

A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional

The Geriatric Day-Care assistance mode: functional effects in a six month multidisciplinary health care program

Sandra Elizabeth Franciulli¹
 Natalia Aquaroni Ricci¹
 Naira Dutra Lemos¹
 Renata Cereda Cordeiro¹
 Juliana Maria Gazzola¹

Abstract *The objective is to describe the functional capacity of elderly patients who took part in a six-month follow-up program at a geriatric day care center. The methods used were a six-month observation clinical study. The following tools were used to assess fourteen elderly patients over 80 years old at admission at the day care and for six months thereafter: Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (daily life activities), Mini-Mental State Exam (cognition), Berg Balance Scale (functional balance evaluation) and Timed Up and Go Test (mobility). Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon and paired-samples T tests to verify statistical differences over time, $\alpha=0.05$. The results showed significant differences between assessment and reassessment of the global functional capacity scores ($p=0.019$) and postural transfer balance-related ability ($p=0.041$), showing improvement over time. After follow-up, scores related to the other variables remained unchanged. Conclusion: multidisciplinary health care at the geriatric day care center reinforced improvements or maintenance of the participants functional capacities, proving to be a promising alternative health care mode for the elderly.*

Key words *Aging health, Frail elderly, Comprehensive health care, Health services research*

Resumo *O objetivo deste artigo é descrever os efeitos da assistência multiprofissional na capacidade funcional de idosos atendidos em Centro-Dia Geriátrico após seis meses de acompanhamento. O método usado foi o estudo clínico observacional de seguimento. Catorze pacientes com idade superior a 80 anos foram avaliados na admissão ao serviço e após seis meses de acompanhamento, segundo os seguintes instrumentos: atividades diárias pelo Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; estado cognitivo por meio do Mini-Mental State Exam, equilíbrio funcional pela Berg Balance Scale e mobilidade pelo Timed Up and Go Test. Foi realizada análise descritiva simples e, para comparação entre os dois momentos de avaliação, os testes Wilcoxon e T-pareado, $\alpha=0,05$. Observou-se diferença significativa entre a avaliação e a reavaliação com melhora no decorrer do tempo para a capacidade funcional global ($p=0,019$) e equilíbrio funcional pelas tarefas de transferências posturais ($p=0,041$). As demais variáveis mostraram manutenção de seus valores no seguimento. Conclusão: a assistência multiprofissional em Centro-Dia potencializou melhora ou manutenção da capacidade funcional dos participantes, revelando ser uma alternativa promissora de modalidade de serviço para a saúde do idoso.*

Palavras-chave *Saúde do idoso, Idoso débil, Assistência integral à saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde*

¹ Departamento de Medicina, Disciplina de Geriatria e Gerontologia, UNIFESP-EPM. Rua Prof. Francisco de Castro 105, Vila Clementino. 04020-050 São Paulo SP. natalia_ricci@hotmail.com

Introdução

A presença de doenças crônicas, potencializadas pela perda da função de órgãos e sistemas biológicos, pode gerar limitações funcionais que levam à incapacidade, tornando muitas vezes o idoso dependente para a realização das suas atividades. Além das doenças crônicas, as limitações físicas, o declínio cognitivo, a perda sensorial, os sintomas depressivos, as quedas e o isolamento social, todos relacionados com a idade, são fatores de risco para o prejuízo da capacidade funcional¹. A definição operacional de capacidade funcional diz respeito justamente ao grau de preservação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária ou de autocuidado (ABVD) e ao grau de capacidade para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVD) apresentados pelo indivíduo².

Nesse sentido, a capacidade funcional, especialmente na sua dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, a risco aumentado de quedas e de morte e a problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e de alto custo³.

Em estudo realizado no município de São Paulo, foi observado que características socioeconômicas e demográficas relativas à saúde como ser do sexo feminino, ter baixo nível de escolaridade, ser aposentado e/ou dona de casa, ter percepção ruim da sua saúde, se associaram à dependência moderada/grave, sugerindo uma complexa rede causal do declínio da capacidade funcional⁴. A capacidade funcional surge, portanto, como um novo indicador de saúde, particularmente relevante para o idoso. Saúde, dentro dessa nova perspectiva, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional global de um idoso⁵.

