



AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, AUTO-AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO - HC / UNICAMP

Raquel Prado Thomaz; André Fattori



Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

Palavras-chave: idosos, fragilidade, auto percepção de saúde, auto-avaliação de acuidade visual

INTRODUÇÃO

A população idosa tem sido analisada a partir do conceito de síndrome da fragilidade, considerando esta como um aumento da vulnerabilidade a eventos estressores, devido a perda da capacidade adaptativa advinda da degradação de múltiplos sistemas fisiológicos, gerando uma diminuição da reserva homeostática e da resiliência. Ou seja, os idosos frágeis estão mais suscetíveis a infecções que levam a mais internações, institucionalizações e até a morte.^(1,2,3,4,5,6,7)

Consideramos um idoso como frágil quando esta síndrome é clinicamente aparente e ele apresenta a associação de pelo menos 3 desses componentes: perda de peso não intencional, ou seja não relacionada a enfermidades crônicas ou a efeito colateral de alguma terapia, e superior a 4,5 quilogramas ou a 10% do peso corporal no último ano,⁽⁴⁾ auto-relato de fadiga, fraqueza, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha.^(8,9)

Assim, o objetivo deste presente estudo foi realizar uma caracterização socioeconômica dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP/SP e fazer a correlação entre a sua auto percepção de saúde e acuidade visual e a presença da síndrome de fragilidade nesses idosos.

Metodologia: A coleta de dados ocorreu no período de quase dois anos de julho de 2009 a março 2011 e foram entrevistados 112 indivíduos na faixa etária entre 70 a 85 anos, de ambos os gêneros, independente de suas características clínico-diagnósticas.

Um questionário auxiliar foi desenvolvido para caracterização sócio-econômica da população. Ao fim da entrevista eram questionados acerca de 2 itens para investigação da fragilidade: se houve perda de peso não intencional, sendo esta de 4,5 kg, ou mais, ou de 5% do peso no último ano; e para análise do auto-relato de fadiga ou exaustão, a questão a ser respondida era "Com que frequência você se sentiu desse jeito na última semana?" pensando a partir das afirmações: A) Eu sinto que tudo que eu fiz foi um esforço e B) Eu não podia continuar e respondendo segundo as opções: 0 = raramente ou nenhuma vez (menos que 1 dia na semana); 1 = poucas vezes (1 a 2 dias); 2 = algumas vezes (3 a 4 dias) e 3 = a maior parte do tempo (5 ou mais dias).

Então foram feitos os testes de caminhada e força de preensão. Neste foram realizadas 3 medidas da força de preensão manual com o dinamômetro e foi utilizado o valor máximo obtido (melhor desempenho) para classificação conforme os pontos de corte para cada IMC e gênero.⁽¹⁰⁾

Ou seja:

Homem	Limite de força segundo critério de fragilidade	Mulher	Limite de força segundo critério de fragilidade
IMC ≤ 24	≤ 29	IMC ≤ 23	≤ 17
IMC 24,1 – 26	≤ 30	IMC 23,1 – 26	≤ 17,3
IMC 26,1 – 28	≤ 30	IMC 26,1 – 29	≤ 18
IMC > 28	≤ 32	IMC > 29	≤ 21

Após, foi feita a cronometragem do tempo gasto pelo paciente para caminhar por 4m, foram feitas 2 medidas e foi utilizada aquela em que o paciente apresentou melhor desempenho, ou seja, o menor tempo. Comparou-se a medida obtida com os valores de referência.

Homem	
Altura ≤ 1,73 cm	≥ 7 segundos
Altura > 1,73 cm	≥ 6 segundos

Mulher	
Altura ≤ 1,59 cm	≥ 7 segundos
Altura > 1,59 cm	≥ 6 segundos

Assim, a partir desses 4 critérios: exaustão, emagrecimento, fraqueza e lentidão estabeleceu-se que os idosos que apresentaram 2 critérios positivos enquadraram-se no perfil de pré-fragilidade e os que apresentaram 3 ou 4 critérios positivos enquadraram-se no perfil de fragilidade. Com apenas 1 critério positivo ou nenhum deles o idoso foi considerado como não frágil.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, p<0,05.

RESULTADOS

Durante o período de 2009 a 2010 foram entrevistados 112 pacientes do Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas, com idade entre 70 e 85 anos, sendo 79 mulheres e 33 homens. A idade média deste grupo foi de 78,01 ± 4,79 anos com desvio padrão de 4,79. Entre as mulheres a média de idade foi de 77,66 anos ± e entre os homens a média foi de 78,81 ± 4,88 anos.

