



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Peixoto Veras, Renato; Pereira Caldas, Célia; Dantas Coelho, Flávia; Sanchez, Maria Angélica

Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 10, núm. 3, 2007, pp. 355-370

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838775008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes

Promoting Health and preventing dependency: identifying frailty signs among independent elderly

Renato Peixoto Veras¹
Célia Pereira Caldas^b
Flávia Dantas Coelho^c
Maria Angélica Sanchez^d

Resumo

Objetivos: identificar indicadores de fragilidade capazes de gerar situação de dependência e de internação hospitalar em amostra de idosos de um Centro de Convivência. **Métodos:** avaliação da probabilidade de internação hospitalar através de um instrumento composto por oito variáveis e avaliação funcional, com utilização de instrumento composto de 11 testes rápidos para aferição do nível de capacidade funcional e entrevista estruturada para colher informações acerca das morbidades auto-referidas. Os dados estatísticos foram tratados de forma descritiva e analisados à luz de fundamentação teórica nos campos da Gerontologia e Saúde Coletiva. **Resultados:** Entre outubro de 2005 a setembro de 2006, foram entrevistados 430 idosos, dos quais foi retirada uma subamostra composta de 285 pessoas submetidas à avaliação funcional. Dentre os avaliados, 25% apresentaram queixa de memória, 32,2% apresentavam história prévia de depressão, 55,7% com diagnóstico de hipertensão e 30,5% relataram episódios de quedas no último ano. **Conclusão:** Ao final da avaliação breve, 10% dos idosos necessitavam de avaliação geriátrica com urgência, 45% apresentavam indicadores de fragilidade importantes, com necessidade de avaliação mais acurada e 28% se beneficiariam de uma avaliação para detecção precoce dos déficits funcionais e adoção de medidas de reabilitação, com o objetivo de prevenir a incapacidade funcional.

Palavras-chave:

Indicadores Básicos de Saúde; serviços de saúde para idosos; idoso débil; hospitalização; Saúde Pública

Correspondência / Correspondence

Célia Pereira Caldas

UnATI/UERJ

R. São Francisco Xavier, 524, 10º and, bloco F

20559-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: celpcaldas@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to identify frailty indicators for dependency and hospitalization in a sample of independent seniors of an elderly Center. *Methods:* evaluation of the probability of hospitalization through an instrument composed by eight variables and functional evaluation with the use of an instrument composed of 11 tests and an interview structured to get information concerning self-referred morbidity. The statistical data were treated in a descriptive way and analyzed to the light of theoretical basis in the fields of the Gerontology and Public Health. *Results:* From October 2005 to September 2006, 430 elderly were interviewed. A subsample of 285 subjects was submitted to the functional evaluation. Among them, 25% presented memory losses, 32.2% presented previous history of depression, 55.7% have hypertension diagnosis and 30.5% related falls in the last year. *Conclusion:* 10% of the seniors needed urgent geriatric intervention, 45% presented important frailty indicators needing a comprehensive assessment and 28% would benefit of rehabilitation measures in order to prevent functional incapacity.

Key words: Health Status Indicators; health services for the aged; frail elderly; hospitalization; Public Health

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, um fenômeno observado em vários países, vem sendo alvo de preocupações nas várias esferas e implica mudanças nos diversos setores de atenção, seja público ou privado.

Este segmento etário não é homogêneo. Mais de 80% das pessoas idosas estão bem de saúde, mantendo sua independência e autonomia, podendo exercer todas as atividades próprias para uma pessoa de sua idade. Por outro lado, os 20% que formam o grupo dos menos saudáveis utiliza os serviços de saúde de forma muito mais intensa e suas doenças, na maioria das vezes, são crônicas, de longa duração, e requerem equipes de saúde qualificadas, exames sofisticados e de alto custo²⁵.

Observa-se um esforço, sobretudo do setor privado, para equacionar uma situação que vem se tornando um problema que afeta diretamente os custos das operadoras de saúde suplementar. No entanto, ainda é precária a infra-estrutura para atender de modo eficiente às necessidades desse segmento populacional. Os problemas dos idosos são muitos e diversificados, afetando significativamente a qualidade de vida, produzindo estresse familiar e gerando enorme ônus financeiro²⁴.

Diante deste cenário, o setor saúde ainda busca meios eficazes que possam equacionar adequadamente os problemas que acompanham o processo de envelhecimento. Uma das formas de alcançar sucesso nessa empreitada está relacionada à construção de novos modelos de atenção. Modelos estes que fujam da

prática hospitalocêntrica e partam para a identificação precoce de problemas que podem ser tratados no âmbito ambulatorial.

