

FRAGILIDADE EM IDOSOS: INCIDÊNCIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM SOUSA, PARAÍBA, BRASIL

TICIANA LIMA DE SOUSA
ANDRÉ LUÍZ DANTAS DE BEZERRA
OCILMA BARROS DE QUENTAL
MAURA VANESSA DA SILVA SOBREIRA
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE FEITOSA

Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Brasil
Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil
ankilmar@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo que nas últimas décadas vem se estendendo por vários países do Terceiro Mundo, inclusive no Brasil, onde partir da década de 60, sua população começou a envelhecer de forma progressiva e rápida, sendo que atualmente os idosos representam cerca de 10% da população geral (CARVALHO; GARCIA, 2003)

Este fato coloca em evidência uma população idosa crescente, sujeita a múltiplas comorbidades, as quais potencializam o aparecimento de síndromes geriátricas. Estas, comprometendo a independência e a autonomia dos idosos, podendo gerar incapacidade, fragilidade, institucionalização e até morte (BARBOSA et al. 2005).

Dentre estas síndromes damos destaque a da fragilidade que é considerada um estado de vulnerabilidade e acarreta um aumentado risco de eventos adversos tais como a dependência, quedas, lesões, e doenças agudas, e a lenta recuperação (BRASIL, 2007).

Essa síndrome tem como principal alvo o comprometimento da capacidade funcional na qual traz várias implicações importantes para o idoso, a família e comunidade, além de causar diversas transformações para o sistema de saúde uma vez que a incapacidade pode ocasionar maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo de forma negativa a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida do idoso (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo efetuar a mensuração da incidência da síndrome da fragilidade em idosos, segundo o fenótipo de fragilidade, com base nos critérios definidos pela médica norte americana Linda Fried e Colaboradores, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos da cidade de Sousa, Paraíba: Lar “Casa do Caminho” e “Jesus, Maria e Jose”, tendo em vista que ainda não há dados referentes a este tipo de estudo no município, sendo assim, visível a necessidade de se entender a nova redefinição da estrutura etária e suas implicações.

Logo, o presente estudo é considerado de importância significativa, quando da aquisição e desenvolvimento de subsídios que podem vir a contribuir com novas políticas sociais voltadas para pessoas da terceira idade e que culminem em medidas que colaborem para o conhecimento desta síndrome, levando um melhor atendimento a este tipo de paciente com vistas a prevenir, promover ou mesmo reabilitar os idosos conforme o seu grau de fragilidade. Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo identificar a incidência da fragilidade em idosos em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), utilizando o fenótipo proposto por Linda Fried e colaboradores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório de abordagem quantitativa. Desenvolvido em duas Instituições de Longa Permanência: “A Casa do Caminho” e no abrigo “Centro de Apoio a Velhice Jesus Maria e José”, localizados no município Sousa, Paraíba. A amostra foi composta por 25 idosos e a amostragem de 100%.

O procedimento de coleta foi realizado por meio de roteiro, segmentado de forma a compreender dados sócio-demográficos e o fenótipo de fragilidade com critérios proposto pela FIEP BULLETIN - Volume 84- Special Edition - ARTICLE I - 2014 (<http://www.fiepbulletin.net>)

médica norte-americana Linda Fried e colaboradores. À partir desta definição, Fried et al. (2001) propuseram o fenótipo de fragilidade composto por três ou mais dos seguintes componentes: perda de peso não intencional (maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano); exaustão avaliada por auto-relato de fadiga; diminuição da força de preensão da mão dominante (mediada pelo dinamômetro e ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal); baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio de energia semanal em kilocalorias, ajustado ao sexo (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados, avaliados pelo Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire) e lentidão avaliada pelo tempo gasto em segundos para percorrer uma distância de 4,6 metros, ajustada pelo sexo e altura.

Os dados foram coletados no mês de março de 2013 e analisados através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), de bandeira PASW (versão 20). Os procedimentos estatísticos constaram de análise descritiva de frequência e análise inferencial (bivariada) para dados nominais: χ^2 Qui-quadrado de Pearson, que testa a hipótese nula informando que a distribuição de frequência de certos eventos observados numa amostra é consistente com uma determinada distribuição teórica.