Tabela 1 - Distribuição sócio-demográfica

	N	%	
Gênero	Feminino	79	70,54
	Masculino	33	29,46
Idade	70 - 74	31	28,18
	75 - 79	31	28,18
	= 80	48	43,64
Estado civil	Casado/a	42	37,84
	Viúvo/a	54	48,65
	Solteiro/a	9	8,11
	Divorciado/a	6	5,41
Escolaridade	= 4	95	85,59
	5-8	16	14,42
	> 8	1	0,90
Renda Mensal	<2 SM	79	72,48
	= 2 SM	30	27,52
Vínculo trab.	Aposentado/a	77	69,37
	Pensionista	21	18,92
	Outros	13	11,71
Saúde percebida	Ruim/mto ruim	27	24,32
	Razoável	45	40,54
	Boa/mto boa	39	35,13
Acuidade visual	Ruim/mto ruim	36	32,44
	Razoável	35	31,53
	Boa/mto boa	40	36,03
	N	%	

Tabela 2 - Fragilidade

	N	%	
Fragilidade	Frágil	18	16,98
	Pré-frágil	31	29,25
	Não frágil	57	53,77
Emagrecimento	Sim	21	19,62
	Não	86	80,38
Fraqueza	Sim	41	38,68
	Não	65	61,32
Exaustão	Sim	41	38,31
	Não	66	61,68
Lentidão	Sim	54	50,94
	Não	52	49,06

Por fim, analisamos a correlação entre a Síndrome da fragilidade e cada um dos seus critérios com a auto-percepção de saúde e a auto-avaliação da acuidade visual. Uma relação significativa estatisticamente foi encontrada entre uma pior avaliação da saúde auto-referida e a presença de exaustão, lentidão e fragilidade positivas.

Tabela 3 - Fragilidade x Saúde e Acuidade visual autoreferidas

		Fragilidade			p			
		Não frágil	Pré-frágil	Frágil				
Saúde	Ruim/mto ruim	6	10,71	9	29,03	9	50	0,002
	Razoável	23	41,07	16	51,61	4	22,22	
	Boa/mto boa	27	48,21	6	19,35	5	27,78	
Acuidade Visual	Ruim/mto ruim	12	21,43	12	38,71	10	55,56	0,02
	Razoável	22	39,29	5	16,13	5	27,78	
	Boa/mto boa	22	39,29	14	45,16	3	16,67	

Tabela 4 - Auto percepção de saúde e critérios de fragilidade

		Auto-percepção de saúde			P
		Mto bom	Razoável	Mto ruim	
Emagrecimento	Presente	36 (9)	32 (8)	32 (8)	0,372
	Ausente	45,80 (29)	44,44 (36)	19,75 (16)	
Fraqueza	Presente	29,27 (12)	34,15 (14)	29,27 (12)	0,373
	Ausente	35,94 (23)	54,31 (29)	18,75 (12)	
Exaustão	Presente	19,51 (8)	43,9 (18)	36,59 (15)	0,005
	Ausente	46,15 (30)	40 (26)	13,85 (9)	
Lentidão	Presente	24,07 (13)	42,59 (23)	33,33 (18)	0,007
	Ausente	49,02 (25)	39,22 (20)	11,76 (6)	

Tabela 5 - Acuidade visual auto referida e critérios de fragilidade

		Acuidade visual auto-referida			P
		Mto bom	Razoável	Mto ruim	
Emagrecimento	Presente	36 (9)	16 (4)	48 (12)	0,082
	Ausente	37,04 (30)	35,8 (29)	27,16 (22)	
Fraqueza	Presente	39,02 (16)	26,83 (11)	34,15 (14)	0,81
	Ausente	35,94 (23)	32,81 (21)	31,25 (20)	
Exaustão	Presente	29,27 (12)	24,39 (10)	46,34 (19)	0,044
	Ausente	41,54 (27)	35,38 (23)	23,08 (15)	
Lentidão	Presente	27,78 (15)	29,63 (16)	42,59 (23)	0,044
	Ausente	47,06 (24)	31,37 (16)	21,57 (11)	

Obs: em negrito encontram-se os valores que foram estatisticamente significativos (p < 0,05)

DISCUSSÃO

Nesta amostra de idosos encontrou-se que 16,98% classificaram-se com frágeis, possivelmente pela idade avançada da maioria da amostra, pelo elevado número de comorbidades predisponentes e também por outros fatores como baixa renda e escolaridade reduzida. Na literatura há relatos de estudos que identificaram uma prevalência entre 10 e 25% de idosos frágeis.^(11,12,13)

Nesse estudo, considerou-se a definição de síndrome da fragilidade baseada apenas nos critérios de Fried, ou seja, esta foi delimitada tendo como base somente critérios biológicos, e isso implicou na exclusão de outros componentes que podem determinar a presença ou não da fragilidade, como, por exemplo, os aspectos socioeconômicos, demográficos e cognitivos do paciente.^(3,14)

Também, os critérios de fragilidade, propostos por Fried, demandam tempo e material para sua utilização na investigação desta síndrome, portanto é necessária a realização de mais pesquisas na área a fim de se descobrir marcadores biológicos que possam ser utilizados de modo mais prático e ágil, contribuindo para a detecção precoce da presença de fragilidade.