A adoção desta nova prática requer uma visão ampla dos problemas que possivelmente poderão aparecer, caso não haja uma mudança intensa no modo de pensar a atenção à saúde do idoso. Os idosos que mais necessitam de atenção são aqueles que apresentam maior grau de fragilidade, ou seja, maior potencial de adoecer gravemente, de recorrer a sucessivas internações, de sofrer quedas e outros eventos mórbidos graves – enfim, aqueles com uma maior pluralidade de problemas nos campos médico, psíquico e socioeconômico.

A fragilidade reflete alterações fisiológicas da idade que não são específicas de doenças. Geralmente se apresenta na forma de sinais e sintomas como fraqueza, fadiga, perda do apetite, desnutrição, desidratação e perda de peso, além das síndromes geriátricas, tais como as anormalidades do equilíbrio e de marcha, o condicionamento físico precário, a confusão mental, a incontinência fecal e urinária, a depressão e a alta dependência ⁶.

Um dos processos mais adequados, para responder a este problema está relacionado à prática de rastreamento e identificação de idosos com indicadores de fragilidade, qual seja, um modelo centrado na avaliação da capacidade funcional ²⁴.

Algumas situações, como a falta de profissionais habilitados, impedem um manejo adequado com essa população, sobretudo nos

consultórios médicos, onde a atenção ao idoso se dá de forma fragmentada. Isto ocorre, sobretudo, pela dificuldade de se identificar corretamente os idosos com risco de adoecer gravemente, os idosos com risco de hospitalização e idosos susceptíveis de perder a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Este estudo se propõe a apresentar os dados de uma avaliação dos idosos de um Centro de Convivência e teve como objetivo identificar, entre os saudáveis, uma parcela acometida por problemas silenciosos, que são identificados somente com um instrumental e um olhar específico do campo da Geriatria. Tais idosos, possivelmente, serão aqueles que mais consumirão, e de forma inadequada, os recursos a eles oferecidos.

Os problemas silenciosos e visíveis apenas após uma avaliação funcional são aqueles que mais induzem os indivíduos a buscarem várias especialidades, porém, infelizmente, de forma fragmentada, o que certamente produzirá efeitos iatrogênicos e que, possivelmente, terão como desfecho as sucessivas internações hospitalares.

MÉTODOS

Entre os meses de outubro de 2005 a setembro de 2006, 430 idosos ingressaram nas atividades de um Centro de Convivência da Zona Norte do Rio de Janeiro e foram submetidos à avaliação do risco de internação hospitalar, avaliação da capacidade funcional e um inquérito sobre morbidade auto-referida. Uma subamostra foi selecionada para apresentação

dos dados referentes à avaliação funcional e morbidade auto-referida.

O estudo compreendeu três etapas: 1. avaliação do risco de admissão hospitalar; 2. avaliação do desempenho funcional; e 3. avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade.

As etapas 1 e 2 foram executadas por uma assistente social e uma enfermeira que, após treinamento, aplicaram instrumentos específicos da prática geriátrica para rastrear déficits funcionais e identificar riscos de internações hospitalares.

A etapa 3 foi executada por uma geriatra, que analisava a avaliação inicial e imediatamente realizava uma avaliação focada nos principais problemas detectados, com o objetivo de estabelecer condutas adequadas aos idosos com indicadores de fragilidade.

Na etapa 1, para avaliar a probabilidade de admissão hospitalar, foi aplicado um instrumento composto de oito variáveis analisadas em um pacote estatístico, com o objetivo de identificar aqueles idosos com maior risco de recorrer à hospitalização em decorrência de quadros agudos⁴.

Este conjunto de variáveis, denominado Triagem Rápida, passou por uma tradução direta a partir de seu original na língua inglesa e seu uso oferece algumas vantagens, como: ser de fácil e rápida aplicação, com duração média de dois minutos, e de fácil compreensão tanto para o entrevistador como para o idoso¹².

Na etapa 2, para a avaliação do desempenho funcional, foi utilizado um instrumento que contempla onze áreas funcionais. São elas: visão, audição, função de braços e pernas, continência urinária, nutrição, estado mental, distúrbio do humor, atividades de vida diária, ambiente no domicílio e possibilidade de suporte social¹¹. Ainda nesta etapa eram colhidas informações acerca das principais patologias apresentadas pelo idoso. Estes eram argüídos sobre a presença ou não das seguintes condições: tonteira, perda visual, AVC, tremor, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus*, problema urinário, hipertensão arterial, catarata, perda auditiva, perda ponderal, glaucoma, esquecimento e distúrbios osteoarticulares.

Terminadas essas avaliações, o idoso passava a etapa 3, para uma consulta com a geriatra que, de posse desse conjunto de informações, apresentava a impressão diagnóstica, estabelecia condutas pontuais e o encaminhava, quando necessário, para uma avaliação geriátrica ampla em consultório especializado.

