

FENÓTIPO DE FRIED: INCIDÊNCIA DA FRAGILIDADE EM IDOSOS EM UM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SALMA APARECIDA OLIVEIRA LINS
GEANE SILVA OLIVEIRA
ALLAN GLAYBON DE SOUSA OLIVEIRA
FERNANDO DUTRA
ANKILMA DO NASCIMENTO ANDRADE FEITOSA
Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil
Faculdade de Medicina do ABC
Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, Brasil
salminhalins@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 a 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 (RAMOS et al, 2001). Essa síndrome tem como principal alvo o comprometimento da capacidade funcional na qual traz várias implicações importantes para o idoso, à 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 (KAPLAN et al.; 2003)

Sendo assim a geriatria moderna e os profissionais da saúde possuem três pilares fundamentais que se correlacionam formando um caminho a ser seguido, que se preocupa inicialmente, em promover a saúde através da prevenção primária, de forma a desenvolver hábitos de vida saudáveis melhorando assim a compreensão do processo de envelhecimento; em seguida, no tratamento de saúde de forma apropriada, sendo feita com a inclusão de profissionais treinados em geriatria e gerontologia, visando desenvolver possíveis diagnósticos precoces das doenças, procurando preservar a capacidade funcional do idoso; e finalmente, a reabilitação das funções comprometidas, visando à independência funcional e autonomia mental, e qualquer tipo de incapacidade ou limitação (BIS, 2009).

Ressaltamos ainda que uma taxa de incidência adequada do conceito de fragilidade favorecerá os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, no planejamento e na implementação de uma assistência de melhor qualidade aos idosos, sobretudo para aqueles de idade mais avançada. Assim, o estudo teve como objetivo verificar a incidência da síndrome da fragilidade em idosos, segundo o Fenótipo de Linda Fried, em Unidade de Saúde da Família, situada na zona urbana do município de Cajazeiras-PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto, localizada no município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. A amostra constituída por 100 idosos cadastrados na unidade, Para os critérios de inclusão podemos citar: ser paciente da zona urbana da referida Unidade de Saúde, ter 60 anos ou mais, consciente e orientado e admitir a sua participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) totalizando 100 idosos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) para apreciação e parecer. Após parecer favorável, número 240.731, aconteceu a coleta de dados por meio de um questionário semi estruturado com questões referentes à caracterização da amostra, em seguida foi feita a realização das medidas antropométricas (peso e altura) e preenchida a ficha que contém os critérios de fragilidade, proposto por Linda Fried et al. (2001),

onde se estabeleceu a classificação clínica destes idosos em: pré-frágeis e frágeis. Sendo esta aplicada pelos pesquisadores participantes na unidade, ou mesmo nas residências dos idosos, onde não houve nenhuma intervenção na coleta de dados. Antes da aplicação dos critérios de fragilidade foi feito um contato com os idosos, onde os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo e foi apresentado o TCLE.

Para o processamento e análise de dados foram utilizados a definição operacional e marcadores do Fenótipo de Fragilidade, este que é explicado por Fried et al. (2001) pelo fato de ser um instrumento de baixo custo e de fácil aplicação, além de oferecer uma base para a padronização da identificação de fragilidade em idosos. Os dados foram expressos em tabelas e construídos no Programa PASW (versão20), para discussão com embasamento científico para melhor apresentação das variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi criado e tabulado um banco de dados no programa PASW (versão20). Foram realizadas análises estatísticas de χ^2 de Pearson, aquelas que obtiveram uma significância maior ou igual a 20% ($p \leq 0,20$) foram incluídas no modelo de regressão logística binária multivariada, os efeitos foram expressos por meio do Odds Ration Ajustado. No modelo final, a significância aceita foi $p \leq 0,05$.

Fez parte do estudo uma amostra composta por 100 idosos, onde 52 (52%) participantes foram classificados com pré frágeis e 48(48%) participantes classificados como frágeis. Lebrão & Duarte (2003), apontam que à medida que a população envelhece, aumenta significativamente a incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e estas podem ser evitadas em grande parte, já que seus determinantes não se referem apenas aos fatores genéticos e/ ou mudanças da idade, e sim, a fatores de risco ambiental e comportamental.

Nesse contexto, Muniz (2008), explica que o avanço da idade tem sido relacionado, por parte dos próprios idosos, como sinônimo de doença, e indica que, essa população, possui um caráter crônico, envolvendo gastos com os quais a pessoa idosa nem sempre pode arcar, gerando ainda mais desconforto e insatisfação. O presente estudo não mostrou como explanado na literatura que há uma forte influência do marcador idade com a aquisição e desenvolvimento da fragilidade.

Para a classificação da fragilidade, Fried et al. (2001), proporam um fenótipo com cinco indicadores. O presente estudo faz, portanto uma análise sistemática sobre cada item do inquérito, mensurando criteriosamente a amostra para cada item (Tabela 3).

Nesse contexto, temos a “avaliada perda de peso não intencional” (Indicador 01), “auto relato de fadiga” (Indicador 02), “diminuição da força de preensão” (Indicador 03), “nível de atividade física” (Indicador 04) e “diminuição da velocidade da marcha” (Indicador 05). De acordo com o fenótipo, o idoso é frágil quando apresenta três ou mais componentes, pré-frágil, um ou dois e não-frágil, quando não é reprovado em nenhum dos indicadores.