Entretanto, buscando a melhor forma de executar a análise, algumas variáveis foram reagrupadas considerando a distribuição das frequências e os modelos encontrados nas literaturas consultadas. Assim, a classificação da fragilidade será dividida em frágeis (apresentar no mínimo 3 critérios indicativos) e não frágeis (apresentar no máximo 2 critérios indicativos). Foi aceito como estatisticamente a significância de $p \leq 0,05$. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Faculdade Santa Maria para apreciação e parecer, sendo este favorável, número 216.953,

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Maciel (2007), emana que a etiologia da síndrome de fragilidade em idosos foi descrita por Fried e colaboradores como um fenótipo, explicado através de uma base fisiológica, e com importantes repercussões para a prática clínica e para as pesquisas em geriatria e gerontologia. Desta forma, a compreensão dos fatores relacionados à síndrome de fragilidade possibilita perspectivas para ações de prevenção e intervenção em populações idosas.

Um total de 25 idosos foram avaliados, sendo que destes 20 (80% da amostra), foram classificados como frágeis e 5 (20% da amostra) foram classificados como pré-frágeis. Ressalta-se que nenhum dos participantes da amostra foi classificado como “não-frágeis”. As características sócio-demográficas estão apresentadas na tabela 01. Por se tratar de estudo com idosos em ILPI, considerou-se apenas três principais variáveis dentro da categoria: idade, sexo e estado civil.

Na população estudada, observou-se uma maior prevalência de indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 19 idosos, o que representa 76% da amostra, sendo que destes, 14 foram considerados frágeis (70% da amostra de idosos frágeis). A idade mínima foi de 60 e a máxima de 100 anos. A amostra foi estratificada por faixa etária revelando que 17 idosos (68% da amostra total) estão na faixa dos 80 a 100 anos, onde destes, 14 idosos foram classificados como frágeis (70% da amostra de idosos frágeis).

Quanto ao estado civil, considerou-se quatro variáveis: casado, solteiro, viúvo e divorciado. Destas, somente idosos com o estado civil solteiro, representaram quantidade significativa, totalizando 10 participantes, o que representa 40% da amostra total. Entre estes, 8, obtiveram classificação de frágeis (40% da amostra de frágeis).

Tabela 01: Dados referentes à caracterização da amostra, quanto à sócio-demografia.

Idade (sig. 0,03)			Classificação		Total
			Frágeis	Pré-Frágéis	
Idade	Entre 60 e 80 anos	Freq. Relativa (n)	6	2	8
		Freq. Absoluta (%)	30,0%	40,0%	32,0%
	Maior que 80 anos e menor de 100 anos	Freq. Relativa (n)	14	3	17
		Freq. Absoluta (%)	70,0%	60,0%	68,0%
Total		Freq. Relativa (n)	20	5	25
		Freq. Absoluta (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Sexo (sig. 1,00)			Classificação		Total
			Frágeis	Pré-Frágéis	
Sexo	Masculino	Freq. Relativa (n)	14	5	19
		Freq. Absoluta (%)	70,0%	100,0%	76,0%
	Feminino	Freq. Relativa (n)	6	0	6
		Freq. Absoluta (%)	30,0%	,0%	24,0%
Total		Freq. Relativa (n)	20	5	25
		Freq. Absoluta (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Estado Civil (sig. 0.55)			Classificação		Total
			Frágeis	Pré-Frágéis	
Estado Civil	Casado	Freq. Relativa (n)	6	1	7
		Freq. Absoluta (%)	30,0%	20,0%	28,0%
	Solteiro	Freq. Relativa (n)	8	2	10
		Freq. Absoluta (%)	40,0%	40,0%	40,0%
	Viúvo	Freq. Relativa (n)	5	2	7
		Freq. Absoluta (%)	25,0%	40,0%	28,0%
	Divorciado	Freq. Relativa (n)	1	0	1
		Freq. Absoluta (%)	5,0%	,0%	4,0%
Total		Freq. Relativa (n)	20	5	25
		Freq. Absoluta (%)	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Coleta de dados, 2013.

Dentre as variáveis sócio demográficas incluídas no modelo, apenas a idade apresentou associação significativa mesmo quando ajustada pelas demais variáveis, o que demonstra como em outros estudos, a influência do envelhecimento no aparecimento da fragilidade.

Ressalta-se que, mediante a aplicação de *teste de Fisher* (teste de significância), e diferentemente de outros trabalhos o sexo masculino não apresentou associação com a fragilidade, apesar de termos encontrado uma maior prevalência de homens entre os indivíduos considerados frágeis. Tal fato, se deve essencialmente ao número de indivíduos que compõem a amostra, serem predominantemente do sexo masculino.