A pesquisa foi conduzida dentro dos preceitos éticos da Resolução de Helsinki e das normas da Resolução nº 196/1996, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Inicialmente será apresentado o *Perfil socio-demográfico dos idosos avaliados*. A seguir, os resultados serão apresentados de acordo com cada etapa do estudo: *etapa 1. avaliação do risco de*

admissão hospitalar; *etapa 2*. avaliação do desempenho funcional; e *etapa 3*. avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade.

Perfil sociodemográfico dos idosos avaliados

As variáveis utilizadas neste perfil foram: idade, gênero, estado civil, escolaridade, bairro onde reside. As idades variaram de 53 a 90 anos, sendo 70 anos a média de idade do grupo. Quanto ao gênero, 86% eram do sexo feminino, proporção consonante com os demais espaços de convivência. Em geral, as mulheres são as que mais buscam essas atividades.

No que se refere ao estado civil, 64% encontravam-se nas categorias de viúvo, solteiro ou separado, o que chama a atenção para a necessidade de espaços de convivência capazes de evitar problemas como a solidão e o isolamento.

Quanto à escolaridade, a maioria (40%) encontrava-se no grupo daqueles que frequentaram a escola por mais de 12 anos. No que se refere à população idosa do Brasil, isto representa um bom padrão de escolaridade, pois, segundo dados do IBGE, a maioria dos idosos do país possui baixo grau de instrução (menos de 4 anos de estudo).

No que se refere à área de residência, residem na Zona Norte nos bairros do Andaraí, Maracanã, Méier, Vila Isabel, Rio Cumprido e Tijuca – sendo este o bairro de maior concentração, com 40% dos idosos.

Etapa 1. Avaliação da probabilidade de admissão hospitalar

A maioria não apresentou risco de admissão hospitalar. Dentre os idosos avaliados, 12% apresentaram risco que variou entre baixo, médio e alto. Intervir neste grupo implica diminuir o número de internações e, consequentemente, custos decorrentes da taxa de ocupação de leitos e taxa de permanência, que nos idosos é sempre maior que nos demais estratos etários.

Etapa 2. Avaliação do desempenho funcional

Para apresentar os dados referentes ao desempenho funcional, selecionamos as variáveis que mais se destacaram e podem ser visualizadas no gráfico 1: acuidade visual, acuidade auditiva, continência urinária, atividades da vida diária, nutrição, estado mental, distúrbios do humor, ambiente domiciliar e suporte social.

Acuidade visual

No que tange à perda visual, 13,6% apresentaram déficit no teste. Este problema foi frequente entre os idosos, seja pelas alterações funcionais induzidas pelo envelhecimento, seja pela maior prevalência de doenças comprometendo a visão.

Nos EUA, para cada grupo de 1000 pessoas entre zero e 54 anos, 6,01 apresentam algum grau de perda visual. Entre 55 e 84

anos, esse número sobe para 104 pessoas em cada 1.000, e é de 216 pessoas em cada 1.000 indivíduos acima de 85 anos. A perda visual é a terceira causa de dependência para a realização de atividades de vida diária entre idosos nos EUA ²⁶.

Grande parte dessa perda visual não chega a ser diagnosticada e, portanto, não recebe tratamento, somando-se e agravando outras incapacidades funcionais. Dentre as alterações visuais devidas ao envelhecimento e as secundárias a outras patologias, as maiores causas de perda visual entre idosos são: degeneração senil da mácula, retinopatia diabética, glaucoma e catarata.

Perracini²² acrescenta que as complicações provocadas pela perda visual são numerosas e podem ter graves conseqüências médicas, além do forte impacto sobre a qualidade de vida do idoso. Incluem maior tendência a quedas, com todo o seu cortejo mórbido; intoxicações alimentares e mesmo envenenamentos pela dificuldade para ler rótulos e os prazos de validade de medicamentos. Ademais, pode favorecer a ocorrência de acidentes no domicílio, ao se tropeçar em tapetes e objetos baixos e não perceber desníveis e degraus. Também são muito comuns os acidentes na rua que ocasionam quedas e atropelamentos.

A menor velocidade para a leitura e diminuição da abrangência do campo visual, traduzidos como dificuldade para ler, levam à perda de interesse por uma atividade prazerosa e importante instrumento de integração social e atualização. Todos

esses fatores favorecem a depressão, o isolamento social, agravam co-morbididades e disfunções já presentes. Um cuidadoso exame oftalmológico deve ser estimulado e repetido anualmente, para identificar e corrigir, sempre que possível, esse agravo.