Tabela 1. Indicadores de fragilidade

		Fragilidade		Sig
		Pré-frágil	Frágil	
Indicador 01	Sim	7 (13,5%)	17 (35,4%)	0,01
	Não	45 (86,5%)	31 (64,6%)	
	Total	52 (100%)	48 (100%)	
Indicador 02	Sim	5 (9,6%)	36 (75,0%)	0,0
	Não	47 (90,4)	12 (25,0%)	
	Total	52 (100%)	48 (100%)	
Indicador 03	Sim	19 (36,5%)	38 (79,2%)	0,0
	Não	33 (63,5%)	10 (20,8%)	
	Total	52 (100%)	48 (100%)	

Indicador 04	Sim	52 (100%)	47 (97,9%)	0,29
	Não	0 (0,0%)	1 (2,1%)	
	Total	52 (100%)	48 (100%)	
Indicador 05	Sim	1 (1,9%)	33 (68,8%)	0,0
	Não	51 (98,1%)	14 (29,2)	
	Total	52 (100%)	48 (100%)	

Fonte: Coleta de Dados, 2013

Os resultados mostram que as mulheres idosas têm 5,89 chances de serem mais frágeis se comparados aos homens idosos ($p \leq 0,05$). Para o IMC, o grupo apresentou resultado significativo ($p \leq 0,05$) indicado que este grupo possui 18,42 vezes mais chances de ser frágil que o grupo de IMC normal. Por fim, apenas os indicadores 01, 02 e 03 entraram no modelo. Assim como esperado, os três apresentaram resultado significativo ($p \leq 0,05$), sendo que o indicador 02 apresentou a maior capacidade de explicar a fragilidade, pois quem tem fragilidade nesse indicador apresenta 100 vezes mais chances de apresentar fragilidade geral.

Estudo epidemiológico com mulheres de 65 a 79 anos foram desenvolvidos por Fried et al. (2004), em que se aplicaram os critérios de fragilidade. Foi evidenciado uma maior prevalência da fragilidade entre as mulheres. Do mesmo modo, pesquisa realizada na Espanha, onde 17% da sua população é idosa, com expectativa de vida de 83,5 anos para mulheres e de 77 anos para homens, identificou que a prevalência de fragilidade é significativamente mais elevada em mulheres (30,9%) do que em homens idosos (9,3%) (FERNANDEZ-BOLAÑOS, et al., 2008).

De acordo com Marini, Baisi e Barbosa (2006), no idoso a redução da massa e da força muscular dos membros inferiores é duas vezes maior que a dos membros superiores. Os autores acrescentam que a redução da massa e da força muscular começa a ocorrer após os trinta anos de idade, acentuando-se, de forma progressiva, após os cinquenta, resultando numa perda de 15% por década na sexta e sétima décadas de vida. Após esse período, a redução é estimada em 30% por década. Essa perda, por sua vez, contribui para outras alterações, como diminuição da densidade óssea, redução da sensibilidade à insulina e menor capacidade aeróbica (VERAS, 2009).

Segundo Garrido e Menezes (2002) a fadiga tem sido considerada como parte integrante do fenótipo de fragilidade em idosos. O autor diz que o cansaço autorrelatado em atividades diárias foi encontrado como preditor forte em pacientes frágeis.

CONCLUSÃO

O cuidado ao idoso frágil como também aqueles que já se enquadram em pré-frágeis podem ser pautados com o conhecimento de uma equipe interdisciplinar, focalizando não só a reabilitação, mais também a promoção e educação em saúde, favorecendo assim uma melhor qualidade de vida para o idoso. Faz-se necessário também adotar cuidados para aqueles já hospitalizados pela síndrome, com o objetivo da recuperação da sua funcionalidade. Com o passar do tempo e da idade o corpo torna-se mais propenso, verificando risco na qualidade de vida, custos altos com saúde e sobrecarga de cuidadores. Todos esses riscos podem está associados à Síndrome da Fragilidade.

Acreditamos que a partir da realização de outros estudos com idosos, seja possível incrementar ações concretas, seja nas dimensões físicas do corpo, seja na criação de suporte social. Provavelmente essas ações ajudem esses indivíduos a levar adiante problemas diários, apropriando os estressores, permitindo assim uma melhor qualidade de vida, isento de incapacidades e limitações.

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

REFERÊNCIAS

BIS: Boletim do Instituto de Saúde. “Envelhecimento & Saúde.” Nº 47 abril de 2009.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 725-733, 2003.

FERNANDEZ-BOLÁNOS, M. et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. **JAGS**, v. 56, n. 12, p. 2370-71, 2008.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype **J Geront.** v.56, n.3, 2001. p.M146-56.

FRIED. LP, FERUCCI L, DARER J, WILLIAMSON JD, ANDERSONN G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:255

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. **O Brasil está envelhecendo:** boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Ver. Bras. Psiquiatria*, v. 24, supl I, p. 3-6, 2002.

KAPLAN R.M, CRIQUI M, DENENBERG J.O, BERGAN J, FRONEK A. Quality of life in patients with chronic venous disease San Diego population study. *J Vasc Surg.* 2003, 37(5): 1047-53.

LEBRÃO ML, DUARTE YAO. **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003

MARINI, M. F. V.; BAISI, P. P.; BARBOSA, R. C. Imobilidade e suas implicações: síndrome da imobilidade In: CARVALHO FILHO. E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría:** fundamentos, clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 66, p. 719-27.

MUNIZ, C. D.; FERNANDES, M.; CIPORKIN, J. P. Fragilidade. In: JACOB FILHO, W. (org.) **Terapêutica do idoso:** manual da liga do GAMA. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. Cap. 13, p 189-201.

RAMOS L.R, ROSA T.E, OLIVEIRA Z.M, MEDINA M.C, SANTOS F.R. **Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil:** resultado de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 2001; 27(2):87-94.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rio de Janeiro: **Rev Saúde Pública** 2009. 43(3):548-54.