



ARTIGO DE PESQUISA

ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A FRAGILIDADE DE IDOSOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DESCRIPTIVE STUDY ON THE FRAGILITY OF ELDERLY ASSISTED AT THE FAMILY HEALTH UNIT
ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA FRAGILIDAD DE ANCIANOS ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Warley Junior de Andrade¹, Alisson Araújo², Kátia Ferreira Costa Campos³

RESUMO

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial, produzindo uma população cada vez mais propensa a agravos de saúde. O presente trabalho é fruto de um estudo descritivo e transversal que teve como objetivo geral estudar as características dos idosos fragilizados residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro, do município de Passa Tempo/MG. O estudo baseou-se na análise de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). As patologias mais comuns entre os idosos e aqueles considerados frágeis foram hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e osteoporose. O trabalho permitiu identificar a distribuição e prevalência das patologias mais associadas à fragilidade em idosos e nos idosos em geral, favorecendo a proposição de planos de intervenção à saúde dessa população do estudo. No entanto, ainda são necessárias mais pesquisas sobre a fragilidade da população idosa brasileira para melhor compreensão desses agravos e consequentes propostas de intervenção. **Descritores:** Envelhecimento; Idoso fragilizado; Enfermagem; Saúde da família.

ABSTRACT

Population aging is considered a worldwide phenomenon, producing a population increasingly prone to health disorders in aging. This work is the result of a descriptive and cross study aimed at investigating the characteristics of the frail elderly residents in the area covered by the Family Health Unit Elizio Machado de Castro in the city of Passa Tempo / MG. The study was based on secondary data analysis of the Primary Care Information System (SIAB) and the Registration and Identification of Elderly Risk proposed by the State Coordination of Elderly Care of Health Secretariat of Minas Gerais (SES/MG). The most common diseases among the elderly and those considered vulnerable were hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease and osteoporosis. The study identified the distribution and prevalence of pathological conditions associated with frailty in elderly people and the elderly in general, favoring the proposition of intervention plans to the health of this study population. However, more research is still needed on the frailty of the elderly population to understand these problems and consequent intervention proposals. **Descriptors:** Aging; Frail elderly; Nursing; Family health.

RESUMEN

Envejecimiento de la población se considera un fenómeno mundial, produciendo una población más propensa a trastornos de la salud. El presente trabajo es el resultado de un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue estudiar las características generales de la fragilidad de los ancianos residentes en el área cubierta por la Unidad de Salud de la Familia Elizio Machado de Castro en la ciudad de Paso de Tiempo / MG. El estudio se basó en el análisis de datos secundarios del Sistema de Información de Cuidado Primario (SIAB) y el Registro e Identificación de Riesgos de los Mayores propuesto por la Coordinación Estatal de Atención a la Tercera Edad de la Secretaría de Salud de Minas Gerais (SES / MG). Las enfermedades más comunes entre las personas mayores y los considerados frágiles son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la osteoporosis. El estudio identificó la distribución y prevalencia de enfermedades asociadas con una mayor debilidad en ancianos y las personas mayores en general, lo que favorece la proposición de planes de intervención para la salud de la población del estudio. Sin embargo, más investigaciones siguen siendo necesarias sobre la fragilidad de la población de edad avanzada para entender mejor esas enfermedades y las consiguientes intervenciones coherentes. **Descriptor:** Envejecimiento; Anciano fragilizado; Enfermería; Salud de la familia.

¹Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Passatempo/MG. Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família-CEABSF pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. ²Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professor Assistente I da Universidade Federal de São João del-Rei-UFSJ, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis/MG. ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFGM. Professora Assistente I da EEUFGM, Belo Horizonte/MG.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado como um fenômeno mundial. Projeções recém-publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, entre 1990 e 2025, a população idosa aumentará cerca de sete a oito vezes em países como a Colômbia, Quênia, Malásia, Tailândia e Gana. Tais projeções indicam também que, em 2025, entre os dez países que possuem maior número de idosos, encontrar-se-á o Brasil⁽¹⁾. De acordo com o Estatuto do Idoso Brasileiro (2006), em seu artigo primeiro, título I, das disposições preliminares, considera-se idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos⁽²⁾.