Acuidade auditiva

A presbiacusia é a terceira causa de incapacidade funcional em idosos, com maior prevalência entre os homens. É um processo relacionado ao envelhecimento quando não tiver sido causado por acidente de trabalho ou doença.¹⁵ De grande importância dentre as afecções que acometem os idosos, gera sentimentos de menor valia e inadequação, levando ao isolamento social, à depressão, e assim como a deficiência visual, também é responsável pelo grande número de acidentes domésticos e na rua.

O mesmo autor sustenta que não há tratamento clínico ou cirúrgico para recuperação da audição. O uso de órteses e técnicas de reabilitação soluciona parcialmente o problema, pois nem todos os deficientes auditivos vão se beneficiar dos mesmos. Mesmo dentre aqueles que poderiam se beneficiar do uso das órteses, muitos não o fazem, seja pelo alto custo, pelo preconceito, pela dificuldade de lidar com os controles e pelo pequeno benefício em locais ruidosos. Com todas as dificuldades, o uso correto e bem orientado das órteses pode recuperar uma boa qualidade de vida para idosos totalmente isolados e deprimidos.

Continência urinária

A incontinência urinária é uma das grandes síndromes geriátricas, freqüentemente negligenciada, subdiagnosticada e com alto grau de morbidade direta e indireta. Por ser uma situação que causa constrangimento, não costuma ser mencionada às equipes de saúde, tendo que ser ativamente buscada. O desconforto gerado determina isolamento social e perda da auto-estima.^{13,14,19}

Os mesmo autores acrescentam que a incontinência urinária não tratada predispõe a infecções genito-urinárias que podem levar a uro-sepse, maceração da pele facilitando a candidíase e formação de escaras; interrompe o sono e predispõe a quedas, sendo um dos principais fatores que levam à institucionalização do idoso.

Existe tratamento eficaz, tanto clínico como cirúrgico, fato desconhecido por muitos idosos que sofrem as conseqüências danosas desse agravo quando poderiam ter uma vida mais saudável e de melhor qualidade pela intervenção correta.

Atividades de vida diária

A independência e dependência não são condições individuais. São situações que estão relacionadas à existência de outra pessoa ou a alguma coisa. São condições que variam em seus aspectos gerais, tais como afetividade, finanças, estado físico e cognitivo. Por exemplo, uma pessoa pode estar temporariamente

dependente de outra por alguma limitação física, ao passo que outra pode ser completamente dependente por inabilidade cognitiva.

O importante, porém, é não associar as sucessivas perdas, que comumente acometem os idosos, à perda de autonomia, visto que se trata de um conceito inerente à capacidade de tomar decisões.

A dependência é um dos maiores problemas do envelhecimento. Muitas vezes se configura em perda de espaço, de valores, de autodeterminação, etc. Geralmente, decorre da condição de fragilidade, ou seja, idosos mais vulneráveis às situações adversas e que afetarão o desempenho nas atividades de vida diária.

No grupo estudado, o percentual de idosos com comprometimentos nas atividades de vida diária era muito pequeno, porém necessariamente deveria ser avaliado de maneira abrangente, evitando assim a instalação de problemas maiores.

Nutrição

Entendida como um desvio do equilíbrio nutricional em um indivíduo, a desnutrição pode se caracterizar tanto pela falta como pelo excesso de um ou mais nutrientes no organismo.²³

A nutrição é um importante determinante de saúde, adequada capacidade funcional física e cognitiva, vitalidade, qualidade de vida e longevidade. A quantidade

e a variedade dos alimentos e a integração social promovida durante as refeições são importantes para o bem-estar psicológico das pessoas. Quando há restrições a uma dieta equilibrada, sobrevém a desnutrição, com os efeitos deletérios sobre a saúde e o bem-estar que acarreta.

A carência global ou de um dos nutrientes necessários a homeostasia provoca fragilidade, incapacidade funcional, agravamento de comorbidades existentes, queda da vitalidade e susceptibilidade a novas doenças, aumento da morbidade e da mortalidade.

A desnutrição por excesso inclui a hipervitaminose e a obesidade. Obesidade é a forma mais comum de desnutrição entre idosos independentes, e pode mascarar uma carência protéica que é relativamente frequente, grave e induz a um pior prognóstico nos casos de acidentes, doenças agudas, cirurgias e fraturas.

As formas mais frequentes de desnutrição no idoso são a obesidade, a osteoporose e a hipoproteica. Agravam as doenças cardíacas, o câncer, o AVC, o diabetes, e a osteoporose, doenças entre as dez principais causas de morte nos idosos. Contribuem para a desnutrição: a desinformação, a pobreza, a dificuldade para mudar hábitos alimentares errôneos, a presença de doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, polifarmácia, depressão, distúrbios cognitivos e desregulação do mecanismo de controle do apetite. A abordagem da desnutrição se faz, entre outras coisas, com campanhas educativas e de esclarecimento, visitas regulares ao geriatra, para iden-

tificação de desnutrição e suas causas, e orientação nutricional para seu tratamento.

