria dos participantes desta pesquisa eram acompanhados por médicos de outras especialidades como clínica médica, cardiologia, endocrinologia, ortopedia, angiologia. No entanto, os idosos acompanhados por geriatras tinham um risco aumentado nas categorias da AGC-10, provavelmente porque esses especialistas garantem maior sensibilidade na detecção do idoso frágil em relação aos médicos de outras especialidades (VAN KEMPEN *et al.*, 2015; PIFFER *et al.*, 2020; WEI *et al.*, 2020;). Além do mais, a avaliação de idosos pelo geriatra é essencial, pois promove redução na busca por serviços primários em saúde e de urgência e emergência, além de melhorar a qualidade de vida global destes pacientes (D'ARCY *et al.*, 2013; ZINTCHOUCK *et al.*, 2018; WEI *et al.*, 2020). Ainda, o acompanhamento contínuo e direcionado dessa população específica possibilita a prevenção dos agravos à saúde e diminuição das consequências provocadas pelas doenças crônicas (MAIA *et al.*, 2020; WEI *et al.*, 2020).

Em relação ao Índice de Comorbidades de Charlson ajustado à idade (ICCI), foi observada correlação positiva com o índice AGC-10. Um estudo comparou os principais índices de comorbidade usados em idosos e concluiu que o ICCI apresenta boa confiabilidade interobservador, já que pontua doenças específicas a partir de critérios definidos, sendo menos influenciada por aspectos subjetivos do avaliador (RODRIGUEZ *et al.*, 2012). Há evidência de que escore maior no ICCI é associado a maior chance de internação hospitalar, transferência e óbito. Além disso, o ICCI foi capaz de detectar pacientes mais urgentes em serviços de emergência (JESUS *et al.*, 2022). Em Aliberti (2018), os resultados são semelhantes aos desta pesquisa, sendo que uma pontuação maior no ICCI foi associada a maior risco no índice AGC-10. Desse modo, a AGC-10 pode ser um importante instrumento de avaliação do prognóstico do idoso, mas ainda há poucos estudos sobre esse tema.

Instrumentos de avaliação multidimensional como a AGC-10 são importantes para analisar as condições clínicas do idoso, uma vez que essa população tende a ter déficits em múltiplos sistemas (ALIBERTI, 2019b; SARAIVA *et al.*, 2020.). As características clínicas analisadas no estudo evidenciaram que a maior parte dos idosos residiam com familiar/cuidador, não apresentaram queda no último ano, faziam uso contínuo de menos do que cinco medicamentos, possuíam funcionalidade preservada, não apresentavam sintomas depressivos ou perda de peso, tinham Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 22 , alteração leve na marcha e consideravam sua saúde razoável. Esses resultados contribuíram para a classificação da maioria da população do estudo como de baixo risco.

Idosos que moram sozinhos apresentam maior risco de desnutrição, assim como o sentimento de solidão e a diminuição de interações sociais está associado a esse risco (BOULOS; SALAMEH; BARBERGER-GATEAU, 2016; ESKELINEN; HARTIKAINEN; NYKÄNEN, 2016; MASEDA *et al.*, 2018). Nesta pesquisa, a grande maioria dos participantes apresentou suporte social adequado, o que corroborou para a sua classificação de baixo risco.

Os resultados deste estudo demonstram que a maioria dos pacientes apresentaram uma alteração leve na marcha, seguido por alteração grave e nenhuma alteração. Entre a amostra pesquisada, 36,9% dos pacientes apresentaram alguma queda no último ano, o que os torna mais propensos a internação hospitalar (SILVA *et al.*, 2021). Del Din *et al.* (2020) observou um maior risco de quedas em idosos com doença de Parkinson, demonstrando a correlação de alterações na marcha com aumento do risco de quedas. Por esse motivo, é importante

identificar precocemente distúrbios da marcha, mesmo que leves, a fim de implementar medidas terapêuticas e preventivas para quedas.

