



AVALIAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS COM ANTECEDENTE DE QUEDAS

Aluna: Raquel Prado Thomaz¹,
Orientadora: Profa. Dra. Maria Elena Guariento²

Financiamento:



¹raquelthomaz@linkway.com.br, ²meguar@head.fcm.unicamp.br ¹Contato: (19) 92423616

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento e aumento da expectativa de vida traduz-se em maior exposição a inúmeras co-morbidades, muitas das quais figuram na categoria das doenças crônico-degenerativas. Configura-se, pois, um quadro de maior vulnerabilidade do idoso que pode se agravar em decorrência da associação com déficit cognitivo, aumento de internações hospitalares e uso de múltiplos medicamentos, entre outros. Essa situação pode acarretar em perda da auto-estima, da independência funcional e da autonomia.

Outra situação a que os idosos estão sujeitos refere-se à utilização de maior número de fármacos e por tempo mais prolongado, em função do maior número de enfermidades crônicas associadas que apresentam. Essa condição pode se configurar no que se denomina de polifarmácia, ou seja, consumo diário de cinco ou mais medicamentos.

Assim, os idosos são os mais suscetíveis aos efeitos adversos dos fármacos, tanto do ponto de vista biológico, quanto do econômico (ônus financeiro de se manter o uso regular de múltiplas medicações). É fundamental, pois, lembrar que o envelhecimento traz várias mudanças fisiológicas, como a diminuição ou comprometimento da função renal; além disso, também ocorrem mudanças nos parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos fármacos.

No Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas do Hospital de Clínicas da UNICAMP (GEDoCh) já foram avaliadas as enfermidades associadas à doença de Chagas e os resultados obtidos revelaram que 51,6% dos pacientes matriculados nesse serviço eram hipertensos, 22,3% tinham outras cardiopatias que não eram decorrentes da infecção pelo protozoário *T. cruzi*, 19,4% apresentavam concomitantemente síndrome dispéptica, 17,3% apresentavam síndrome de ansiedade, 11,5% apresentavam algum tipo de doença pulmonar crônica e 11,1% eram obesos.

A associação entre doença de Chagas e outras enfermidades concomitantes pode incorrer em aumento da morbi-mortalidade e piora da qualidade de vida desses idosos.

Nesse contexto, ganha particular relevância a problemática das quedas definidas como: "deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade". Como evidência disso, é importante lembrar que entre seus fatores de risco incluem-se: incontinência urinária, diminuição da acuidade visual, déficit cognitivo, uso de múltiplos medicamentos (quatro ou mais), fraqueza muscular, artrite, hipotensão postural, depressão, entre outros. Além disso, as quedas entre idosos também estão associadas a aumento na mortalidade, no grau de dependência e na necessidade de acompanhamento especializado por parte de profissionais da saúde, inclusive no ambiente doméstico.

Saúde percebida é um indicador cada vez mais utilizado em pesquisas com idosos e uma definição simples e sucinta seria: "refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais".

Vários fatores influenciam simultaneamente a auto-percepção do estado de saúde do idoso: o fator demográfico, que compreendendo "a idade, o sexo, o arranjo familiar e o estado conjugal; o fator socioeconômico, incluindo educação e renda; as doenças crônicas e a capacidade funcional, avaliada pelas AVDs, AIVDs e mobilidade".

Em um estudo realizado com a população idosa e chagásica de Bambuí (MG), demonstrou-se que, entre os chagásicos houve uma pior percepção de saúde auto-referida, que foi classificada como ruim ou muito ruim por 32,8% dos entrevistados, enquanto que entre os não-chagásicos essa taxa foi de 21,9%; as porcentagens entre esses grupos dos que consideraram sua saúde regular foram praticamente equivalentes; e entre aqueles que a consideraram boa ou muito boa houve nova discrepância: os chagásicos incluídos nessa categoria foram 17,3% e os não-chagásicos foram 28,8%.

Também, há estudos que demonstram que uma pior avaliação do próprio estado de saúde está associada a um elevado uso de medicamentos e à presença de um maior número de condições crônicas.