Estado mental

Os testes de rastreio de declínio cognitivo têm o objetivo de detectar pessoas que possivelmente estão começando a apresentar perdas. Uma das razões importantes para a utilização destes em idosos é identificar em estágio inicial algum tipo de demência.⁷

A demência é hoje um dos grandes problemas de saúde pública e seu diagnóstico depende, além de uma avaliação clínica, do uso de testes que demonstrem o declínio da memória, da percepção, linguagem, atividades motoras, abstração e planejamento.¹

Apesar de a doença poder acometer pessoas mais jovens, geralmente é após os 60 anos que este problema começa a se manifestar. A demência é uma doença, que apesar de todas as alterações que surgem, tem duração média de oito a dez anos após o aparecimento dos sintomas, podendo, em alguns casos, apresentar uma expectativa de até vinte anos.

Muitas vezes o diagnóstico da doença não acontece por falta de conhecimento deste processo por parte dos clínicos e, quando diagnosticada corretamente, pode evitar uma série de outros problemas, como a condução inadequada do quadro, o uso de medicação ineficaz, o atraso na adoção de medidas de suporte ao idoso e à família, que oneram sobremaneira o setor saúde.

Distúrbios do humor

Um outro problema de igual importância na avaliação do idoso é a depressão, muitas vezes, não diagnosticada. Os distúrbios depressivos são as formas mais frequentes de alteração do humor em pessoas idosas. O reconhecimento desta patologia nos idosos é em geral difícil. Razão disto é o fato de que os sintomas são, erroneamente, confundidos com comportamentos esperados em pessoas idosas. Por outro lado, as deteriorações cognitivas podem dificultar o estabelecimento de um diagnóstico preciso.

No teste de rastreio aplicado na amostra, 32% apresentavam estado sugestivo da doença, o que requer melhor avaliação para fechar um diagnóstico e estabelecer o tratamento.

Ambiente no domicílio

Os problemas no domicílio, tais como escadas sem corrimão, iluminação inadequada e tapetes soltos, são em grande parte responsáveis pelos acidentes domésticos, podendo assim ocasionar quedas e problemas maiores, como as fraturas.²¹

Investigar estas condições é fundamental para a prevenção de problemas maiores que podem influenciar negativamente no desempenho das atividades de vida diária. Desta forma, a equipe fornecia orientações sobre proceder nestes casos. Nos idosos aqui avaliados, 34% relataram alguma alteração no domicílio.

Suporte social

A ausência de suporte social hoje, em nosso país, parece constituir um grande problema, visto que não temos referências acerca dos recursos existentes para a população idosa. No estudo realizado, apesar de a maioria dos idosos contar com uma rede composta por familiares, 11,5% da amostra não contavam com este recurso. Isto vai incidir no uso indiscriminado de recursos e numa busca de atenção fragmentada e sem o devido acompanhamento.

Etapa 3. Avaliação focada nos principais problemas para a análise dos indicadores de fragilidade

Nesta etapa do estudo, a partir da morbidade auto-referida pelos 285 idosos, são elencados os principais problemas apresentados pelos sujeitos, a saber: hipercolesterolemia, tonteira, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, catarata, depressão, esquecimento, distúrbios osteoarticulares e quedas. A distribuição percentual desses problemas está representada no gráfico 2, e os problemas são discutidos a seguir. Nesta etapa também é apresentada *Avaliação Geriátrica Global*.

Hipercolesterolemia

A hipercolesterolemia aparece em 45% dos idosos avaliados na amostra. Sua ligação com doenças cardiovasculares e síndrome metabólica enfatiza a importância

do tratamento desta condição e a necessidade de acompanhamento regular para seu controle adequado.

Tonteira

Tonteira é uma queixa muito freqüente entre idosos e pode estar relacionada a diversos fatores, dentre os quais efeitos colaterais de medicamentos e alterações no equilíbrio, devido a uma variedade de problemas como alterações vestibulares, deficiência de vitamina B12, alterações degenerativas da coluna cervical, déficits visuais e disfunções do sistema nervoso central. Sua prevalência varia de 4 a 30% dos indivíduos acima de 65 anos, sendo mais freqüente entre as mulheres. Está relacionada a diversos agravos entre os idosos, além de piorar a qualidade de vida, pelas limitações devidas ao medo de quedas, agravação de estados depressivos e piora da auto-avaliação da saúde e diminuição da participação em eventos sociais.¹⁶ No grupo estudado, a prevalência foi de 22,4%, valor que se encontra dentro da projeção estimada na literatura.

