

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

ALICE IRENE SENA MACHADO

**FATORES RELACIONADOS AO BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO DA
PESSOA IDOSA EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

SÃO CARLOS-SP

2024

ALICE IRENE SENA MACHADO

**FATORES RELACIONADOS AO BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO DA
PESSOA IDOSA EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Departamento de Gerontologia da
Universidade Federal de São Carlos,
para obtenção do título de bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Aline Cristina Martins Gratão
Coorientadora: Dr^a Ludmyla Caroline de Souza Alves

São Carlos-SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Machado, Alice

Fatores Relacionados ao Desempenho Cognitivo da Pessoa Idosa em Seguimento Ambulatorial -São Carlos- 2024.

74f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, Curso de Gerontologia, São Carlos, 2024.

Orientadora: Aline Cristina Martins Gratão

Banca Examinadora: Aline Cristina Martins Gratão, Ana Carolina Ottaviani.

Bibliografia

1.Ambulatório Hospitalar. 2.Assistência Ambulatorial. 3.Assistência Integral à Saúde. 4.Idoso. 5.Saúde do Idoso. 6.Serviços de Saúde para Idosos. I. Machado, Alice. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Graduação em Gerontologia

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa do Trabalho de conclusão de curso da candidata Alice Irene Sena Machado, realizada em 06/09/2024:

Profª Drª Aline Cristina Martins Gratão

Universidade Federal de São Carlos

Profª Drª Ana Carolina Ottaviani

Universidade Federal de São Carlos

Dedico este trabalho aos docentes, estudantes e pesquisadores do envelhecimento, que buscam por meio do estudo e esforço mudar a vida daqueles que já estiveram onde nós estamos.

AGRADECIMENTOS

Agora, retomando em minha mente todos os momentos e passos, que me trouxeram até essa conquista de finalizar a graduação na melhor universidade do meu Brasil, consigo olhar o quanto sou grata a cada um que pôde contribuir para minha trajetória. Por isso, agradeço:

À Deus, o qual me sustentou e me proveu sabedoria, calma e consolo nos momentos fáceis e principalmente nos difíceis durante todo esse período.

À minha mãe, Andreza, que sempre me apoiou e incentivou a seguir meus sonhos apesar de todos os possíveis empecilhos que poderiam me impedir de continuar e, pelo exemplo de profissional de saúde que eu busco me tornar.

À minha irmã, Duda, que de longe e de perto partilhamos desafios da vida mas agora podemos caminhar juntas e assim nos impulsionarmos a conquistar os sonhos que sempre buscamos viver.

Ao meu avô, Alfredo, que sempre me ajudou e torceu pelas minhas conquistas.

À Igreja Presbiteriana de São Carlos, que foi casa fora de casa e me deu a família que tenho hoje em São Carlos, em especial, Marcela, Roberta, Evandro, Giu, Suy, Bê e Bi que expressam através deles o amor de Deus por mim.

À Prof^a Dr^a Aline Cristina Martins Gratão, que me proveu ensinamentos e oportunidades que contribuíram para a pessoa e profissional que me torno.

À equipe do Ambulatório de Gerontologia, em especial a Dr^a Carol Ottaviani, Dr^a Diana Monteiro, Anna Simon e Manuela Guarino, que muito colaboraram com a minha coleta e me auxiliariam de forma excepcional.

Ao meu grupo de pesquisa, Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia (LAIG), em especial a minha coorientadora Ludmyla, pelo apoio e colaboração.

À equipe e instituição Hospital Universitário da UFSCar, que me proveu espaço, material, acolhimento e auxílio na minha pesquisa.

Ao CNPq, pelo fomento financeiro do trabalho.

À Universidade Federal de São Carlos, que me deu a oportunidade de estudar em uma universidade com ensino de qualidade e experiências universitárias inigualáveis, em especial a

Associação Atlética Acadêmica e Bateria UFSCar que me mostraram o amor e paixão pelo vermelho federal.

Às pessoas idosas que contribuíram para a construção desse trabalho e me proporcionaram experiências que levarei para o resto da vida.

Com amor e gratidão,

Alice Sena

“[...] porque o poder se aperfeiçoa na fraqueza...” – 2 Coríntios 12:9

RESUMO

Introdução: O atual cenário brasileiro evidencia o crescimento da população 60 anos ou mais de forma concomitante ao alto índice de doenças crônicas, número de hospitalizações e declínio das capacidades física e cognitiva, o que leva ao aumento significativo em custos com saúde, visto que a taxa de internação de pessoas idosas é maior e a ocupação de leitos mais prolongada que em outras faixas etárias. A demência, declínio cognitivo que afeta a memória, o pensamento e a capacidade de realizar atividades diárias, é uma das principais causas de incapacidade entre pessoas idosas. Neste sentido, o grande desafio que se estabelece para os sistemas de saúde é a atenção integral ao usuário 60 anos ou mais. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas acompanhadas no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e verificar os fatores relacionados ao baixo desempenho cognitivo dos mesmos. **Método:** Abordagem quantitativa e transversal, os quais pessoas de sessenta anos de idade ou mais foram atendidos no respectivo Ambulatório. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2023 a abril de 2024, mediante a aplicação de um protocolo contendo avaliação da fragilidade pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, o desempenho cognitivo pelo *10-Point Cognitive Screener*, o grau de dependência em atividades básicas pela Escala de Katz e em atividades instrumentais pela Escala de Lawton, e avaliação de sintomas depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens. A correlação de Pearson foi utilizada para verificar a relação entre a variável baixo desempenho cognitivo, com a faixa etária em anos, escolaridade, número de comorbidades, número de medicamentos, vulnerabilidade clínico-funcional, dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária e presença de sintomas depressivos. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** Foram avaliadas 92 pessoas idosas, majoritariamente do sexo feminino (64,1%), com média de idade de 78,7 anos ($\pm 8,7$), autodeclaradas brancas (57,3%) e religiosas não praticantes (51,1%). A média de escolaridade foi de 5,6 anos ($\pm 4,5$), com maior prevalência de indivíduos com até 4 anos de escolaridade (58,7%). Sobre o estado civil, metade da amostra dos indivíduos eram casados/com companheiro (50,55%). Quanto à capacidade funcional, 62% eram parcialmente dependentes para dependência instrumental, 38% para dependência funcional, 57,4% eram altamente vulneráveis e apresentaram multimorbidades (69,57%). As pessoas idosas com baixo desempenho cognitivo foram representadas por 79,3% da amostra e tinham média de idade de 80,27%. **Conclusão:** O baixo desempenho cognitivo foi associado com a idade ($p < 0,01$) e com a alta dependência para atividades básicas de vida diária ($p = 0,01$). O risco aumentado de alterações cognitivas subsequentes, a idade e as limitações no desempenho das atividades básicas de vida sugere a priorização da atenção ao impacto das mudanças do envelhecimento no estado de saúde sobre a cognição e os fatores relacionados.

Palavras-chave: Ambulatório Hospitalar; Assistência Ambulatorial; Assistência Integral à Saúde; Idoso; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The current Brazilian context shows that the growth of the population aged 60 years or older occurs concurrently with high rates of chronic diseases, hospitalizations, and declines in physical and cognitive capacities. This leads to a significant increase in healthcare costs, given that hospitalization rates among older adults are higher and their length of stay is longer than in other age groups. Dementia, a cognitive decline that affects memory, thinking, and the ability to perform daily activities, is one of the main causes of disability among older adults. In this sense, the major challenge for health systems is to ensure comprehensive care for users aged 60 years or older. **Objective:** To characterize the sociodemographic and clinical profile of older adults followed at the Gerontology Outpatient Clinic of HU-UFSCar and to examine the factors related to their low cognitive performance. **Method:** A quantitative, cross-sectional approach in which individuals aged sixty years or older were treated at the respective Outpatient Clinic. Data collection took place from October 2023 to April 2024 through the application of a protocol that included assessment of frailty using the Clinical-Functional Vulnerability Index; cognitive performance using the 10-Point Cognitive Screener; degree of dependence in basic activities using the Katz Index and in instrumental activities using the Lawton Scale; and evaluation of depressive symptoms using the 15-item version of the Geriatric Depression Scale. Pearson's correlation was used to verify the relationship between the variable low cognitive performance and age in years, educational level, number of comorbidities, number of medications, clinical-functional vulnerability, dependence in basic and instrumental activities of daily living, and the presence of depressive symptoms. All ethical aspects were respected. **Results:** A total of 92 older adults were assessed, mostly female (64.1%), with a mean age of 78.7 years (± 8.7), self-declared White (57.3%), and non-practicing religious (51.1%). The mean educational level was 5.6 years (± 4.5), with a higher prevalence of individuals with up to 4 years of schooling (58.7%). Regarding marital status, half of the sample were married/living with a partner (50.55%). Concerning functional capacity, 62% were partially dependent for instrumental dependence, 38% for functional dependence, 57.4% were highly vulnerable, and they presented multimorbidities (69.57%). Older adults with low cognitive performance represented 79.3% of the sample and had a mean age of 80.27%. **Conclusion:** Low cognitive performance was associated with age ($p < 0.01$) and with high dependence for basic activities of daily living ($p = 0.01$). The increased risk of subsequent cognitive impairment, age, and limitations in performing basic life activities suggest prioritizing attention to the impact of age-related changes in health status on cognition and related factors.

