

FRAGILIDADE E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Thaís Santos Contencas (1); Déborah da Silva Ramos (1); Paula Maria Lopes Sardelich (2);
Erik Oliveira Martins (3)

Universidade Paulista – UNIP, thaiscontencas@yahoo.com.br

Introdução:

O envelhecimento é um processo natural onde ocorrem mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que alteram o organismo do ser humano de forma progressiva podendo gerar prejuízos funcionais para o idoso causando quedas e maiores níveis de morbidade e mortalidade nessa população^{1,2}.

O aumento progressivo e rápido da população idosa brasileira aponta novos desafios para o setor de saúde, com o aumento da expectativa de vida algumas preocupações como a perda da independência funcional, qualidade de vida e aparecimento de morbidades que se associam à saúde dos idosos como a síndrome da fragilidade fomentam o interesse da comunidade científica³.

A síndrome da fragilidade é definida pelo declínio das reservas fisiológicas e desregulação de múltiplos sistemas, limitando a capacidade de manter a homeostase diante de estressores e resultando em vulnerabilidade⁴. Dessa forma, o fenótipo de fragilidade envolve cinco fatores: perda involuntária de peso no último ano, fadiga, fraqueza muscular, inatividade física e lentidão da marcha⁵.

Os idosos fragilizados apresentam risco acentuado para quedas, fraturas, incapacidade, limitação de mobilidade, declínio cognitivo, hospitalizações e morte, necessitando de cuidados para prevenir a ocorrência de desfechos clínicos negativos^{6,7}.

Assim, com intuito de contribuir na prevenção dos agravos, torna-se importante identificar os idosos frágeis e potencialmente frágeis a fim de orientar a atenção à saúde, visando à tomada de decisões e o planejamento de ações de prevenção, promoção e reabilitação e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dessa população⁸. O objetivo do presente estudo foi verificar a presença de fragilidade e o risco de quedas em idosos frequentadores de um centro de convivência.

Metodologia:

Estudo observacional descritivo do tipo transversal realizado com 28 indivíduos, de ambos os gêneros, que frequentavam o Centro de Convivência do Idoso (CCI) durante o mês de julho de 2018, localizado no município de Mongaguá, estado de São Paulo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP, todos os participantes foram informados sobre o conteúdo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o Conselho Nacional de Saúde e a resolução 466/12 do Ministério da Saúde para pesquisa que envolve seres humanos, autorizando suas participações.

Foram utilizados como critério de inclusão, participantes com idade entre 60 a 80 anos, alfabetizados, cadastrados no CCI. Os critérios de exclusão foram utilizar dispositivo auxiliar de marcha e apresentar alterações cognitivas rastreadas pelo Mini-exame do Estado Mental (MEEM) detectada por escores incompatíveis com a escolaridade⁶.

A coleta de dados foi realizada individualmente em ambiente reservado com duração média de 45 minutos. Foi aplicado um questionário sociodemográfico curto elaborado com embasamento literário sobre o assunto do projeto com perguntas relacionadas a dados pessoais (idade, gênero, data de nascimento, peso e altura), ocupação, tempo que frequentava

o centro de convivência, medicamentos em uso, histórico de quedas, medo de cair e presença de comorbidades. Os questionários foram numerados para manter o sigilo.

O MEEM foi a escala utilizada para rastreamento do comprometimento cognitivo. Compõem o MEEM questões que se correlacionam em cinco dimensões: concentração, linguagem, orientação, memória e atenção, com um escore máximo de 30 pontos. De acordo com o nível de escolaridade, os idosos deveriam pontuar no mínimo 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos^{6,9}.

O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi utilizado para estimar o dispêndio energético semanal de Atividades Físicas (AF) relacionadas com o trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, realizadas por, pelo menos, 10 minutos contínuos, com intensidade moderada e vigorosa, durante uma semana habitual sendo validado para idosos brasileiros. Classificou-se como "ativos" os indivíduos que praticavam, pelo menos, 150 minutos de atividade física no mínimo moderada por semana (min/sem) e irregularmente ativo aquele que praticava atividade física, porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não se enquadrava quanto à frequência ou duração¹⁰. Após a entrevista, os tempos foram somados para obter essa classificação¹¹.

