PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

AUTORIZAÇÃO PARA USO

- Você está autorizado a usar esta apresentação nas seguintes condições:
  - Exclusivamente para uso educacional, sendo vedada a utilização comercial
  - Não modificar gráficos e figuras ou utilizá-los em outras apresentações que não a original
  - Citar os autores e manter a logomarca e o endereço eletrônico www.sbgg.org.br

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA (AGA)

Elisa Franco de Assis Costa

Siulmara Cristina Galera

Dezembro/2009
Atualizada em Março/2013

Autoras

Costa EFA

Elisa Franco de Assis Costa

- Especialista em Geriatria e Gerontologia pela SBGG/AMB
- Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias, pela Universidade Federal de Goiás
- Supervisora do Programa de Residência Médica em Geriatria do Hospital de Urgências de Goiânia

Galera SC

Siulmara Cristina Galera

- Especialista em Geriatria e Gerontologia pela SBGG/AMB
- Doutora em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará
- Professora Assistente do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza

Declaração de Conflitos de Interesse

- As autoras, Elisa Franco de Assis Costa e Siulmara Cristina Galera, declaram não ter nenhum conflito de interesses.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

- Objetivos:
  - Entender a importância e a utilidade da AGA no atendimento ao idoso, principalmente o frágil.
  - Compreender como e quando aplicar a AGA.
  - Reconhecer quais as intervenções que podem ser planejadas de acordo com as informações obtidas através da AGA.

ROTEIRO

- Por que é necessária uma avaliação ampla?
- Aspectos históricos
- Definições e sinonímia da AGA
- Estrutura e componentes da AGA
- Benefícios e indicações da AGA
- Evidências científicas
- Referências Bibliográficas
- Bibliografia recomendada para estudo

Por que é necessária uma avaliação ampla?

COMPLEXIDADE DO IDOSO:

- Doenças ocultas
- Coexistência de múltiplas doenças (Multimorbidade)
- Polifarmácia
- Incapacidade e perda funcional
- Síndromes Geriátricas
- Fragilidade
- Apresentações atípicas
- Maior probabilidade de morte / final da vida / doença sem perspectiva de cura

“FENÔMENO ICEBERG” NOS IDOSOS

Nos idosos, múltiplas doenças crônicas coexistem, frequentemente de forma oculta, sendo que algumas só se tornam aparentes quando causam complicações agudas

Willianson J *et al.* Old people at home, their unreported needs. *The Lancet*, 1964

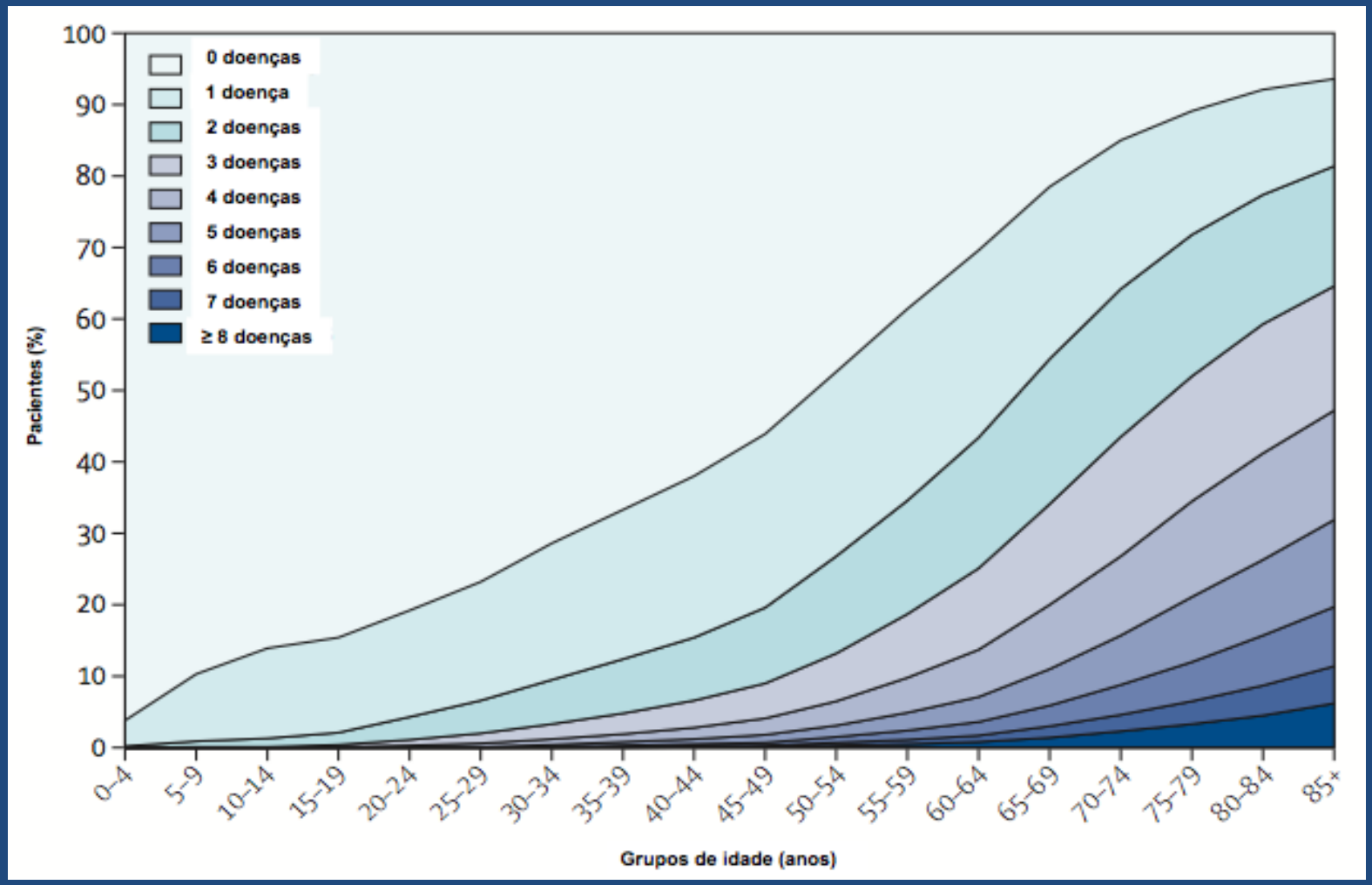
O que é multimorbidade?