Tais resultados são compatíveis com os de Macedo, Gazzola e Najas (2008), onde o estado civil e o sexo, também não apresentaram associação com a fragilidade, não considerando portanto, essas variáveis como fator de risco para os resultados adversos na velhice.

A amostra foi estratificada ainda quanto aos aspectos: tabagismo e etilismo. Para essas variáveis, levando em consideração o fato de que amostra é composta de indivíduos em ILPI, onde não se permite o uso de drogas como tabaco ou álcool, considerou-se dados referentes a um público “Ex” e “Não” tabagista e etilista.

Sendo que assim fora possível a obtenção dos seguintes dados: 13 idosos (52%) são ex-tabagistas, com 12 destes (60%) frágeis, enquanto os não-tabagistas remetem um espectro de 12 indivíduos (48%), com 8 (40%) considerados frágeis. Quanto ao etilismo, 16 (64%) são não-etilistas, com 12 (60%) frágeis, contra 9 (36%) ex-etilistas, com 8 (40%) frágeis.

Estudos realizados em amostras clínicas evidenciaram um aumento significativo do uso de tabaco e álcool na população idosa. Maciel (2007), aponta que pesquisas mostram que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentam sintomas de dependência alcoólica, inclusive as estimativas de admissão por alcoolismo nos serviços de emergência se equiparam às admissões por infarto. Porém, é importante ressaltar que a equipe hospitalar reconhece menos casos de alcoolismo em idosos do que em pacientes mais jovens.

O Tabagismo, por sua vez é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que cerca de 1,25 bilhões de pessoas sejam fumantes. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 47% dos homens e 12% das mulheres são fumantes e que quatro milhões de óbitos anuais possam ser atribuídos ao hábito de fumar (VERAS, 2009).

No entanto, compactuando com o estudo de Straub *et al.*(2001) as variáveis tabagismo e etilismo, não são consideradas fatores de risco com influência determinante para a aquisição ou desenvolvimento da fragilidade.

Mas, uma vez para comprovação utilizamos a aplicação do teste de *Fisher*, que demonstrou que tais variáveis não apresentaram significância em associação com a fragilidade. Tal insignificância, é evidenciada ainda na própria Tabela 02, onde o número de idosos frágeis são relativamente próximos tanto para não-tabagistas, como para ex-tabagistas. Sessa relatividade e aproximação válida também para a variável etilismo.

Contudo a equipe de saúde deve utilizar-se de contra-argumentos de convenção ao idoso sobre a qualidade de vida que o abandono do tabaco proporcionará á sua vida como um todo. Para essa orientação é necessário que não se perca de vista vários pontos importantes como hábitos culturais, ambiente, nível de escolaridade, conhecimento sobre estado de saúde e possíveis complicações, o posicionamento da família e o apoio da mesma na mudança do hábito de fumar (SMELTZER & BARE, 2005).

Para se fazer qualquer planejamento estratégico visando à abordagem e controle do tabagismo e etilismo na terceira idade, é necessário conhecer os motivos pelos quais os idosos fumam ou bebem, a influencia do ambiente familiar e socioeconômico cultural sobre eles, os aspectos da dependência, as inter-relações das comorbidades e, por fim, procurar de maneira criteriosa, uma melhor maneira de tratar este idoso fumante, valorizando sempre a terapia cognitiva comportamental como eixo principal na condução do tratamento (FRIED *et al.* 2004).

O presente estudo trás ainda correlações de dados entre fragilidade e a presença de comorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Tal projeção se faz necessária, uma vez que, conforme Speechley e Tinetti (1991), pessoas com mais de 60 anos, portadoras da síndrome da fragilidade possuem geralmente pressão arterial mais elevada e apresentam maiores fatores de risco em relação a problemas cardiovasculares.

Reportando-se as morbidades, verificou-se que 15 idosos (60% da amostra total), são hipertensos com 13 destes (65%) considerados frágeis, contra 10 (40%) não-hipertensos, com 7 (35%) frágeis. Quanto ao diabetes, os dados mostram que 23 indivíduos (92% da amostra total), com 18 (90%) considerados frágeis.

Tais resultados, são reforçados pelo estudo de Veras (2009), que revela que comorbidades estão diretamente associadas à fragilidade, ainda que o quadro sindrômico da fragilidade possa existir mesmo que não haja presença de comorbidades.

Seguindo esta linha de associação, Straub *et al.*(2001), afirma que idosos que vivenciam enfermidades associadas como hipertensão e diabetes, parecem ser mais predispostos à fragilidade, e que o prognóstico para tal condição vai depender das manifestações clínicas apresentada.