Diabetes Mellitus

A diabetes *mellitus*, embora em menor número de casos, faz com que a alta morbidade que determina, se não for adequadamente tratada e acompanhada, a coloque como um dos principais agravos entre idosos avaliados. Nos EUA a prevalência de DM em indivíduos acima de 60 anos incluídos em estudo da ADA

de 1997 foi de 25%; destes, aproximadamente 50% foram diagnosticados no momento do estudo. No grupo estudado, a prevalência foi de 14,7%.

Por não ter a apresentação clássica dos indivíduos mais jovens, pode passar longo período sem ser diagnosticada, o que favorece o surgimento de suas complicações, como retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas, responsáveis por condições clínicas altamente desfavoráveis, perda da capacidade funcional, tratamentos onerosos e reinternações freqüentes e demoradas, por causa de suas complicações. Também está associada a maiores incidência e gravidade das infecções de repetição, hipertensão arterial e doença arterial coronariana.^{9,18}

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica está fortemente ligada à ocorrência de graves eventos cardiovasculares, como acidente vascular encefálico (maior causa de dependência e óbito na faixa etária acima dos 60 anos), doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica – todas doenças de alta morbidade, tratamento e acompanhamentos longos e altamente dispendiosos e que causam freqüentes reinternações.

Seu tratamento inclui, além de terapêutica medicamentosa, prática regular de atividade física, dieta para redução e/ou manutenção do peso adequado e acompanhamento freqüente dos níveis pressóricos.^{3,5}

Na amostra avaliada, 56% dos idosos apresentaram quadro de hipertensão, muitos dos quais com uso incorreto de medicação ou com dose com necessidade de ajustes.

Catarata

Uma das principais causas de diminuição da acuidade visual no idosos é a catarata, opacidade do cristalino que ocorre progressiva e lentamente com o avançar da idade, embora possa ter outras etiologias. No grupo estudado, a prevalência foi de 29,1%.

Como é um agravo lentamente progressivo, pode passar despercebido para o idoso, devido aos mecanismos de compensação de que ele, inconscientemente, lança mão. A opacidade do cristalino diminui a passagem de luz, levando à diminuição da acuidade visual, dificuldade de adaptação a ambientes de alta luminosidade, alteração da percepção das cores, perda da sensibilidade para o contraste e diminuição da percepção de distância e profundidade. Todas essas alterações são facilmente corrigidas através de cirurgia com implante de lentes artificiais, um custo bastante pequeno, se comparado aos custos das consequências de uma catarata não tratada.²⁶

Depressão

A depressão é um problema geralmente subdiagnosticado. O profissional deve estar atento ao comportamento apresentado pelo

idoso, bem como aos demais aspectos biológicos e sociais que possam estar interferindo nas condições de sua saúde.

Dentre as morbidades auto-referidas, 12% da amostra chegaram com a história pregressa de depressão. Alguns em tratamento isolado, outros sem medicações; No entanto, nenhum estava sendo acompanhado por um geriatra.

Queixa de esquecimento

As queixas de esquecimento são em geral, muito comuns nas pessoas idosas. Entretanto, tal situação acaba por passar despercebida na família e, em alguns casos pelo próprio profissional da área da saúde. No estudo realizado, 44,2% relataram o problema.

A queixa de esquecimento é tópico importante no campo da Geriatria, devendo ser investigada e avaliada tanto na clínica, quanto com o uso de instrumentos adequados. Uma queixa de esquecimento pode ser um sinalizador da instalação de declínio cognitivo ou de quadros mais importantes, como as demências.²

Queixas osteoarticulares

Os problemas osteoarticulares são responsáveis pela perda de qualidade de vida, devido à dor crônica e de difícil resolução pelos métodos terapêuticos atualmente disponíveis. Mais de 80% dos indivíduos acima de 55 anos têm evidências radiográficas de osteoartrite, a

mais freqüente das causas de queixas osteoarticulares. As osteoartrites de quadril e joelho são mais freqüentes em mulheres e são as mais limitantes das doenças crônicas. Dentre os fatores *modificáveis* associados estão excesso de peso, trauma, fatores mecânicos, fraqueza muscular, quantidade de massa óssea, baixos níveis de estrogênio e deficiências nutricionais.⁸

Tal problema também favorece o isolamento social, pela dificuldade de deambulação; perda da capacidade funcional levando à dependência; depressão pela dor crônica e limitação funcional com restrição da mobilidade; predisposição a quedas com todo o seu cortejo mórbido. No grupo avaliado, a queixa osteoarticular afetou 62% da amostra, o que requer uma avaliação adequada, como, por exemplo, testes de equilíbrio de marcha.

Quedas

As quedas representam a principal causa de incapacidade entre os idosos.¹⁰ Entretanto, grande parte dos profissionais de saúde não se encontra preparada para enfrentar tal realidade, seja quanto à prevenção seja quanto à necessidade de assistência imediata e adequada após a ocorrência da queda.