Coexistência, em um mesmo indivíduo, de duas ou mais doenças crônicas, sem relação de causa e efeito e sem que nenhuma delas possa ser considerada como problema principal

- **Multimorbidade torna-se progressivamente mais comum a medida que idade avança**
- **Está associada a elevada mortalidade, declínio funcional e aumento do uso de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares**
- **Idosos procuram, na maior parte das vezes, ajuda médica para seus vários problemas e não apenas para uma doença especial**

Gorzoni ML, Costa EFA, Lencastre MC. Comorbidade, Multimorbidade e Manifestações Atípicas das Doenças nos Idosos. *In*: Freitas EV, Py L, Gorzoni ML *et al*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2011

NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS POR GRUPOS DE IDADE



Barnett K, Mercer SW, Norbury M *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet, 2013

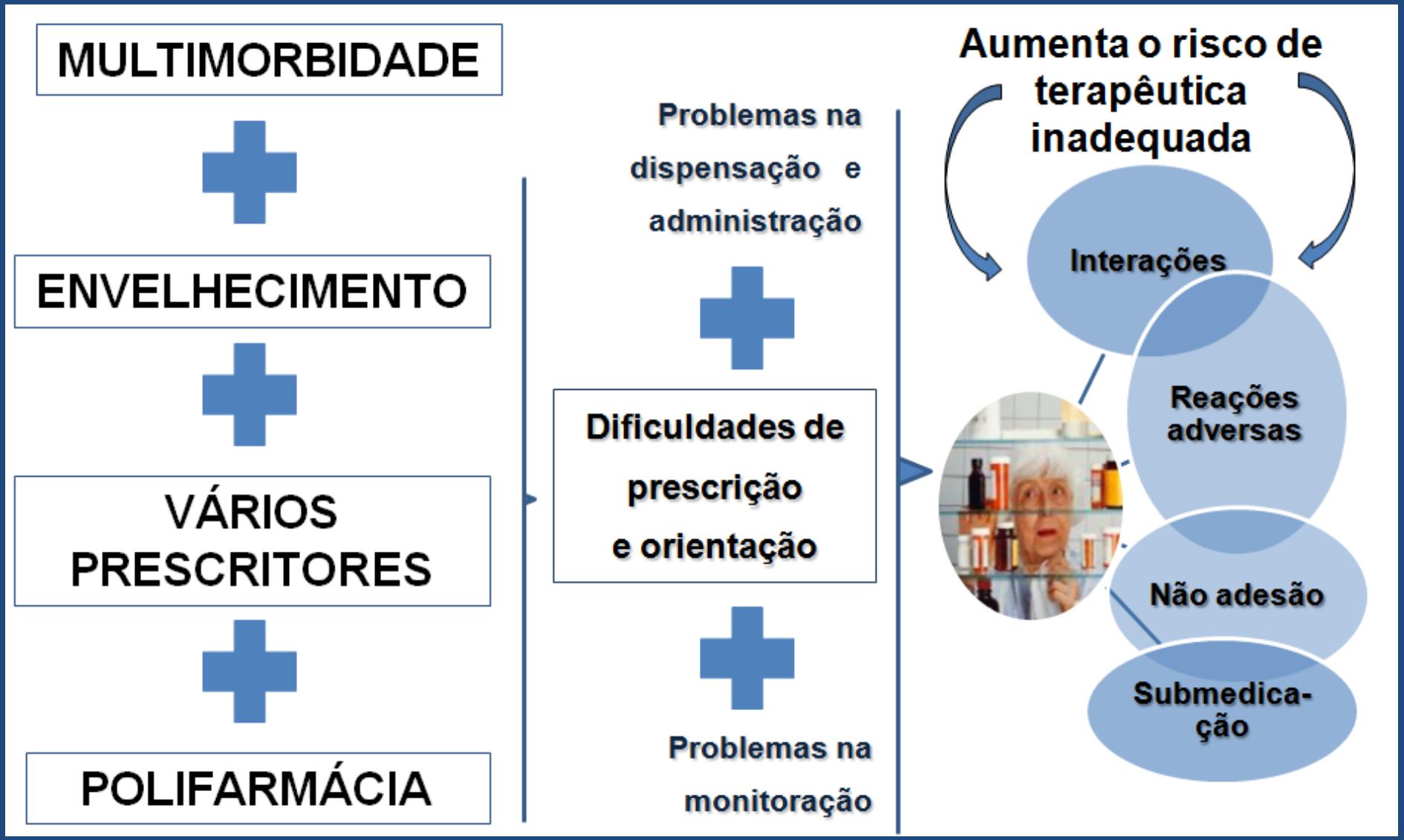
POLIFARMÁCIA

Prescrição, administração e/ou uso de muitos medicamentos

CONCEITO OPERACIONAL

Qual é o número?
4 ou mais

Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP *et al*. Am J Med, 1996

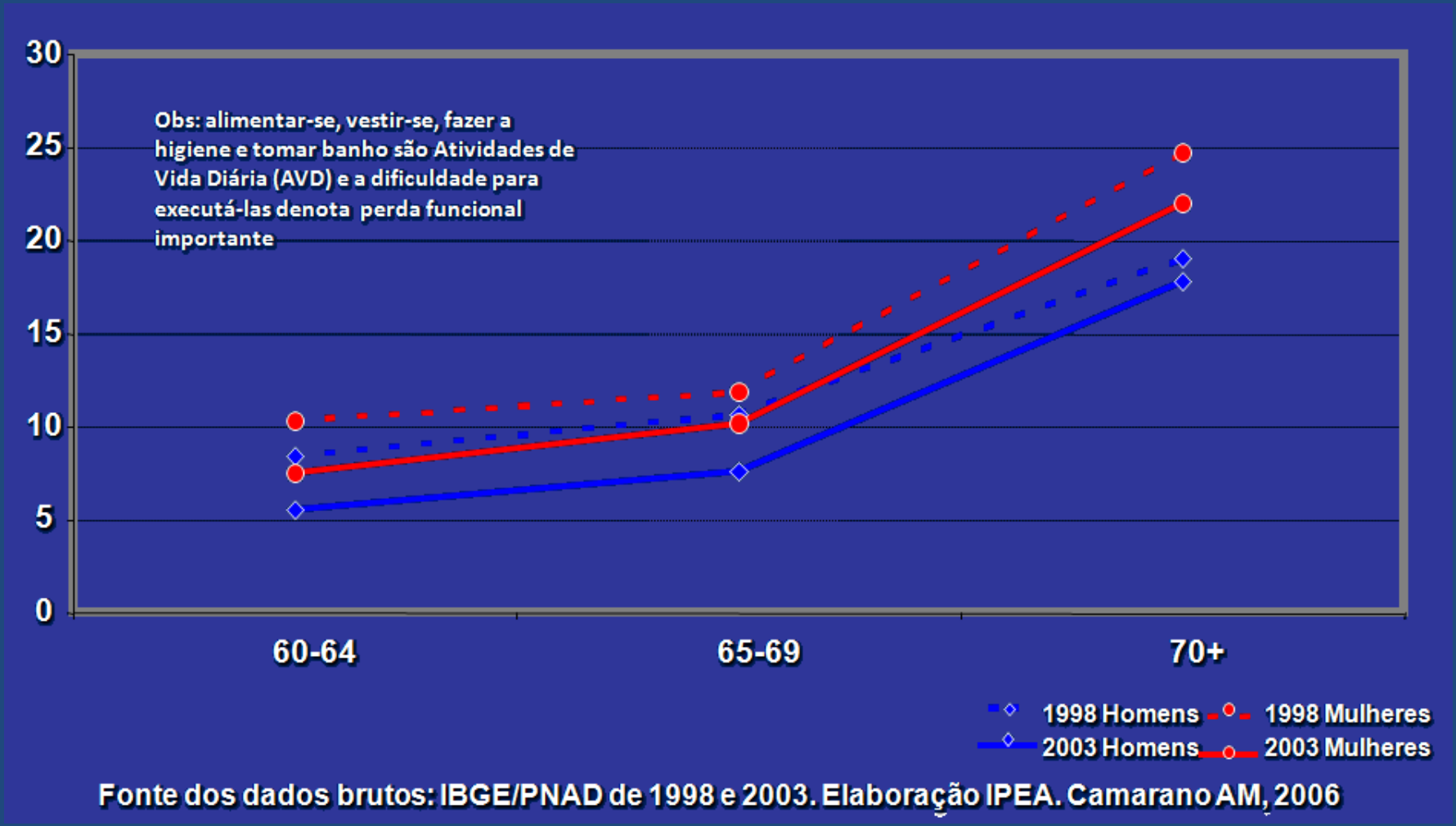

MULTIMORBIDADE
ENVELHECIMENTO
VÁRIOS PRESCRITORES
POLIFARMÁCIA
Problemas na dispensação e administração
Dificuldades de prescrição e orientação
Problemas na monitoração
Aumenta o risco de terapêutica inadequada
Interações
Reações adversas
Não adesão
Submedica-ção

INCAPACIDADE FUNCIONAL

- **Incapacidade funcional = dificuldade para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade.**
- **A avaliação da capacidade funcional dos idosos é importante para se conhecer como eles vivem os anos adicionais ganhos com o aumento da longevidade.**

Parahyba MI *et al*. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública, 2005*

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA QUE TEM DIFICULDADE PARA ALIMENTAR-SE, TOMAR BANHO OU IR AO BANHEIRO POR SEXO E IDADE - BRASIL, 1998 E 2003



INCAPACIDADE FUNCIONAL

- **Muitos idosos, mesmo recebendo o tratamento adequado para as doenças que os acometem, continuam apresentando incapacidade para executar as AIVD e/ou AVD.**