OBJETIVOS

É com base nessa discussão que se estabelece a relevância de:

- Avaliar o comportamento de fatores de risco para quedas em idosos portadores de doença de Chagas.
- Comparar as principais variáveis (idade, forma clínica da doença de Chagas, presença de comorbidades, número de medicamentos de uso diário, saúde percebida) bem como a presença ou não de quedas, segundo a categoria gênero.
- Comparar o perfil de idosos chagásicos que apresentaram quedas e que não apresentaram segundo: gênero, faixa etária, presença de co-morbidades, número de medicamentos de uso contínuo utilizados e a saúde percebida pelos idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, descritivo e retrospectivo. A pesquisa realizou-se no Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (GEDoCh - HC / UNICAMP), no município de Campinas, São Paulo, após a obtenção da aprovação deste protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

A população estudada será composta por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, atendidos no Ambulatório do GEDoCh, independente de suas características clínico-diagnósticas, salvo situações específicas de emergência clínica, mal estar súbito ou descompensação aguda de doença crônica.

Os critérios de inclusão da pesquisa são os seguintes: pessoas com idade igual ou maior a 60 anos; pacientes matriculados no Ambulatório do GEDoCh; apresentar ao menos duas sorologias positivas para doença de Chagas (IFC / ELISA / FC) ou com sem antecedente epidemiológico positivo para essa moléstia; ter interesse e desejo de participar da pesquisa; compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde; ser capaz de compreender e responder ao conteúdo investigatório dos instrumentos que serão aplicados: Instrumento para avaliação do perfil sócio-demográfico, Questionário de Saúde Geral - GHQ - 12, 1985.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, número de comorbidades, número de medicamentos utilizados, ocorrência de quedas nos últimos 6 meses), com valores de frequência absoluta e percentual e estatísticas descritivas das variáveis contínuas com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas entre os 2 grupos, formados a partir da categoria gênero, foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fischer, e o teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre 2 grupos.

Para analisar a relação conjunta entre as variáveis principais e a formação de perfis foi utilizada a análise de conglomerados (*Cluster Analysis*), pelo método da partição. A fim de explorar melhor as relações entre as variáveis,

foram feitas análises fixando o número de conglomerados em 2 grupos. Todas as variáveis foram padronizadas para evitar diferenças de magnitude de escalas.

Caracterização dos 2 clusters: **Cluster 1**: predominantemente formado por idosos do sexo masculino, com menor número de comorbidades e menor número de medicamentos de uso diário, forma clínica cardíaca da doença de Chagas, maior acuidade visual e menor frequência de quedas. **Cluster 2**: predominantemente formado por idosos do sexo feminino, com maior número de comorbidades e maior número de medicamentos de uso diário, apresentando as formas clínicas mista, digestiva e indeterminada da doença de Chagas, menor acuidade visual e maior frequência de quedas.

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

RESULTADOS

A amostra incluiu 43 idosos, sendo 21 mulheres (ou 48,84% do total) e 22 homens (51,16%). A média de idade dos idosos entrevistados foi de 65,81 (± 3, 81 - desvio padrão). Destes, 95, 35% possui uma escolaridade de até 4 anos de estudo, 65, 12% possuem renda menor que 2 salários mínimos e 88, 37% destes idosos moram acompanhados.

29 idosos (67,44%) apresentaram 3 ou menos comorbidades associadas à doença de Chagas enquanto 14 (32,56%) apresentaram 4 ou mais comorbidades associadas. 60,47% apresentaram uso de 3 ou menos medicamentos diários, enquanto 39, 53% fazem uso de 4 ou mais medicamentos.

Em relação à saúde percebida, 16,28% consideraram sua própria saúde como ruim, 58,14% a classificaram como razoável e 25,58% consideraram-na como boa.

As formas clínicas da doença de Chagas apresentaram a seguinte distribuição: forma cardíaca presente em 55, 81% dos idosos, forma mista presente em 27, 91%, forma indeterminada presente em 9,30% e forma digestiva presente em 6, 98% dos entrevistados.

Dentre os idosos chagásicos entrevistados, 55,51% realiza atividade física de caminhada e 32,56% apresentaram queda nos últimos 6 meses, enquanto 67,44% não relataram nenhum evento de queda neste intervalo de tempo.