Keywords: Hospital Outpatient Clinic; Ambulatory Care; Comprehensive Health Care; Older Adults; Elderly Health; Health Services for Older Adults.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das 92 pessoas idosas atendidas no Ambulatório de Gerontologia do HU estratificadas por sexo, idade, estado civil, escolaridade, etnia, beneficiários e religião.	23
Tabela 2 - Características de Saúde.....	25
Tabela 3 - Características de Saúde de acordo com os instrumentos de rastreio.	30
Tabela 4 - Associações de baixo desempenho cognitivo (provável ou possível déficit) com fatores: idade, multimorbidade, sintomas depressivos, dependência funcional e dependência instrumental.	35

LISTA DE SIGLAS

ABVD - Atividade Básica de Vida Diária

AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD - Atividade de Vida Diária

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

HU-UFSCar - Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos

IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20

ONU - Organização das Nações Unidas

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

10-CS – *10-Point Cognitive Screener*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	19
4.2 TIPO DE ESTUDO	19
4.3 AMOSTRA.....	19
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	19
4.5 LOCAL DA PESQUISA E VIABILIDADE DA COLETA DE DADOS	20
4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	21
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
5 RESULTADOS	23
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	23
5.2 CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE	25
5.3 INSTRUMENTOS DE RASTREIO.....	28
5. 3. 1 Escala de Lawton (Avaliação do desempenho em relação às atividades instrumentais de vida diária)	29
5. 3. 2 Índice de Katz (Avaliação do desempenho do idoso em relação às atividades instrumentais).....	29
5. 3. 3 Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens	29
5. 3. 4 <i>10-point cognitive screener</i> (10-CS).....	29
5. 3. 5 Avaliação Autorreferida de Fragilidade em Idosos.....	29
5. 3. 6 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF)	29
5. 4 ASSOCIAÇÕES COM O BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO (PROVÁVEL OU POSSÍVEL DÉFICIT)	32
5.4.1 Idade.....	32
5. 4. 2 Multimorbidade.....	33
5. 4. 3 Escala de Depressão Geriátrica	33
5. 4. 4. Escala de Katz	33
4. 5. 5 Índice de Lawton:.....	34
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÕES.....	38

REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	49
Anexo A - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20	49
Anexo B - AVALIAÇÃO AUTORREFERIDA DE FRAGILIDADE	53
Anexo C - AVALIAÇÃO COGNITIVA (10 – point Cognitive Screener – 10 –CS).....	54
Anexo D - DEPENDÊNCIA EM ABVD – ESCALA DE KATZ	57
Anexo E - DEPENDÊNCIA EM AIVD – LAWTON E BRODY	59
Anexo F - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	60
APÊNDICES	61
Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO IDOSO	61
Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL LEGAL	63
Apêndice C - REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO GERONTOLÓGICO.....	65
Apêndice D - CEP APROVADO	70

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, o processo de envelhecimento populacional ocorre de forma rápida, apresentando impacto em diversos setores da sociedade (Barbosa, 2023). De acordo com o último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), sobre perspectivas mundiais de população, as pessoas com idade superior a 65 anos representavam 9% da população mundial em 2019, devendo alcançar 16% até o ano de 2050. A América Latina faz parte das regiões em que essa parcela da população deve dobrar entre nesse período. O relatório ainda estima que o número de pessoas acima de oitenta anos triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (ONU, 2019).

Estima-se que no Brasil, uma a cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais (Dadalto, Cavalcante, 2021). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de pessoas idosas cresce acima da média no Brasil, esse número em 2022 chegou a 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%). A estimativa é que o contingente de pessoas idosas alcance 66,5 milhões em 2050 (29,3%) (IBGE, 2022; Dadalto, Cavalcante, 2021).

A evolução das ciências da saúde e sociais, assim como o desenvolvimento socioeconômico e científico, levaram ao aumento da longevidade, trazendo também mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência de condições crônicas de saúde (Camarano et al. 2023). Apesar de preveníveis, estas doenças contribuem para a rápida deterioração da capacidade funcional, ocasionando incapacidades e necessidade de cuidados prolongados, podendo levar a institucionalização (Samartini; Araújo; Cândido, 2023).

No Brasil, com a inversão da pirâmide demográfica, fica evidente que a população idosa é a que apresenta maiores taxas destas doenças. Ressaltam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus entre as doenças mais comuns na população idosa, consideradas como os principais fatores de riscos para outras complicações, além de significarem aumento de custos com a saúde (Onófrio et al. 2024).

No entanto, verifica-se uma crescente frequência de múltiplas doenças crônicas em um mesmo indivíduo, o que caracteriza a presença de multimorbidade entre pessoas idosas. Essa situação pode levar a incapacidades e polifarmácia, constituindo um dos principais fatores de risco à iatrogenia. O cuidado com a saúde da pessoa idosa difere do cuidado com o adulto, que

geralmente apresenta uma única doença ou fator de risco (Onófrio et al. 2024; Da Silva et al. 2022).

Um conceito de multimorbidade propõe em sua definição a presença de uma ou mais das três condições seguintes: polipatologia (presença de cinco ou mais condições que acometam diferentes sistemas fisiológicos), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos para diferentes condições) ou hospitalização nos últimos seis meses (Da Silva et al. 2022). Deste modo, quando em situação de multimorbidade, há maior risco de mortalidade e problemas físicos e mentais, que pode influenciar negativamente a qualidade de vida (Moraes et al. 2016; Da Silva et al. 2022).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, que por sua vez são analisadas de acordo com seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Assim, ao se discutir propostas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar analisando as necessidades expressas pela população brasileira (Da Silva et al. 2022). Por isso, a revisão e reorganização das políticas públicas e ações em prol do envelhecimento saudável devem ser consideradas com urgência e atenção pelos gestores, a fim de intervir e investir na preparação do sistema de saúde para atendimento às demandas da população idosa (Aguiar; Da Silva, 2022). Neste sentido, as Redes de Atenção à Saúde surgem como arranjos organizativos de serviços de saúde e ações em diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à população (Brasil, 2010; Lopes et al. 2023)

Pensando nos modelos de atenção voltados à saúde das pessoas idosas, estes devem corroborar com a ampliação da promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde, tratamento, gestão de casos, reabilitação, manutenção da autonomia e independência. Além disso, devem oferecer cuidados paliativos, articulando e integrando estes serviços entre si na Rede de Atenção (Brasil, 2014; Mendes et al. 2023).

Uma parcela dos pacientes atendidos na Atenção Básica, apresentará múltiplas necessidades de saúde e necessitará de serviços ambulatoriais especializados. Tais demandas e equipamentos devem estar articulados com os demais pontos da Rede de atenção integral à Saúde, permitindo acesso a procedimentos de maior densidade tecnológica para manejo efetivo do cuidado, compartilhado com a Atenção Básica (Mendes et al. 2023).

O acesso pela pessoa idosa aos serviços na atenção ambulatorial deve ser regulado e seus encaminhamentos realizados de acordo com o perfil funcional do indivíduo. A pessoa

idosa será atendida por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, com ações desenvolvidas a partir das necessidades individuais com impacto em sua funcionalidade (BRASIL, 2019).

Os profissionais da área da Gerontologia podem desempenhar ações diretas e indiretas à população idosa, de forma a envolver demandas decorrentes do processo de envelhecimento, abarcando seus aspectos biopsicossociais (Bonilha et al. 2023). Para isso, o modelo de Atenção Ambulatorial deve estar articulado à Rede de Atenção à Saúde e conter o desenho da linha de cuidado pensado na estratégia de um fluxo integral de ações em saúde, dispondo de modelos intra e intersetoriais eficientes no acolhimento da pessoa idosa, com o cuidado voltado de forma multidimensional à essa população (Mendes et al. 2023).

O profissional na área da Gerontologia possui habilidades em gestão de casos e, por meio de suas competências pessoais, técnicas (conhecimento, gestão administrativa, no micro, média e macrogestão) e gerenciais (liderança, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, planejamento e orientação para resultados), assegura o desenvolvimento e a implementação de planos de ação (Ottaviani et al. 2023).

A Atenção Ambulatorial em Gerontologia pode servir como uma estratégia de saúde efetiva diante ao atual cenário de rápido envelhecimento populacional, com pessoas idosas apresentando maior grau de complexidade, frágeis e múltiplas necessidades de saúde.

Neste cenário, uma das necessidades de saúde mais procuradas em serviços especializados refere-se às dificuldades relacionadas à memória e prejuízos na capacidade funcional devido às questões cognitivas na população de idosos (Ottaviani et al. 2023). Dessa forma, para o gerenciamento e criação de plano de cuidado para uma pessoa idosa fragilizada no âmbito cognitivo, é notável a indispensabilidade do profissional de gerontologia no rastreamento de déficits cognitivos, bem como na implementação de intervenções estratégicas com foco preventivo nesta população.

A cognição é o processo intelectual ou mental, pelo qual um organismo toma conhecimento do mundo e, devido a fatores como genética, hábitos diários e fatores externos, pode ocorrer um declínio cognitivo, que posteriormente torna-se um comprometimento cognitivo leve, podendo levar a um declínio mais grave, como nos distúrbios neurocognitivos (Carvalho, 2023).

Com aumento da expectativa de vida, há maior exposição a fatores de risco e, conseqüentemente, mais queixas de memória, problemas cognitivos e demência (Corrêa et al. 2024). Serviços de saúde que investem em avaliações especializadas da pessoa idosa com

ênfase na capacidade cognitiva devem ser implementados, pois a população longeva mundial é crescente e a prevalência de doenças mais comuns neste grupo etário, como as demências, vem aumentando proporcionalmente em escala global.

Dentre os fatores de risco, a idade é o principal fator para o desenvolvimento da demência. No entanto, existem outros fatores que potencializam seu surgimento, sendo 12 deles modificáveis e mais presentes em países de baixa ou média renda, como baixa escolaridade, hipertensão arterial, perda auditiva, tabagismo, consumo excessivo de álcool, obesidade, depressão, diabetes, sedentarismo, isolamento social, poluição e trauma crânio encefálico. Mundialmente, esses fatores respondem por cerca de 40% dos casos de demência (Livingston et al., 2020). Em 2024, foram incluídos mais dois fatores (déficit visual e colesterol LDL alto), totalizando agora 14 fatores de risco estabelecidos na literatura, aos quais podem ser atribuídos 45% dos casos de demência no mundo (Livingston et al., 2024).

Sabe-se que, 60% das pessoas com diagnóstico de demência residem em países de baixa ou média renda e estima-se que a proporção de novos casos aumente para 63% em 2030 e 68% em 2050 (Alzheimer Disease International, 2019). Entre os adultos mais velhos, este grupo de doenças é uma das principais causas de incapacidade e dependência, requerendo cuidados integrais e, muitas vezes, por longos períodos (Carvalho, 2023). As demências impactam não somente as pessoas com diagnóstico, mas também a sociedade, a economia e, de forma substancial, os cuidadores (Silva; Bittencourt; Oliveira, 2023).