A maioria dos pacientes pesquisados apresentavam funcionalidade preservada, contribuindo para sua classificação de baixo risco, visto que pessoas idosas dependentes na avaliação de Katz apresentam maior fragilidade e, portanto, maior risco de internação hospitalar, além de maior risco de morte (SILVA *et al.*, 2021; FRANCISCO *et al.*, 2021). Entretanto, em Silva *et al.* (2021), o risco de internação também foi maior para pacientes com percepção de saúde ruim/muito ruim ou razoável, enquanto no presente estudo, a maior parte dos participantes demonstraram percepção de saúde razoável.

Diante disso, essa pesquisa é de interesse especial dos médicos geriatras que prestam cuidados aos idosos. Conhecer as categorias de risco pode estimar a necessidade clínica destes pacientes e assim trará resultados relevantes não só academicamente, mas também para políticas públicas voltadas para essa população. Este estudo se mostra inovador, pois são poucos os trabalhos no Brasil que utilizam a AGC-10 e não existem estudos que usem o instrumento no HDI de Anápolis – Goiás.

O viés de informação está entre as principais limitações deste estudo, já que não houve como comprovar todas as informações disponibilizadas pelos pacientes como diagnósticos autorreferidos. A modalidade de atendimento do HDI limitou a amostra a pacientes de baixo risco, já que sua população não buscava internação ou procedimentos complexos. Além disso, é importante considerar que existe o viés de memória, uma vez que os participantes podem ter subestimado ou subvalorizado algum dado. Apesar do HDI ser um hospital em que há grande fluxo de pacientes, ainda como consequência da pandemia do Coronavírus, houve dificuldade na coleta de dados pois ocorreu a redução do número de atendimentos. A falta de distinção pela AGC-10 entre idosos que não fazem uso de qualquer medicamento daqueles que usam de forma contínua prejudica a análise dessa população. A menor procura de atendimento por pacientes do sexo masculino limita a avaliação desse público. Outra importante limitação se refere a escassez de artigos na literatura que discutam a ferramenta AGC-10 e suas repercussões na saúde do idoso, presume-se que seja devido a sua validação recente e por ser pouco conhecida pelos profissionais da área.

Conclui-se, portanto, que houve relação significativa entre a AGC-10 e as variáveis idade, estado civil, assistência médica e o ICCI, o que fundamenta a importância deste estudo, além de consolidar essa ferramenta na prática clínica, com intuito de reconhecer os pacientes frágeis que precisam de uma assistência geriátrica especializada, principalmente no

contexto do Hospital Dia do Idoso de Anápolis. O HDI não é considerado uma porta de entrada no SUS e os atendimentos dependem do encaminhamento feito pelos médicos da Atenção Básica (AB). Desse modo, a ACG-10 torna-se imprescindível para triagem dos pacientes que são regulados para o hospital, já que esse instrumento foi capaz de distinguir, de forma objetiva e rápida, os pacientes vulneráveis, de alto risco, que devem ser acompanhados pelos geriatras do HDI.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve predomínio de pessoas classificadas como baixo risco, do sexo feminino, brancos, casados, escolaridade de 4 a 7 anos e aposentados e a maioria dos participantes não faziam acompanhamento com geriatra.

A pontuação da AGC- 10 não apresentou associação significativa em relação ao sexo, cor/etnia e escolaridade. No entanto, quando analisada a situação profissional, o estado civil e a assistência médica houve uma relação significativa. Também houve correlação positiva entre as categorias da AGC-10 e o índice de comorbidades de Charlson ajustado à idade. Dessa forma, os participantes que tiveram maior risco no índice AGC-10, tiveram maior pontuação do ICCI.