Apesar do presente estudo, apresentar somente a hipertensão arterial, como fator de significância no desenvolvimento da fragilidade, podemos contextualizá-lo com o conteúdo exposto por Veras (2009), que revela que comorbidades estão diretamente associadas à fragilidade, ainda que o quadro sindrômico da fragilidade possa existir mesmo que não haja presença de comorbidades.

O autor ora mencionado expõe ainda, em convergência com dados do presente estudo, que o diabetes mellitus visto individualmente não apresenta ligação direta com a fragilidade, no entanto, quando associado a hipertensão arterial mostra alta relevância a fatores intrínsecos da fragilidade, tais como a fadiga, o baixo nível de atividade física, a velocidade da marcha e a diminuição da força muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo considera que o fenótipo de fragilidade proposto por Fried é um método simples, de fácil manuseio e não oneroso, capaz de padronizar e operacionalizar o rastreio e o diagnóstico de idosos frágeis. Os cinco itens que compõem o fenótipo (relatos de exaustão/fadiga, fraca força de preensão, lenta velocidade da marcha, perda de peso e baixo nível de atividade física) refletem as condições dos idosos em termos funcionais, especialmente, em relação aos aspectos de força e fadiga muscular.

Indubitavelmente, o fenótipo proposto possui forte aplicabilidade para avaliação da fragilidade, porém retrata apenas os aspectos físicos de uma síndrome multidimensional e fatorial, que requer investigações profundas sobre aspectos sociais, ambientais, fisiológicos e psicológicos.

Portanto, para uma melhor compreensão etiológica, é necessário investigar a síndrome da fragilidade ao longo do tempo, analisando como ela é influenciada e como influencia a percepção da saúde do indivíduo.

Consideramos que a partir da realização de estudos epidemiológicos na população idosa brasileira, será possível o planejamento de ações concretas, seja no âmbito das dimensões físicas do corpo humano, seja na criação de redes de suportes médico e social, capazes de suprir as necessidades de ajuda material, instrumental, informativa e afetiva.

Seguindo essa perspectiva, este conjunto de ações pode auxiliar os idosos a enfrentar as adversidades cotidianas, adaptando-se assim de forma mais exitosa aos eventos estressores, e permitindo uma maior sobrevida livre de incapacidades e limitações funcionais.

De acordo com os objetivos propostos, conclui-se que a Síndrome de Fragilidade entre os idosos em ILPS no Município de Sousa-PB foi mais prevalentes entre: homens, os indivíduos maiores de 80 anos e com enfermidades associadas, os idosos com déficit para o desempenho nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Os principais fatores associados à Síndrome de Fragilidade entre esse público, foram idade avançada, comorbidades, incapacidade funcional para as atividades da vida diária e a má percepção do estado de saúde.

Evidencia-se, portanto a síndrome da fragilidade como um desfecho natural do processo de envelhecimento, sendo consequência do declínio da resiliência biológica ao longo do curso da vida. Nessa perspectiva, o presente estudo apresenta significativa importância quando do conhecimento das manifestações clínicas da fragilidade em idosos institucionalizados, atuando de forma a favorecer uma melhor operacionalização das pesquisas para população brasileira.

Rua: Sousa Assis, 78, Centro. Cajazeiras-PB. CEP: 58900-000. Tel. (83)8846-4910. Email: ankilmar@hotmail.com.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A.L. *et al.* **Anthopometry of elderly residents in the city of São Paulo. Cad. Saúde Pública, 2005. 21, 1929-1938.**

BRASIL, COFEN. **Cartilha educativa para atenção aos idosos.** Rio de Janeiro: Câmara Técnica de Assistência, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. **O envelhecimento da população brasileira: em enfoque demográfico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (3), p. 725-733, Mai- jun, 2003.

FRIED, L.P. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targenting and care. **Journal of Gerontology.** v59 n3 p.255-263, 2004.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J.M.; NAJAS M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde,** 2008. v.33, n. 3, p. 177-84

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v.10 n.2 p.178-89 2007

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10 ed . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SPEECHLEY, M.; TINETTI, M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persosns. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 39, n.1, p. 46-52, jan. 1991.

STRAUB, R. H; *et al.* The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. **Mech. Ageing Develop.** v.122, p.1591-1611, 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rio de Janeiro: **Rev Saúde Pública.** v.43, n.3, p548-54, 2009