

AVALIAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS FRÁGEIS RESIDENTES EM ILPI's

Juliana Soriano Ramalho, Elaine Amado

Centro Universitário Cesmac juliana_sramalho@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual tanto as modificações morfológicas como as funcionais podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social no qual vive, tornando-se mais vulnerável a agravos e doenças que podem comprometer sua saúde e qualidade de vida¹.

O Brasil apresenta aumento da expectativa de vida decorrente de diminuição da natalidade e mortalidade, do controle das doenças infectocontagiosas e surgimento de doenças crônicas porém não houve investimentos sociais que oportunizassem qualidade de vida da população idosa. Uma parcela substancial dessa população é portadora de condições de saúde que as tornam vulneráveis a um grande número de eventos adversos. Estes indivíduos são classificados como portadores de fragilidade^{2,3}.

A Síndrome de fragilidade entre os idosos tem emergido como um importante conceito em gerontologia e geriatria. Entretanto ainda não se atingiu consenso científico sobre sua definição e seus indicadores⁴.

Até o ano de 2010, havia dois grupos de pesquisa trabalhando na definição do conceito de fragilidade, um deles nos Estados Unidos e outro no Canadá. Os norte-americanos definem fragilidade como uma síndrome em que há diminuição da reserva energética e da resistência aos estressores, resultado do declínio dos sistemas fisiológicos e da diminuição da eficiência da homeostase em situações de estresse⁵.

Os pesquisadores do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) define a fragilidade usando uma abordagem holística, a qual enfatiza a complexa etiologia do fenômeno. Foi elaborada uma nova medida de fragilidade em idosos, a Edmonton Frail Scale, que contempla nove domínios. Esses autores consideram essa escala mais abrangente, especialmente por considerar aspectos de cognição, humor e suporte social e ser de fácil aplicação por todos os profissionais de saúde¹.

A cognição é capacidade do indivíduo de adquirir e usar informação, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente. Uma disfunção cognitiva pode afetar a capacidade funcional em todas as esferas da vida: social e interpessoal, trabalho, lazer e atividades da vida diária. Estudos realizados com idosos frágeis têm verificado uma possível associação entre fragilidade, alterações cognitivas e idade avançada^{6,7}.

As alterações próprias do envelhecimento e as doenças pré-existentes podem ser agravadas nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) pelas dificuldades de adaptação dos idosos às novas condições de vida, e pela falta de motivação, isolamento social, baixa renda e escolaridade tornando o idoso vulnerável à síndrome de fragilidade⁸.

Diante do exposto elucidou-se a preocupação à saúde do idoso institucionalizado e desenvolvimento de estudos que evidenciem a síndrome de fragilidade correlacionada com alterações cognitivas. Sendo necessárias estratégias de intervenções multiprofissionais para prevenção e/ou tratamento na promoção de saúde e qualidade de vida para nessa população estudada.

O objetivo do presente estudo foi correlacionar a síndrome de fragilidade com o déficit cognitivo em idosos residentes em ILPI's em Maceió.

2. MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo é um recorte do artigo intitulado “Síndrome de Fragilidade em idosos institucionalizados”, teve caráter quantitativo descritivo e transversal. Realizado em duas Instituições de longa permanência (ILPI's) a citar, Lar Francisco de Assis e Casa para Velhice Luiza de Marillac na cidade de Maceió após aprovação pelo Comitê de Ética de acordo com a Resolução 466-12, NO 001/13. Amostra censitária de 84 idosos residentes nestas ILPI's.

Foram agendadas visitas que se deu em cada leito, onde abordamos o idoso explicando como seria nosso estudo e nosso objetivo, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os mesmos ficaram livres para decidir se iriam ou não participar, informando-os que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento em que percebessem riscos.

O trabalho foi iniciado com a visita nas instituições, onde foi aplicado o questionário, junto com os testes específicos para coletas de dados com os indivíduos incluídos na amostra. Todos os questionários foram numerados para garantir o sigilo das informações colhidas e posteriormente incinerados.