- **Isso implica em comprometimento da qualidade de vida e pode significar que existam doenças ainda não diagnosticadas.**
- **A incapacidade funcional prévia é fator preditivo independente de desfecho desfavorável em idosos com doenças agudas.**

Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *In*: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica*, 2005

Mody L *et al*. Assessment of Pneumonia in Older Adults: Effect of Functional Status. *J Am Geriatr Soc*, 2006

Estudo de coorte prospectivo
112 idosos
Seguimento de 1 ano

DESFECHO	INDEPENDENTES FUNCIONAIS	DEPENDENTES FUNCIONAIS	P
Permanência no hospital	5,62 (DP ± 0,51) dias	11,42 (DP ± 2,58) dias	= 0,004
Mortalidade em 1 ano	19/65 = 23%	14/28 = 50%	= 0,009
Declínio funcional	19,24 ± 12,9	4,72 ± 6,55	< 0,001

CONCLUSÃO: A avaliação funcional antes e durante a hospitalização deve ser parte integral da avaliação clínica de todos os idosos com pneumonia

DANO	DEFICIÊNCIA "IMPAIRMENT"	INCAPACIDADE "DISABILITY"	DESVANTAGEM "HANDICAP"
Doença	Anomalia ou perda na estrutura corporal, aparência ou função de um órgão ou sistema	Retrição ou perda de habilidades	Consequências sociais e comprometimento da qualidade de vida
Exemplos			
Doença de Alzheimer	Deficiência Cognitiva	Diminuição da capacidade para as AIVD e AVD	Dificuldades no relacionamento social e nas atividades econômicas
Trauma raquimedular	Paraplegia	Dificuldade para deambular, manter continência	Dificuldades de locomoção e nas atividades de lazer e econômicas

Fonte: OPAS/OMS/MS do Brasil

GIGANTES DA GERIATRIA - Síndromes Geriátricas 5 is”

Insuficiência cognitiva

Incontinência urinária e/ou fecal

Instabilidade postural e quedas

Imobilidade

Iatrogenia

- “Sarcponenia/Fragilidade”

Isaacs B, 1976

Geralmente têm múltiplas etiologias
Não constituem risco de vida eminente, mas associam-se a maior mortalidade
Podem ocorrer concomitantemente e compartilham fatores de risco entre si
Associam-se a perda funcional e comprometem a qualidade de vida
São de extrema complexidade terapêutica

Guimarães RM. Os Compromissos da Geriatria *In*: Guimarães RM, Cunha UGV . Sinais e Sintomas em Geriatria. 2ª Ed. Editora Atheneu, 2004
Inouye SK, Studenski , Tinetti ME *et al.* Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc, 2007