É nesse sentido que ações preventivas e de reabilitação são imprescindíveis para atender as demandas dos idosos, tornando necessário o surgimento de programas assistenciais que tenham por objetivo proporcionar uma maior integração social e otimização da capacidade funcional, resultando na melhoria da qualidade de vida destes indivíduos. Com o aumento da demanda dos

serviços prestados a esta população e o fato das necessidades de saúde dos idosos requererem atenção especializada, diversos programas de assistência foram criados com o objetivo de proporcionar um envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível.

A Política Nacional do Idoso classifica os serviços de atenção à saúde do idoso em serviços de proteção social e serviços de inclusão social. Dentre os serviços de proteção social, inclui-se a modalidade Centro-Dia Geriátrico que oferece atendimento multiprofissional aos idosos, desenvolvendo promoção e proteção de saúde, assim como incentivando a socialização de seus frequentadores. O Centro-Dia Geriátrico é destinado à permanência diurna de idosos com dependência parcial nas atividades de vida diária e que necessitam de assistência multiprofissional⁶.

Experiências adquiridas em Singapura e Beer Sheva, em 1983 e 1987, confirmam a importância dos centros-dia como recurso máximo para controlar e evitar que idosos solitários e deprimidos se tornem dependentes na comunidade⁷.

Em razão da escassez de estudos sobre esta modalidade de prestação de serviços de saúde, faz-se necessário avaliar o impacto da assistência multiprofissional sobre a capacidade funcional de idosos atendidos em Centro-Dia Geriátrico. Isso porque a maior utilização destes recursos de cuidados de saúde pelas pessoas idosas e o uso mais apropriado dos recursos de reabilitação podem ter importantes implicações nos gastos com saúde⁸. Além disso, sua maior vantagem é oferecer um local único, capaz de proporcionar consultas com especialistas e intervenções para indivíduos com múltiplas necessidades, que teriam caso contrário que percorrer diversas modalidades de assistência à saúde para sanar suas demandas⁹.

O objetivo do presente estudo é descrever os efeitos de seis meses de assistência multiprofissional sobre a capacidade funcional de idosos atendidos em um Centro-Dia Geriátrico da região metropolitana de São Paulo.

Método

Trata-se de pesquisa de avaliação de um modelo de assistência à saúde do idoso por meio de um estudo clínico observacional em seguimento de seis meses.

O estudo foi realizado em um Centro-Dia Geriátrico ligado a uma universidade pública federal da região metropolitana de São Paulo. O

objetivo do Centro-Dia é prestar assistência especializada em Gerontologia/Geriatria a idosos com limitação funcional e/ou social e necessidade de supervisão diária.

O programa de intervenção no Centro-Dia foi baseado nas necessidades individuais do paciente. Cada idoso recebia um planejamento assistencial que poderia variar quanto à frequência semanal ao centro, estratégias terapêuticas e número semanal de terapias. A equipe era composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, odontogeriatra, auxiliar de enfermagem e cuidador.

Para compor a amostra da pesquisa, foram incluídos todos os pacientes que possuíam avaliação multiprofissional adequadamente registrada em prontuários. Foram excluídos os pacientes que se recusaram verbalmente; que haviam falecido no período entre a admissão e a seleção de potenciais sujeitos; aqueles que desistiram de participar da modalidade ou foram excluídos do serviço ao longo dos seis meses de acompanhamento.

Todos os sujeitos incluídos no estudo foram informados quanto aos objetivos e procedimentos a serem realizados, tendo sido obtidos consentimentos dos sujeitos ou dos responsáveis legais de forma livre. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino Superior, conforme resolução 196/96 do CNS.