A demência, definida como Transtorno Neurocognitivo Maior, é uma síndrome crônica e progressiva, ainda sem cura disponível, que leva os indivíduos afetados a um estado de dependência e conseqüente necessidade de cuidados. É caracterizada por uma deterioração intelectual e comportamental, mudanças na concentração e memória, além de declínio nas habilidades físicas e cognitivas (Rodrigues, 2024). Em 2010, na América Latina, o número de pessoas vivendo com demência correspondia aproximadamente a 3 milhões, sendo 1 milhão de casos somente no Brasil (Alzheimer 's Disease Internacional, 2019). O número de mortes por demência aumentou em 55,5% entre 2007 e 2017, no Brasil (Feter et al., 2021). Cerca de 62% de todos os casos de demência são causados pela Doença de Alzheimer (DA), afetando de 5 a 10% da população com 65 anos ou mais e 40% da população de 85 anos ou mais. No Brasil, em 2016, a DA representava 70% dos casos de demência, sendo a segunda maior prevalência de demência no mundo (Alzheimer 's Association, 2019; Feter et al., 2021).

A manutenção da cognição é de relevância para a promoção da independência e autonomia da pessoa idosa. A avaliação e a identificação precoce de prejuízos nesta capacidade podem propiciar o planejamento de ações e intervenções para prevenir ou mesmo retardar o processo de degeneração do cérebro, reduzindo os fatores de risco para demências. Por isso, busca-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas acompanhadas no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar para assim verificar os fatores relacionados ao baixo desempenho cognitivo dos mesmos e possivelmente proporcionar a elaboração de ações de intervenção que possam prevenir ou retardar doenças neurocognitivas.

2 JUSTIFICATIVA

O baixo desempenho cognitivo da pessoa idosa é um problema de saúde pública relacionado a diversos fatores de saúde, que afetam de forma significativa a qualidade de vida dessa população.

Além disso, algumas morbidades prevalecem nesse grupo etário, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares. Há também a prevalência de características sócio-demográficas como baixos níveis de escolaridade e o fenômeno de feminização do envelhecimento. Portanto, é importante entender e identificar os fatores para fomentar estratégias eficazes para gerenciamento da cognição em pessoas idosas.

Por tais razões, o profissional de gerontologia tem grande relevância neste contexto, pois possui uma visão multidimensional do envelhecimento. O Bacharel em Gerontologia é fundamental para avaliar e monitorar as pessoas idosas, além de detectar sinais precoces de comprometimento cognitivo e atuar em intervenções específicas de acordo com as demandas levantadas. Além disso, esse profissional promove atividades cognitivas e fornece suporte social e emocional às pessoas idosas e seus cuidadores.

Por isso, a presença do gerontólogo em serviços ambulatoriais garante um monitoramento contínuo, permitindo que as pessoas idosas mantenham sua independência e funcionalidade. Dessa forma, o gerontólogo é essencial como agente-chave na avaliação, intervenção e suporte a essa população em ambiente ambulatorial.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e verificar os fatores relacionados ao baixo desempenho cognitivo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas idosas;
- Classificar a presença de comprometimento cognitivo por meio de um rastreio cognitivo;
- Avaliar a fragilidade entre as pessoas idosas de acordo com seu Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, o grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária e a presença de sintomas depressivos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Também, atende a Resolução 510/16 do mesmo Conselho. Para sua realização de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e aprovada sob o parecer de número 3.825.117, CAAE: 24244519.3.0000.5504 (Apêndice D).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, baseada no método quantitativo.

4.3 AMOSTRA

A amostra é não-probabilística e intencional, composta por todos os pacientes idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia no período de outubro de 2023 a abril de 2024.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Indivíduos com sessenta anos ou mais; de ambos os sexos; residentes no município de São Carlos-SP; acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar por condições clínicas, e que demonstraram interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou, se necessário, com o TCLE do responsável legal.

4.5 LOCAL DA PESQUISA E VIABILIDADE DA COLETA DE DADOS

A pesquisa teve desenvolvimento no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar. A área física total construída do HU-UFSCar/ Ebserh é de 28.266,44 mil, distribuídas entre os blocos A, B, C e D. A força de trabalho é composta por servidores públicos, empregados públicos, terceirizados e cedidos, com formações técnica, de nível médio e superior. Apresenta em sua estrutura enfermarias para internação eletiva e de urgência/emergência nas linhas de Cuidado na Atenção à Criança e Adolescente, Cuidado de Atenção ao Adulto e Cuidado de Atenção Psicossocial. Além disso, conta com Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Centro Cirúrgico, ambulatório de especialidades, laboratório de análises clínicas e serviços de imagem, endoscopia e métodos gráficos, entre outros. Atualmente o HU-UFSCar possui 70 leitos operacionais, com 66 leitos ativos. Em relação a produção assistencial, o HU-UFSCar realiza mais de 260 internações mensais, 500 atendimentos de urgência e emergência e mais de 2300 consultas ambulatoriais. O Plano Diretor Estratégico do hospital para os próximos 2 anos prevê a expansão de leitos e da complexidade assistencial.

Dentre os ambulatórios de especialidades que atuam no HU/UFSCar, o ambulatório de Gerontologia foi inaugurado em junho de 2019, disponibiliza atendimento gratuito pelo SUS a pessoas idosas frágeis, com idade superior a 60 anos e ao seu cuidador, encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

A equipe é composta pela professora responsável pelo serviço, enfermeira e docente do curso de Gerontologia, além de alunos de graduação em Gerontologia e da Pós-Graduação em Gerontologia e Enfermagem. As atividades se relacionam, de forma geral, ao atendimento a pessoas idosas frágeis, e seus cuidadores, avaliações gerontológicas e elaboração de plano terapêutico individual, além de oferecimento de oficinas de estimulação cognitiva para pessoas idosas e orientações para cuidadores, integrando ações de ensino, pesquisa e extensão. No local de atendimento, após passarem pela recepção e confirmação do atendimento, regularmente, todos os pacientes passam pela consulta de enfermagem com aferição dos sinais vitais e

orientações necessárias sobre os retornos, exames a serem realizados, entre outros. Após a consulta de enfermagem os pacientes são direcionados a sala para o atendimento gerontológico.

4.6 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta foi viabilizada por meio da apresentação do pesquisador e de seu estudo a pessoa idosa e seu acompanhante, ao final do atendimento no respectivo Ambulatório de Gerontologia. A ideia principal baseou-se na aplicação individual do protocolo de avaliação mediante ao consentimento do participante, por meio do TCLE (Apêndice A) ou do TCLE do responsável legal (Apêndice B).

O protocolo de avaliação consiste em:

a) Caracterização (Apêndice C): dados sociodemográficos como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e renda mensal. Além disso, o protocolo busca compreender aspectos clínicos de cada paciente, como hábitos de vida, diagnósticos clínicos, uso de medicamentos, entre outros;

b) Avaliação da fragilidade: realizada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) (Anexo A), instrumento com característica multidimensional, simples e de alta confiabilidade, desenvolvido e validado no Brasil (Moraes et al., 2016), sendo considerado um método de Avaliação Geriátrica Ampla realizada por profissionais não especialistas. Desta forma, o IVCF-20 mostra-se um dos principais instrumentos para a detecção de fragilidade (Faller et al., 2019). É constituído por vinte questões que analisam a idade, autopercepção de saúde, incapacidade funcional, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades. O valor máximo obtido no questionário é de quarenta pontos, considerando como robustos os idosos com resultado de até seis pontos, em risco de fragilização aqueles que alcançarem escore entre sete e quatorze pontos e frágeis os idosos cujo resultado seja de quinze pontos ou mais (Moraes et al., 2016; Paraná, 2017). E, também, a Avaliação Autorreferida de Fragilidade em Idosos (Anexo B)

c) Avaliação do desempenho cognitivo (Anexo C): realizada por meio do *10-Point Cognitive Screener* (10-CS), uma estratégia de triagem breve e fácil, com maior precisão e vantagens práticas em comparação com ferramentas mais usadas. O 10-CS foi desenvolvido no contexto brasileiro por Apolinário et al. (2016) e determina o comprometimento cognitivo através de seis questões que avaliam a orientação, fluência verbal e recordação de palavras. A pontuação no teste varia de zero a dez pontos e considera-se normal a cognição daqueles que

alcançarem entre oito e dez pontos, alteração cognitiva leve quando o resultado for entre seis e sete pontos e alteração cognitiva grave naqueles que pontuarem um escore menor ou igual a cinco.

d) Avaliação do grau de dependência em AVD: para as atividades básicas (ABVD), a Escala de Katz et al. (1963) foi escolhida, sendo um instrumento que aborda questões relacionadas ao autocuidado (Anexo D). Adaptada no Brasil por Lino et al. (2008) tem como classificação “independente” o paciente que obter entre cinco e seis pontos, “parcialmente dependente” entre três e quatro pontos e “altamente dependente” entre zero e dois pontos (Carvalho et al., 2018). Para atividades instrumentais (AIVD), foi utilizada a escala de Lawton e Brody (1969), adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso Junior (2008). O escore varia entre sete e 21 pontos, considerando dependente o indivíduo cujo escore seja de até sete pontos, parcialmente dependente entre oito e vinte pontos e independente caso some 21 pontos (Anexo E).

e) Avaliação da presença de sintomas depressivos (Anexo F): utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). O teste é constituído por quinze questões e seu escore varia entre zero e quinze pontos. Em indivíduos cujo resultado seja de até cinco pontos, considera-se ausência de sintomas depressivos, entre seis e dez pontos é considerada presença de sintomas depressivos leves e naqueles que apresentam entre onze e quinze pontos considera-se presença de sintomas depressivos severos.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram salvos em um banco no *software* Excel pelo processo de validação por dupla entrada (digitação) e, em seguida, importados para o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. A análise descritiva foi feita de acordo com a frequência absoluta e relativa dos dados, sua média e desvio padrão. Além disso, após verificar a normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, foi calculada a correlação de Pearson para verificar a relação entre a variável baixo desempenho cognitivo, com a faixa etária em anos, escolaridade, renda individual mensal, número de comorbidades, número de medicamentos, vulnerabilidade clínico-funcional, dependência em ABVD, em AIVD e presença de sintomas depressivos. Neste estudo, a magnitude das correlações foi classificada como fraca ($< 0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0) (Levin; Fox, 2004). O nível de significância considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Para analisar a associação das variáveis de interesse com o baixo desempenho cognitivo (COG possível ou provável) e

com a presença de sintomas depressivos (GDS sintomas leves ou severos) e, conseqüentemente, estimação da razão de prevalência associada foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta (Zou, 2004), univariável.