Verifica-se, assim, uma tendência mundial dirigida sob a perspectiva do envelhecimento dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (como é o caso do Brasil). Esse processo de envelhecimento populacional se deu a partir de 1960, na medida em que houve um declínio da taxa de fecundidade, bem como uma queda da taxa de mortalidade, o que resultou em um crescimento demográfico. Ainda temos a redução dessas taxas associadas à ampliação dos sistemas de proteção social e melhorias das condições de saneamento, habitação, alimentação e trabalho. Assim, observamos uma mudança na pirâmide etária, em que temos o estreitamento de sua base e o alargamento de seu ápice. Há que se refletir, porém, que essa transição demográfica não se fez sinônimo de melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, tem-se a modificação do perfil de saúde da população, isto é, começam a predominar as condições crônico-degenerativas, que implicam na necessidade de cuidados e, portanto, uma maior utilização dos serviços de saúde⁽³⁾.

Esse envelhecimento populacional trará várias complicações sociais, exigindo a preparação dos países para atender às demandas das pessoas com 60 anos ou mais. Apesar disso, essas modificações sócio-demográficas não vêm ocorrendo de forma homogênea, sendo que há importantes diferenças e uma grande diversidade nos níveis de fatores socioeconômicos. O resultado da interação desses aspectos ambientais, estado de saúde física e mental, influencia na qualidade de vida do idoso, sendo estes pontos fundamentais para os índices de morbimortalidade⁽⁴⁾. Nesse meio, introduzimos como agentes a favorecer um processo menos incapacitante, atuando na melhoria da qualidade e capacidade funcional dessas pessoas⁽³⁾.

Considerando esse novo paradigma, surge no campo da epidemiologia o conceito de capacidade funcional para melhor definir e operacionalizar a saúde do idoso. Esta nova visão, com ênfase na avaliação da funcionalidade, significa a valorização de uma vida autônoma, mesmo sendo o idoso portador de uma ou mais enfermidades⁽⁵⁾.

A funcionalidade é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano e as condições de saúde, interação essa mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo do curso da vida⁽⁶⁾.

São considerados idosos frágeis aqueles mais velhos, com várias comorbidades e limitações em atividades da vida diária. Clinicamente, apresentam alterações que traduzem uma maior vulnerabilidade biológica, como sarcopenia, perda de peso, diminuição da capacidade imunológica, dentre outras. Qualquer ruptura no equilíbrio adaptativo desses idosos, física, psicológica ou

social, proporciona uma súbita aceleração do declínio de saúde e da capacidade funcional⁽⁷⁾. Atualmente, se discutem 34 definições de fragilidade em três grupos: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças⁽⁸⁾.

A funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, com quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária⁽⁶⁾.

Essa associação entre envelhecimento e aparecimento de múltiplas doenças sistêmicas levaria à perda da capacidade adaptativa e a um declínio na funcionalidade, o que caracteriza a fragilidade.

Estudos com a população considerada frágil são escassos no Brasil e no mundo. No entanto, o impacto social e econômico gerado pela população idosa considerada frágil, desperta o interesse pela necessidade de novos estudos.

Atuante, como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família/ESF no município de Passa Tempo/MG, o primeiro autor deste estudo percebe que a realidade enfrentada no cotidiano de seu trabalho não é diferente em relação aos demais municípios brasileiros. Há uma parcela considerável de idosos no município, carentes de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em consonância com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Chama também atenção no referido município a grande demanda de idosos, principalmente de idosos frágeis, que necessitam e buscam inúmeros cuidados da equipe de saúde da família da qual o autor é integrante.

Diante dos fatos mencionados, o presente trabalho teve como objetivo caracterizar os idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro, bairro Calafate, do município de Passa Tempo/MG.

MÉTODOS

Estudo transversal e descritivo sobre identificação e caracterização de idosos em geral e frágeis residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro em Passa Tempo/MG. O estudo, com mês e ano base de maio de 2010, baseou-se na análise de dados secundários das seguintes fontes:

1 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da referida unidade.