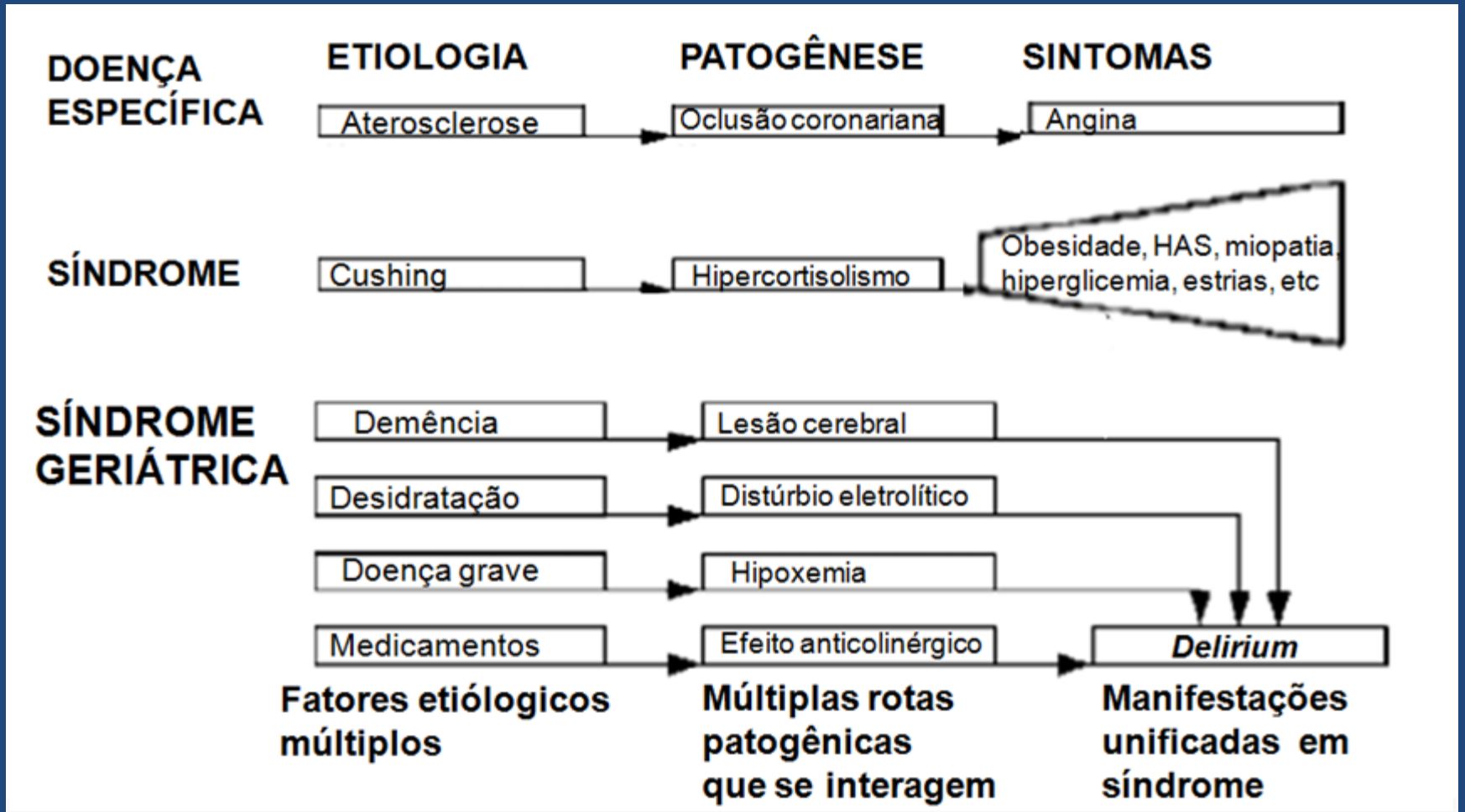
Síndrome Clínica Tradicional

- Uma única alteração que resulta em múltiplos fenômenos clínicos

Síndrome Geriátrica

- Múltiplas alterações que concorrem simultaneamente para um único fenômeno clínico

Gorzoni ML, Costa EFA, Lencastre MC. Comorbidade, Multimorbidade e Manifestações Atípicas das Doenças nos Idosos. *In*: Freitas EV *et al*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, *2011*

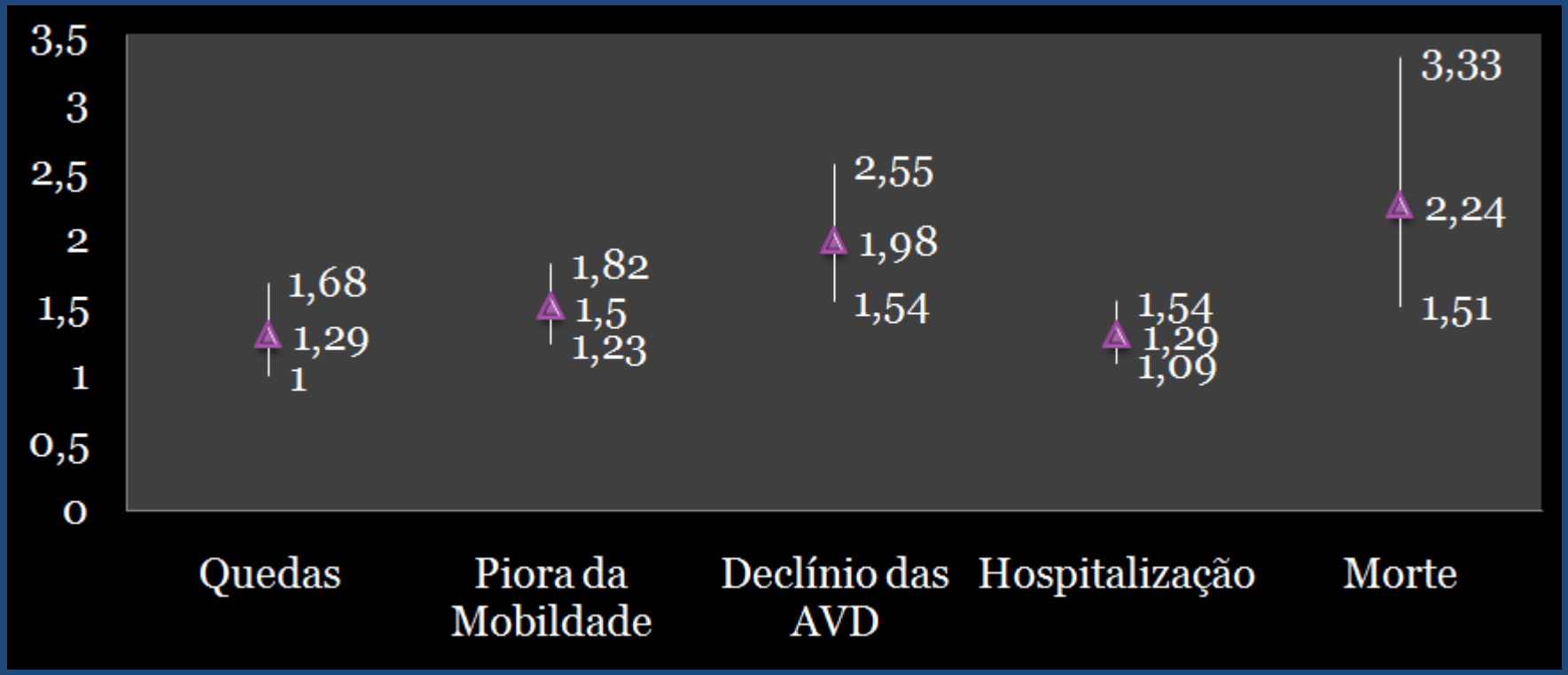


Adaptado de:
- **Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME *et al*. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc, 2007**
- **Flacker JM. What is a geriatric syndrome anyway? J Am Geriatr Soc, 2003**

Gorzoni ML, Costa EFA, Lencastre MC. Comorbidade, Multimorbidade e Manifestações Atípicas das Doenças nos Idosos. *In*: Freitas EV, Py L, Gorzoni ML *et al*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, *2011*

RISCOS DA FRAGILIDADE

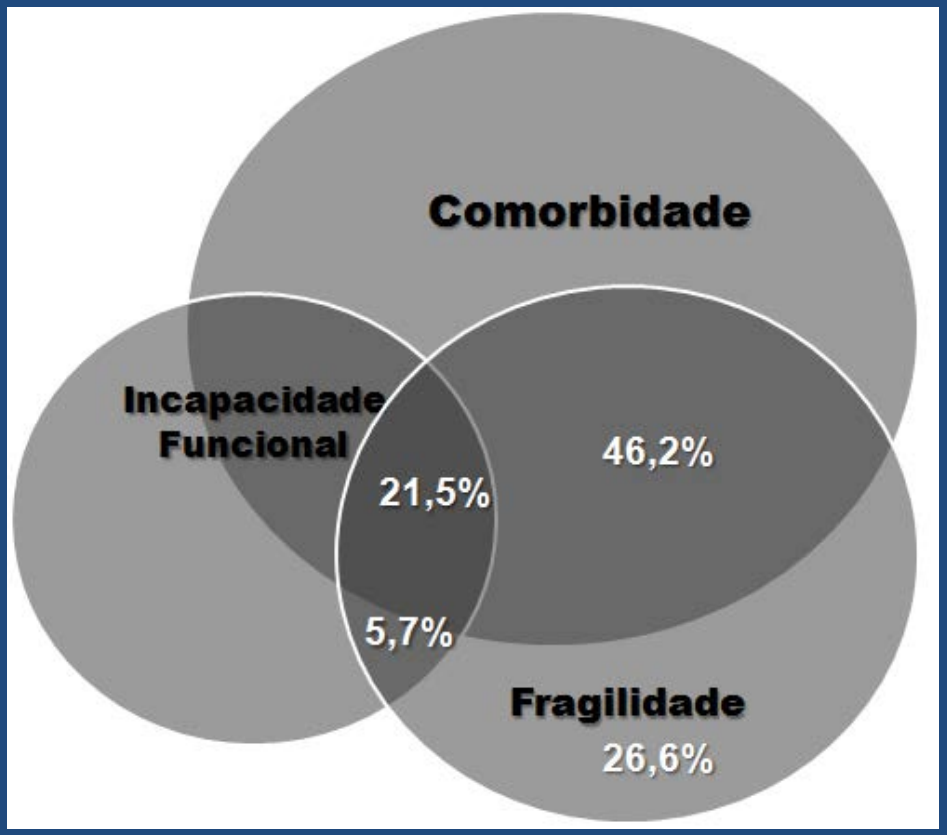
Coorte:
- **Cardiovascular Health Study (CHS) - N = 5011**