5 RESULTADOS

No Ambulatório de Gerontologia do Hospital Universitário da UFSCar foram incluídos no estudo 92 participantes idosos no período do segundo semestre do ano de 2023 ao primeiro quadrimestre de 2024, de acordo com os critérios de inclusão e com aceite de participação. Os resultados obtidos por meio do protocolo de instrumentos serão apresentados a seguir.

5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A Tabela 1 demonstra o perfil sociodemográfico da amostra. Houve prevalência do sexo feminino (64,1%), com média de idade de 78,7 anos ($\pm 8,7$), com variação de 58 a 99 anos. Além disso, houve um predomínio de pessoas que se autodeclararam brancos (57,3%) e religiosos não praticantes (51,1%). A média de escolaridade foi de 5,6 anos ($\pm 4,5$), obtendo uma variação entre 0 e 20 anos de estudo formal, com maior prevalência de indivíduos de até 4 anos de escolaridade (58,7%). Acerca do estado civil, notou-se que metade da amostra dos indivíduos são casados/com companheiro (50,55%).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das 92 pessoas idosas atendidas no Ambulatório de Gerontologia do HU. São Carlos, 2024.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Variável	N=92
<i>Sexo</i>	
Feminino	59 (64,13%)
Masculino	33 (35,87%)
<i>Idade</i>	
Média (DP)	78,7 (8,71)
Mediana (Min-Máx)	79,5 (58-99)

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Estado civil

Casado/companheiro	46 (50,55%)
Divorciado/Separado/Desquitado	8 (8,79%)
Solteiro	10 (10,99%)
Viúvo	27 (29,67%)
Frequency Missing = 1	

Escolaridade (anos)

Média (DP)	5,61 (4,55)
Mediana (Min-Máx)	4 (0-20)

Etnia

Amarela/Oriental	2 (2,25%)
Branca	51 (57,3%)
Mulata/Cabocla/Parda	22 (24,72%)
Preta	14 (15,73%)
Frequency Missing = 3	

Benefícios do INSS

Aposentado(a)	77 (84,62%)
Não recebe benefícios	12 (13,19%)
Pensionista	2 (2,2%)
Frequency Missing = 1	

Possui alguma religião

Sim	92 (100%)
Católico	69 (75%)
Congregação cristã	2 (2,17%)
Espírita	6 (6,52%)

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Evangélico	8 (8,7%)
Mórmons	2 (2,17%)
Testemunha de Jeová	5 (5,43%)
<i>Praticante</i>	
Não	46 (51,11%)
Sim	44 (48,89%)
Frequency Missing = 2	

5.2 CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE

As características de saúde dos participantes foram estratificadas por presença ou não de multimorbidade, morbidades, uso de medicamentos, quantidade de medicamentos, cartão de vacina atualizado, qualidade do sono, quedas nos últimos 6 meses, número de quedas, repercussão da queda, circunstâncias da queda, presença de tabagismo, presença de etilismo e prática de atividade física.

Tabela 2 - Características de Saúde. São Carlos, 2024.

INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Variável	N=92
<i>Multimorbidade (3 ou mais doenças)</i>	
Não	28 (30,43%)
Sim	64 (69,57%)
<i>Morbidade*</i>	
HAS	59 (64,13%)
DM	25 (27,17%)
DEMÊNCIA	27 (29,35%)
DELIRIUM	5 (5,43%)

PARKINSON	6 (6,52%)
AVE	12 (13,04%)
DEPRESSÃO	21 (22,83%)
ANSIEDADE	11 (11,96%)
ARTRITE	13 (14,13%)
DPOC	9 (9,78%)
DOENÇA CARDÍACA	22 (23,91%)
DOENÇA GASTROINTESTINAL	9 (9,78%)
DOENÇA VASCULAR	11 (11,96%)
DOENÇA RENAL	6 (6,52%)
DISFUNÇÃO TIREOIDIANA	13 (14,13%)
DISLIPIDEMIA	17 (18,48%)
OSTEOPOROSE	7 (7,61%)
PROBLEMAS DE COLUNA	7 (7,61%)
INSÔNIA	13 (14,13%)
VISÃO	5 (5,43%)
INCONTINÊNCIA URINÁRIA/FECAL	10 (10,87%)
ANEMIA	3 (3,26%)
TONTURA	3 (3,26%)
CÂNCER	10 (10,87%)

Uso de medicamentos pelo paciente

Não	3 (3,26%)
Sim	89 (96,74%)

Número medicamentos

Média (DP)	5,6 (2,86)
Mediana (Min-Máx)	5 (0-15)

Cartão de vacinas atualizado

Não	10 (11,24%)
Sim	79 (88,76%)
Frequency Missing = 3	

Qualidade do sono

Normal	48 (52,17%)
Insônia	37 (40,22%)
Hipersônia	6 (6,52%)
Outro	1 (1,09%)

Quedas nos últimos 6 meses

Não	49 (53,26%)
Sim	43 (46,74%)

*Número de quedas***

1 queda	24 (60%)
2 ou mais	16 (40%)
Frequency Missing = 3	

*Repercussão da queda***

Não teve	11 (25,58%)
Fratura	5 (11,63%)
Escoriações	20 (46,51%)
Medo	5 (11,63%)
Internações	2 (4,65%)

*Circunstâncias da queda***

Não teve	9 (20,93%)
Tropeço/escorregão	21 (48,84%)
Fraqueza muscular	9 (20,93%)
Inconsciência	4 (9,3%)

*Precisou de ajuda para levantar***

Não	16 (37,21%)
Sim	27 (62,79%)

Tabagista

Não	83 (90,22%)
Sim	9 (9,78%)

Consome bebida alcoólica

Não	84 (91,3%)
Sim	8 (8,7%)

Já bebeu ao menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente

Não	89 (97,8%)
Sim	2 (2,2%)

Frequency Missing = 1

Pratica Atividade Física (150 min semanais)

Não	73 (79,35%)
Sim	19 (20,65%)

*Admite múltiplas respostas, por isso a soma não será 100%.

**Válido apenas para quem respondeu "Sim" no item "Quedas nos últimos 6 meses".

5.3 INSTRUMENTOS DE RASTREIO

Na figura 1 e tabelas 3 evidenciam-se nos instrumentos:

5. 3. 1 Escala de Lawton (Avaliação do desempenho em relação às atividades instrumentais de vida diária)

As pessoas idosas avaliadas pontuaram entre 4 a 21 pontos, sendo 21 pontos totais. A população da amostra se apresentou em sua maioria com ‘dependência parcial’ (61,96%), seguida de ‘dependente’ (27,17%) e ‘independente’ (10,87%);

5. 3. 2 Índice de Katz (Avaliação do desempenho do idoso em relação às atividades instrumentais)

A média obtida foi de 4,24 pontos, sendo 6 pontos totais do instrumento. As pessoas idosas avaliadas, em sua maioria, demonstraram dependência (63,04%) em diferentes níveis, sendo ‘muito dependente’ (25%) e ‘dependência moderada’ (25%);

5. 3. 3 Escala de Depressão Geriátrica versão 15 itens

Os resultados apresentaram em média 5,12 pontos, sendo 15 pontos totais do instrumento. Expressou-se, em sua maioria, ‘ausência’ de sintomas depressivos (57,78%), enquanto presença de sintomas depressivos rastreado em 42,22% da população da amostra, sendo ‘sintomas leves’ (33,33%) e ‘sintomas severos’ (8,89%);

5. 3. 4 10-point cognitive screener (10-CS)

Apontou-se 79,35% da amostra com ‘provável ou possível déficit cognitivo’, em que ‘provável déficit cognitivo’ (63,04%) e ‘possível déficit cognitivo’ (16,3%);

5. 3. 5 Avaliação Autorreferida de Fragilidade em Idosos

Cerca de 75% das pessoas idosas avaliadas estão localizadas no corte ‘frágeis’ seguido de pré-frágeis (20,65%) e ‘não frágeis’ (4,35%);

5. 3. 6 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF)

A amostra obteve média de 18,26 pontos, a qual teve variação de 2 a 39 pontos, sendo 40 pontos totais. A maioria das pessoas avaliadas apresentaram ‘alta vulnerabilidade’ (67,39%), seguido de ‘moderada vulnerabilidade’ (23,91%) e ‘robusto’ em sua minoria (8,7%).

Figura 1 - Caracterização de saúde de acordo com os instrumentos de rastreio. São Carlos, 2024.

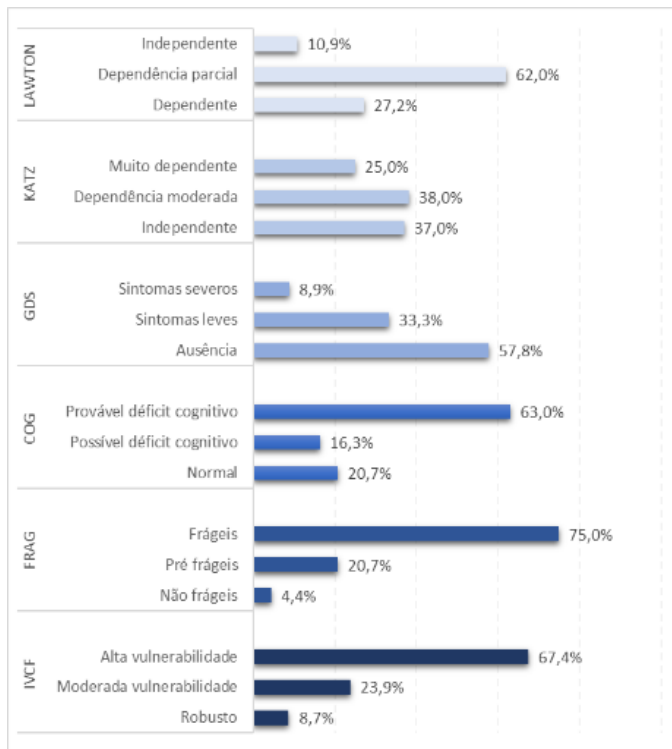


Tabela 3 – Panorama estatístico dos instrumentos de rastreio. São Carlos, 2024.