O teste *Timed Up and Go* (TUG) teve como objetivo avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional. O teste quantificou em segundos a mobilidade funcional por meio do tempo que o indivíduo realizava a tarefa de levantar de uma cadeira (apoio de aproximadamente 46 cm de altura e braços de 65 cm de altura), caminhar 3 metros, virar, voltar rumo à cadeira e sentar novamente. Considerou-se na realização do teste o tempo de até 10 segundos como normal; valores entre 11-20 moderado risco de quedas; acima de 20 segundos alto risco de quedas¹².

A Escala de Equilíbrio Berg (EEB) foi utilizada para determinar os fatores de risco para perda da independência e para quedas em idosos. A escala avalia o equilíbrio em 14 itens comuns à vida diária. Cada item possui uma escala ordinal de cinco alternativas que variam de 0 a 4 pontos, sendo a pontuação máxima, portanto, 56. Os pontos foram baseados no tempo em que uma posição pode ser mantida, na distância que o membro superior foi capaz de alcançar à frente do corpo e no tempo para completar cada tarefa, tem como pontuação para risco de quedas escore abaixo de 45 pontos¹²⁻¹³.

A Escala da fragilidade de Edmonton foi utilizada para avaliar a fragilidade em idosos, avaliou-se nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade foram: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa¹⁴.

Os resultados foram analisados e tabulados no programa MINITAB versão 18.0. Para tratamento dos dados optou-se pelo uso da estatística descritiva, tabelas de frequência absoluta e percentual com cálculo da média e desvio padrão. As associações entre as variáveis categóricas (gênero, faixa etária, escolaridade, situação ocupacional, tempo no CCI, comorbidade, IMC (índice de massa corporal), NAF (nível de atividade física), Histórico de quedas, medo de cair e medicamentos foram analisadas utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson. O teste Anderson-Darling foi utilizado para verificar a normalidade na distribuição dos dados dos escores do teste TUG e da EEB, uma análise de variância (Anova unidirecional) foi utilizada para comparar os escores dos mesmos entre os grupos não frágil, vulnerável e frágil e o post hoc teste Tukey para identificar quais dos pares de grupos diferenciavam-se. Todas as análises foram consideradas no nível de significância $p < 0,05$.

Resultados e Discussões:

Foram incluídos no estudo 25 idosos com média de idade de $69,9 \pm 6,4$ anos, sendo 76% do sexo feminino ($n=19$) e 24% do sexo masculino ($n=6$). Em relação ao nível de fragilidade, os idosos pesquisados foram classificados conforme a Escala de fragilidade de Edmonton: 48% eram não frágeis; 32% eram aparentemente vulneráveis; 20% eram frágeis, dos quais 12% apresentaram fragilidade leve e 8% fragilidade moderada. Os idosos com fragilidade leve e moderada foram inseridos na categoria: frágil. Não houve associação significativa entre as variáveis pesquisadas.

Não houve associação significativa entre as variáveis pesquisadas, porém nota-se uma porcentagem elevada de idosos com presença de comorbidades (68%), sendo mais frequentes, as seguintes doenças: hipertensão arterial (56%) e diabetes (24%), com sobrepeso (56%) e que apresentavam medo de cair (68%), sendo em sua maioria idosos ativos representados por (68%).

Quanto à pontuação no TUG, que avalia a mobilidade, equilíbrio funcional e o risco de quedas, os idosos frágeis tiveram uma média em segundos mais alta ($10,2 \pm 1,6$), porém sem diferença estatisticamente significativa. A pontuação na EEB, que avalia o equilíbrio dinâmico e estático e o risco de quedas, mostrou que todos os grupos ficaram acima da pontuação de corte não tendo diferença estatisticamente significante entre os grupos.

No presente estudo notou-se predominância de idosos com média de idade de 69,9 anos, gênero feminino e aposentados dados semelhantes a pesquisas com idosos da comunidade no contexto nacional¹⁵. Alguns estudos demonstram que o número de mulheres que frequentam CCI é maior se comparado ao sexo masculino^{16,17} e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸ no Brasil o número de mulheres idosas é superior ao número de homens, o que pode explicar a maior prevalência de idosas participantes destes serviços.

Em um estudo realizado por Silva¹⁹ e de acordo com o perfil demonstrado, o sexo feminino também se mostrou mais evidente, fato este relacionado à permanência da viuvez nas mulheres e à procura por outras atividades após a aposentadoria em busca de distração e socialização; em um outro estudo Sobreira, Sarmiento e Oliveira²⁰ ressaltam que o aumento da expectativa de vida no sexo feminino é mais significativo do que no sexo masculino tendo relação com fatores biológicos e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade.