Variável	N	%
Idade	60-69	35 81.40
	70-79	8 18.60
	Feminino	21 48.84
Gênero	Masculino	22 51.16
	<=4	41 95.35
Escolaridade	5-8	2 4.65
	<2 SM	28 65.12
Renda Mensal	>=2 SM	15 34.88
	Sim	38 88.37
Mora Acompanhado	Não	5 11.63
	Ruim	7 16.28
Saúde Percebida	Razoável	25 58.14
	Boa	11 25.58
Número de Comorbidades	>=4	14 32.56
	<=3	29 67.44
Número de Medicamentos	>=4	17 39.53
	Cardíaca	24 55.81
Forma clínica da doença de Chagas	Digestiva	3 6.98
	Mista	12 27.91
	Indeterminada	4 9.30
Caminhada	Sim	24 55.81
	Não	19 44.19
Queda nos últimos 6 meses	Sim	14 32.56
	Não	29 67.44

Comparando-se as variáveis entre os gêneros, obtiveram-se os seguintes resultados: 71,43% das mulheres encontram-se na faixa etária de 60 a 69 anos, enquanto 28,15% possuem entre 70 e 79 anos. Já entre os homens, 90,91% estão na primeira faixa etária e 9,09%, na segunda. A média de idade entre as mulheres foi de 66,76 anos (± 4, 18 desvio padrão) e entre os homens foi de 64,91 anos (± 3, 26 desvio padrão).

57, 14% das mulheres possuem renda de até 2 salários mínimos, enquanto entre os homens essa porcentagem é de 72,73%. 85,71% das mulheres moram acompanhadas e 90,91% dos homens encontram-se nesta condição também.

Quanto à saúde percebida 14,29% das mulheres consideraram sua própria saúde ruim, 61,90% a consideraram como razoável e 23,85% a consideraram como ruim. Entre os homens, 18,18% classificaram sua saúde percebida como boa; 54,55%, como razoável e 27,26% como ruim. Mostrando uma equivalência entre os sexos, uma vez que a maioria das pessoas considerou sua saúde como razoável.

42,86% das mulheres apresentam 4 ou mais comorbidades associadas à doença de Chagas e 22,73% dos homens encaixam-se nessa categoria. Então se vê que, proporcionalmente, os homens apresentam menos morbidades associadas que as mulheres. Na questão do uso de medicamentos, a maioria utiliza 3 ou menos medicamentos diários, sendo isto referente à 52,38% das mulheres e 68,18% dos homens.

Com relação à forma clínica da doença de Chagas, apresentaram-se diferenças significativas entre os gêneros, pois 77,27% dos homens apresentam a forma cardíaca da doença. Enquanto as mulheres estão distribuídas mais equilibradamente entre a forma cardíaca (33,33%), mista (42,86%) e outras (23,81%) - digestiva e indeterminada.

Ainda, os homens da amostra, em sua maioria, realizavam atividade de caminhada (77,27%); já entre as mulheres, a situação foi inversa: 66,67% delas não realizavam esta atividade.

Quanto as quedas, 77,27% dos homens não relataram ocorrência deste evento nos últimos 6 meses e 57,14% das mulheres também não.

Variável	Feminino	Masculino
Idade	60-69	15 20
	70-79	6 2
	28.57%	9.09%
Renda	<2 SM	12 16
	57.14%	72.73%
	>=2 SM	9 6
Mora acompanhado	42.86%	27.27%
	Sim	18 20
	85.71%	90.91%
Saúde percebida	Não	3 2
	14.29%	9.09%
	Ruim	3 4
Saúde percebida	14.29%	18.18%
	Razoável	13 12
	61.90%	54.55%
Número de comorbidades	Boa	5 6
	23.81%	27.27%
	>=4	9 5
Número de medicamentos	<=3	12 17
	42.86%	22.73%
	<=3	12 17
Número de medicamentos	57.14%	77.27%
	<=3	11 15
	52.38%	68.18%
Forma clínica da doença de Chagas	>=4	10 7
	47.62%	31.82%
	Cardíaca	7 17
Forma clínica da doença de Chagas	33.33%	77.27%
	Outras	5 2
	23.81%	9.09%
Caminhada	Mista	9 3
	42.86%	13.64%
	Sim	7 17
Queda nos últimos 6 meses	33.33%	77.27%
	Não	14 5
	66.67%	22.73%
Queda nos últimos 6 meses	Sim	9 5
	42.86%	22.73%
	Não	12 17
Queda nos últimos 6 meses	57.14%	77.27%

Tomando-se por base a ocorrência ou não de quedas, vemos que 85,71% das pessoas que caíram encontram-se na faixa etária de 60 a 69 anos. Entre os que não caíram, a porcentagem de pessoas nesta faixa é de 79,31%.

Todas as pessoas que apresentaram o evento quedas nos últimos 6 meses moram acompanhadas.