O presente estudo reforça a importância da AGC-10 na avaliação geriátrica, sendo uma ferramenta capaz de distinguir, de forma objetiva e rápida, os pacientes vulneráveis de alto risco que precisam de acompanhamento especializado, embora seja de validação recente e por consequência pouco aplicada na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIBERTI, M. J. R. **Avaliação geriátrica compacta de 10 minutos: desenvolvimento e validação de um instrumento de rastreio multidimensional breve para idosos**. 2018. Tese (Doutorado em Educação e Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://doi:10.11606/T.5.2019.tde-28022019-085029>>. Acesso em: 2020-09-29.
- ALIBERTI, M. J. R. *et al.* 10-Minute Targeted Geriatric Assessment Predicts Disability and Hospitalization in Fast-Paced Acute Care Settings. **The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 74, n. 10, p. 1637-1642, 2019b.
- ALIBERTI, M. J. R. *et al.* A 10-min targeted geriatric assessment predicts mortality in fast-paced acute care settings: a prospective cohort study. **The journal of nutrition, health & aging.**, v. 23, n. 3, p.286-290, 2019a.
- ALIBERTI, M. J. R. *et al.* Targeted Geriatric Assessment for Fast-Paced Healthcare Settings: Development, Validity, and Reliability. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n.4, p. 748-754, 2018.
- BEARD, J. R. *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **Lancet**, v. 387, n. 10033 p. 2145–2154, 2016.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Morbidade Hospitalar do SUS: por local de residência - Brasil . Brasil: SUS [acessado em 14 nov. 2021]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>>.
- BOULOS, C.; SALAMEH, P.; BARBERGER-GATEAU, P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 17, n. 2, p. 286-294, 2016.
- BUSTAMANTE-TRONCOSO, C. B. *et al.* Efecto de una intervención multidimensional en personas mayores autovalentes para el manejo del riesgo de caídas. **Atención Primaria**, v. 52, n. 10, p. 722-730, 2020.
- CANUTO, C. P. A. S. *et al.* . Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma análise do risco de quedas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.54, e03613,2020.
- CARLSON, C.; MEREL, S. E.; YUKAWA, M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. **Medical Clinics of North America**, v. 99, n. 2, p. 263–279, 2015.
- CHARLSON, M. E. *et al.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, p. 373–383, 1987.
- CHARLSON, M. E. *et al.* Validation of a combined comorbidity index. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 47, n. 11, p. 1245-1251, 1994.
- CONTRERAS, F. H. *et al.* Fall prevention in postmenopausal women: the role of Pilates exercise training. **Climacteric**, v. 19, n.3, p.229-33, 2016.
- COSCO, T. D.; HOWSE, K.; BRAYNE, C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 26, p. 579–583, 2017.
- CRUVINEL, E. C.; SATEL, C. I. R.; MARINHO, F. V. M. **Estudos do IMB – População Idosa em Goiás**. Goiânia: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2021.
- D'ARCY, L. P. *et al.* Is geriatric care associated with less emergency department use?. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, n. 1, p. 4-11, 2013.
- DEL DIN, S. *et al.* Falls Risk in Relation to Activity Exposure in High-Risk Older Adults.**The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, v. 75, n. 6, p. 1198-1205, 2020.