ESCALAS	
Variável	N=92
<i>LAWTON TOTAL</i>	
Média (DP)	13,09 (5,4)
Mediana (Min-Máx)	13 (4-21)
<i>LAWTON CORTE</i>	
Dependente	25 (27,17%)
Dependência parcial	57 (61,96%)
Independente	10 (10,87%)
<i>KATZ TOTAL</i>	
Média (DP)	4,24 (2,05)
Mediana (Min-Máx)	5 (0-6)

KATZ CORTE

Independente	34 (36,96%)
Dependência moderada	35 (38,04%)
Muito dependente	23 (25%)

GDS TOTAL

Média (DP)	5,12 (3,9)
Mediana (Min-Máx)	5 (0-15)
Frequency Missing = 2	

GDS CORTE

Ausência	52 (57,78%)
Sintomas leves	30 (33,33%)
Sintomas severos	8 (8,89%)
Frequency Missing = 2	

Sintomas depressivos

Não	52 (57,78%)
Sim	38 (42,22%)
Frequency Missing = 2	

COG CORTE

Normal	19 (20,65%)
Possível déficit cognitivo	15 (16,3%)
Provável déficit cognitivo	58 (63,04%)

Provável ou possível déficit

Não	19 (20,65%)
Sim	73 (79,35%)

FRAG TOTAL

Média (DP)	3,49 (1,56)
Mediana (Min-Máx)	4 (0-5)

FRAG CORTE

Não frágeis	4 (4,35%)
Pré frágeis	19 (20,65%)
Frágeis	69 (75%)

IVCF TOTAL

Média (DP)	18,26 (7,88)
Mediana (Min-Máx)	19 (2-39)

IVCF CORTE

Robusto	8 (8,7%)
Moderada vulnerabilidade	22 (23,91%)
Alta vulnerabilidade	62 (67,39%)

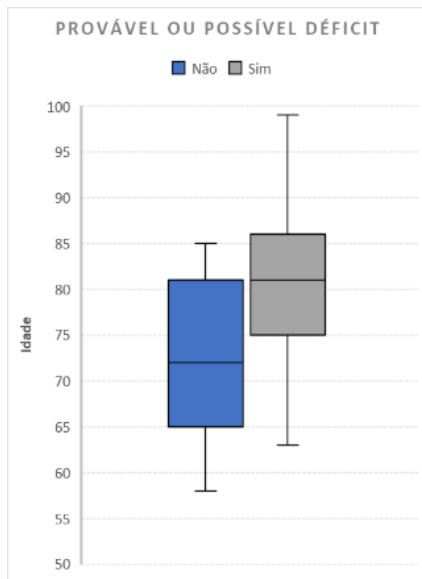
5. 4 ASSOCIAÇÕES COM O BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO (PROVÁVEL OU POSSÍVEL DÉFICIT)

A partir das pessoas idosas avaliadas que apresentaram baixo desempenho cognitivo (provável ou possível déficit), foram obtidos média de idade (80,15 anos), mínimo (63 anos), máximo (99 anos). Além disso, conjuntamente com o baixo desempenho cognitivo, as seguintes variáveis exemplificam:

5.4.1 Idade

Demonstrou aumento em 2% da prevalência de baixo desempenho cognitivo a cada aumento de um ano na idade. Além de valor p (<0,01) explicitando relevância estatística do fator idade em relação ao baixo desempenho cognitivo da amostra.

Figura 3 - Associação de ‘provável ou possível déficit’ cognitivo com a idade. São Carlos, 2024.



5. 4. 2 Multimorbidade

79,69% dos indivíduos que apresentaram multimorbidades (presença de 3 ou mais doenças coexistentes).

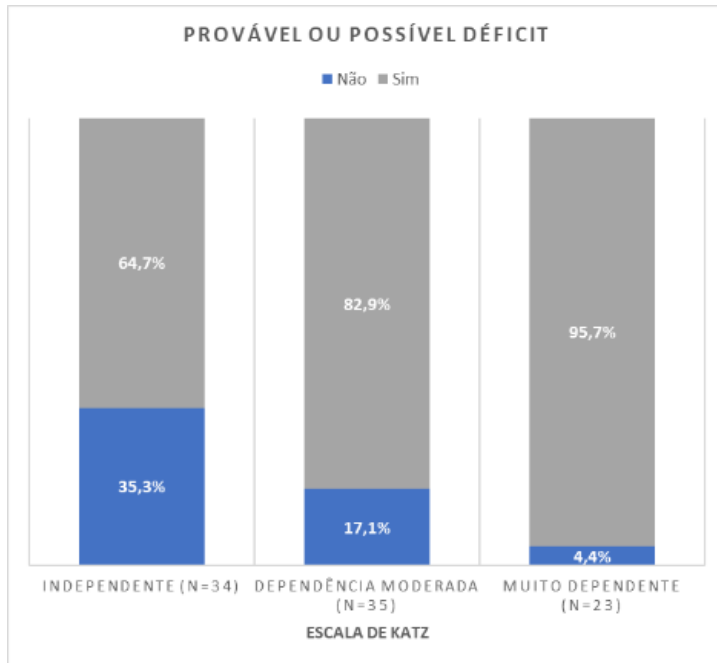
5. 4. 3 Escala de Depressão Geriátrica

Em 81,58% da amostra que apresentou sintomas depressivos também demonstrou baixo desempenho cognitivo.

5. 4. 4. Escala de Katz

Pessoas idosas com ‘provável ou possível déficit cognitivo’ estratificadas como ‘muito dependente’ demonstraram 95,65% da amostra, seguido de ‘dependência moderada’ com 82,86%. Evidenciou valor p estatisticamente significativo ($p=0,01$) e razão de prevalência (1,48) em ‘muito dependente’, indicando prevalência de baixo desempenho cognitivo de 48% maior no grupo ‘muito dependente’ em relação ao corte ‘independente’ como visível figura 2 e na tabela 4.

Figura 2 - Associação de 'provável ou possível déficit' cognitivo com a Escala de Katz. São Carlos, 2024.



4. 5. 5 Índice de Lawton:

Indivíduos com baixo desempenho cognitivo, apresentaram nesta escala com 'dependência parcial' (84,21%) e 'dependente' (80%).

Tabela 4 - Associações de baixo desempenho cognitivo (provável ou possível déficit) com fatores: idade, multimorbidade, sintomas depressivos, dependência funcional e dependência instrumental. São Carlos, 2024.

ASSOCIAÇÕES COM O BAIXO DESEMPENHO COGNITIVO (PROVÁVEL OU POSSÍVEL DÉFICIT)

Variável	Provável ou possível déficit		Razão de prevalência	Intervalo de confiança (95%)	Valor-p
	Não	Sim			
<i>Idade</i>					

Média (DP)	73,11 (7,94)	80,15 (8,35)	1,02	1,01	1,03	<0,01
Mediana (Min-Máx)	72 (58-85)	81 (63-99)				
<i>Multimorbidade (3 ou mais doenças)</i>						
Não (n=28)	6 (21,43%)	22 (78,57%)	ref.			
Sim (n=64)	13 (20,31%)	51 (79,69%)	1,01	0,81	1,28	0,90
<i>GDS CORTE</i>						
Ausência (n=52)	12 (23,08%)	40 (76,92%)	ref.			
Sintomas leves (n=30)	5 (16,67%)	25 (83,33%)	1,08	0,83	1,41	0,75
Sintomas severos (n=8)	2 (25%)	6 (75%)	0,98	0,59	1,62	0,99
<i>Sintomas depressivos</i>						
Não (n=52)	12 (23,08%)	40 (76,92%)	ref.			
Sim (n=38)	7 (18,42%)	31 (81,58%)	1,06	0,86	1,31	0,59
<i>KATZ CORTE</i>						
Independente (n=34)	12 (35,29%)	22 (64,71%)	ref.			
Dependência moderada (n=35)	6 (17,14%)	29 (82,86%)	1,28	0,90	1,81	0,22
Muito dependente (n=23)	1 (4,35%)	22 (95,65%)	1,48	1,08	2,02	0,01
<i>LAWTON CORTE</i>						
Dependente (n=25)	5 (20%)	20 (80%)	1,60	0,74	3,48	0,33
Dependência parcial (n=57)	9 (15,79%)	48 (84,21%)	1,68	0,79	3,58	0,24

Independente (n=10) 5 (50%) 5 (50%) ref.

6 DISCUSSÃO

Os principais achados do estudo revelam predominâncias em características sociodemográficas e demonstram os fatores gerais de saúde, rastreamento de sintomas depressivos, presença de multimorbidades e dependência funcional relacionados ao baixo desempenho cognitivo dessa população.

Amostra composta em sua maioria por sexo feminino (64,13%) ilustrando o processo de feminização no envelhecimento, fenômeno no qual é notável a proporção majoritariamente feminina na população, principalmente nas idades mais avançadas (Maximiano-Barreto et al. 2019b; Cepellos, 2021) As mulheres representam 51,1% da população brasileira, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada pelo IBGE. Estudos indicam que, entre a população com mais de 60 anos, a cada 78,8 homens há 100 mulheres no contexto brasileiro (Cabral, 2022). Dentro da expectativa de vida, as mulheres idosas têm 80,3 anos, enquanto a expectativa entre os homens é de 73,3 anos (Abdala, 2021; Corrêa, 2023).

Sobre as outras características sociodemográficas, a maioria autodeclarou-se brancos (57,3%), aposentados (84,62%), católicos (75%), com vida conjugal sendo casados ou com companheiros (50,55%). A média de idade foi de 78,7 anos, e média de 5,61 anos de escolaridade, corroborando com estudos na área da gerontologia (Maximiano-Barreto et al. 2019a; Abdala, 2021; Cepellos, 2021; Corrêa, 2023).

Alguns estudos refletem sobre a relação direta entre baixa escolaridade e o baixo letramento em saúde, fator determinante de saúde, que leva a negligência e agravos de saúde a pessoa idosa (Cipriani et al. 2023; Lima et al. 2024). Além disso, a baixa escolaridade é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de demências (Livingston et al, 2024), por isso, trazem alertas para o perfil do grupo de idosos participantes desta pesquisa.