No momento da admissão do paciente no Centro-Dia, era realizada rotineiramente avaliação multidimensional e abrangente pela equipe multiprofissional, cujos dados ficaram armazenados nos prontuários para serem utilizados como fontes de informação indireta e retrospectiva no presente estudo. Esta avaliação de admissão constava de dados sociodemográficos, clínicos, funcionais, equilíbrio e mobilidade. Após seis meses de acompanhamento no serviço, os pacientes selecionados foram submetidos a uma reavaliação que incluiu a realização dos mesmos testes aplicados na admissão: capacidade funcional por meio da subescala funcional do *Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ)*, aspectos cognitivos por meio do *Mini-Mental State Exam (MEEM)*, equilíbrio funcional por meio da *Berg Balance Scale (BBS)* e mobilidade por meio do *Timed Up and Go Test (TUGT)*.

O instrumento *BOMFAQ*¹⁰ avalia a dificuldade referida na realização de quinze atividades cotidianas, das quais oito atividades são classifica-

das como ABVD (deitar/levantar da cama, comer, pentear cabelo, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo e cortar unhas dos pés) e sete são consideradas AIVD (subir um lance de escada, medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, sair de condução e fazer limpeza de casa). O relato de presença de dificuldade ou dependência em cada uma dessas atividades era registrado, independente do grau referido. O somatório de dificuldades compunha o valor dessa variável quantitativa discreta que passou a ser interpretada, dessa forma, como maior comprometimento quando maiores seus valores (0 a 15 dificuldades).

O *MEEM* é um instrumento de rastreio do estado cognitivo que inclui 30 questões, requer poucos minutos para ser realizado, sendo os maiores valores no escore do teste indicativos de melhor desempenho cognitivo, em escala de variação de 0 a 30 pontos¹¹.

Para o exame do equilíbrio funcional, utilizou-se a *BBS*^{2,13}. A *BBS* consiste em 14 tarefas diferentes que desafiam funcionalmente o equilíbrio cujo desempenho é quantificado em escala de cinco níveis de dificuldade: zero (incapaz de realizar a tarefa) a quatro (realiza a tarefa independentemente). Os escores dos 14 itens são somados em um escore total que varia entre 0 a 56 pontos, sendo o maior escore relacionado a um melhor desempenho. Por se tratar de escala de tipo Likert, além da análise das 14 questões individualmente da *BBS*, as questões podem ser agrupadas em tarefas funcionais semelhantes ou dimensões da concepção funcional de equilíbrio assumidas para esse estudo: transferências (questões 1, 4 e 5), provas estacionárias (questões 2, 3, 6, e 7), alcance funcional (questão 8), componentes rotacionais (questões 9 a 11) e base de sustentação diminuída (questões 12 a 14)^{14,15}.

Para avaliação da mobilidade, empregou-se o *TUGT*¹⁶, que mensura, em segundos, o tempo que o indivíduo leva para levantar-se de uma cadeira com apoio para os braços (aproximadamente 46 cm de altura), caminhar uma distância de três metros, retornar e sentar-se novamente na mesma cadeira. É considerado pelos autores como desempenho normal para adultos saudáveis um tempo até 10 segundos; entre 11 e 20 segundos considera-se normal para idosos frágeis ou com deficiência, os quais tendem a ser independentes na maioria das atividades de vida diária; no entanto, para durações acima dos 20 segundos considera-se necessária avaliação mais detalhada^{16,17}.

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas simples dos dados sociodemográficos, clí-

nicos e funcionais, envolvendo frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e dispersão. Para a análise comparativa dos resultados dos testes aplicados na avaliação e reavaliação, foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon, devido à ausência de distribuição normal ao teste de normalidade de Shapiro-Wilks, para todos os testes funcionais com exceção do **MEEM** que apresentou normalidade, esse último, analisado por meio do teste t pareado. O nível de significância para os testes estatísticos foi fixado em 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados

A amostra foi constituída por catorze idosos, caracterizados por uma maioria feminina (71,4%), branca (92,9%), com média etária de 85,21 anos e desvio padrão (DP) de 4,30 anos, sendo a idade mínima 80 anos e a máxima 94 anos. A maioria não referia vida conjugal na ocasião (92,9% entre viúvos, divorciados, solteiros e outros). Em relação ao grau de escolaridade, 42,9% representou ensino fundamental incompleto, 28,6% ensino fundamental completo e 28,6% ensino médio incompleto.