- ESKELINEN, K.; HARTIKAINEN, S.; NYKÄNEN, I. Is Loneliness Associated with Malnutrition in Older People? **International Journal of Gerontology**, v. 10, n. 1, p. 433-45, 2016.
- FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Risco de mortalidade por todas as causas e sua relação com estado de saúde em uma coorte de idosos residentes na comunidade: Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 12, p. 6153-6164, 2021.
- FRENCH, D. D. *et al.* Associations of Injurious Falls and Self-Reported Incapacities: Analysis of the National Health Interview Survey. **Journal of Patient Safety**, v. 12, n. 3, p. 148-51, 2016.
- GAO, Q. *et al.* Associated Factors of Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v. 12, n. 12, p. 4291, 2021.
- GODWIN, M. *et al.* The healthy aged: Descriptive analysis by sex of cognitively functioning elderly patients 80 and older living independently in the community. **Canadian Family Physician**, v. 61, n.3, p.142-147, 2015.
- INOUYE, S. K. *et al.* Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 5, p. 780-791, 2007.
- JESUS, A.P.S. *et al.* Associação do índice de Charlson com classificação de risco, aspectos clínicos e desfechos na emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.
- KANE, R. L. *et al.* FALLS. In: KANE, R. L. *et al.* **Essentials of Clinical Geriatrics**, 7 th, New York: McGraw Hill Education, 2013, Cap. 9, p. 229-246.
- KRISHNAN, N. R.; KASTHURI, A. S. Iatrogenic Disorders. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 61, n. 1, p. 2-6, 2005.
- LIU, H. *et al.* Marital Status and Dementia: Evidence from the Health and Retirement Study. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences**, v. 75, n. 8, p. 1783-1795, 2020.
- LUNDQVIST, M. *et al.* Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the age-fit trial. **BMC Geriatrics**, v.18, n. 32, 2018.
- MAIA, L. C. *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5041-5050, 2020.
- MASEDA, A. *et al.* Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The VERISAÚDE study. **Clinical nutrition**, v. 37, n. 3, p. 993-999, 2018.
- MAZYA A.L.; GARVIN P.; EKDAHL A.W. Outpatient comprehensive geriatric assessment: effects on frailty and mortality in old people with multimorbidity and high health care utilization. **Aging Clinical Experimental Research**, v. 31, n. 4, p. 519-525, 2019.
- MITNITSKI, A. B. *et al.* Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. **BMC Geriatrics**, v. 2, n.1, 2002.
- MORAES, E. N. *et al.* **Avaliação multidimensional do idoso**. Secretaria de estado da saúde do Paraná, 2018.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.
- OKAMOTO S.; OKAMURA T.; KOMAMURA K. Employment and health after retirement in Japanese men. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 12, p. 826-833, 2018.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>> Acesso em: 16 maio 2021.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: 2015. Disponível em: < <https://sbgg.org.br/wp->

<content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em: 02 jun 2021.

PIFFER, I. *et al.* Ability of Emergency Department Physicians Using a Functional Autonomy-Assessing Version of the Triage Risk Screening Tool to Detect Frail Older Patients Who Require Mobile Geriatric Team Consultation. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 24, n. 6, p. 634-641, 2020.

PILOTTO, A. *et al.* Development and Validation of a Multidimensional Prognostic Index for One-Year Mortality from Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalized Older Patients. **Rejuvenation Research**, v. 11, n.1, p. 151-161, 2008.

REIS, R. B. *et al.* Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 18, suppl. 5, p. 47-51, 2003.

RODRÍGUEZ, M. A. Z. *et al.* Fiabilidad interobservador de los 4 índices de comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 47, n. 2, p. 67-70, 2012.

SARAIVA, M. D. *et al.* Prospective GERiatric Observational (ProGERO) study: cohort design and preliminary results. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 427, 2020.

SCHARF, A.C. *et al.* Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment. **BMC Geriatrics**, v. 19, n. 221, 2019.

SCHILP, J. *et al.* Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. **British Journal of Nutrition**, v. 106, n. 5, p. 708-717, 2011.

SCHULTZ, W. M. *et al.* Marital Status and Outcomes in Patients With Cardiovascular Disease. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, n. 12, e005890, 2017.

SHAKEDI, D. *et al.* Sociodemographic disparities in corticolimbic structures. **PLoS One**, v. 14, n. 5, 2019.

SILVA, A. *et al.* Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 8, p. 2181-2190, 2012

SILVA, R. L. *et al.* Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, 2021.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R.C. Imobilidade. In: RAMOS, L.R., TONIOLO NETO, J. **Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp - Escola Paulista de Medicina - Geriatria e Gerontologia**. São Paulo: Manole; 2011. cap. 22.

TAN, M. E. *et al.* Employment status among the Singapore elderly and its correlates. **Psychogeriatrics**, v.17, n.3, p. 155-163, 2017.

VAN KEMPEN, J. A. *et al.* Diagnosis of frailty after a Comprehensive Geriatric Assessment: differences between family physicians and geriatricians. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 28, n. 2, p.240-248, 2015.