2 - Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa, proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Esse cadastro foi instituído pela equipe e realizado pelos agentes comunitários de saúde após capacitação, orientação e supervisão de enfermeiro e médico da equipe. O cadastro utiliza um instrumento que possui os seguintes domínios: “identificação do idoso”, “classificação de risco” e “outras doenças”. No domínio “identificação do idoso”, encontra-se: nome, número do cartão SUS, data de nascimento, escolaridade, endereço, documento de identidade e sexo. No domínio “classificação de risco”, há dois itens com respostas dicotômicas (sim ou não), sendo 1- acima de 80 anos; e 2- 60 anos ou mais com as seguintes alternativas: tem urina solta (incontinência urinária); não é capaz de controlar as fezes (incontinência fecal), usa mais de cinco medicamentos continuamente, tem mais de cinco doenças confirmadas, tem

esquecimento progressivo que impede atividades normais, teve queda nos últimos seis meses, foi internado nos últimos seis meses, está acamado, mora só, mora em asilo (institucionalizado), tem dependência para as atividades do dia. A resposta afirmativa à questão número 1 ou a qualquer item da questão número 2 considera o idoso como frágil. No domínio “outras doenças”, estão incluídos: alcoolismo, doença de Parkinson, hipertensão arterial, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoporose, diabetes, fraturas, pneumonia. Nesse domínio, ainda consta: se faz uso de prótese dentária removível, se foi ao dentista no último ano, quais os medicamentos que faz uso, se possui alergia, se o cartão vacinal está em dia e um espaço para citar outras doenças não mencionadas acima.

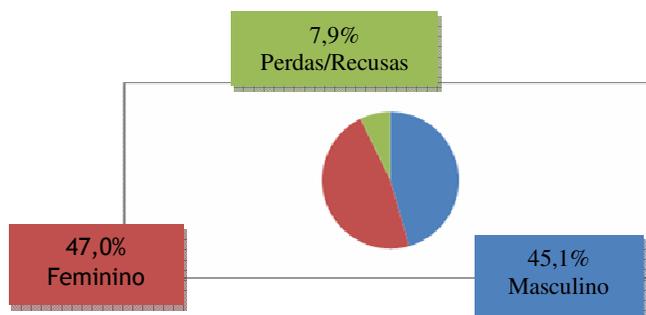
Os dados foram trabalhados por meio de estatística descritiva e apresentados

através de tabelas e figuras que mostram a frequência dos dados em números absolutos e relativos, cruzando, às vezes, algumas variáveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o SIAB, no mês de maio de 2010, estavam cadastrados 472 idosos moradores da área de abrangência estudada, sendo 232 idosos (49,1%) do sexo masculino e 240 (50,9%) do sexo feminino. Em relação ao Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa, do total de 472 idosos, foram analisados os dados de 435 (92,2%), tendo também como mês e ano base, maio de 2010. Dos cadastros analisados, 111 idosos (25,5%) encontram-se na área urbana e 324 (74,5%) na área rural. De acordo com a Figura 1, fizeram parte do estudo 213 idosos (45,1%) do sexo masculino e 222 (47,0%) do feminino; tiveram-se ainda as perdas e recusas de 37 idosos (7,9%).

Figura 1 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e perdas/recusas no estudo. Área de abrangência do programa de saúde da família Elízio Machado de Castro. Passo Tempo/MG. Maio/2010.



Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 1 apresenta os dados em relação à distribuição dos idosos entre faixa etária, fragilidade e sexo. A análise superficial da tabela evidencia um maior número de

mulheres idosas e em estado de fragilidade. Além disso, pode-se observar que 174 (40%) do total de idosos são frágeis.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo a faixa etária, o sexo e a fragilidade. Área de abrangência do Programa de Saúde da Família Elízio Machado de Castro. Passa Tempo/MG. Maio/2010.

		MASCULINO	FEMININO
Idade	60 a 69	130 (61%)	131 (59%)
	70 a 79	66 (31%)	68 (30,6%)
	80 e mais	17 (8%)	23 (10,4%)
Fragilidade	Frágil	75 (35,2%)	99 (44,6%)
	Não Frágil	138 (64,8%)	123 (55,4%)
	Total	213	222

Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados deste estudo corroboram os achados da literatura, em que há maior predomínio de idosos na faixa etária de 60 aos 69 anos, prevalecendo maior número de mulheres^(10,11). A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais de 19,3 anos de vida para as mulheres contra 16,8 anos para os homens, conforme Piccini et al⁽¹²⁾.