Fried LP *et al*. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Med Sci, 2001

Bandeen-Roche K *et al.* Phenotype of Frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies. J Gerontol Med Sci, 2006

PREVALÊNCIAS E SOBREPOSIÇÃO DE COMORBIDADE, INCAPACIDADE E FRAGILIDADE ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE PARTICIPANTES DO *CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY*



Existe uma superposição, mas não uma concordância na ocorrência de fragilidade, comorbidade e incapacidade

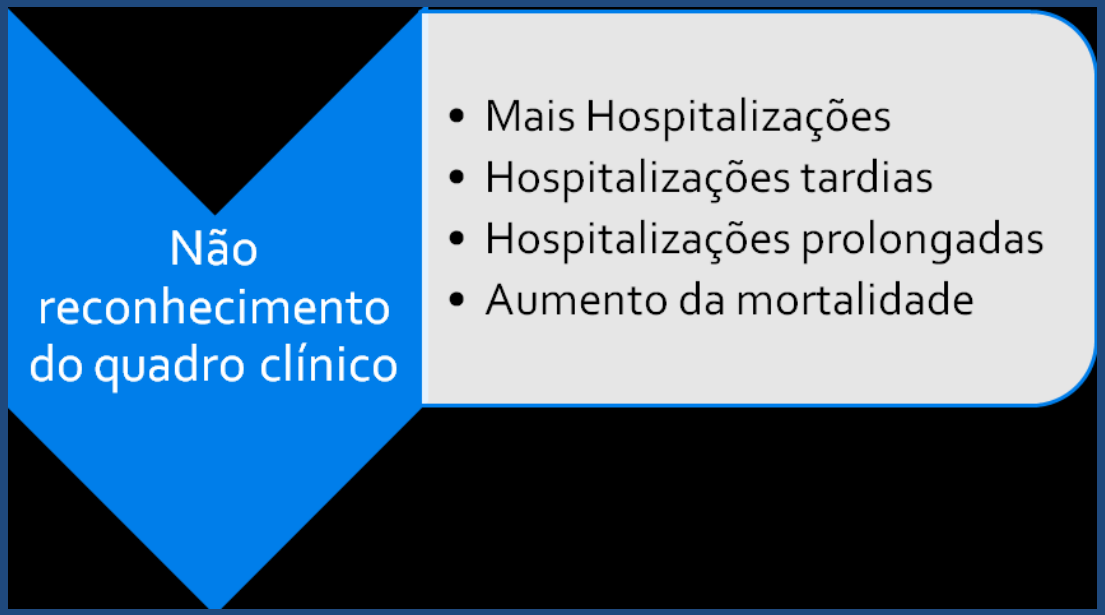
≠ Idade avançada ≠ múltiplas doenças ≠ incapacidade

Fried LP *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting care. J Gerontology, 2004

APRESENTAÇÕES ATÍPICAS

- **Sinais e sintomas que embora não clássicos de uma doença, mas trazem pistas de uma ou mais doenças que podem estar envolvidas no processo**

- **É necessário um alto índice de suspeição, <u>pois geralmente são responsáveis por diagnósticos tardios e atrasos no tratamento</u>**



Gorzoni ML, Costa EFA, Lencastre MC. Comorbidade, Multimorbidade e Manifestações Atípicas das Doenças nos Idosos. *In*: Freitas EV *et al*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2011

EXEMPLO: SINAIS E SINTOMAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO IDOSO

TÍPICOS

- Dispnéia
- Dor
- Taquicardia
- Tosse
- Broncoespasmo
- Síncope
- Edema

ATÍPICOS

- Confusão mental
- Inapetência
- Incontinência
- Declínio funcional
- Insônia
- Depressão
- Desconforto abdominal
- Quedas

O'Keeffe ST, Lye M. Heart failure in the elderly: the same syndrome as the clinical trials? *In*: McMurra JJV, Cleland JGF. Heart failure in clinical practice. Editora Martin Dunitz, 1996

PROGNÓSTICO ADVERSO NA HOSPITALIZAÇÃO

Estudo coorte – 800 leitos hospitalares
Prognóstico adverso: morte, institucionalização, hospitalização prolongada e declínio funcional

VARIÁVEL	OR	95% IC
Apresentação atípica	2,37	1,20 - 4,67
Inacapacidade funcional prévia	2,48	1,17 – 5,22
Fragilidade	2,60	1,24 - 5,47
Incapacidade funcional à admissão	5,61	2,37 - 13,44
Gravidade da doença	0,68	0,36 - 1,30
Idade	1,02	0,98 - 1,07
Sexo (masculino/feminino)	0,71	0,37 - 1,40

Jarrett PG *et al.* Illness presentation in elderly patients. *Arch Intern Med*, 1995

É necessário transferir a ênfase dos programas governamentais de saúde destinados ao idoso do objetivo da cura e da sobrevivência para o da melhora ou da manutenção do estado funcional

A AGA É A FORMA MAIS ADEQUADA DE SE AVALIAR O IDOSO E PLANEJAR AS INTERVENÇÕES VISANDO A MANUTENÇÃO E/OU A RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública,* 2005

ASPECTOS HISTÓRICOS

- Década de 30 - Dra. Marjory Warren (Caring of chronic sick. *BMJ* , 1943) – criou os princípios básicos da avaliação do paciente geriátrico e cronicamente enfermo.
- Década de 70 – E.U.A. – Department of Vetterans Affairs (VA)= Geriatric Evaluation Units.
- Atualmente - Geriatric Evaluation and Management Units (GEM).
- 1990 – ¾ dos VA tinham o programa GEM.
- Fora do sistema VA – difícil de implantar.
  - Dificuldades na obtenção de financiamento.
  - Dificuldades de implantação e manutenção de equipes interdiscplinares.
  - Carência de profissionais treinados e habiitados.