É notável também, a predominância de multimorbidades (presença de três ou mais doenças simultâneas), condição comum à população idosa, implicando na importância de assistência em saúde a esse grupo etário e nas medidas de prevenção (Melo; Lima, 2020). Com prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (64,13%), demência (29,35%), Diabetes Mellitus (27,17%), doença cardíaca (23,91%) e depressão (22,83%) além da presença de polifarmácia

em 96,74% na população amostral do atual estudo. Fatores estes, relacionados a prevalência de demências em pessoas idosas, dado a última publicação da Comissão Lancet para demências, em que, além da Hipertensão Arterial Sistêmica, o Diabetes Mellitus, depressão serem considerados importantes fatores de risco modificáveis, foi incluído a hipercolesterolemia (LDL aumentado), que está intrinsecamente ligada às doenças cardiovasculares como importante fator de risco para demências (Livingston et al, 2024).

Estudos na literatura têm demonstrado uma associação entre o desenvolvimento da síndrome da fragilidade em idosos e o avanço da idade. Por isso, é esperado que os pacientes atendidos em nível de atenção em saúde especializada apresentem maiores índices dessa síndrome, visto que essa condição os torna mais vulneráveis a alterações no estado de saúde e necessita de atenção especializada (Barbosa, 2021). Assim, o risco aumentado de alterações cognitivas subsequentes, limitações de desempenho em atividades instrumentais e presença de multimorbidades, sugere que se deve priorizar atenção ao impacto das mudanças de longo prazo no estado de saúde sobre a cognição e os fatores relacionados ao baixo desempenho cognitivo da pessoa idosa (Du, 2024).

O comprometimento da capacidade funcional revela que quanto maior a dependência nas ABVDs, maior a prevalência de baixo desempenho cognitivo, corroborando com outros estudos nacionais (Barbosa, 2021; Santos, 2022; Du, 2024). Na presente pesquisa, houve a associação de baixo desempenho cognitivo com a dependência funcional para atividades básicas de vida diária (ABVDs), sendo encontrado prevalência de déficits cognitivos 48% maior no grupo ‘muito dependente’ em relação ao grupo ‘independente’ da amostra.

Santos (2022), encontrou em pacientes com DA, maior comprometimento da mobilidade, como lentidão de marcha, comparado a pessoas idosas sem comprometimento cognitivo.

A significativa relação de baixo desempenho cognitivo com a idade, e com a alta dependência para realização das ABVDs são refletidas por estudos que trazem que as condições de saúde, incluindo condições cardiovasculares, deficiências nutricionais, dependência funcional para AVDs, desequilíbrio hormonal, inflamação e acumulação neurotóxica da proteína beta-amiloide no cérebro, perda dos neurônios da substância negra, presença de sintomas de depressão, uso de medicamentos e outras drogas, estilo de vida e pior percepção de saúde são fatores que também comprometem a cognição de forma geral da população idosa (Koster; Pereira, 2024). Na pesquisa de John et al. 2017, verificou-se que o risco de mortalidade

em cinco anos era de 2,28 em pessoas idosas dependentes para ABVDs com alteração cognitiva, enquanto o de idosos dependentes sem alteração cognitiva era de 1,49 . Este é um achado importante para a saúde pública, uma vez que demonstra a necessidade de estratégias de prevenção e promoção da saúde do idoso com alteração cognitiva.

A partir da identificação do comprometimento cognitivo em idosos, o profissional de saúde deve intervir sobre a cognição, envolvendo os familiares e cuidadores nas atividades, discutindo sobre como os sinais e sintomas influenciam na rotina da família, informando sobre a gestão do regime terapêutico, e abordar os déficits de memória envolvendo estratégias de compensação (Zortea et al. 2015)

Os resultados desse trabalho, em uma perspectiva ampla, corroboram com os achados da literatura quanto à estreita relação entre o baixo desempenho cognitivo e idade (Pereira et al. 2020; Ribeiro et al. 2020), evidenciando que essa condição pode estar associada à piora no estado de saúde em geral, e a outros desfechos como o declínio funcional, a hospitalização e o óbito em uma população idosa.

Para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, além da interação multidimensional entre a saúde física, saúde mental e integração social, as pessoas idosas devem ser independentes em atividades de vida diária, conduzindo suas próprias vidas e determinando como, quando e onde gostariam de realizar suas atividades de lazer, convívio social e trabalho com autonomia (Maia et al., 2020). Neste sentido, os profissionais na área da Gerontologia podem desempenhar ações diretas e indiretas à população idosa, de forma a envolver demandas decorrentes do processo de envelhecimento, com ênfase em prevenção e promoção da saúde, abarcando seus aspectos biopsicossociais.

Vale ressaltar que este estudo possui algumas limitações, como a amostra restrita ao Ambulatório de Gerontologia, o que pode limitar a generalização dos resultados. Ainda, podem não se aplicar a outras configurações de cuidados, como clínicas ou ambientes de cuidados domiciliares. No entanto, espera-se que os achados apresentados possam contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras e o aprimoramento das práticas de cuidado, em busca de um envelhecimento saudável e de qualidade para todos os envolvidos neste processo.

7 CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que a maior parte dos participantes foi considerada com alta vulnerabilidade clínico-funcional, baixo desempenho cognitivo, em uso de polifarmácia,

com multimorbidades, importante grau de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária e ausência de sintomas depressivos. Além disso, o baixo desempenho cognitivo das pessoas idosas avaliadas associou-se à faixa etária mais avançada e maior dependência para ABVDs.

Ao pensar em atenção integral em saúde para a população idosa, deve-se levar em consideração que durante o processo de envelhecimento, cada indivíduo pode apresentar características fisiopatológicas singulares, multidimensionais e complexas. Neste sentido, estabelecer indicadores de saúde pode aperfeiçoar o monitoramento e o planejamento de ações voltadas ao contexto ambulatorial, e possibilita a organização de prioridades de intervenção em saúde, auxiliando inclusive em medidas preventivas e promoção da independência e autonomia de pessoas idosas.

As implicações dos resultados apresentados nesta presente pesquisa estão em consonância com a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências ([LEI Nº 14.878, DE 4 DE JUNHO DE 2024](#)) que traz diretrizes com o planejamento de ações de prevenção e intervenção na área da gerontologia.

Por fim, destaca-se a importância do profissional bacharel em Gerontologia que possui habilidades e competências para gerir, avaliar e intervir a saúde da pessoa idosa de modo a buscar formas de melhoria em assistência integral à saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Vitor. Aumento da expectativa de vida não considera efeitos da covid-19. Agência Brasil, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2021-11/aumento-da-expectativa-de-vida-nao-considera-efeitos-da-covid-19#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20IBGE,%2C3%20anos%2C%20no%20ano> . Acesso em: maio. 2024.

AGUIAR, Ricardo Saraiva; DA SILVA, Henrique Salmazo. Qualidade da atenção à saúde do idoso atenção primária: uma revisão integrativa. **Enfermería global**, v. 21, n. 1, p. 545-589, 2022.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia. Londres: Alzheimer's Disease International. 2019.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999.

APOLINARIO, D.; LICHTENTHALER, D. G.; MAGALDI, R. M. et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, p. 4-12, 2016.

BARBOSA, Gustavo Carrijo. INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE IDOSOS POR CONDIÇÕES RESPIRATÓRIAS NO BRASIL, 2012-2021. **REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR**, v. 14, n. 1, 2023.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Kairós Gerontologia: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2019.

BONILHA, Ana Cláudia et al. A atuação profissional do bacharel gerontólogo na atenção primária em saúde. **KAIRÓS-GERONTOLOGIA**, v. 26, n. 33, 2023.

Brigola AG, Rossetti ES, dos Santos BR, Neri AL, Zazzetta MS, Inouye K, et al. Relationship between cognition and frailty in elderly: A systematic review | Relação entre cognição e fragilidade em idosos: Uma revisão sistemática. *Dement e Neuropsychol.* 2015;9(2):110–9.

CABRAL, Umberlândia. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Agência IBGE de notícias, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em maio. 2024.

CAMARANO, Ana Amélia et al. Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro. 2023.

CARVALHO, Eliana Lovo Morales. OS IMPACTOS DO ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE A PANDEMIA PELA COVID19 E SUAS IMPLICAÇÕES EM CASOS DE DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS. **Publicações**, 2023.

CARVALHO, T. C.; VALLE, A. P.; JACINTO, A. F. et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018.

CEPELLOS, Vanessa Martines. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Revista de Administração de Empresas*, v. 61, n. 2, p. e20190861, 2021.

CIPRIANI, Luiza Maria et al. Vulnerabilidade social na população idosa usuária da Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Sul. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 44, n. 1, p. 3-14, 2023.

CORRÊA, Julia Gabrieli Peretti et al. Explorando o potencial terapêutico da cannabis no tratamento da doença de Alzheimer: relato de caso e revisão de literatura. 2024.

CORRÊA, Luciana Silva. Envelhecimento feminino e etarismo nas organizações: o desafio da mulher madura no mundo do trabalho. *Organicom*, v. 20, n. 41, p. 120-134, 2023.

DADALTO, E.V.; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 01, p. 147-157, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>.

DA SILVA, Fabio José Antonio et al. Doenças crônicas não transmissíveis como um problema de saúde pública: uma revisão sistemática. *Conjecturas*, v. 22, n. 16, p. 864-873, 2022.

DA PENHA, Elaine Gladys Costa Viana et al. Cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 4, p. 423-437, 2023.

DU, Min et al. Trajectories of health conditions and their associations with the risk of cognitive impairment among older adults: insights from a national prospective cohort study. **BMC medicine**, v. 22, n. 1, p. 20, 2024.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

FALLER, J. W.; PEREIRA, D. N.; SOUZA, S. et al. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, e0216166, 2019.

FETER, N. et al. Who are the people with Alzheimer's disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, E210018, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018>.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; CECCON, Roger Flores; FIGUEIREDO, José Henrique Cunha. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciencia & saude coletiva*, v. 26, p. 77-88, 2021.

Fougere B, Delrieu J, Del Campo N, Soriano G, Sourdet S, Vellas B. Cognitive Frailty: Mechanisms, Tools to Measure, Prevention and Controversy. *Clin Geriatr Med*. 2017 Aug;33(3):339–55.

GRUNEIR, A.; BRONSKILL, S. E.; MAXWELL, C. J. et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 154-163, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>> Acesso em: 20/07/2023.