Com relação à saúde percebida, no grupo dos idosos que apresentaram quedas 21,43% considerou sua saúde como boa, 57,14% considerou-na como razoável e 31,43% a considerou como ruim. Não foi observada diferença significativa comparando-se este grupo com o dos que não caíram, uma vez que, entre estes 13,79% classificou sua própria saúde como boa, 58,62% a considerou como razoável e 27,59% a considerou como ruim.

35,71% dos idosos que caíram apresentaram 4 ou mais comorbidades associadas à doença de Chagas, entre os que não sofreram quedas esta porcentagem foi de 31,03%. Já os idosos que apresentaram 3 ou menos comorbidades associadas representaram 64,29% do total entre os caidores e 68,97% entre os que não-caidores.

Entre os idosos que apresentaram quedas, metade deles utilizava 3 ou menos medicamentos diários e a outra metade utilizava 4 ou mais. Já entre aqueles que não apresentaram ocorrência do evento quedas, 65,52% utilizavam 3 ou menos medicamentos de uso contínuo e 34,48% utilizavam 4 ou mais medicamentos.

Ainda, analisando-se a distribuição dos 2 grupos (presença ou ausência de quedas) segundo a forma clínica da doença de Chagas observou-se que metade dos idosos que caíram apresentou a forma cardíaca da doença e 42,86% apresentou a forma mista. No grupo dos que não caíram 58,62% apresentou a forma cardíaca da doença, 20,69% apresentou a forma mista e 20,69% distribuíram-se entre as formas digestiva e indeterminada.

Entre os idosos que relataram a ocorrência do evento queda nos últimos 6 meses, 64,29% deles não realizavam atividade física de caminhada. Por outro lado, 65,52% dos idosos que não relataram a ocorrência de quedas realizavam caminhadas regulares.

Então, fez-se a análise dos dados a partir da formação de agrupamentos chamados cluster. O cluster 1 foi composto, predominantemente, por idosos do sexo masculino, com menor número de doenças e medicamentos, forma clínica cardíaca, maior acuidade visual e menor frequência de quedas. Já o cluster 2 foi predominantemente formado por idosos do sexo feminino, com maior número de doenças e medicamentos, formas clínicas mista, digestiva e indeterminada, menor acuidade visual e maior frequência de quedas.

Houve diferença significativa entre os clusters quanto às variáveis: número de comorbidades, número de medicamentos de uso regular utilizados, ocorrência de quedas nos últimos 6 meses, forma clínica da doença de Chagas e acuidade visual. No que diz respeito às variáveis renda e saúde percebida não houve diferença significativa entre os conglomerados.

Assim, quanto ao número de comorbidades 90% das pessoas no cluster 1 apresentam 3 ou menos comorbidades, enquanto 52,17% das pessoas no cluster 2 apresentam 4 ou mais comorbidades. 85% dos idosos do cluster 1 utilizam 3 ou menos medicamentos diários, já no cluster 2 60,87% das idosas utiliza 4 ou mais medicamentos.

Quanto à forma clínica da doença de Chagas, 80% dos integrantes do cluster 1 apresentaram a forma cardíaca, enquanto no cluster 2 os participantes se distribuíram entre as formas mista (39,13%) e as outras (26,09%) digestiva e indeterminada.

Analisando-se a acuidade visual, temos que no cluster 1 metade das pessoas considerou sua acuidade visual boa e a outra metade considerou-a razoável. Já no cluster 2 47,83% das pessoas considerou sua acuidade visual razoável e 26,09% considerou-a ruim.

O cluster 1 é composto por 85% de idosos que não apresentaram quedas e o cluster 2 é formado por 47,83% de pessoas que relataram a ocorrência de quedas.

Variável	Cluster 1	Cluster 2
Gênero	Feminino	3 18
	15.00%	78.26%
	Masculino	17 5
Renda	85.00%	21.74%
	<2 SM	13 15
	65.00%	65.22%
Saúde percebida	>=2 SM	7 8
	35.00%	34.78%
	Ruim	3 4
Número de Comorbidades	15.00%	17.39%
	Razoável	11 14
	55.00%	60.87%
Número de medicamentos	Boa	6 5
	30.00%	21.74%
	>=4	2 12
Forma clínica da doença de Chagas	10.00%	52.17%
	<=3	18 11
	90.00%	47.83%
Acuidade visual	<=3	17 9
	85.00%	39.13%
	>=4	3 14
Queda nos últimos 6 meses	15.00%	60.87%
	Cardíaca	16 8
	80.00%	34.78%
Queda nos últimos 6 meses	Outras	1 6
	5.00%	26.09%
	Mista	3 9
Queda nos últimos 6 meses	15.00%	39.13%
	Ruim	0 6
	0.00%	26.09%
Queda nos últimos 6 meses	Razoável	10 11
	50.00%	47.83%
	Sim	3 11
Queda nos últimos 6 meses	15.00%	47.83%
	Não	17 12
	85.00%	52.17%