No que diz respeito ao arranjo familiar, 57,1% da amostra residia em domicílios multigeracionais, 21,4% com outros, 14,3% sozinhos e 7,1% com outros de sua geração.

O número médio de hipóteses diagnósticas era de 6,93 com DP de 3,91 doenças. As ocorrências de 4 a 6 hipóteses diagnósticas foram em seis pacientes (42,9%) e 7 e mais em sete pacientes (50,0%). As hipóteses diagnósticas estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1

Frequências absoluta e relativa das hipóteses diagnósticas dos pacientes atendidos em Centro-Dia do idoso.

	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Depressão	10	71,4
Hipertensão Arterial	8	57,1
Demências	7	50,0
Cardiopatias	7	50,0
Doenças Osteoarticulares	6	42,9
Doenças Oftalmológicas	6	42,9
Doença de Parkinson	3	21,4
Acidente Vascular Encefálico	3	21,4
Diabetes Mellitus	1	7,1

O número médio de medicamentos foi de 5,36 com DP de 2,59 medicamentos. Nove pacientes (64,3%) utilizavam cinco ou mais medicamentos.

No diagnóstico nutricional, a média do IMC encontrada foi de 28,84 e DP de 6,20 Kg/m². Eutrofia foi verificada em sete indivíduos (50,0%), desnutrição em três (21,4%), obesidade em quatro (28,6%).

As principais queixas referidas pelos idosos na avaliação foram dor (50,0%) e dificuldade de memória (35,7%). História de tabagismo foi referida por 28,6% dos idosos e 100,0% negaram história de etilismo.

Observou-se que 57,1% da amostra não utilizavam dispositivo de auxílio à marcha, 35,7% utilizavam e 7,1% eram cadeirantes. O relato de quedas no último ano ocorreu em 50,0% da amostra, sendo que 21,4% sofreram uma queda e 28,6%, duas e mais quedas recorrentes neste intervalo de tempo.

A Tabela 2 apresenta os valores das medianas e p-valor do **BOMFAQ** (capacidade funcional global, AFVD, AIVD), **MMSE**, **TUGT** e **BBS**.

Tabela 2

Valores das medianas e nível descritivo (p) na avaliação e reavaliação da capacidade funcional, da cognição, da mobilidade e do equilíbrio funcional dos pacientes atendidos em Centro-Dia do Idoso.

	Medianas		
	Avaliação	Reavaliação	p
Capacidade funcional global (15 atividades) *	10,50	6,00	0,019 ^a
Atividades físicas de vida diária (8 atividades) *	3,50	1,00	0,107 ^a
Atividades instrumentais de vida diária (7 atividades) *	6,50	5,50	0,007 ^a
Mini-Mental State Exam (pontos)	24,00	24,00	0,336 ^b
Timed Up and Go Test (segundos)	18,50	17,50	0,064 ^a
Berg Balance Scale (pontos)	42,50	44,00	0,239 ^a

* número de atividades referidas com dificuldade.

^a Teste de Wilcoxon.

^b Teste t pareado.

Houve melhora significativa na capacidade funcional global e nas AIVD. O **TUGT** mostrou tendência à significância estatística com a diminuição média de um segundo no tempo de desempenho da tarefa à reavaliação ($p=0,064$) para melhor desempenho da mobilidade. Apesar de não apresentarem diferenças significantes após os seis meses de intervenção, os valores do **MEEM** mantiveram-se estáveis. A mediana dos valores finais da **BBS** apresentou aumento, revelando que para ambos os testes os pacientes não apresentaram piora do desempenho.

Este aumento da mediana no escore total da **BBS** pode ter sido reflexo da melhora estatisticamente significativa observada na dimensão 1 (transferências posturais). As demais dimensões da escala apresentaram manutenção, como pode ser visto pelas medianas com igual valor. A relação entre a avaliação e reavaliação nas dimensões da **BBS** está apresentada na Tabela 3.

Discussão

A composição da amostra por uma maioria feminina, com idade avançada, presença de múltiplas doenças e viuvez assemelham-se aos dados do estudo de Zank e Schacke¹⁸ com seis centros de cuidados diurnos na Alemanha.