De acordo com Veras⁽¹³⁾, a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino e este fato possui algumas explicações, tais como maior exposição do sexo masculino a acidentes de trabalho e morte por causas externas, diversidade do consumo de tabaco e álcool, neoplasias, doenças cardiovasculares e tomada de condutas frente às doenças. Geralmente as mulheres são mais atentas e conhecem mais as doenças, procuram mais atendimentos a serviços de saúde frente a determinados sintomas e, também, pelo fato de haver redução significativa na mortalidade materna em relação ao passado. No entanto, esse mesmo autor acredita que diversas condições que levam à mortalidade masculina, em breve, serão estendidas às mulheres devido à forte competitividade e inserção da mulher na luta pela igualdade de oportunidades e ampliação de espaço.

A presença de maior número de mulheres idosas apresenta repercussões importantes nas demandas por políticas

públicas e na gestão do cuidado. Meireles et al⁽¹¹⁾ acreditam que a maioria dessas mulheres seja viúva, com menor escolaridade e renda, com grande possibilidade de experimentar piores condições de saúde, requerendo maior assistência tanto do Estado quanto das famílias.

Ressaltam ainda em seus estudos sobre as características de idosos em área de abrangência do programa de saúde da família que, na faixa etária de 80 anos ou mais, há maior predomínio da população idosa masculina. No entanto, se observa o oposto no presente em que as mulheres ainda são a maioria nessa faixa etária⁽¹¹⁾.

Em relação à fragilidade, observa-se que, dos 435 idosos, 174 idosos, ou seja, 40% dos indivíduos, são frágeis. Dentre estes, 56,9% são do sexo feminino e 43,1% do masculino. A fragilidade é menor na população de idosos de sexo masculino (35,2%) e maior na de sexo feminino (44,6%). Atualmente, os dados sobre os idosos frágeis no Brasil não são conhecidos⁽¹⁴⁾. No entanto, o Ministério da Saúde realizou, ao verificar a transição epidemiológica segundo os indicadores propostos pelo Global Burden Disease Study (GBD), uma análise da população brasileira. Os resultados mostram que ainda é grande a mortalidade por doenças infecto-contagiosas (12,5%), porém a morbidade dessa população por doenças

crônicas não-transmissíveis chega a 61,5%. Esse dado leva a crer que a possibilidade de encontrarmos indivíduos frágeis em nosso país é grande⁽¹⁵⁾.

A síndrome da fragilidade aumenta com o envelhecimento, 10% a 25% acima de 60 anos e 46% acima dos 80 anos de idade⁽¹⁶⁾. De acordo com o IBGE no ano de 2002, a faixa etária de idosos que mais cresceu no Brasil foi aquela de 75 anos ou mais, faixa etária alta e muito susceptível à síndrome de fragilidade⁽¹⁷⁾.

Fried et AL⁽¹⁸⁾, estudando uma amostra de idosos da comunidade, verificaram que a síndrome da fragilidade aumentava com a idade, associava-se a mulheres, aos afrodescendentes, a menor nível educacional e de renda, a pior estado de saúde e a maior número de comorbidades crônicas e incapacidades. As comorbidades e incapacidades nem sempre determinam a síndrome de fragilidade, no entanto, podem contribuir para o desfecho final do indivíduo em tornar-se frágil, assim como outros comprometimentos clínicos⁽⁶⁾.

A funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, como quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária⁽⁶⁾.

O projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), que é um estudo multicêntrico realizado em sete cidades da América Latina e Caribe com idosos de 60 anos ou mais, investigou questões importantes sobre funcionalidade e atividades básicas e instrumentais de vida diária. A prevalência de

incapacidade funcional para realizar ao menos uma atividade básica de vida diária (ABVD), mensurada a partir do relato da presença de dificuldade foi de 18,6% em Buenos Aires, 13,8% em Bridgetown, 23,7% em São Paulo, 22,3% em Santiago, 20,5% em Havana, 19,4% na Cidade do México e 16,8% em Montevideu. Para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as prevalências foram de 28,7%, 23,5%, 40,3%, 31,8%, 27,8%, 28,6% e 17,0% respectivamente. As variáveis associadas à incapacidade funcional foram: apresentar maior número de doenças crônicas, apresentar artrose, doença cardiovascular e depressão, ser mulher, ter idade avançada, má autoavaliação do estado de saúde e ter declínio cognitivo. As associações mais fortes foram encontradas em relação às atividades instrumentais⁽¹⁹⁾.