DISCUSSÃO

Pelos resultados, verifica-se que houve diferença significativa entre os gêneros para as seguintes variáveis: forma clínica que se apresentou em maior frequência na forma cardíaca no sexo masculino e nas formas mista ou outras considerando-se as formas digestiva e indeterminada - no feminino, e realização de atividade caminhada apresentou maior frequência entre os idosos do sexo masculino.

Ainda, verifica-se que não houve diferença significativa entre os idosos chagásicos que apresentaram quedas e os que não as apresentaram para nenhuma das variáveis estudadas.

Portanto, nesse estudo não se observou relação entre uma forma clínica específica da doença de Chagas e sua maior predisposição a ocasionar quedas nos idosos.

A partir da análise de clusters pode-se notar que as mulheres idosas com maior número de comorbidades associadas, que utilizam um maior número de medicamentos de uso regular, que apresentam menor acuidade visual e são portadoras da doença de Chagas (forma clínica mista, digestiva ou indeterminada) estão mais sujeitas a caírem.

Com relação a este fato, o trabalho confirma o que tem sido encontrado na literatura, isto é, que as quedas são mais frequentes entre as mulheres idosas. Ainda não há uma justificativa para isto, no entanto acredita-se que isto ocorra devido à maior fragilidade à que as mulheres estão suscetíveis no processo de envelhecimento, por elas terem uma maior expectativa de vida, o que agrava esta fragilidade, por exemplo, e resulta em mais declínios funcionais e cognitivos predispondo-as as quedas e/ou por apresentarem maior prevalência de doenças crônicas associadas, outro fator de risco para quedas.

Além disso, nota-se que para este grupo de idosos estudados os idosos do sexo masculino realizavam mais atividades de caminhada comparando-se com a proporção de mulheres idosas que a realizavam. O que também confirmou que as quedas são mais prevalentes em quem leva uma vida sedentária. Ainda, o evento queda é mais prevalente em quem utiliza um maior número de medicamentos diários e entre aqueles que possuem uma pior auto-percepção de saúde. Quanto ao consumo de medicamentos as mulheres formadoras do cluster 2 apresentavam maior uso de medicamentos e caíram mais que os homens, que utilizavam menos medicamentos.

Não foram encontrados artigos na literatura que associem a doença de Chagas, e suas formas clínicas específicas, à ocorrência ou não de quedas em idosos. Chamando-se atenção para que mais estudos nessa área sejam realizados, uma vez que esta é uma parcela da população marginalizada por sua idade e estigmatizada por ser portadora de uma doença crônica.

É importante ressaltar que a ocorrência de quedas traz consequências físicas, psicológicas e sociais ao idoso. Uma vez que este evento geralmente reduz sua independência, pois aumenta o medo do idoso de se locomover sozinho, de realizar suas atividades de vida diária (AVDs) ou as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) sozinho. Culminando em um maior isolamento social do idoso o que poderá acarretar em piora de sua qualidade de vida.

Portanto, é necessário conscientizar o idoso, seus familiares e cuidadores sobre os riscos que as quedas trazem para a saúde daquele e que a prevenção de sua ocorrência é um fator imprescindível para manter a independência e a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sanches MA. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos em Enfermagem* 2003; 3(3): 1-15.
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 924-29.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidio. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 793-98.
- Guariento ME, Alegre SM, Almeida EA, Wanderley JS. Doença de Chagas e enfermidades associadas em um serviço de referência. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2002; 35(3).
- Neto RMB, Guariento ME, Wanderley JS, Almeida EA. Apresentação clínica da Doença de Chagas em indivíduos idosos. *J. Lima-Costa MFF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JCA, Uchoa E, Vidigal PG. Aging with Trypanosoma cruzi infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 887-93.
- Pereira SRM, Bukaman, S, Parracini, M, Py, L, Barreto, KLM, Leite, VMM. Quedas em Idosos. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001
- Shobha, S. R. Prevention of Falls in Older Patients. *American Family Physician*. 2005; 72(1).

