

PREVALÊNCIA DE FRAGILIDADE EM IDOSOS DO SEXO MASCULINO EM UM HOSPITAL DE CAMPINA GRANDE NA PARAÍBA

Luiza Maria de Oliveira¹
Adriana Luna Pinto Dias²
Fabricia Alves Pereira³
Matheus Farias Raposo⁴
Rafaella Queiroga Souto⁵

RESUMO

Objetivo: analisar características sociodemográficas de idosos do sexo masculino e a prevalência do risco para fragilidades. Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, analítico, do tipo transversal que foi realizado em hospital na cidade de CG na paraíba, para coleta, foram utilizados os instrumentos BOAS e EFS. Dado: 57 idosos do sexo masculino, idade entre 60 e 69 anos, baixa escolaridade, que mora com alguém, com renda baixa e prevalência de fragilidade. Conclusão: é possível concluir que há necessidade de entendimento do perfil desse idoso do sexo masculino para que seja possível a construção de um plano de cuidados desse idoso que apresenta fragilidade.

Palavras-chave: Homem, Idoso, Perfil, fragilidade, Saúde mental.

INTRODUÇÃO

Caracterizado por alterações fisio-funcionais e estruturais nos diversos sistemas que compõe o corpo humano, o envelhecer pode ser senescente ou senil. O envelhecimento senil deixa a pessoa idosa susceptível ao aparecimento de comorbidades e morbidades que podem deixa o idoso mais frágil (Caldas, 2007).

Essa fragilidade requer uma avaliação multiprofissional, investigativa multifacetada e multidimensional; incluindo os âmbitos funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais visando sempre a melhoria do cuidado a pessoa idosa, sempre priorizando a independência e autonomia da mesma (Caldas, 2007).

A síndrome da fragilidade é uma das síndromes, mas presentes no envelhecimento senil. A definição dela é dada através de diversos fatores

¹ Graduando do Curso de **ENFERMAGEM** da Universidade Federal - UFPB, oliveiradeluiza@gmail.com;

² Doutorando do Programa de Pós-graduação em **ENFERMAGEM** da Universidade Federal - UFPB, adriunadias@gmail.com;

³ Graduando pelo Curso de **ENFERMAGEM** da Universidade Federal - UFPB, matheusfarias046@gmail.com

⁴ Graduando pelo Curso de **ENFERMAGEM** da Universidade Federal - UF, fabricia.allves07@gmail.com;

⁵ Professor orientador: Rafaella queiroga Souto. Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rqs@academico.ufpb.br.

como o declínio simultâneo dos diversos sistemas e o acúmulo de déficits funcionais, patologias e limitações biopsicossociais (Chaimowicz,2006).

Ou seja, a Fragilidade é constituída pelo conjunto clinico relacionado com comorbidades e morbidades e capacidades prejudicadas ou com perdas progressivas e contínuas (Chaimowicz,2006).

A síndrome da fragilidade em si é complexa pois relaciona declínios progressivos de diversos domínios e sua evolução significa o acometimento de estados específicos que geram o aumento da dependência e do risco de morte (Fabricio, 2009).

Além de por vezes o idoso sofrer acamado passando por diversas doenças que é complexa e envolve declínios em múltiplos domínios. Representa um esta tanto podem piorar essa fragilidade como podem ser pioradas por ela podendo gerar o óbito de forma precoce (Ferreira, 2010).

A síndrome da fragilidade pode ser utilizada como um indicador do quadro de saúde- doença que esse idoso se encontra. Sendo assim, estudos constantes estão sendo realizados para a formulação concisa da definição do que é a fragilidade e o que ela engloba visando a utilização por parte de profissionais e serviços de saúde (Guccione, 2002).

Essa utilização da SF como um “instrumento de análise” situacional pode ajudar o profissional a identifica as fragilidades e potencialidades desse idoso tornando mais fácil traçar o planejamento de tratamentos e ações mais efetivas para com esse idoso e evitando a maior sobrecarga, custos e diminuição ainda maior da qualidade de tanto do idoso quanto de todos ao seu redor (Jacob, 2006).