WEI, Y. J. *et al.* The influence of integrated geriatric outpatient clinics on the health care utilization of older people. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 379, 2020.

ZHAO, J. *et al.* Identification of risk factors for falls in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. **Osteoporosis International**, v. 31, n.10, p. 1895-1904, 2020.

ZINTCHOUK, D. *et al.* "Geriatrician-performed comprehensive geriatric care in older adults referred to an outpatient community rehabilitation unit: A randomized controlled trial." **European journal of internal medicine**, v. 51, p. 18-24, 2018.

ANEXO A: AGC – 10

Suporte Social		Mora com quem?	Sozinho [pergunta abaixo]	<input type="checkbox"/> Familiar ou <input type="checkbox"/> cuidador [0,0]	Institucionalizado [0,5]	Pontos
Se ficasse de cama, com que frequência contaria com alguém para ajuda-lo(a)? (apenas para quem mora sozinho)			<input type="checkbox"/> Sempre ou <input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> Às vezes, <input type="checkbox"/> raramente ou <input type="checkbox"/> nunca		_____
Uso Sistema de Saúde		Nenhum [0,0]	<input type="checkbox"/> Visita ao Pronto Atendimento apenas	<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar		_____
Nos últimos seis meses						
Quedas		Sem quedas [0,0]	1 queda [0,5]	≥ 2 quedas [1,0]		_____
No último ano						
Medicações		< 5 [0,0]	5 – 9 [0,5]	≥ 10 N. med. [1,0]		_____
Número em uso contínuo						
Funcionalidade		Avaliação baseada no índice de Katz (atividades básicas de vida diária)			NÃO	SIM
Tomar banho	Realiza sem assistência ou recebe ajuda apenas para uma parte do corpo.				1	0
Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem ajuda, exceto para amarrar sapatos.				1	0
Vaso sanitário	Vai ao banheiro, limpa-se e ajeta as roupas sem ajuda (pode usar dispositivo de apoio e, urinol à noite).				1	0
Transferência	Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode usar dispositivos de apoio).				1	0
Continência	Controla inteiramente a micção e evacuação.				1	0
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda ou recebe assistência apenas para cortar a carne ou passar manteiga no pão.				1	0
		[0,0] 0 pontos	[0,5] 1 – 2 pontos	[1,0] ≥ 3 pontos		
Cognição		Avaliação baseada no 10-Point Cognitive Screener (10-CS)				
Orientação: <input type="checkbox"/> dia do mês <input type="checkbox"/> mês <input type="checkbox"/> ano _____						
Aprendizado: CARRO – VASO – TIJOLO (até 3 tentativas se necessário; não pontua)						
Fluência (animais em 60s): <input type="checkbox"/> 0-5 = <u>0</u> <input type="checkbox"/> 6-8 = <u>1</u> <input type="checkbox"/> 9-11 = <u>2</u> <input type="checkbox"/> 12-14 = <u>3</u> <input type="checkbox"/> ≥ 15 = <u>4</u>						
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____						
9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____						
Evocação: <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> vaso <input type="checkbox"/> tijolo _____						
Pontuação Bruta: _____ /10						
Pontuação Ajustada: _____ /10 (+2 se escolaridade = 0; +1 se escolaridade = 1-3 anos; máximo 10)						
		[0,0] ≥ 8 pontos	[0,5] 6-7 pontos	[1,0] 0-5 pontos		
Autoavaliação		Como você considera a sua saúde geral?				
<input type="checkbox"/> Incapaz (se 10-CS Bruto=0)	Muito ruim	Ruim	Razoável	Boa	Muito boa	_____
	[1,0]	[1,0]	[0,5]	[0,0]	[0,0]	
Sintomas Depressivos		Avaliação baseada na Escala de Depressão Geriátrica de 4 itens			NÃO	SIM
<input type="checkbox"/> Incapaz (se 10-CS Bruto=0)	Você está satisfeito com a sua vida?				1	0
	Você abandonou muitas das suas atividades e dos seus interesses?				0	1
	Você se sente feliz a maior parte do tempo?				1	0
	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?				0	1
		[0,0] 0 – 1 ponto	[0,5] 2 pontos	[1,0] 3 – 4 pontos		
Nutrição		Perda de Peso (≥ 4,5kg no último ano): <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>Peso último ano: _____ kg</i>				
Peso atual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m ² CP: _____ cm						
<i>Se não for possível utilizar a balança devido à imobilidade, substitua o IMC por Circunferência da Panturrilha (CP), sendo CP < 31 cm alterada.</i>						
		[0,0] sem a perda de peso e IMC ≥ 22	[0,5] com a perda de peso ou IMC < 22	[1,0] com a perda de peso e IMC < 22		
Velocidade de Marcha		Caminhar 4,5 metros duas vezes e considerar melhor tempo.				
Tempo 1: _____ segundos Tempo 2: _____ segundos						
		[0,0] ≤ 4,4s (> 1,0m/s)	[0,5] 4,5 – 7,5s (0,6 – 1,0m/s)	[1,0] ≥ 7,6s (< 0,6m/s) ou <input type="checkbox"/> incapaz		
SOMA TOTAL						
ÍNDICE AGC-10						
(soma total dividido pelo n° de itens avaliados)						