Por meio desses dados é possível perceber que a população idosa brasileira apresenta-se à frente em relação à incapacidade em realizar ABVD (23,7%) e AIVD (40,3%). Os dados do estudo realizado com a população idosa do município de Passa Tempo mostram que há grande prevalência de doenças crônicas entre os idosos, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoporose, acidente vascular encefálico (AVE), o que predispõe a maiores dificuldades e dependência, podendo levar à síndrome de fragilidade.

A Tabela 2 mostra as principais condições de saúde que afetam os idosos em geral do estudo em relação ao sexo. As condições de saúde são: alcoolismo, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, fraturas, hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, pneumonia e Alzheimer.

Tabela 2- Prevalência de condições de saúde de idosos em geral segundo o sexo. Área de abrangência do Programa De Saúde Da Família Elízio Machado De Castro. Passa Tempo/MG. Maio/2010.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	MASCULINO	PREVALÊNCIA (%)	FEMININO	PREVALÊNCIA (%)
Alcoolismo	09	4,2	02	0,9
AVC	04	1,9	03	1,4
Diabetes	12	5,6	35	15,8
Parkinson	02	0,9	04	1,8
DPOC	12	5,6	04	1,8
Fraturas	01	0,4	03	1,4
Hipertensão	116	54,5	141	63,5
Osteoporose	03	1,4	12	5,4
Pneumonia	01	0,4	03	1,8
Alzheimer	02	0,9	01	0,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Levando-se em conta uma população geral de idosos analisados de 435 (213 homens e 222 mulheres), permite-se a seguinte descrição: a condição de saúde com maior prevalência entre os idosos é a hipertensão arterial (59,1%) seguida pelo diabetes mellitus (10,8%). Em relação ao sexo, percebe-se que a condição de saúde que mais afeta o sexo masculino é hipertensão arterial sistêmica (54,5%), seguida por diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica (5,6% cada uma), alcoolismo (4,2%), acidente vascular cerebral (1,9%) e Alzheimer (0,9%). Já para as mulheres, observa-se que a condição de saúde mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (63,5%), seguida de diabetes mellitus (15,8%), osteoporose (5,4%), Parkinson (1,8) e fraturas e pneumonia (1,3% cada uma).

Os achados acima se associam fortemente ao envelhecimento, pois, do ponto de vista da saúde, surgem novos problemas, destacando-se as consequências das doenças crônicas. A transição epidemiológica leva a uma elevação dos coeficientes por doenças não-infecciosas, particularmente cardiovasculares, neoplasias e diabetes⁽²⁰⁾.

Diversos estudos longitudinais mostram que existe uma relação crescente entre longevidade e as deficiências e incapacidades,

indicando que a população está vivendo mais e com um grau crescente de problemas crônicos⁽²¹⁾. Mudar a idade da incidência ou aparecimento das principais doenças crônicas ou do aparecimento das principais doenças crônicas leva a uma maior prevalência de deficiências e incapacidades nas idades avançadas.

Em estudo sobre as causas de mortes em idosos no Brasil, Vasconcelos (2004) encontrou que, entre as causas de morte declaradas, as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo entre essa população.

Dentre as doenças crônicas mais comuns que afetam a população brasileira, encontra-se a hipertensão arterial sistêmica. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil atinge 50% da população idosa⁽²²⁾. Os dados desta pesquisa superam essa relação ao apresentar uma prevalência de 59,1% da população estudada no município de Passa Tempo. Estudiosos da área encontraram valores de 51,5% para mulheres e 62,5% para homens em estudo sobre caracterização da população idosa no Paraná. No presente estudo, foram encontrados 54,5% para homens e 63,5% para mulheres, resultados assim muito próximos ao desse estudo paranaense. Além disso, vale ressaltar

que a prevalência da hipertensão no sexo feminino é maior nas duas investigações⁽¹¹⁾.