A presença da fragilidade principalmente em idosos que se encontram hospitalizados ou que passou por hospitalização recente pode gerar comprometimento da qualidade de vida da pessoa idosa, pois sabemos que quanto maior o tempo que esse idoso passa internado maior a probabilidade de que essa hospitalização gere comprometimentos principalmente de caráter físico e mental e gere uma dependência ainda maior desse idoso (Leme, 2007).

Dessa forma, este estudo objetiva analisar características sociodemográficas de idosos do sexo masculino e a prevalência do risco para fragilidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico, epidemiológico, do tipo transversal, desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba entre o período de novembro de 2019 e março de 2020.

Foram incluídas nesta pesquisa homens, com idade superior a 60 anos que estiveram internados ou frequentaram o referido hospital como pacientes. Foram excluídos do estudo aqueles idosos que se recusaram a participar ou não possuíam condições clínicas em que a coleta pudesse ser realizada.

O cálculo amostral foi realizado tendo como a base o quantitativo de admissões referente ao ano que antecedeu a coleta, nos setores do HUAC. Para isso foi utilizado a fórmula de população finita de estudos de epidemiologia, tendo como percentual de prevalência esperado de 60%, sendo acrescido 10% de perda.

Foram utilizados para coleta de dados o instrumento *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), para caracterização sociodemográfica e o Mini Exame do Estado Mental para o rastreio do declínio cognitivo.

O BOAS é um instrumento multidimensional que engloba diversas áreas do idoso. O que inclui aspectos biológicos, socioeconômicos, psicológicos, físicos, demográficos. E, Edmonton Frail Scale – EFS que rastreia o nível de fragilidade desse idoso a partir de uma análise multidimensional

Para o presente estudo foram utilizados como variáveis independentes os dados referentes à idade, saber ler e escrever, anos de estudo, estado conjugal, número de filhos, número de pessoas que vivem na casa do idoso, arranjo de moradia, moradia com esposo(a), mora com filho, mora com filha, mora com neto, ou companheiro(a), número de doenças autorrelatadas, realização de trabalho remunerado, renda mensal, quantas pessoas vivem da renda. E, foi determinada como variável dependente a fragilidade

A tabulação e análise dos dados foram desenvolvidas no SPSS, versão 25.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão, mínimo e máximo) e inferencial (teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher). O teste exato de Fisher foi escolhido nos casos em que o número de caselas com frequência inferior a 5% foi menor que 20%. Para todas as análises inferenciais foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa encontra-se em conformidade com a resolução de nº 466/2012. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo e benefícios da pesquisa; a manutenção do sigilo, do anonimato e do seu direito de participar ou não, bem como sua liberdade de desistência a qualquer tempo. Todos os participantes registraram sua assinatura, rubrica ou impressão datiloscópica no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 57 idosos, com idades entre 60 a 69 anos (N=28; 49,1%) .Os idosos, em sua maioria, não sabiam ler e escrever, (N= 31; 54%) e estudaram três anos ou menos (N=37; 64,9%). possuíam companheiro e filhos. Com isso, conjugavam moradia com esposo(a) ou companheiro(a), Filhos, filhas e netos. Em relação à saúde, a maioria relatou três ou menos doenças (N=54; 94,7%). Quanto aos recursos econômicos, com renda mensal entre um salário mínimo ou 2 salários mínimos (N=46; 80%) que eram utilizados por ele e outros. Os idosos apresentam prevalência para

fragilidades (N=30; 52, 6%). Os dados sociodemográficos encontram-se discriminados na Tabela.