A prevalência de fragilidade foi de 20%, aproximando-se à encontrada em outros estudos nacionais que utilizaram a mesma ferramenta para operacionalizar o desfecho. No estudo de adaptação e de validação da EFE em uma amostra de idosos brasileiros, a prevalência encontrada foi de 29,9%¹⁴. Em outro estudo, realizado por Fernandes et al²¹ ao avaliar a fragilidade em uma amostra de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família de um município paulista encontrou a prevalência de 30,1%. Nessa pesquisa, a predominância de fragilidade entre as mulheres vai ao encontro com os resultados de outro estudo brasileiro que verificou uma prevalência de 9,7% de idosas frágeis, correspondendo a 67,6% de idosos frágeis do sexo feminino²².

Conclusões:

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos idosos frequentadores do centro de convivência avaliados foram classificados como não frágeis, porém um número considerável foi classificado como pré-frágil, ou seja, estão em uma fase de transição, muitas vezes silenciosa. Tais resultados apontam para a maior necessidade em detectar de forma precoce a síndrome da fragilidade em idosos ativos, visando retardar o declínio funcional.

Dessa forma, sugere-se que a avaliação da fragilidade e do risco de quedas seja incluída como parte da avaliação multidimensional do idoso, auxiliando os profissionais de saúde no planejamento de estratégias de ações de prevenção e no desenvolvimento de

programas de exercícios físicos que visem à melhora das habilidades funcionais do idoso, promovendo independência e qualidade de vida.

Referências:

1. MORAES EM et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais, v. 20, n.1, p.67-73, 2010.
2. HORAK, FB. Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? Age and ageing, v.35, n.2, p. 7-11, 2006.
3. TRIBES S, JÚNIOR VIRTUOSO JS, OLIVEIRA RJ. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. Revista da associação médica brasileira, v.58, n.3, p.341-347, 2012.
4. FRIED, LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, v. 56, n.3, p.146-157, 2011.
5. MANFIO L et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. Saúde em Debate, v. 41, n.113, 2017.
6. BRUCKI SMD et al. Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatria, v.61, n. 3, 2006.
7. NUNES DP et al. "Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido." Revista de Saúde Pública, v.49, p.1-9, 2015.
8. SILVA SLA et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. Fisioterapia e Pesquisa, v.16, n.2, p.120-125, 2009.
9. VALLE EA et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. Cad Saúde Pública, v.25, n.4, p.918-26, 2009.
10. MAZO, GZ et al. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.12, n.6, p.480-484, 2010.
11. BENEDETTI, TRB et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. Rev Bras Med Esporte, v.13, n.1, p.11-6, 2007.
12. KARUKA AH, SILVA JAMG, NAVEGA MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Rev Bras Fisioter, v.15, n.6, p.460-6, 2011.
13. MIYAMOTO, ST. Brazilian version of the Berg balance scale. Braz. Med. Biol. Res., Ribeirão Preto, v.37, n.9, p.1411-1421, 2004.
14. WEHBE F et al. Reprodutibilidade da versão brasileira adaptada da Edmonton Frail Scale para idosos residentes na comunidade. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.21, n.6, p.1330-1336, 2013.
15. SANTOS P et al. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). Rev Bras Ativ Fís Saúde, v.19, n.4, p.494-503, 2014.
16. BATISTA NNLA et al. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. Enf em Foco, v.3, n.1, p.07-11, 2012.
17. SILVA TCL et al. Resistência aeróbia e força de membros inferiores de idosos praticantes e não praticantes de ginástica recreativa em um centro de convivência. Rev. Bras. Geriatr.Gerontol, v.14, n.3, p.535-42, 2011.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>. Acessado em: 01/10/2018.

19. SILVA, DAS. Perfil sociodemográfico e antropométrico de idosos de grupos de convivência. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.23-39, 2011.
20. SOBREIRA, FMM et al. Perfil epidemiológico e sócio-demográfico de idosos frequentadores de grupo de convivência e satisfação quanto à participação no mesmo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 15, n. 4, p.429-438, 2011.
21. FERNANDES, HCL et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 2, 2013.
22. NERI, AL et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, v.29, n.4, 2013.