A hipertensão arterial sistêmica possui relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). Essa patologia é, sem dúvidas, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte, o AVE, tendo como origem a hipertensão não controlada⁽²²⁾.

O diabetes mellitus é um grupo de distúrbios heterogêneos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia. Pode ser o tipo I, ou insulino-dependente, que acomete cerca de 5% a 10% das pessoas com diabetes e caracteriza-se por início súbito, geralmente antes dos 30 anos de idade. O diabetes mellitus tipo II, ou insulino-independente, acomete de 90 a 95% das pessoas com diabetes e ocorre mais frequentemente em pessoas com mais de 30 anos de idade⁽¹¹⁾.

Na população adulta brasileira, a prevalência de diabetes é de 7,6% e o Ministério da Saúde estima que há cinco milhões de portadores dessa patologia no país. O diabetes acomete todas as faixas etárias independente de raça, sexo ou condição socioeconômica, representando a quarta principal causa básica de morte⁽²²⁾.

No presente estudo, 15,8% das mulheres apresentam diabetes, enquanto que essa condição aparece em 5,6% dos homens. Neste estudo, não se realizaram as estatísticas de indivíduos com a presença de diabetes e hipertensão simultaneamente, no entanto, sabe-se que essas patologias associadas constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Além disso, esses agravos podem ser tratados na atenção básica em 80% dos casos⁽²²⁾.

Laurenti et al⁽²⁰⁾ encontraram em seus estudos sobre o perfil epidemiológico da

morbimortalidade masculina, no ano de 2002, que, do total de internações masculinas de pacientes acima de 60 anos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a este sistema conveniados, correspondiam a 29,4% por doenças cardiovasculares e 20,1 por doenças do aparelho respiratório e, aos 80 anos e mais de idade, 30,5% e 25,1%, respectivamente.

A literatura permite observar que as mulheres são mais acometidas por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, como o diabetes, e doenças do aparelho circulatório, como a hipertensão, e que os homens são mais acometidos por doenças do aparelho respiratório, como a doença pulmonar obstrutiva crônica⁽²³⁾.

Outra patologia prevalente nas mulheres idosas presentes neste estudo é a osteoporose, correspondendo a 5,4% dos casos. A osteoporose é uma doença sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e aumento da porosidade do osso, levando à fragilidade mecânica e consequente predisposição a fraturas. Essa doença atinge homens e mulheres, porém, a maior incidência está entre as mulheres após a menopausa, em função do declínio acentuado dos hormônios. A etiologia da osteoporose pode ser considerada multifatorial, uma vez que inclui fatores relacionados à hereditariedade, etnia, idade avançada, sexo feminino, baixo peso corporal, deficiência hormonal, excessivo consumo de álcool, inatividade física, tabagismo e fatores nutricionais⁽²⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem hoje no Brasil, cerca de 10 milhões de pessoas acometidas pela osteoporose. Um terço das mulheres brancas acima de 65 anos de idade têm o diagnóstico de osteoporose e 8 em cada 10 doentes nunca

imaginaram que poderiam ser afetados pela enfermidade⁽²⁵⁾.

O projeto SABE mediu em São Paulo a prevalência de oito condições ou doenças crônicas, baseando-se na resposta à pergunta sobre o fato de o médico ou outro profissional de saúde ter dito ao entrevistado se o mesmo tinha determinada doença. Para as oito condições questionadas, verificou-se uma maior prevalência para três condições nos homens, a saber: problema cardíaco, doença pulmonar obstrutiva crônica e embolia/derrame. Esses achados corroboram o mostrado no presente estudo, segundo o qual a hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e acidente

vascular encefálico/cerebral acometem a população estudada⁽¹⁹⁾.

A tabela 3 descreve as doenças mais prevalentes entre os idosos frágeis de acordo com o sexo.