Tabela – Caracterização sociodemográfica dos idosos hospitalizados no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	N	%
Idade		
Entre 60 anos e 69 anos	28	49,1
Entre 70 anos e 79 anos	25	43,9
Entre 80 anos ou mais	4	7,0
Ler e Escrever		
Sim	26	45,6
Não	31	54,4
Anos de Estudo		
Menor ou igual a 3 anos	37	64,9
Entre 4 e 11 anos	17	29,8
12 anos ou mais	3	5,3
Estado conjugal		
Casado/morando junto	37	64,9
Viuvo	11	19,3
Divorciado/separado	8	14
Nunca casou	1	1,8
Numero de filhos		
Até 3 filhos	17	29,8
Mais de 3 filhos	40	70,2
Numero de pessoas na casa		
Apenas o idoso	4	7,0
Até 3 pessoas	38	66,7

Mais de 3 pessoas	15	26,3
Mora com esposo/ companheiro		
Sim	39	73,6
Não	14	26,4
Mora com filhos		
Sim	26	49,1
Não	27	50,9
Mora com filhas		
Sim	8	15,1
Não	45	84,9
Mora com netos		
Sim	14	26,4
Não	39	73,6
Possui doenças		
Até 3 doenças	54	94,7
4 ou mais	3	5,3
Renda		
Até um salário	5	8,8
Entre 1 e 2 salários	46	80,7
Acima de 2 salários	6	10,5
Quantidade de pessoas vive da renda		
Apenas o idoso	10	17,5
Até duas pessoas	17	29,8

30 ou mais pessoas

30

52,6

Fragilidade

Sem fragilidade

27

47,4

Com fragilidade

30

52,6

Esse estudo foi composto por 57 idosos, tendo por foco o gênero masculino. Esse recorte vai de encontro com dados estatísticos no Brasil que informam a prevalência do gênero feminino na população.

Essa disparidade entre os gêneros deve-se ao que chamamos de feminização da velhice que é gerada por diversos fatores como o fato apontado por dados que homens são mais difíceis em aceitar e aderir continuamente a tratamentos de enfermidade crônicas como diabetes e hipertensão, o que faz com que eles corram o risco de viver menos (Paschoal, 2007).

Estudos demonstram que além dos homens não realizarem exames e tratamentos regularmente, eles vivem menos pois possuem maior exposição a fatores de risco como o tabagismo e etilismo (Pilger, 2011).

A faixa etária predominante desse recorte apresentaram-se entre 60 a 69 anos. Tendo então dentro da faixa etária idosa, os idosos “jovens” como os ainda predominantes, essa prevalência é um reflexo das poucas décadas que a pirâmide sociodemográfica demonstra modificações. (Rebelatto, 2008).

Contudo, essa predominância dessa subdivisão etária também se encontra em mudança. Dados demonstram que, entre a década de 90 e os anos 2000, houve um crescimento do número de idosos de 70 anos ou mais; esse crescimento apresentou um percentual de 50%, significando cerca de 13% da população idosa e 1,1% da população brasileira da época (Remor, 2011).

O estudo mostrou predominância de idosos com menor escolaridade. Segundo estudos este fato pode estar ligado a onda de evasão presente no século 20, em que as crianças, jovens e jovens adultos eram incitados a largar os estudos e ir em busca de trabalho (Batistoni, et al. 2016).

Trabalho familiar e rural eram presença constantes na primeira parte da vida desses idosos devido a problemas de cunho econômico. Mas, além dessa falta de

estímulo aos estudos, a dificuldade ao acesso à educação que era elitista desfavorecia o aprendizado (SCHOUERI, 2000).

Além do que, essa sobrecarga trabalhista de trabalhos que exigem maiores esforços e maiores exposições climáticas podem gerar na fase idosa uma fragilidade devido a exaustão corpórea que o corpo atingiu (Teixeira 2008).