A faixa etária igual ou superior a 80 anos da presente amostra difere da população de idosos residentes na comunidade estudada por Ramos *et al.*¹⁰, que apresentava uma idade média de 69

anos. É esperado que em serviços geriátricos a população seja caracterizada por idades mais avançadas. Sendo um Centro-Dia Geriátrico o serviço descrito nesse estudo, confirmaram-se as expectativas de encaminhamentos de pacientes com maiores condições mórbidas e de fragilidade funcional. Idosos encaminhados para avaliação multidimensional por outros profissionais da saúde são potencialmente mais frágeis e podem apresentar complicações decorrentes de doenças crônicas com o próprio avançar da idade¹⁹.

Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85,0% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e cerca de 10,0% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades¹⁰. O número médio de hipóteses diagnósticas observadas neste estudo foi de aproximadamente sete doenças, sendo que 50,0% dos idosos apresentavam de 7 a 11 hipóteses diagnósticas. Em pesquisa nacional com população idosa, realizada por Costa *et al.*²⁰, verificou-se que a hipertensão arterial foi a doença crônica mais freqüentemente relatada (43,9%). No presente estudo, a hipertensão arterial destacou-se como a segunda doença mais freqüente, correspondendo a 57,1% da amostra.

No estudo de Zank e Schacke¹⁸, a média de comorbidades em pacientes de centro de cuidados diurnos foi de 4,2 doenças, mostrando alta prevalência de depressão (25,0%) e demência (79,0%), achados estes semelhantes ao presente estudo. Esta maior prevalência de pacientes com problemas cognitivos, seja pela depressão ou demência, revela que o Centro-Dia Geriátrico é uma modalidade preferencialmente para promoção do aumento do bem-estar subjetivo de seus pacientes e para auxílio na diminuição da demanda de cuidados prestados pelos cuidadores informais¹⁸.

Foi elevada a ocorrência de depressão no presente estudo (mais de 70,0% dos pacientes). Estima-se que 15,0% dos idosos no Brasil apresentam sintomatologia depressiva, associada ou não a distúrbios psiquiátricos específicos²¹. Vários fatores têm sido identificados como predisponentes à depressão na fase tardia da vida; entre eles, inclui-se a fragilidade na saúde, notadamente por maior prevalência de doenças²².

A depressão é considerada o principal distúrbio psiquiátrico potencialmente tratável em indivíduos idosos²³. Apesar de a maioria dos pacientes apresentarem hipótese diagnóstica de depressão, este aspecto não foi estudado devido à falta de padronização da escala utilizada no serviço, o que limita interpretações acerca da evolução clínica.

Tabela 3

Valores das medianas e p-valor das dimensões da **Berg Balance Scale** na avaliação e reavaliação de pacientes atendidos em Centro-Dia do Idoso.

	Medianas		p-valor
	Avaliação	Reavaliação	
Transferências posturais	3,60	4,00	0,041 ^a
Provas estáticas	4,00	4,00	0,414 ^a
Alcance funcional	3,00	3,00	0,655 ^a
Componentes rotacionais	3,16	3,16	0,202 ^a
Base de sustentação diminuída	1,66	1,66	0,503 ^a

^a Teste de Wilcoxon.

A demência foi encontrada em 50,0% da amostra, fato já esperado, pois encontra-se dentre os principais diagnósticos que determina a procura dessa modalidade de assistência pelas famílias. A síndrome demencial constitui-se um dos mais fortes preditores de institucionalização, na medida em que é de difícil manejo pelos cuidadores, implicando a necessidade de cuidados específicos, progressivamente intensivos²⁴. Apesar dos centros de cuidados diurnos serem uma alternativa de alívio à sobrecarga imposta aos cuidadores de pacientes com demência, este tipo de modalidade ainda não é o mais comumente procurado, pois, segundo o estudo de Gaugler *et al.*²⁵, em seis meses de seguimento foram utilizados apenas 7,69 dias desses serviços. A reduzida procura por utilização desses recursos e a preferência por serviços domiciliares, cujas propostas são mais flexíveis às demandas do cuidador, especialmente nas fases iniciais da demência, dificultam conclusões acerca da eficácia dos centros-dia em retardar a institucionalização do idoso, embora possibilitem o descanso do cuidador e, por esse meio, possam provocar o retardo da institucionalização²⁵.