Solomon DH. Foreword. *In*: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive Geriatric Assessment*. USA: Mc Graw Hill, 2000
Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*, 2003

DEFINIÇÃO

- A AGA é definida como um processo diagnóstico multidimensional, freqüentemente interdisciplinar, que serve para determinar as deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, psicossocial e funcional, com o objetivo de formular um plano terapêutico e de acompanhamento , coordenado e integrado, a longo prazo visando a recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional.
- Difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação das capacidades cognitiva e funcional e dos aspectos psicossociais da vida do idoso e por basear-se em escalas e testes que permitem quantificar o grau de incapacidade.

Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG*, 2003

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

- História, exame físico tradicionais não são suficientes para um levantamento das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso
- Avaliação Geriátrica
  - Eficiente
  - Permitir diagnóstico funcional
  - Completa
  - Estruturada
  - Não muito extensa
  - Custo razoável

Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública,* 2005

Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). In: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica.* São Paulo: Manole, 2005

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é a resposta à complexidade e multiplicidade de problemas apresentados pelos idosos

É o coração e a alma da Medicina Geriátrica

Solomon DH. Foreword. *In*: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive Geriatric Assessment.* USA: Mc Graw Hill, 2000

SINONÍMIA

COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT

- **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA**
- **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL**
- **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL**
- **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA ABRANGENTE**

Convém ressaltar que a AGA detecta as deficiências, incapacidades e desvantagens, mas é imprecisa, quanto realizada isolada do exame clínico tradicional, para diagnosticar o dano ou lesão responsável por elas.

Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG*, 2003

ESTRUTURA E COMPONENTES

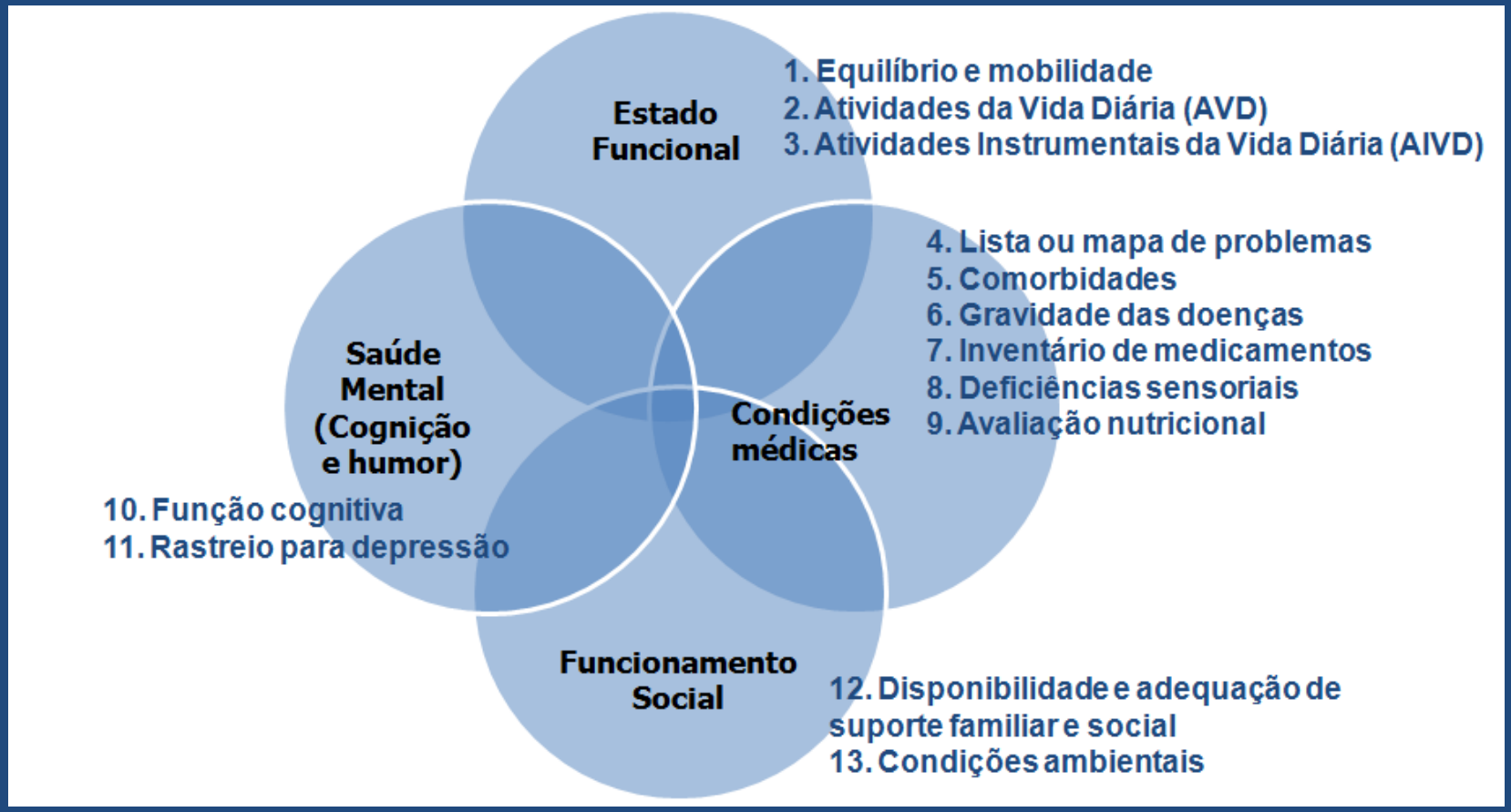
- **Ao incorporar os métodos de diversas disciplinas em uma avaliação única, os Geriatras e Gerontólogos criaram um meio prático e objetivo de ver o idoso com um todo.**

- **A AGA tem uma estrutura muito variável. Os seus componentes podem ser diferentes dependendo da equipe que a aplica e do local onde é realizada, se em hospital, instituição de longa permanência, pronto-socorro ou ambulatório.**

- **Apesar da diversidade, ela tem características próprias e constantes como o fato de ser sempre multidimensional e utilizar instrumentos (escalas e testes) para quantificar a capacidade funcional e avaliar parâmetros psicológicos e sociais.**

Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *In*: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica*. São Paulo: Manole, 2005

DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES DA AGA



Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública,* 2005

Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *In*: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica.* São Paulo: Manole, 2005

MÉTODOS PARA UMA AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

- Testes de desempenho
- Questionários sistematizados por meio de escalas que aferem os principais componentes da dimensão a ser avaliada (instrumentos de avaliação)
  - Método de administração:
    - observação direta;
    - questionários auto aplicados;
    - entrevistas com o próprio indivíduo;
    - entrevista com o acompanhante (familiar ou cuidador).
  - Características
    - uso amplo e inespecífico (não se confinam a um único ambiente ou doença específica);
    - fácil compreensão e treinamento;
    - curtos (menos de 100 itens ou com tempo de aplicação menor que meia hora).

Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública,* 2005

Costa EFA, Galera SC, Porto CC *et al*. Semiologia do Idoso. In: Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 6ª Ed, 2009

COMO ESCOLHER O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

- **Depende:**
  - do ambiente operacional (hospital, instituição de longa permanência, ambulatório)
  - dos objetivos (acompanhamento clínico, estudo epidemiológico, estratificação de risco)
  - do tempo necessário à aplicação
  - da forma como será aplicado (entrevista direta ou com *o acompanhante,* auto-preenchimento)
  - da validade
  - da confiabilidade

Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública,* 2005

QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO?

- **Uma dificuldade se apresenta na avaliação funcional do idoso é que a maior parte dos instrumentos de avaliação utilizados não são validados e adaptados ao nosso meio.**
- **Vários testes e escalas, consagrados pela literatura, vem sendo aplicados em nosso meio na prática clínica e em estudos clínicos e epidemiológicos.**
- **Para muitos testes e escalas, que estão bem estabelecidos em outros países com nível de evidência I (baseada em ensaios clínicos randomizados ou meta-análise de ensaios clínicos) ou II (baseada em estudos prospectivos não randomizados, bem desenhados), em nosso meio o nível de evidência é IV (baseada em consensos e opiniões de especialistas).**

Costa EFA, Galera SC, Porto CC *et al.* Semiologia do Idoso. *In*: Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 6ª Ed, 2009

QUAIS SÃO OS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO?

SUBDIMENSÕES	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
Equilíbrio e mobilidade	POMA (*Performance Oriented Mobility* Assessment) POMA-Brasil *Timed Get Up And Go Test* (TGUG)
Suporte familiar e social	APGAR familiar e de amigos
Condições ambientais	"Checklist" para avaliar a segurança no ambiente domiciliar e dos espaços coletivos e urbanos
AVD	Escala de Barthel Índice de Katz Escala de Lawton Medida de Independência Funcional (MIF)
AIVD	Escala de Lawton Questionário das Atividade Funcionais de Pfeffer Medida de Independência Funcional (MIF)
Nutricional	Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência da panturrilha, circunferência abdominal, Índice de Massa Corporal (IMC) Mini avaliação Nutricional (MAN)

Costa EFA, Galera SC. O Clínico e o Idoso. *In*: Porto CC, Porto AL. *Vademecum de Clínica Médica*. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2010

FORMULÁRIO DA AGA - SBGG

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

Nome: _____ **Idade:**_____ **Sexo:** Fem [ ] Masc [ ]

BENEFÍCIOS

- **Nível individual:**
  - **Melhora a acurácia do exame clínico tradicional.**
  - **Estabelece o grau e a extensão da incapacidade.**
  - **Identifica idosos em risco de declínio funcional.**
- **Nível populacional:**
  - **Instrumento utilizado em estudos clínicos para a avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida.**
  - **Identifica populações de risco.**
  - **Deve ser utilizado para o planejamento de políticas públicas para o envelhecimento.**

- Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG,* 2003
- Guralnik JM *et al*. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*, 1996

EFICÁCIA DA AGA

- As evidências têm demostrado que a AGA só é eficaz se:
  - existir um processo de identificação dos idosos que realmente podem se beneficiar de sua aplicação;
  - a avaliação resutar em um plano de cuidado;
  - o plano de cuidado for implementado e, preferencialmente por equipe interdisciplinar
- As evidências demonstram que podem se beneficiar com a AGA os idosos:
  - frágeis;
  - com incapacidade funcional;
  - portadores de comorbidades;
  - portadores de Síndromes Geriátricas.
  - portadores de neoplasias malignas;
  - Portadores de insuficiência cardíaca ou de outras insuficiências orgânicas;
  - hospitalizados com doenças agudas

- Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*, 2003
- Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*, 2005

Evidências

Meta-análise publicada em 1993, incluindo 28 estudos controlados e perfazendo um total 10.000 pacientes, demonstrou a significância estatística e clínica da maioria dos benefícios encontrados nesses estudos, como a redução do risco de morte, aumento das chances de voltar a residir na comunidade, redução das readmissões hospitalares, maiores chances de melhora cognitiva e funcional .

MORTALIDADE	READMISSÕES HOSPITALARES	ALTA PARA O DOMICÍLIO	CAPACIDADE FUNCIONAL	PERFOMANCE COGNITIVA
- 14%	- 12%	+ 26%	+ 42%	+ 41%

Stuck AE *et al*. Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 1993

COMPARANDO INTERVENÇÕES

CONDIÇÃO	INTERVENÇÃO	DESFECHO	REDUÇÃO DE RISCO	REDUÇÃO DE MORTALIDADE
Idosos	AGA	Morar em ILP	26%	14%
Câncer de mama	Quimioterapia adjuvante	Recidiva	23,5%	15,3%
IAM	Betabloqueador	Novo IAM	27%	22%

- Early Breast Trialists Collaborative Group: Polychemotherapy for early breast cancer:An overview of the randomised trials. Lancet 352: 930-942, 1988
- Stuck AE, Siu AL, Wuland D,et al: Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. Lancet 342: 1032-1036, 1993
- Yusuf S, Wittes J, Friedman L: Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. JAMA 260:2088-2093, 1988

WJF-FMUSP

Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J *et al.* Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ, 2009

Declínio Funcional

Study	No with event/ No in group: Acute geriatric unit group	Control group	Odds ratio (fixed) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (fixed) (95% CI)
Landefeld 1995[w3]	90/297	101/285		29.45	0.79 (0.56 to 1.12)
Counsell 2000[w6]	216/743	241/733		70.55	0.84 (0.67 to 1.04)
Total (95% CI)	1040	1018		100.00	0.82 (0.68 to 0.99)

Total events: 306 (treatment), 342 (control)
Test for heterogeneity: χ^2=0.07, df=1, P=0.79, I^2=0%
Test for overall effect: z=2.04, P=0.04

0.1 0.2 0.5 0 2 5 10
Favours acute geriatric unit — Favours control

Mortalidade

Study	No with event/ No in group: Acute geriatric unit group	Control group	Odds ratio (fixed) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (fixed) (95% CI)
In hospital					
Collard 1985[w1]	8/218	39/502		26.76	0.45 (0.21 to 0.98)
Harris 1991[w2]	8/97	11/170		8.63	1.30 (0.50 to 3.35)
Landefeld 1995[w3]	24/327	24/324		26.28	0.99 (0.55 to 1.78)
Asplund 2000[w5]	8/190	6/223		6.22	1.59 (0.54 to 4.67)
Counsell 2000[w6]	21/767	28/764		32.10	0.74 (0.42 to 1.31)
Total (95% CI)	1599	1983		100.00	0.83 (0.60 to 1.14)
Total events: 69 (treatment), 108 (control)					
Test for heterogeneity: χ^2=5.10, df=4, P=0.28, I^2=21.6%					
Test for overall effect: z=1.15, P=0.25					
Three months after discharge					
Harris 1991[w2]	15/97	36/170		11.09	0.68 (0.35 to 1.32)
Landefeld 1995[w3]	66/327	64/324		25.74	1.03 (0.70 to 1.51)
Asplund 2000[w5]	21/190	17/223		6.98	1.51 (0.77 to 2.95)
Counsell 2000[w6]	122/767	133/764		56.20	0.90 (0.69 to 1.17)
Total (95% CI)	1381	1481		100.00	0.95 (0.78 to 1.16)
Total events: 224 (treatment), 250 (control)					
Test for heterogeneity: χ^2=3.11, df=3, P=0.37, I^2=3.6%					
Test for overall effect: z=0.51, P=0.61					