A predominância de mais de uma doença corrobora com estudos comprovativos que traz o envelhecimento populacional ligado ao aumento da incidência e prevalência populacional de comorbidades e morbidades crônicas e não transmissíveis que deixam esse idoso mais susceptível a o acometimento da Síndrome da fragilidade; pois, essas comorbidades incluem doenças físicas e mentais que podem acarretar em fragilidade que geram maior dependência desse idoso (Teixeira, 2006)

Residir com alguém é um fator dual pois podem interferir diretamente nesse desencadear de doenças biopsicossociais ou pode evitar que esse idoso desenvolva algum problema, tendo em vista que ter alguém para acompanhar e conviver de forma saudável pode levar a esse idoso se sentir seguro, cuidado e evita sentimentos como solidão (Remor, 2011).

Contudo, as restrições impostas pelos familiares acabam por deixar esse idoso mais susceptível ao aparecimento da SF pois gera dependência até mesmo de atividades diárias. A renda também interfere diretamente pois as preocupações com gastos, alimentação e dia a dia pode levar a esse idoso à ter piora de seu estado (Teixeira, 2006).

A síndrome da fragilidade está diretamente ligada a qualidade de vida desse idoso. Quanto menor o nível da síndrome ou a inexistência dela maior as chances desse idoso ter boa qualidade de vida (Paschoal, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecer é um processo natural do ser humano. Contudo, o tipo de envelhecimento vai estar diretamente relacionado com a qualidade de vida que esse idoso terá. Esse envelhecimento pode sofrer influências intrínsecas e extrínsecas ao ser. Sejam elas de cunho sociodemográficos, estrutural, histórico, genético, cultural, entre outros.

conforme evolução da síndrome da fragilidade vai ocorrendo, há comprometimento de diversas áreas como físico e emotivo que vai evoluindo junto. E, essas complicações podem levar a dependência total do idoso. Deixando-o por vezes acamado ou até mesmo hospitalizado, aumentando o risco de óbito.

Com isso, enquanto profissionais e futuros profissionais de saúde devemos estar sempre analisando as potencialidades e fragilidade da vida desse idoso pois so assim conseguiremos traçar planos de ações que sejam efetivos para a melhoria da qualidade de vida desse idoso.

Outrossim, é importante que tenhamos a caracterização dos idosos do sexo masculino pois apesar da feminização da velhice ser algo presente, o gênero masculino encontra-se como parcela significativa nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. CALDAS, C.P. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p.163-176.
2. CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 110-117.
3. FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS - em uma amostra de idosos brasileiros. São Paulo: Revista Latinoamericana de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf. Acessado em: 28.02.2012.
4. FERREIRA, C.C.C. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95(5): 621-628. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13710.pdf>. Acessado em: 13.07.2012.
5. GUCCIONE, A.A. Avaliação Funcional do Idoso. In: Fisioterapia Geriátrica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002, p.114-124.
6. JACOB FILHO, W. Atividade Física e Envelhecimento Saudável. Revista Brasileira de Educação. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.danielsimonn.com.br/recomendados/terceira-idade/artigo3.pdf>. Acessado em: 14.04.2012.
7. LEME, L.E.G O Idoso e a Família. In: PAPALEO NETTO, M. Tratado de gerontologia. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p. 217-223. PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALEO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 609-621.

8. PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006, p.31. Anais CIEH (2015) – Vol. 2, N.1 ISSN 2318-0854.
9. PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Revista Latino-Am. Enfermagem, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500022&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: 16.02.2012.
10. REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole, 2004.
11. REMOR, C.B.; BÓS, A.J.G.; WERLANG, M.C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. Sci Med. 2011;21(3):107-112. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucls.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8491/6717>.
12. SCHOUERI JUNIOR, R. et al. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 19-34.
13. TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. Arquivo de Ciências da Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2387/1937>. Acessado em: 02.05.2012.
14. TEIXEIRA, I.N.A.O.; NERI, A.L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E.V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p.1102-1109.
15. WEHBE, S. C. C. F.; et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2009 novembro-dezembro; 17. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acessado em: 11.02.2012.