JOHN, P. D. S.; TYAS, S. L.; GRIFFITH, L. E. et al. The cumulative effect of frailty and cognition on mortality – results of a prospective cohort study. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 4, p. 535-543, 2017.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA Network**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KOSTER, Anna Karoline Prestes; PEREIRA, Paty. Incontinência urinária e seus fatores associados em idosas fisicamente ativas. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v. 13, p. 81-93, 2024.

KRUG, Rodrigo de Rosso et al. Programa intergeracional de estimulação cognitiva: Benefícios relatados por idosos e monitores participantes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 35, 2019.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEITE, B. S. et al. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 4, p. 682-688, 2017.

LEVIN, Jack; FOX, James Alan. Estatística para ciências humanas. In: **Estatística para ciências humanas**. 2004. p. xv, 497-xv, 497;

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LIVINGSTON, G. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, v. 396, 10248, p. 413-446, 2020.

DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).

LIVINGSTON, G.; HUNTLEY, J.; LIU, K.Y. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*, v. 10, n. 404(10452), p. 572-628, 2024. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

LOPES, Fernanda et al. The operationalization of health care networks for the elderly in Brazil and in the world: scoping review: A operacionalização das redes de atenção à saúde da pessoa idosa com demência no Brasil e no mundo: revisão de escopo. **Concilium**, v. 23, n. 15, p. 244-259, 2023.

MAIA, L. C.; COLARES, T. F. B.; MORAES, E. N. et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, n. 35, p. 1-11, 2020.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais*, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019a.

MAXIMIANO-BARRETO, Madson Alan et al. Ansiedade e depressão e a relação com a desigualdade social entre idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 20, n. 1, p. 209-219, 2019b.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3869-3877, 2020.

MENDES, Marcia Paschoaleto et al. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde da Pessoa Idosa. *Revista Técnico-Científica CEJAM*, v. 2, p. e202320013-e202320013, 2023.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 1-10, 2016.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M.; SANTOS, R. R. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *Journal of Aging Research & Clinical Practice*, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016.

NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; WACHS, L. S. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 43, p. 1-10, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Press Release, 2019.

Disponível em:

https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_EN.pdf.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. 1 ed. Curitiba: SESA, 2017.

PEREIRA, Xiankarla de Brito Fernandes et al. Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. e200012, 2020.

RIBEIRO, Ana Beatriz Pereira et al. Avaliação cognitiva de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista Saberes Acadêmicos**, v. 4, n. 1, p. 42-51, 2020.

RODRIGUES, Andreia Rocha. Demência associada ao uso prolongado de inibidores da bomba de prótons. 2024. Tese de Doutorado. 2024.

SAMARTINI, Raquel Spindola; ARAUJO, Lara Miguel Quirino; CÂNDIDO, Viviane Cristina. O impacto das doenças crônicas na autonomia e autocuidado dos idosos. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 561-569, 2023.

SANTOS, F. R. D. P.; RAMOS, F. C.; ROZA, P. K. N. et al. Correlation of the Cognitive State with the Age and the Years of Institutionalized Elderly Studies. **Revista Cereus**, v. 11, n. 3, p. 69-76, 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, Emanuely Moura et al. Declínio cognitivo e Demência de Alzheimer: existe relação com o desempenho funcional?. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, p. e19811830788-e19811830788, 2022.

SILVA, Magali Miranda; BITTENCOURT, Daniely Cristina Souza; OLIVEIRA, Brenda Yuri de Freitas. IMPACTOS DA DEMÊNCIA NOS CUIDADORES: INTERVENÇÕES DA PSICOLOGIA, 2023.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

ZORTEA, B.; GAUTÉRIO-ABREU, D. P.; SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. *Revista Rene*, v. 16, n. 1, p. 123-131, 2015.

ZOU, G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *Am J Epidemiol*. 2004; 159(7):702-6.

ANEXOS

Anexo A - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>		Pontuação	
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts

		<p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</p> <p>() <i>Sim</i>⁴ () <i>Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</i></p>	
	AVD Básica	<p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</p> <p>() <i>Sim</i>⁶ () <i>Não</i></p>	
COGNIÇÃO		<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</p> <p>() <i>Sim</i>¹ () <i>Não</i></p>	
		<p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</p> <p>() <i>Sim</i>¹ () <i>Não</i></p>	
		<p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</p> <p>() <i>Sim</i>² () <i>Não</i></p>	

) <i>Não</i>	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ² <input type="checkbox"/> <i>Não</i>	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ² <input type="checkbox"/> <i>Não</i>	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ¹ <input type="checkbox"/> <i>Não</i>	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> <i>Sim</i> ¹ <input type="checkbox"/> <i>Não</i>	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês ();	

		<p>- Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² ();</p> <p>- Circunferência da panturrilha a < 31 cm ();</p> <p>- Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ().</p> <p>() <i>Sim</i>² () <i>Não</i></p>	Máximo 2 pts
	Marcha	<p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</p> <p>() <i>Sim</i>² () <i>Não</i></p>	
		<p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</p> <p>() <i>Sim</i>² () <i>Não</i></p>	
	Continência esfinteriana	<p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</p> <p>() <i>Sim</i>² () <i>Não</i></p>	
COMUNICAÇÃO	Visão	<p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do</p>	

		<p>cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</p> <p>()Sim² ()Não</p>	
	Audição	<p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</p> <p>()Sim² ()Não</p>	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	<p>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</p> <p>- Cinco ou mais doenças crônicas ();</p> <p>- Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ();</p> <p>- Internação recente, nos últimos 6 meses ().</p> <p>()Sim⁴ ()Não</p>	<p>Máximo 4 pts</p>
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
<i>Total (máx. 40 pontos)</i>			

Anexo B - AVALIAÇÃO AUTORREFERIDA DE FRAGILIDADE

Redução da força

1. Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu?

(1) Sim (0) Não

Redução da velocidade de caminhada

2. O(A) sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)?

(1) Sim (0) Não

Baixa atividade física

3. O(A) sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)?

(1) Sim (0) Não

Fadiga relatada

4. Com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):

(0) Nunca ou raramente (menos de 1 dia)

(1) Poucas vezes (1 - 2 dias)

(1) Algumas vezes (3 - 4 dias)

(1) A maior parte do tempo.

5. Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:

(0) Nunca ou raramente (menos de 1 dia)

(1) Poucas vezes (1 - 2 dias)

(1) Algumas vezes (3 - 4 dias)

(1) A maior parte do tempo.

Nota de corte: “Frágeis” = três ou mais; “Pré-frágeis”= um ou dois; “Não frágeis” = 0

PONTUAÇÃO FINAL

Não(0) Sim(1)

1. Em qual ano nós estamos?	0	1
2. Em qual mês nós estamos?	0	1
3. Que dia do mês é hoje?	0	1

4) Agora eu vou dizer o nome de três objetos. Por favor, espere até que eu fale todos os três objetos, e então repita-os. Memorize quais são eles, porque daqui uns minutos eu vou perguntar a você novamente quais são eles. Por favor repita então o nome destes objetos: **CARRO – VASO - TIJOLO**

(Pode repetir 3 vezes se necessário; repetição não é pontuada)

5) Agora diga para mim o nome de todos os animais que você possa lembrar, o mais rápido possível. Eu vou te dar um minuto para você dizer o máximo de animais que você consegue se lembrar. Preparado?

0 a 5 animais		0
6 a 8 animais		1
9 a 11 animais		2
12 a 14 animais		3
15 ou mais		4

6) Agora me diga quais foram os três objetos que eu pedi para você memorizar?

CARRO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)
VASO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)
TIJOLO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)

PONTUAÇÃO CS: _____

Ajuste com a escolaridade: Ausência de educação formal: adicione 2 pontos (para o máximo de 10);

1 – 3 anos de escolaridade: adicione 1 ponto (para o máximo de 10);

NOTA DE CORTE

- ≥ 8 : Normal; 6-7: Possível déficit cognitivo; 0-5: Provável déficit cognitivo.

Anexo D - DEPENDÊNCIA EM ABVD – ESCALA DE KATZ

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

Total de Pontos _____	6: Independente	4: Dependência moderada	2 ou menos: Muito dependente
---------------------------------	------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Anexo E - DEPENDÊNCIA EM AIVD – LAWTON E BRODY

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

Anexo F - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

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

APÊNDICES

Apêndice A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO IDOSO

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário de São Carlos

Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração no estudo cujo objetivo é identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar, em função de suas variáveis sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional, cognitiva, sintomas de depressão e índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) por ter sessenta anos ou mais; de ambos os sexos; residente no município de São Carlos/SP; que esteja sendo acompanhado no HU-UFSCar por condições clínicas no período da coleta; que consiga responder aos questionários e possua familiar/cuidador para auxiliar; e que demonstrar interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) junto ao TCLE do responsável legal. Solicitamos ao(a) Sr(a). autorização para realização de uma entrevista de aproximadamente 15 minutos, por um (a) entrevistador (a) devidamente identificado com avental branco e crachá. O Sr(a). deverá responder a questionários com perguntas sobre seus dados sociais (idade, nível de escolaridade, renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não trará nenhum tipo de prejuízo para você. As perguntas poderão lhe causar algum incômodo ou constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixar de responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas e os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Assim, não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e possibilidades serão realizados para ressarcir-los. Espero merecer sua confiança, coloco-me à disposição para qualquer informação adicional pelo telefone (16) 98155-2671 ou e-mail alicesena@estudante.ufscar.br.

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos-SP, Brasil. Fone (16)3351-8110. E-mail: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

*Este documento só poderá ser entregue em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador.

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário de São Carlos

Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração no estudo cujo objetivo é identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar, em função de suas variáveis sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional, cognitiva, sintomas de depressão e índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr(a). está sendo convidado(a) por ser o responsável do participante idoso que possui um cuidador a pelo menos 01 (um) mês. Solicitamos ao (a) Sr. (a) autorização para realização de uma entrevista de aproximadamente 15 minutos, por um (a) entrevistador (a) devidamente identificado com avental branco e crachá. O Sr (a) deverá responder a questionários com perguntas sobre os dados sociais (idade, nível de escolaridade, renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não trará nenhum tipo de prejuízo para você nem para o participante idoso. As perguntas poderão lhe causar algum incômodo ou constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixar de responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas e os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Assim, não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e possibilidades serão realizados para ressarcí-los. Espero merecer sua confiança, coloco-me à disposição para qualquer informação adicional pelo telefone (16) 98155-2671 ou e-mail alicesena@estudante.ufscar.br

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu, _____, responsável pelo Sr. (a) _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

*Este documento só poderá ser entregue em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador.