ANEXO B: PARECER SUBSTANCIADO DO CEP



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA DIRECIONADA DE 10 MINUTOS (TaGA-10) NO PROGNÓSTICO DO PACIENTE IDOSO NO CONTEXTO DO HOS-PITAL DIA DO IDOSO DE ANÁPOLIS- GOIÁS

Pesquisador: SILVIA CRISTINA PRICINOTE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47155121.9.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.799.723

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1754719.pdf e do PB_TAGA10.pdf

Resumo

O aumento do número de idosos traz como consequência a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e maior risco de multimorbidades, com o declínio das capacidades funcionais e maior mortalidade, gerando uma maior procura pelos serviços de saúde. Assim, em locais de alto fluxo a Avaliação Geriátrica Direcionada (TaGA) é um instrumento de fácil aplicação que possibilita o rastreamento de síndromes geriátricas, de forma rápida e direcionada. O presente estudo objetiva avaliar o impacto da TAGA-10 no prognóstico dos pacientes idosos ambulatoriais do Hospital Dia do Idoso (HDI) de Anápolis. Trata-se de um estudo primário observacional, de prevalência, descritivo e quantitativo. Em relação a amostra, o estudo contará com 375 idosos de ambos os sexos com faixa etária entre 60 e 80 anos de idade. Os dados serão coletados e analisados estatisticamente. Espera-se que idosos que apresentem pontuação mais próxima de zero terão desfecho clínico favorável e bom prognóstico. E os que possuem pontuação mais próxima de um estarão mais suscetíveis a desenvolver alguma complicação, necessitando de cuidado e atenção diferenciados.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 75.083-015

UF: GO

Município: ANAPOLIS

Telefone: (62)3310-8738

Fax: (62)3310-8838

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

ANEXO C: MD CALC - ÍNDICE DE CHARLSON AJUSTADO À IDADE (IC-CI)

☰

MD
CALC

🔍

Log in

Charlson Comorbidity Index (CCI) ☆

Predicts 10-year survival in patients with multiple comorbidities.

IMPORTANT
 We launched a [COVID-19 Resource Center](#), including a critical review of recommended calcs.