Foram incluídos os idosos de ambos os gêneros, com idade superior a 60 anos, residentes nas ILPI's escolhidas. Foram excluídos do estudo os indivíduos que se negaram a participar da pesquisa e os que apresentaram qualquer impossibilidade de responder os questionários e que não tinham um cuidador e/ou responsável que pudesse fornecer as informações requeridas nos mesmos.

Os idosos responderam perguntas socioeconômicas como: renda bruta, escolaridade, estado conjugal, tempo de moradia e dentre outros. Logo em seguida foi aplicada a escala de Edmonton, onde a mesma é constituída de por 11 itens que avalia 9 domínios (Cognição, estado geral de saúde, suporte social, independência funcional, uso de medicamentos, humor, nutrição, desempenho funcional e continência). Ao final a escala tem uma pontuação máxima de 17, com escores de fragilidade: 0-4 não apresenta fragilidade, 5-6 aparentemente vulnerável, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada, 11 ou mais fragilidade severa.

Os dados serão registrados de forma descritiva, organizados e calculados em planilhas eletrônicas utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 12.0

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 84 idosos da amostra, 51,2% eram do sexo feminino e 57,1% eram solteiros. A média de idade foi de 76 anos ($dp = \pm 9,6$), variando de 60 a 101 anos. A média de escolaridade foi de 4,9 anos e a de renda bruta, de 931,98 reais. O tempo médio de institucionalização foi de 2,9 anos.

De acordo com a escala de Edmonton os idosos participantes da pesquisa apresentam 20,2% fragilidade leve 22,6% moderada e 50% severa.

No nosso estudo encontrou-se 92,8% de fragilidade, número superior ao encontrado no estudo realizado em uma instituição de longa permanência pública da cidade de Fortaleza com 54 idosos que foi de 74,1%⁸.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto, a prevalência de fragilidade, segundo aplicação da EFS, foi de 64%, percentagem inferior comparada ao presente estudo. Dentre os frágeis, 38% apresentaram fragilidade leve, 14%, fragilidade moderada e 12%, fragilidade severa⁶.

A síndrome da fragilidade tem caráter multissistêmico e reduz a capacidade do organismo de responder adequadamente a eventos adversos quando submetido a fatores estressores. O sistema de defesa é pouco eficaz e a interação com o meio, a independência e a qualidade de vida ficam prejudicadas⁹.

A institucionalização acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, perda da autonomia e aumento da dependência, forçando o declínio das funções físicas e cognitivas, favorecendo o aparecimento da síndrome da fragilidade¹⁰.

Observa-se que o domínio cognição, da EFS constata diferença significativa com relação às proporções ($p < 0,05$). No teste do relógio que avalia a cognição, dos 78 idosos frágeis, 69 sujeitos que correspondem a 88,5% dos idosos frágeis foram reprovados, obtendo um valor de $p < 0,001$, extremamente significante evidenciando uma correlação inversamente proporcional entre a fragilidade e nível de cognição.

Dentre as perdas associadas à senescência e à senilidade, as perdas cognitivas são as que agregam maior impacto aos idosos, pela amplitude de suas repercussões e pela indisponibilidade de tratamentos eficazes que possam reverter os déficits já instalados. A deficiência cognitiva é uma das principais causas desencadeantes da utilização de serviços de saúde a longo prazo e institucionalização em idosos¹¹.

Num estudo observacional, do tipo transversal, realizado com 50 idosos foi também verificada a presença de déficit cognitivo nos idosos frágeis, só que com uma porcentagem bem inferior comparada ao presente estudo. Observou-se que 20,4% dos idosos com algum grau de fragilidade apresentaram déficit cognitivo⁶.

Foi encontrada associação inversa entre função cognitiva e fragilidade no estudo de revisão sistemática no Rio de Janeiro, onde a função cognitiva foi testada em 15 trabalhos. Conclui-se que idosos com função cognitiva deficiente provavelmente têm mais dificuldades em se alimentar, exercitar, caminhar, o que pode levar à perda de peso e prejuízo das funções motoras e favorecer o início e progressão da síndrome¹².