A queda não deve ser vista como um evento independente ou isolado, e sim como um sintoma a ser investigado. Queda significa a perda do equilíbrio postural, decorrente de fatores individuais isolados (aspectos próprios do envelhecimento, associados ou não com aspectos patológicos) e/ou fatores de inca-

pacidade de superar a instabilidade causada por fatores ambientais.²⁰

Os mesmos autores sustentam que as quedas em indivíduos com 60 anos e mais de idade são tão freqüentes que têm sido aceitas como uma consequência inevitável, um efeito colateral “natural” do envelhecimento. Tal observação repousa no fato de ocorrer cerca de uma queda por ano em 30% dos idosos que vivem em casa, e 50% daqueles institucionalizados. Em torno de 47% das quedas ocorridas em idosos, surge algum tipo de lesão e, destas, de 36 a 51% são caracterizadas como lesões graves. A taxa de mortalidade desses agravos é significativa, pois no grupo de indivíduos com 65 anos ocorrem cerca de 50 óbitos por 100.000 habitantes / ano. Aos 75 anos, esse coeficiente sobe para 150 óbitos por 100.000 habitantes / ano e, aos 85 anos, eleva-se para 525 óbitos por 100.000 habitantes / ano.

Em 53% dos casos nos quais não há evidências de ferimentos, não se pode pensar em evento benigno, pois acarretam com freqüência eventos danosos ao idoso, relacionando-se, em especial, ao receio de uma nova queda, com perda de confiança para caminhar, gerando diminuição da mobilidade, por vezes forçada pelos familiares, profissionais de saúde, ou até mesmo auto-imposta. Limitam, dessa forma, suas AVD e AIVD, com sérios riscos à sua saúde física e mental.¹⁰

As fraturas são as lesões mais temidas, sendo que as de colo de fêmur representam a principal causa de hospitalização aguda por queda. A taxa de mortalidade em ano após a

queda chega a 50% e metade dos que sobrevivem fica totalmente dependente.

No grupo avaliado, 30% relataram história de quedas no último ano, dentre os quais aproximadamente 7% com mais de três quedas em um ano.

Avaliação geriátrica global

A Geriatria, segundo o Royal College of Physicians of London (1996) é o “ramo da medicina que cuida dos fatores clínicos, sociais, preventivos e de reabilitação, importantes na manutenção da saúde e da independência da população idosa, bem como do tratamento de suas doenças e incapacidades”.

A avaliação global pode ser entendida como uma busca ativa de problemas. Para tanto, vai requerer uma avaliação funcional na qual poderão ser observadas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, a mobilidade, o estado nutricional, uma avaliação psíquica que aborde as alterações de humor e uma avaliação do estado cognitivo.

Neste estudo, a Avaliação Geriátrica Global é a fase final da etapa 03. Essa atividade foi executada por uma geriatra, a partir da avaliação inicial (etapas 1 e 2) e focando os principais problemas detectados (etapa 3). Uma avaliação global neste grupo teria os seguintes objetivos: melhorar a acurácia do diagnóstico, otimizar o tratamento médico, melhorar o resultado das intervenções, melhorar a função e a qualidade de vida e redu-

zir o uso desnecessário de serviços, a fim de estabelecer condutas adequadas aos idosos com indicadores de fragilidade.

Dentre os idosos da amostra, apesar de apenas 10% apresentarem urgência na avaliação geriátrica, foi observado que em 83% a avaliação global poderia influenciar positivamente na conduta, através da indicação de possíveis redirecionamentos nos tratamentos. Uma vez que este estudo teve apenas um objetivo exploratório e por não ser este centro de convivência um espaço de intervenção, foi encaminhado ao médico responsável por cada idoso, um relatório desta Avaliação Geriátrica Global.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação realizada com os idosos faz parte de um novo paradigma na atenção ao idoso. Com este olhar, busca-se investigar de maneira integral o ser que envelhece acometido por múltiplas patologias.

A avaliação geriátrica, realizada de forma adequada, permite que se dê conta de um conjunto de fatores que se associam e levam à incapacidade funcional. Assim, avaliar o idoso com o foco nas questões que poderão se tornar um problema se constitui em chave para a otimização de recursos de toda natureza.

A reabilitação de funções e a atenção focada nos problemas que são buscados ativamente é fator preponderante para minimizar as condições desfavoráveis e o alto custo para a atenção a este estrato etário.