Tabela 3 - Prevalência de condições de saúde de idosos frágeis segundo o sexo. Área de abrangência do Programa de Saúde da Família Elízio Machado de Castro. Passa Tempo/MG. Maio/2010.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	MASCULINO	PREVALÊNCIA (%)	FEMININO	PREVALÊNCIA (%)
Alcoolismo	5	6,6	0	0,0
AVC	2	2,6	1	1,0
Diabetes	6	8,0	25	25,3
Parkinson	2	2,6	3	3,0
DPOC	8	10,7	5	5,1
Fraturas	0	0,0	2	2,0
Hipertensão	46	61,3	73	73,7
Osteoporose	2	2,6	7	7,1
Pneumonia	0	0	3	3,0
Alzheimer	2	2,6	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Lembrando que 174 idosos foram identificados como frágeis (75 homens e 99 mulheres), a análise da tabela 3 mostra as condições de saúde mais prevalentes entre os idosos frágeis. No sexo masculino, a hipertensão arterial sistêmica (61,30%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,7%) e o diabetes mellitus (8,0%) são as três mais

prevalentes. Entre as idosas, há maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (73,7%), diabetes mellitus (25,5%) e osteoporose (7,1%).

A seguir, a Tabela 4 mostra a distribuição dos idosos em relação às patologias que os afetam e a presença de fragilidade.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos por principais condições de saúde segundo o sexo e a fragilidade. Área de abrangência do Programa de Saúde da Família Elízio Machado de Castro. Passa Tempo/MG. Maio/2010.

CONDIÇÃO DE SAÚDE	Nº IDOSOS MASCULINO	Nº IDOSOS MASCULINO	% IDOSOS MASCULINO	Nº IDOSOS FEMININO	Nº IDOSOS FEMININO	% IDOSOS FEMININO
	FRÁGIL	GERAL	FRÁGIL	FRÁGIL	GERAL	FRÁGIL
Alcoolismo	5	9	55,5%	0	0	0,0%
AVC	2	4	50,0%	1	3	33,3%
Diabetes	6	12	50,0%	25	35	71,4%
Parkinson	2	2	100,0%	3	4	75,0%
DPOC	8	12	66,6%	4	4	100%
Fraturas	0	0	0,0%	2	3	66,6%
Hipertensão	46	116	54,5%	73	141	51,7%
Osteoporose	2	3	66,6%	7	12	58,3%
Pneumonia	0	0	0,0%	3	3	100%
Alzheimer	2	2	100,0%	1	1	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a tabela anterior, a Doença de Parkinson (100%), a Doença de Alzheimer (100%), a Osteoporose e a DPOC (66,6% cada uma) associam-se fortemente a fragilidade em idosos do sexo masculino. Já no grupo de idosas, a fragilidade está mais associada à presença de DPOC (100%), Pneumonia (100%), Doença de Alzheimer (100%), Doença de Parkinson (75%), Diabetes (71,4%) e as Fraturas (66,6%). Desta forma, idosos acometidos por esses agravos citados necessitam de acompanhamento sistemático e contínuo da equipe de saúde da família, pois tendem fortemente a serem classificados como frágeis. Além disso, a proposição de planos de intervenção de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses idosos devem priorizar a abordagem desses agravos tanto com o objetivo de assistir idosos acometidos quanto os ainda não acometidos.

Ainda não existe um consenso sobre a definição de síndrome da fragilidade, porém o que se observa é que seu diagnóstico é complexo e nele as perdas fisiológicas inerentes ao envelhecimento também devem ser contempladas. Múltiplas condições podem iniciar ou acelerar a sua manifestação: doenças físicas e mentais, comorbidades,

inatividade física, medicamentos, dentre outras.

Uma das manifestações clínicas mais observadas nessa síndrome inclui a perda de peso causada muitas vezes pelo envelhecimento, que reflete na perda de massa e força musculares, causando a fadiga e o descondicionamento cardiorrespiratório. Dessa forma, leva o idoso à inatividade física e a dificuldades em realizar as funções diárias e novamente à redução da ingesta alimentar. É um ciclo vicioso que pode ser acelerado por doenças, imobilidade, depressão e medicamentos. Essas manifestações clínicas podem ser muitas vezes silenciosas e atípicas (incontinências, quedas, delirium e imobilidade), necessitando de uma avaliação ampla, envolvendo toda a equipe de saúde, como o apoio de geriatras e gerontólogos⁽¹⁴⁾.