Apesar da demência ter um caráter progressivo e ainda sem tratamento clínico para o retorno normal das funções cognitivas, é possível manejar as perdas treinando habilidades remanescentes²⁶. Tal fato foi observado neste estudo por meio da reabilitação cognitiva, com a manutenção dos aspectos cognitivos verificados na aplicação do **MEEM** após seis meses, sugerindo benefícios, dificilmente verificados na literatura nesse domínio.

Em estudo de análise da evolução de 83 idosos, foi observada estabilidade no bem-estar subjetivo, sintomas da demência e saúde geral dos pacientes que receberam a intervenção multidisciplinar em Centro-Dia Geriátrico, enquanto o grupo controle apresentou declínio nas funções destes aspectos¹⁸.

Em relação às atividades básicas e instrumentais de vida diária, um estudo realizado na cidade de São Paulo mostrou que 50,0% dos idosos residentes em um grande centro urbano precisam de ajuda para realizar pelo menos uma ABVD ou AIVD⁵. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$) na diminuição do número de atividades de vida diária realizadas com dificuldade, por meio da aplicação do **BOMFAQ**, após seis meses de acompanhamento no serviço. Este dado indica os benefícios potenciais da modalidade Centro-Dia Geriátrico na melhora da capacidade funcional dos idosos.

O instrumento utilizado na avaliação do equilíbrio funcional e da mobilidade, **BBS** e **TUGT** respectivamente, foram desenvolvidos para indivíduos com 65 anos ou mais, com incapacidade específica¹⁷. Os idosos tiveram um desempenho melhor após seis meses no **TUGT** e na dimensão 1 (transferências posturais) da **BBS**. Este fato pode ser atribuído a uma maior atuação da equipe neste aspecto funcional, já que as tarefas incluídas nesta dimensão (de sentado para de pé e de pé para sentado) são realizadas com grande frequência durante toda a permanência dos idosos no serviço, principalmente por meio do incentivo dado aos mesmos para frequentar todas as atividades desenvolvidas no Centro-Dia, objetivando a socialização e integração.

No que se refere às quedas, 50% da amostra relatou ter sofrido ao menos uma queda no último ano, o que difere da literatura encontrada que mostra uma prevalência de quedas no último ano de 31% para a população da comunidade²⁷ e 41,9% para a população de idosos atendidos em centro de reabilitação geriátrica¹⁵. Este fato pode indicar que a população atendida no serviço é mais frágil, provavelmente pelas complicações das doenças crônicas comuns em idosos que demandam a utilização desta modalidade de assistência. Isso também pode ser atribuído à faixa etária avançada da amostra, com idade mínima encontrada de 80 anos, já que estudos demonstram que quanto maior a idade, maior o risco de quedas²⁸. O comprometimento cognitivo encontrado na maioria da amostra, com a presença de depressão e demência, também pode estar associado à presença de quedas. Ainda não estão claros quais aspectos cognitivos estão mais associados a quedas, porém sabe-se que o prejuízo das funções cognitivas ou as demências representam mais um fator de risco para as mesmas²⁹.

O atendimento em Centro-Dia, modalidade assistencial bastante nova, carece ainda de estudos sistematizados na perspectiva clínico-assistencial, que devem incluir maior acompanhamento e controle das intervenções para verificar se os idosos que têm prognóstico limitado podem melhorar ou manter seu nível funcional. As limitações do presente estudo envolvem tamanho da amostra reduzido, controle das intervenções e necessidade de padronização das escalas utilizadas no serviço para avaliação dos idosos, já que a falta de seguimento de uma das escalas escolhidas no serviço impossibilitou a realização da comparação de dados referentes à avaliação da depressão, diagnóstico encontrado na maioria da amostra.