NOTAS

- ^a Médico, doutorado no Guy's Hospital da Universidade de Londres. Professor adjunto na UERJ, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI). Pesquisador 1 do CNPq. E-mail: veras@uerj.br
- ^b Enfermeira, doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Ney da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pós-doutorado em Gerontologia pela Universidade de Jönköping, Suécia. Professora adjunta na Faculdade de Enfermagem da UERJ e vice-diretora na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ). E-mail: celpcaldas@hotmail.com
- ^c Médica, Hospital da Lagoa, Ministério da Saúde. E-mail: flacoelho@click21.com.br.
- ^d Assistente Social, mestre em Psicopedagogia de La Educación pela Universidad de La Habana, especialidade Serviço Social do Idoso. E-mail: asanchez@terra.com.br

REFERÊNCIAS

- Almeida OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Revista de psiquiatria clínica* 1999; 26: 78-89.
- Almeida OP. Queixa de problema com a memória e o diagnóstico da demência. *Arq Neuropsiquiatr* 1988; 56 (3-A):412-18
- Bari M, Furberg CD, Psaty BM, Applegate WB, Pahor MM Hypertension. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p.499- 09.
- Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewicz H. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41(8):811-7
- Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, Magalhães MEC, Pozzan R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, et al, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 249-262.
- Buchener DM, Wagner. Prevention frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:1
- Carameli P, Babôsa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2002; 24 (supl I): 7-10
- Fraenkel L, Felson D. Osteoarthritis. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 961-972
- Halter JB. Diabetes Mellitus. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 855-873.
- King MB. Falls. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1517-1529
- Laches MS, Feinstein AR, Cooney LM, Drckamer MA, Marattoli RA, Tinetti ME. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Méd* 1990; 112(9): 699-706
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2): 311-8
- Maciel AC. Incontinência urinária. In: Freitas EV, et al, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.635- 644
- Mercado Rodriguez C. Incontinência urinária no idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 175-86.
- Mills J. Age-related changes in the auditory system. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003, p.1239-1251
- Nanda A, Besdine R W, Dizziness. In: Hazzard WR, et al, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th.

- New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1543-1552.
17. Nardi AE Questões atuais sobre depressão. São Paulo: Lemos Editorial; 1998.
 18. Nasri F. Diabetes mellitus no idoso. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 496-501
 19. Ouslander JG, Johnson II TM. Incontinence. In: Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1571-1586.
 20. Paixão Jr CM, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
 21. Pereira SEM, Buksman S, Perracie M, et al. Quedas em idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
 22. Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia: Guanabara Koogan; 2002. p. 798-807.
 23. Sullivan D, Johnson LE. Nutrition and Aging. In: Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1151-1169.
 24. Veras RP, Lourenço RA, Martins CSF et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UnATI-Relume-Dumará; 2002. p. 11-79.
 25. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ; 1994.
 26. Watson G. Assessment and rehabilitation of older adults with low vision. In: Hazzard WR, et al, editors. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th. New York: Mc Graw Hill; 2003. p. 1223-1237.

Recebido em: 30/7/2007

Aceito em: 03/9/2007

Figura 1 - Número de idosos que apresentaram comprometimento quando avaliadas as áreas de visão, audição, continência urinária, atividade de vida diária, estado mental, humor, estado nutricional e problemas no domicílio.

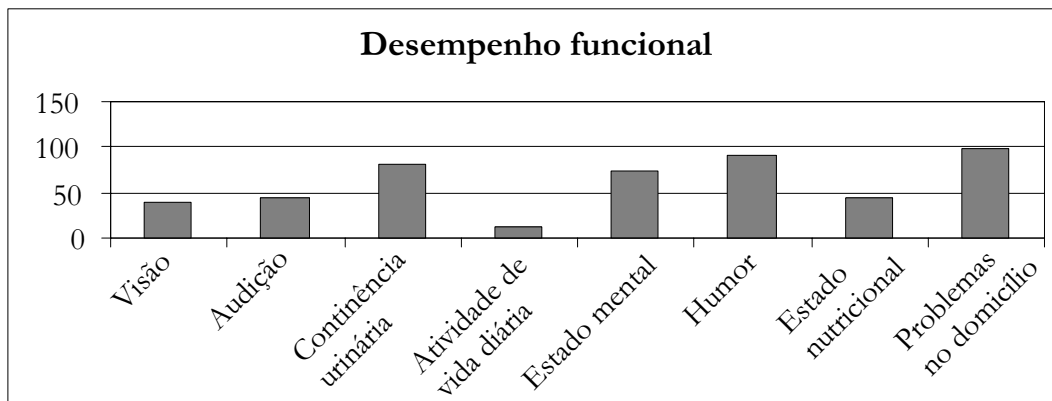


Figura 2 - Número de idosos que referiram problemas de hipercolesterolemia, tonteira, diabetes mellitus, hipertensão arterial catarata, história de depressão, queixa de esquecimento, queixas osteoarticulares e quedas.