0.1 0.2 0.5 0 2 5 10
Favours acute geriatric unit — Favours control

Alta para o domicílio

Study	No with event/ No in group: Acute geriatric unit group	Control group	Odds ratio (fixed) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (fixed) (95% CI)
At discharge					
Collard 1985[w1]	162/218	340/502		18.91	1.38 (0.96 to 1.97)
Harris 1991[w2]	69/97	114/170		8.55	1.21 (0.70 to 2.08)
Landefeld 1995[w3]	260/327	233/324		17.14	1.52 (1.06 to 2.18)
Asplund 2000[w5]	134/190	143/223		13.86	1.34 (0.88 to 2.03)
Counsell 2000[w6]	604/756	573/743		41.54	1.18 (0.92 to 1.51)
Total (95% CI)	1588	1962		100.00	1.30 (1.11 to 1.52)
Total events: 1229 (treatment), 1403 (control)					
Test for heterogeneity: χ^2=1.48, df=4, P=0.83, I^2=0%					
Test for overall effect: z=3.29, P=0.001					
Three months after discharge					
Harris 1991[w2]	67/97	106/170		8.89	1.35 (0.79 to 2.29)
Landefeld 1995[w3]	236/327	210/324		21.91	1.41 (1.01 to 1.96)
Asplund 2000[w5]	117/190	124/223		16.36	1.28 (0.86 to 1.90)
Counsell 2000[w6]	552/742	552/740		52.83	0.99 (0.78 to 1.25)
Total (95% CI)	1356	1457		100.00	1.16 (0.99 to 1.37)
Total events: 972 (treatment), 992 (control)					
Test for heterogeneity: χ^2=3.63, df=3, P=0.30, I^2=17.4%					
Test for overall effect: z=1.79, P=0.07					

0.1 0.2 0.5 0 2 5 10
Favours control — Favours acute geriatric unit

O cuidado de idosos com problemas agudos em unidades geriátricas reduz o risco de declínio funcional e aumenta a probabilidade de alta para o domicílio, sem aumento de custos, readmissões e mortalidade

BMJ

BMJ 2011;343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553 Page 1 of 10

RESEARCH

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials

OPEN ACCESS

Graham Ellis *consultant geriatrician and honorary senior clinical lecturer*[1], Martin A Whitehead *consultant geriatrician*[2], David Robinson *consultant geriatrician*[3], Desmond O'Neill *associate professor of gerontology*[4], Peter Langhorne *professor of stroke care*[5]

[1]Medicine for the Elderly, Monklands Hospital, Airdrie, North Lanarkshire, Scotland, UK; [2]Medicine for the Elderly, Wishaw General Hospital, Wishaw, North Lanarkshire; [3]Mercer's Institute for Research on Ageing, St James' Hospital, Dublin, Republic of Ireland; [4]Department of Medical Gerontology, Trinity Centre for Health Sciences, Adelaide and Meath Hospital, Tallaght, Dublin 24, Dublin ; [5]Academic Section of Geriatric Medicine, University of Glasgow, Glasgow, Scotland

10.315 participantes em 6 países
AGA X cuidado médico tradicional

Participantes do grupo da AGA:

- Maiores chances de estarem vivos no domicílio após a alta:
  - OR = 1,16 (IC 95% = 1,05 a 1,28; P = 0,003; NNT = 33) - seguimento de 1 ano
  - OR = 1,25 (IC 95% = 1,11 a 1,42; P < 0,001; NNT = 17) – seguimento de 6 meses
- Menores chances de receberem alta para ILPI:
  - OR = 0,78 (IC 95% = 0,69 a 0,88; P < 0,001)
- Menores chances de morrerem ou apresentarem piora:
  - OR = 0,76 (IC 95% = 0,64 a 0,90; P = 0,001)

PONTOS RELEVANTES

O idoso deve ser avaliado globalmente. Seus órgãos e sistemas não podem ser vistos separadamente. Assim como, a sua capacidade funcional e aspectos sociais, psicológicos e culturais nunca devem deixados para o segundo plano.

O objetivo da AGA é detectar as incapacidades e desvantagens e fazer o planejamento terapêutico e de reabilitação focalizando as suas ações não só no diagnóstico e tratamento de doenças específicas, mas principalmente na manutenção e recuperação da capacidade funcional.

48 Costa EFA, Galera SC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M *et al*. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet, 2013
- Bazta JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arietta J *et al*. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among oder patients admitted to hospital for acute meiucal disorders.. meta – analysis, BMJ, 2009
- Costa EFA, Galera SC, Porto CC *et al*. Semiologia do Idoso. In: Porto CC, Porto AL. Semiologia Médica. 6ª Ed, Editora Guanabara Koogan 2009
- Costa EFA, Galera, SC. O Clínico e o Idoso. In: Porto CC, Porto AL. Vademecum de Clínica Médica. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2010
- Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. Revista da UFG, 2003
- Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). In: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica. Editora Manole,2005
- Doll J. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN. Tempo de Envelhecer. Editora Nau, 2004
- Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. British Medical Bulletin, 2005
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D *et al*. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 2011
- Fried LP *et al*. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting care. J Gerontology, 2004
- Gorzoni ML, Costa EFA, Lencastre MC. Comorbidade, Multimorbidade e Manifestações Atípicas das Doenças nos Idosos. In: Freitas EV, Py L, Gorzoni ML et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2011.
- Guimarães RM. Os Compromissos da Geriatria. In: Guimarães RM, Cunha UGV . Sinais e Sintomas em Geriatria. 2ª Ed. Editora Atheneu, 2004
- Inouye SK, Studenski , Tinetti ME *et al*. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. J Am Geriatr Soc, 2007
- Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Um revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. Cad Saúde Pública, 2005
- Solomon DH. Foreword. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. Comprehensive Geriatric Assessment. USA: Mc Graw Hill, 2000
- Stuck AE *et al*. Comprehensive Geriatric Assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet, 1993
- Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. Cancer Control, 2003
- Willianson J *et al*. Old people at home, their unreported needs. Lancet, 1964

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA PARA ESTUDO

- Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *In*: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica*. Editora Manole, 2005

- Costa EFA, Galera SC, Porto CC *et al.* Semiologia do Idoso. *In*: Porto CC, Porto AL. *Semiologia Médica*. 6ª Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2009

- Freitas EV, Miranda RD. Avaliação Geriátrica Ampla. *In*: Freitas EV Py L, (orgs*)*. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 3ª Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011

- Freitas EV. Avaliação Geriátrica Ampla. *In*: Freitas EV *et al*, (orgs*)*. Manual Prático de Geriatria. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2012

Créditos

- Revisão:
  - Comissão de Educação Continuada da SBGG
  - Comissão de Informática da SBGG