Conclusões

Os resultados deste estudo devem ser ressaltados levando em consideração a diferente frequência e número de atendimentos no serviço, o que pode refletir diferentes graus de estimulação funcional e cognitiva prestados ao longo do tratamento em seis meses. A idade avançada, presença de comorbidades associadas, assim como a alta prevalência de portadores de demência e depressão podem limitar o prognóstico funcional. No entanto, mesmo com estes fatores limitantes, ao longo de seis meses de atuação

terapêutica individualizada em equipe, foi possível observar no serviço a manutenção da capacidade cognitiva, equilíbrio e mobilidade, aspectos que possivelmente se associaram a efeitos sobre a capacidade funcional, significativamente aumentada entre os participantes do estudo. Deste modo, pode-se vislumbrar, mesmo que de modo preliminar, que a assistência multiprofissional mostrou um impacto positivo sobre a capacidade funcional de idosos atendidos em Centro-Dia, revelando ser uma modalidade de assistência promissora na melhora funcional do idoso.

Colaboradores

SE Franciulli participou das etapas do estudo que incluem a revisão da literatura, coleta dos dados e redação. NA Ricci participou da coleta dos dados, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. ND Lemos realizou levantamento bibliográfico e redação do artigo. RC Cordeiro contribuiu no levantamento bibliográfico, revisão final do artigo e orientação do estudo. JM Gazzola realizou a orientação de todo o estudo, análise dos dados, redação e revisão final. Todos os autores aprovaram a versão a ser publicada.

Referências

- Ramos LR, Simões E, Albert SM. Dependency on daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality among urban elderly residents in Brazil: a two-year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1168-1175.
- Neri AL. **Palavras-chaves em Gerontologia**. São Paulo: Alínea; 2001. p 136.
- Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini M, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. *Rev Fisioter Univ São Paulo* 2002; 9 (2):69-77.
- Rosa TEC, Benício MH, Latorre MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1):40-48.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):793-798.
- Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9/12/1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1999; 13 dez.
- Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002. p.394-402.
- Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84 (6):890-897.
- Black DA. The geriatric day hospital. *Age Ageing* 2005; 34(5):427-429.
- Ramos LR, Rosa TE, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state - a practical method for the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12 (3):189-198.
- Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health* 1992; 83 (Suppl 2):S7-11.
- Myamoto ST, Lombardi Júnior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res* 2004; 37(9):1411-1421.
- Cordeiro RC. **Caracterização clínico-funcional do equilíbrio em idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2** [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; 2001.
- Gazzola JM, Muchale SM, Perracini MR, Cordeiro RC, Ramos LR. Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. *Rev Fisioter Univ São Paulo* 2004; 11(1):1-14.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:142-148.
- Whitney SL, Poole JL, Cass SP. A review of balance instruments for older adults. *Am J Occup Ther* 1998; 52(8):666-671.
- Zank S, Schacke C. Evaluation of geriatric day care units: effects on patients and caregivers. *Gerontology* 2002; 57B (4):348-358.
- Hammond D, Puxty JAH. Avaliação multidimensional. In: Pickles B, Conpton A, Cott C, Simptom J, Vervoort A. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 423-445.
- Costa MFL, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Pública* 2001; 19(3):735-743.
- Aguiar WM, Dunningham W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. Boletim do Comitê Brasileiro para prevenção e tratamento de depressão. *Arq Bras Med* 1993; 67(4):297-299.
- Gordilho A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, organizadores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 204-215.
- Blazer D. Distúrbios afetivos no idoso In: Busse E, Blazer D. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.204-220.
- Gaugler JE, Edwards AB, Femia EE, Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, et al. Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55B (4):247-255.
- Gaugler JE, Kane RA, Newcomer R. Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *Gerontologist* 2005; 45(2):177-185.
- Jorm AF. Disability in dementia: assessment, prevention, and rehabilitation. *Disabil Rehabil* 1994; 16(3):98-109.
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(6):709-716.
- Tinetti ME, Williams TF & Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986; 80 (3):429-434.
- Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HM, Bezemer PD, Bouter LM, Lips S. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1996; 143 (11):1129-136.

Artigo apresentado em 09/12/2006

Aprovado em 01/08/2006

Versão final apresentada em 16/08/2006