When to Use ▾

Age	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;"><50 years</td><td style="padding: 2px;">0</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">50-59 years</td><td style="padding: 2px;">+1</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">60-69 years</td><td style="padding: 2px;">+2</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">70-79 years</td><td style="padding: 2px;">+3</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">≥80 years</td><td style="padding: 2px;">+4</td></tr> </table>	<50 years	0	50-59 years	+1	60-69 years	+2	70-79 years	+3	≥80 years	+4	
<50 years	0											
50-59 years	+1											
60-69 years	+2											
70-79 years	+3											
≥80 years	+4											
Myocardial infarction <small>History of definite or probable MI (EKG changes and/or enzyme changes)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
CHF <small>Exertional or paroxysmal nocturnal dyspnea and has responded to digitalis, diuretics, or afterload reducing agents</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
Peripheral vascular disease <small>Intermittent claudication or past bypass for chronic arterial insufficiency, history of gangrene or acute arterial insufficiency, or untreated thoracic or abdominal aneurysm (≥6 cm)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
CVA or TIA <small>History of a cerebrovascular accident with minor or no residua and transient ischemic attacks</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
Dementia <small>Chronic cognitive deficit</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
COPD	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
Connective tissue disease	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
Peptic ulcer disease <small>Any history of treatment for ulcer disease or history of ulcer bleeding</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +1</td></tr> </table>	No 0	Yes +1									
No 0	Yes +1											
	Liver disease <small>Severe = cirrhosis and portal hypertension with variceal bleeding history, moderate = cirrhosis and portal hypertension but no variceal bleeding history, mild = chronic hepatitis (or cirrhosis without portal hypertension)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">None 0</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Mild +1</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Moderate to severe +3</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> </table>	None 0		Mild +1		Moderate to severe +3					
None 0												
Mild +1												
Moderate to severe +3												
	Diabetes mellitus	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">None or diet-controlled 0</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Uncomplicated +1</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">End-organ damage +2</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> </table>	None or diet-controlled 0		Uncomplicated +1		End-organ damage +2					
None or diet-controlled 0												
Uncomplicated +1												
End-organ damage +2												
	Hemiplegia	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +2</td></tr> </table>	No 0	Yes +2								
No 0	Yes +2											
	Moderate to severe CKD <small>Severe = on dialysis, status post kidney transplant, uremia, moderate = creatinine >3 mg/dL (0.27 mmol/L)</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +2</td></tr> </table>	No 0	Yes +2								
No 0	Yes +2											
	Solid tumor	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">None 0</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Localized +2</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Metastatic +6</td><td style="padding: 2px;"></td></tr> </table>	None 0		Localized +2		Metastatic +6					
None 0												
Localized +2												
Metastatic +6												
	Leukemia	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +2</td></tr> </table>	No 0	Yes +2								
No 0	Yes +2											
	Lymphoma	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +2</td></tr> </table>	No 0	Yes +2								
No 0	Yes +2											
	AIDS	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #333; color: white; padding: 2px;">No 0</td><td style="padding: 2px;">Yes +6</td></tr> </table>	No 0	Yes +6								
No 0	Yes +6											
	Is this a COVID-19 patient? <small>For research purposes only; answer does NOT impact results.</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Confirmed positive</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Suspected</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Unlikely</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Confirmed negative</td></tr> </table>	Confirmed positive	Suspected	Unlikely	Confirmed negative						
Confirmed positive												
Suspected												
Unlikely												
Confirmed negative												

0

points

Charlson Comorbidity Index

98

%

Estimated 10-year survival

Copy Results 📄

Next Steps »»

Fonte: <<https://www.mdcalc.com/charlson-comorbidity-index-cci>>

APÊNDICE A: Identificação, dados sociodemográficos e medicações em uso

IDENTIFICAÇÃO		
Código:		
Telefone de contato:		
Idade: ____ ; ____/____/____	Sexo: () Feminino () Masculino	
Especialidade médica de assistência: Geriatria () Não-Geriatria (): _____		
Estado Civil	Escolaridade	
Solteiro () Casado () Viúvo () Separado judicialmente () Divorciado ()	Sem instrução () Ens. Fun. Incompleto () Ens. Fun. Completo () Ens. Med. Incompleto ()	Ens. Med. Completo () Ens. Sup. Incompleto () Ens. Sup. Completo ()
Etnia: Preta () Branca () Parda () Amarela () Indígena ()		
Profissão:		
FÁRMACO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA (mg)	

--	--