Atualmente, não se conhecem dados numéricos sobre a população idosa frágil no Brasil. Em 2006, o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) aprovou o projeto Fragilidade em Idosos Brasileiros- REDE FIBRA- um estudo populacional de caráter multicêntrico, liderado por vários pesquisadores do país, tendo como objetivo geral traçar o perfil de fragilidade do idoso brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de fragilidade e a compreensão de sua fisiopatologia têm evoluído ao longo do tempo. Para avaliar e detectar se o idoso é ou vai tornar-se frágil, necessitamos de critérios e instrumentos de avaliação que deverão ser escolhidos diante do contexto apresentado. Com o envelhecimento populacional, ocorre um aumento na prevalência de doenças crônicas e incapacidades e uma mudança no paradigma na saúde pública.

Diante dos resultados deste estudo, percebe-se que considerar o idoso em suas múltiplas interfaces é uma tarefa difícil, porém de extrema urgência para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar a sua independência e promover melhor qualidade de vida. Sendo assim sugere-se: a) à equipe de saúde: conhecer o idoso em sua unicidade e singularidade,

REFERÊNCIAS

- 1- Lima Costa MF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf. epidemiol. SUS* 2000; 9(1): 24-41.
- 2- Lei n. 10741 de 1º de outubro de 2003 (BR). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União [periódico na internet]*. 3 out 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- 3- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.

proporcionando-lhe o acesso e a integralidade do atendimento; b) ao enfermeiro e ao médico: a promoção de capacitação principalmente dos demais profissionais para prestar assistência de maneira competente e com qualidade, respeitando os idosos nas suas limitações; c) à gestão dos serviços de saúde conjuntamente com a equipe: o planejamento, a coordenação e o monitoramento de serviços e ações em saúde do idoso, instituindo inclusive o uso de instrumentos como o Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa abordado neste trabalho.

Considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois foi possível estudar as características dos idosos em geral e daqueles em estado de fragilidade, descrever seus principais problemas de saúde e propor estratégias de intervenção como as descritas acima. Estratégias essas que também são passíveis de extensão às demais unidades de saúde do município.

- 4- Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(2): 178-189.
- 5- Rosa TES, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1): 40-48.
- 6- Perracini MR, Fló CM. Fisioterapia: teoria e prática clínica. *Funcionalidade e Envelhecimento*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.
- 7- Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas EV, Xavier FA. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002.
- 8- Teixeira INDO. Percepções de profissionais da saúde sobre duas definições de fragilidade

no idoso. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(4):1181-1188.

9- Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção a saúde do idoso*. Belo Horizonte (MG): SAS/MG; 2006.

10- Caetano JÁ, Costa AC, Santos ZMS, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em grupos de idosos. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17(21): 327-335.

11- Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em Enfermagem. *Saúde soc* 2007; 16(1), 69-80.

12- Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 657-667.

13- Veras RA. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro (RJ): Interciência; 2004. p. 3-10.

14- Oliveira, DLC; Goretty, LC; Pereira, LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. bras. fisioter.* 2006; 10(1): 91-96.

15- Ministério da Saúde (BR). *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

16- Hekman PRW. O idoso frágil. In: Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorgozoni M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

17- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Estudos e Pesquisas; 2002.

18- Fried LP, Ferruci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 3(59): 255-63.

19- Menéndez J, Guevara A, Arcia N, Díaz EML, Marín C, Alfonso JC. In: *Fragilidade no Idoso*. Perracini MR, Fló CM. *Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento*. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, 2009.

20- Laurenti R, Jorge MHLPM, Goltieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(1): 35-46.

21- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med*.1994; 38(1):1-14.

Ministério da Saúde (BR). *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

22- Vasconcelos AMN. Causas de morte em idosos no Brasil. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004; Caxambu, Minas Gerais.

23- Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3): 719-726.

24- Pinto Neto AM, Soares A, Urbanetz AA, Souza ACA, Ferrari AEM, Amaral B, et al. Consenso brasileiro de osteoporose. *Rev. bras. reumatol.* 2002; 42(6): 343-354.

Recebido em: 30/09/2011

Versão final em: 21/10/2011

Aprovação em: 02/11/2011

Endereço de correspondência

Alisson Araújo

Rua Alcobaça nº 601 Bairro Jardim das Oliveiras. Divinópolis/MG, CEP 35502-097.

E-mail: alissonaraujo@ufsj.edu.br