Apêndice C - REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO GERONTOLÓGICO

Reavaliação? () Sim () Não Data: Horário inicial: Horário
Final:

Avaliador: _____

2) Quem encaminhou?

(1) Médico em geral

(2) Geriatra

(3) Psiquiatra

(4) Neurologista

(5) Assistente Social

(6) Fisioterapeuta

(7) Psicólogo

(8) Outros _____

Supervisora: Profa. Dra. Aline Martins Gratão – Enfermeira – COREN: 107888

1) Origem:

(1) Ambulatório de Geriatria

(2) Inter consulta HU

(3) UBS

(4) ESF

(5) CEME

(6) USE

(7) CRAS/CREAS

(8) Outros

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**1. DADOS DEMOGRÁFICOS:**

Nome do Paciente: _____ Sexo: _____
 (1) M (2) F

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Etnia: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado

Possui Filhos Vivos: 1) Sim, (quantos: _____ (0) Não

Com Quem Mora: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS:

Escolaridade (em anos): _____

Situação Previdenciária (1= sim; 0= não): () Aposentado () Pensionista () BPC ()
 Outros

Renda Individual mensal (em salários mínimos): _____

Situação Ocupacional Anterior: _____

3. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS (1= sim; 0= não):

Diabetes ()	AVE ()	Osteoporose ()	Câncer ()	Alter. da tireoide ()
HAS ()	Cardiopatia ()	Osteopenia () ()	Incontinência esfinct.	DPOC ()

Dislipidemia ()	Infarto ()	Artrose ()	TNCM ()	Tipo:
---------------------	-------------	-------------	----------	-------

Outras:

4. QUEIXA PRINCIPAL

5. MEDICAMENTOS (nome, dosagem e frequência):

6. ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

Sinais Vitais	PA: _____ X _____ mmHg T _____ °C P: _____ bpm peso: _____ Kg Alt; _____ cm IMC: _____
Hábitos de Vida	A que horas o(a) sr.(a) dorme? (____:____) e acorda (____:____) geralmente? Em média, quantas horas de sono: Como o(a) sr(a). classifica seu sono? (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Muito bom (5) Excelente O(a) sr(a). realiza alguma atividade física (150 min. Semanais)? (1) Sim (0) Não Qual(is) _____ _____ Frequência/semana: _____ _____ O(a) sr.(a) é fumante? (1) Sim (0) Não. Cigarros/dia: O(a) sr.(a) ingere bebidas alcóolicas? (1) Sim (0) Não
Saúde Bucal	O(a) sr.(a) usa prótese dentária? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) tem feridas ou lesões na boca/língua? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) possui problemas de mastigação? (1) Sim (0) Não

	Data da última visita ao dentista: _____
Vacinação	Tomou alguma vacina nos últimos 10 anos? (1) Sim (0) Não Se sim, trazer carteira de vacinação para verificação. Se não, providenciar atualização da mesma junto à equipe de saúde.
Avaliação Dietética	Refeições completas ao dia: Ingestão de líquido ao dia (em copos):
Dor	O(a) sr.(a) sente dor em algum lugar do corpo? (1) Sim (2) Não Se sim, onde? Há quanto tempo?
Segurança ambiental	Na sua casa há (1= sim; 0= não): () Escadas () Tapetes soltos () Corrimão
Suporte Social	Alguém poderia ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado(a)? (1) Sim (0) Não Quem poderia ajudá-lo(a)? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo(a) sr.(a) caso não seja capaz de fazê-lo? _____ _____
Lazer	Você tem oportunidades de atividade de lazer? (1) Sim (0) Não Quais: _____ _____ Qual a frequência? (1) semanalmente (2) mensalmente (3) 2x ao ano (4) 1x ao ano
Violência e maus-tratos	O(a) sr.(a) tem medo de alguém próximo/do seu convívio? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) tem sofrido agressões físicas e/ou psicológicas? (1) Sim (0) Não

	Alguém tem usado o dinheiro do(a) sr.(a) sem autorização? Não	(1) Sim (0)
--	--	-------------

ACOMPANHAMENTO
Encaminhamento e contrarreferência:
Qual especialidade?
Paciente foi atendido? () Sim () Não Caso não, qual o motivo?
Precisou fazer algum exame? () Não () Sim – Qual:

Apêndice D - CEP APROVADO

SEI/SEDE - 3297722 - Ofício - SEI

https://sei.cbserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir...



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Rua Luís Vaz de Camões, nº 111 - Bairro Vila Celina
São Carlos-SP, CEP 13566-448
(16) 3509-2400 - <http://huufscar.ebserh.gov.br>

Ofício - SEI nº 37/2019/SGPIT/GEP/HU-UFSCAR-EBSERH

São Carlos, 11 de outubro de 2019.

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Aline Cristina Martins Gratão

Departamento de Gerontologia da UFSCar

Orientadora do Projeto

Assunto: PARECER FINAL DE PROJETO DE PESQUISA: "IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO CARLOS"

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23763.000898/2019-16.

Prezada Profª.,

Seu projeto foi avaliado e aprovado para ser desenvolvido no HU-UFSCar.

Reforçamos que o projeto só poderá ser iniciado no HU-UFSCar, após aprovação e envio à GEP do Parecer do Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da UFSCar. É importante ressaltar que o HU-UFSCar deve constar, como local para as atividades do projeto, no parecer do Comitê de Ética.

Após o envio do parecer, haverá ainda necessidade de contato presencial prévio entre a Coordenação do Projeto e sua equipe e a Chefas responsáveis do HU-UFSCar, identificadas no parecer em anexo, a ser agendada pela GEP.

Atenciosamente,

Parecer e Análise do Projeto de Pesquisa para apreciação: "IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO CARLOS"

Em resposta ao Despacho - SEI DM/GAS/HU-UFSCar (3172357), apresento parecer considerando: cronograma, previsão orçamentária, recursos físicos, humanos e de equipamentos para a realização do projeto acima descrito.

Requisitos a serem analisados	Sim	Não	NA	Parecer
1- O tempo previsto no projeto para a execução das atividades a serem realizadas no HU-UFSCar é compatível com a dinâmica de funcionamento da (s) unidade (s) onde o projeto será realizado?	x			
2- Há previsão orçamentária própria ou de órgão de fomento para que não haja ônus aos recursos do HU-UFSCar?	x			
3- Os recursos físicos disponíveis na instituição são suficientes à execução da pesquisa, sem ser necessário espaço físico exclusivo à atividade?	x			
4- A pesquisa, de alguma forma, envolve participação de profissionais da assistência?		x		
• Se sim, a participação do profissional está prevista para ocorrer no horário de trabalho?			x	
• Se sim, consta no projeto a previsão de um tempo médio por profissional de participação na pesquisa?			x	
• Se sim, consta no projeto a previsão de pactuação prévia com os chefes das unidades envolvidas?			x	

5-A participação dos profissionais na pesquisa poderá interferir no andamento das atividades de assistência?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6-Caso haja previsão de participação dos profissionais fora do horário das atividades laborais, consta no projeto o compromisso de informar aos mesmos que a participação não gerará horas extras ou horas acumuladas em banco de horas?			<input checked="" type="checkbox"/>
7- Os recursos tecnológicos disponíveis na instituição são suficientes à execução da pesquisa, sem ser necessária sua disponibilização exclusiva?	<input checked="" type="checkbox"/>		
8-Haverá impactos para a execução das atividades assistenciais habituais na área em que será desenvolvido?	<input checked="" type="checkbox"/>		
<p>Quais categorias profissionais o projeto de pesquisa envolve? A pesquisa será realizada pelos próprios profissionais de saúde da gerontologia e não por funcionários através da aplicação de questionários para pacientes idosos sem ônus ao HU.</p> <p>O objetivo deste estudo é identificar o perfil dos idosos internados no HU-UFSCar e dos idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia, em função de suas variáveis sociodemográficas e de saúde, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos. Método: Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com avaliações do idoso por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, Escala de Katz para o grau de dependência para as atividades básicas de vida diária e Escala de Lawton para as atividades instrumentais, Mini Exame do estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica. Para a avaliação do cuidador será aplicado um questionário para caracterizar seu perfil socioeconômico e de saúde, além do Inventário de Sobrecarga de Zarit, para avaliar a percepção objetiva e subjetiva da sobrecarga sofrida pelo cuidador, e o Self-Reporting Questionnaire, para identificar a presença de sintomas de transtornos mentais não-psicóticos. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa.</p>			
<p>Quais chefias devem ser comunicadas para alinhamento sobre o desenvolvimento da pesquisa? Qual chefia ficará responsável pela pactuação do início com o pesquisador? Chefia da enfermagem de clínica médica e enfermeira responsável pelo ambulatório de geriatria.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>Considerações pertinentes a todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no HU-UFSCar para orientação da chefia da unidade que receberá o projeto de pesquisa, se aprovado:</p> <p>1. O início da pesquisa depende de alinhamento entre pesquisador e chefia responsável pela unidade/setor em que o estudo será desenvolvido quanto a:</p> <p>a) Forma de abordagem dos possíveis participantes - considerar local, momento para abordagem, reiterando que a participação é voluntária, deve ter a apresentação do TCLE e explicação sobre a pesquisa antes da coleta dos dados.</p> <p>b) Horário para a realização da coleta dos dados - em caso de envolver profissional da instituição como possível participante da pesquisa, os pareceristas deverão analisar junto ao colegiado da GAS ou junto aos chefes de unidade a pertinência da realização da pesquisa dentro ou fora do ambiente/horário de trabalho. Deve ser considerado pela chefia da unidade/setor/divisão, qual o impacto na escala de trabalho para disponibilização de horas assistenciais para participação do profissional na pesquisa proposta.</p> <p>c) Realização de reunião entre GEP, Chefia de Unidade e Pesquisador – será articulada pela GEP reunião para orientação dos envolvidos e acompanhamento do que está previsto em projeto e está sendo acordado entre pesquisador e chefia da unidade/setor.</p>			



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Gomes Pileggi Gonçalves, Gerente**, em 11/10/2019, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3297722** e o código CRC **5DFA389A**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 23763.000898/2019-16	SEI nº 3297722
---	-------------------