29% dos idosos neste estudo foram considerados como pré-frágeis, ou seja, uma parcela significativa dessa população futuramente pode tornar-se frágil e aumentar seu risco para ocorrência de quedas e fraturas, levando a incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e por fim ao aumento da mortalidade.⁽¹⁵⁾

A auto percepção de saúde e de acuidade visual tem sido utilizadas como preditor de mortalidade e marcador de disfunção e mau prognóstico em idosos.^(16, 17, 18, 19) Nesse estudo evidenciou-se, com significância estatística, a relação entre fragilidade e uma pior saúde auto-referida e uma pior avaliação da própria acuidade visual, indo de encontro com a literatura citada anteriormente.

Ainda, a auto-percepção de saúde e baixa acuidade visual estiveram relacionadas aos critérios de fragilidade exaustão e lentidão de marcha.⁽¹⁶⁾ Essa associação é plausível pois uma pior acuidade visual gera dificuldade no deslocamento do idoso e limita sua mobilidade; esses fatores predispõem ao desenvolvimento da fragilidade e aumento da dependência.

Esse estudo abre precedentes para que a avaliação da auto percepção de saúde e acuidade visual sejam incorporadas, após mais estudos longitudinais que são necessário para a confirmação dessa hipótese, na avaliação da fragilidade, na medida em que esses 2 parâmetros são de fácil aplicabilidade: basta questionar o paciente durante a anamnese e, por serem subjetivos, são amplos e influenciados pelos aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais de cada indivíduo.⁽²⁴⁾ Dessa maneira teríamos um marcador com parâmetros globais do perfil do idoso e na medida em que houver uma piora no status de saúde auto-referida poderemos ter um sinal precoce da sua condição de pré-frágil ou frágil e atuar na sua prevenção.

BIBLIOGRAFIA

1. Wu IC, Shieh SC, Kuo PH, Lin XZ. High Oxidative Stress Is Correlated with Frailty in Elderly Chinese. JAGS 2009; 57: 1666-71.
2. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, Wolfson C. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62(7): 731-7.
3. Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process. Gerontology 2009; 55: 539-49
4. Kumar V, Fausto N, Abbas AK, Robbins & Cotran - Patologia Básica: Patologia das Doenças. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. 3ª reimpressão.
5. Duh MS, Mody SH, Lefebvre P, Woodman RC, et al. Anemia and the risk of injurious falls in a community-dwelling elderly population. Drugs aging 2008; 25(4): 325-34
6. Steensma DP, Tefferi A. Anemia in the Elderly: How Should We Define It, When Does It Matter, and What Can Be Done? Mayo Clin Proc. 2007; 82: 958-66
7. Teixeira INAO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade do idoso. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(4): 1181-8.
8. Teixeira INAO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade do idoso. Ciênc. Saúde Coletiva 2008; 13(4): 1181-8.
9. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciênc. Saúde Coletiva 2008; 13(4): 1209-1218.
10. Passarino G, Montesanto A, De Rango F, Garaso S, Berardelli M, et al. Cluster analysis to define human aging phenotypes. Biogerontology 2007; 8: 283-90.
11. Fabricio, SCC, Rodrigues, RAP, Junior, MC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Ver Saúde Pública, 38(1): 93-9, 2004
12. Fernandes MGM, Andrade AN, Nóbrega MML. Determinantes de fragilidade do idoso: uma revisão sistemática. Online braz j nurs. (Online). 2010; 9(1).
13. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatório de Geriatria e Gerontologia. Fisioter Pesq. [periódico na Internet]. 2009; 16(2): 120-5. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000200005&lng=pt.
14. Guerra IC, Ramos-Cerqueira ATA. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(3): 585-92.
15. Silva TAA, Frisoli AJ, Pinheiro MM, Szejnfeld VL. Sarcopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. Revista Brasileira de Reumatologia 2006; 46(6): 461-6.
16. Jin YP, Wong DT. Self-reported visual impairment in elderly Canadians and its impact on healthy living. Can J Ophthalmol. 2008; 43(4): 407-13.
17. Gutman GM, Stark A, Donald A, Beattie BL. Contribution of self-reported health ratings to predicting frailty, institutionalization, and death over a 5-year period. Int Psychogeriatr. 2001; 13(1): 223-31.
18. Pu C, Tang GJ, Huang N, Chou YJ. Predictive Power of Self-Rated Health for Subsequent Mortality Risk During Old Age: Analysis of Data From a Nationally Representative Survey of Elderly Adults in Taiwan. J Epidemiol 2011. doi:10.2188/jea.JE2010013
19. Wong DD, Wong RP, Caplan GA. Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. Emerg Med Australas. 2007; 19(3): 196-202.