Estudos brasileiros mostraram desempenho cognitivo mais baixo em idosos com fragilidade que idosos com status pré-frágil e normais. O relacionamento entre saúde física e cognição pode ser bidirecional, ou seja, o declínio cognitivo pode predizer pior estado de saúde ou a doença causar declínio cognitivo^{9,13,14}.

Idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, fragilidade e condições crônicas, além de um precário estado de saúde em decorrência de piores hábitos de vida, maior exclusão social, menor nível de informação e condições socioeconômicas desfavoráveis para o livre acesso aos serviços de saúde precocemente¹³.

Existe forte influência da escolaridade sobre o estado cognitivo dos idosos. Os indivíduos com baixa escolaridade possuem menor capacidade de compensação de déficits cognitivo, já nos indivíduos com escolaridade alta, o padrão neuropsicológico do comprometimento cognitivo é diferente, estando algumas áreas cerebrais mais preservadas do que outras¹¹.

É provável que o nível de educação atue como modificador de efeito na associação entre fragilidade e desempenho cognitivo por meio de mecanismos como o da reserva cognitiva, no qual o aumento da escolaridade é visto como proteção contra os prejuízos cognitivos em indivíduos mais velhos⁹.

A associação entre o baixo nível educacional e o maior risco de desenvolver quadros demenciais pode estar relacionada à maior exposição a fatores ambientais deletérios ao sistema nervoso central, tais como: nutrição inadequada, escassa estimulação neuropsicomotora e maior exposição a condições precárias de vida, em especial na vida fetal e durante os primeiros anos de vida, prejudicando o seu desenvolvimento e se refletindo em piores performances cognitivas¹¹.

No contexto brasileiro, o comprometimento da cognição como fator de impacto negativo na saúde dos idosos e seu papel na aceleração do processo de fragilização é relatado, o que demonstra a relevância na identificação precoce do declínio cognitivo e da síndrome da fragilidade nos idosos, para que estratégias de prevenção e/ou tratamento, sejam implementadas pelos profissionais de saúde¹⁴.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo constatou-se alta prevalência de fragilidade associada com disfunção cognitiva, conhecimento que fomenta reflexões e investimento em intervenção interprofissional de promoção de saúde nessa população vulnerável.

Sugerimos uma explanação dos achados no presente estudo para toda equipe de profissionais e estudantes que atuam na instituição com o objetivo de capacitá-los para que

participem do planejamento de cuidados e ações gerontológicas, que visem à melhoria na qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. SOUZA SEM. Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da *Edmonton Frail Scale* associada à independência funcional, Ribeirão Preto, 2013.
2. REIS KMC, JESUS CAC. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* nov.-dez. 2015;23(5):1130-8.
3. LOURENÇO RA. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ* Ano 7, Janeiro / Junho de 2008.
4. FABRÍCIO-WEHBE SCC et al. Adaptação cultural e validação da edmonton frail scale – EFS escala de avaliação de fragilidade em idosos. 2008. 164 f. Tese (Doutorado – Programa Interunidades) – Escala de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
5. FERNANDES HCL et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, Abr-Jun; 22(2): 423-3, 2013.
6. LEONARDO KC et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude* 2014 Jan/Mar; 13(1):120-127.
7. TAMAI SAB; ABREU VPS. Reabilitação cognitiva em gerontologia. *Tratado de geriatria e gerontologia /FREITAS EV et al – 3.ed.- cap.122, p.1365-* rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

8. BORGES CL et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. Acta Paul Enferm. 2013; 26(4):318-22.
9. FARIA CA et al. Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. Rev Saúde Pública 2013;47(5):923-30.
10. MACIEL GMC et al. Fragilidade em idosas residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Enferm UFSM 2014 Jul/Set;4(3):635-644.
11. LENARDT MH. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. Acta Paul Enferm 2009;22(5):638-44.
12. MELLO AC et al. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(6):1-25, jun, 2014.
13. SANTOS AA. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. Revista brasileira enfermagem vol.66 no.3 Brasília Maio/Junho 2013.
14. ANTUNES JFS et al. Avaliação da fragilidade de idosos internados em serviço de emergência de um hospital universitário. Cogitare Enferm. 2015 Abr/Jun; 20(2):266-73.