



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

MEDICINA

Anna Carolina Moreira

Uso do teste de prensão palmar como preditor do tempo de internamento em pacientes idosos com SCA

Salvador - BA

2021

Anna Carolina Moreira

Uso do teste de prensão palmar como preditor do tempo de internamento em pacientes idosos com SCA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina

Orientador: Adriana Pêpe

Salvador – BA

2021

RESUMO

Introdução: O teste de preensão palmar (TPP) é uma ferramenta barata e simples capaz de avaliar o estado nutricional e a presença de fragilidade em pacientes idosos. Por isso, sua aplicabilidade na triagem de pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) - principal causa de morbimortalidade geriátrica - poderia inferir informações prognósticas importantes sobre esses pacientes como, por exemplo, o tempo de internamento (TI). Assim, possibilitando à equipe de saúde condutas mais individualizadas e melhor gestão de recursos. **Objetivo:** O atual estudo de coorte prospectiva objetiva testar a hipótese de que o TPP alterado está associado a um aumento no tempo de internamento de idosos com SCA. **Métodos.** Estudo de coorte prospectiva com 101 idosos (idade >60 anos) com SCA admitidos em um hospital particular terciário, na Bahia, recrutados entre Maio de 2019 até Janeiro de 2021. O valor de referência do TPP foi ajustado para idade e índice de massa corporal. A regressão logística multivariada foi aplicada para investigar a relação entre TPP alterado e aumento dos TI. **Resultados.** A mediana do tempo de internamento foi: 8 dias (intervalo interquartil: 5-15), sendo um pouco maior entre mulheres (8) do que entre homens (7). A hipertensão foi a comorbidade com maior prevalência na amostra estudada, estando presente em 31 homens (79%) e 55 mulheres (80%). O teste de Mann-Whitney mostrou relação entre maior força de preensão palmar na admissão e menor TI em pacientes idosos por SCA ($U= 595,5$; $p < 0,001$). As demais variáveis independentemente associadas foram analisadas através do teste Qui-quadrado afim de estabelecer suas devidas relações com o TPP alterado. A partir desse teste, observou-se maior incidência de TPP alterado, com significância estatística, nos seguintes perfis de paciente: idade >75 anos ($p=0,002$); GRACE alto ($p=0,002$); clearance de creatinina baixo ($p < 0,001$) e anemia ($p=0,01$). Todavia, ao realizar a regressão logística não se encontrou significância estatística entre as referidas variáveis e a síndrome da fragilidade ($p > 0,05$). **Conclusão.** A alteração no TPP na admissão do idoso com SCA mostrou associação independente com o aumento do TI.

Palavras-chave: Síndrome Coronariana Aguda. Dinamômetro de Força Muscular. Prognóstico. Idoso.

ABSTRACT

Background: The hand-grip dynamometry is a cheap and simple tool capable of assessing the nutritional status and the presence of frailty in older patients. Therefore, its applicability in the screening of patients with acute coronary syndrome (ACS) - the main cause of geriatric morbidity and mortality - could infer important prognostic information about these patients, such as the length of stay. Thus, enabling the health team to conduct more individualized and better resource management. **Purpose:** The current prospective cohort study aims to test the hypothesis that altered handgrip strength is associated with an increase in the length of stay in hospitalised of aged patients with ACS. **Methods:** Prospective cohort study with 101 older patients (age >60 years) with ACS admitted to a private tertiary hospital in Bahia, recruited between May 2019 and January 2021. The grip strength reference value was adjusted for age and body mass index. Multivariate logistic regression was applied to investigate the relationship between lower grip strength and increased length of stay in hospitalised. **Results:** The median length of stay was: 8 days (interquartile range: 5-15), being slightly longer among women (8) than among men (7). Hypertension was the most prevalent comorbidity in the studied sample, being present in 31 men (79%) and 55 women (80%). The Mann-Whitney test found a relationship between greater handgrip strength on admission and lower length of stay in hospitalised in older patients with ACS ($U=595.5$; $p<0.001$). The other independently associated variables were analyzed using the Chi-square test to establish their proper relationship with the altered hand-grip dynamometry. Based on this test, a higher incidence of altered handgrip strength was observed, with statistical significance, in the following patient profiles: age >75 years ($p=0.002$); high GRACE ($p=0.002$); low creatinine clearance ($p<0.001$) and anemia ($p=0.01$). However, when performing logistic regression, no statistical significance was found between these variables and the frailty syndrome ($p>0.05$). **Conclusions:** The lower handgrip strength on admission of the aged patients with ACS was independent associated with the increase in length of stay in hospitalised.

Keywords: Acute coronary syndrome. Handgrip strength. Prognosis. Aged

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 Variáveis

12

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Ponto de corte da FPP por sexo e IMC	11
Tabela 2	Características dos idosos com SCA submetidos ao estudo	15
Tabela 3	Teste não paramétrico de Mann-Whitney associando relação entre alteração do TPP e DH	16
Tabela 4	Análise da relação entre as variáveis e a prevalência do perfil de fragilidade pelo teste de prensão palmar	17

LISTA DE SIGLAS

AI	Angina Instável
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	<i>Cardiovascular Health Study</i>
CICr	Clearance de Creatinina
DCV	Doenças Cardiovasculares
DH	Dias de Hospitalização
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
FE	Fração de Ejeção
FPP	Força de Prensão Palmar
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivel do Segmento ST
IAMSSST	Infarto Agudo do miocárdio sem Supradesnivel do Segmento ST
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corpórea
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
TI	Tempo de Internamento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	8
4	MÉTODOS	10
5	RESULTADOS.....	14
6	DISCUSSÃO	188
7	CONCLUSÃO	189
	REFERÊNCIAS	200
	APÊNDICES	233
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	233
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	255
	ANEXOS	277
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	277

1 INTRODUÇÃO

Estamos vivenciando o fenômeno global de envelhecimento da população; com a diminuição da mortalidade e do índice de fertilidade, a pirâmide etária está se invertendo¹. No Brasil, pesquisas projetadas pelo IBGE, estimam para 2060 uma população com mais idosos do que jovens². Logo, infere-se também um aumento importante na incidência da principal causa morbimortalidade dentro dessa parcela populacional: a doença cardiovascular (DCV)³.

Dentro do universo das DCV, a síndrome coronariana aguda (SCA) destaca-se como a afecção que provoca mais óbitos e desfechos adversos na população geriátrica^{3,4}. Segundo a OMS, em 2005 de um total de 58 milhões de mortes no mundo, 17 milhões foram por DCV (29%), e, entre elas, 7,6 milhões foram devido SCA⁴. No Brasil, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2020 revelam cerca de 80 mil internações hospitalares de idosos por infarto agudo do miocárdio com aproximadamente 10 mil óbitos (12,5%)^{5,6}.

Perante esse cenário epidemiológico, mecanismos de triagem quanto ao prognóstico de pacientes idosos com SCA são de grande valia na prática clínica⁷. Todavia, grande parte dos instrumentos de triagem vigentes são complexos e demorados⁸. Por isso, a validação de um teste rápido e de baixo custo que fosse capaz de prever desfecho adverso como hospitalização prolongada auxiliaria a equipe médica no manejo do paciente geriátrico com SCA. E é nesse cenário que surge o uso do teste de preensão palmar (TPP).

O TPP é uma ferramenta que vem sendo associada a desfechos desfavoráveis em paciente idosos com diferentes patologias, sendo uma eficiente forma de mensuração de estado nutricional e um marcador útil de fragilidade^{9,10}. Essa, por sua vez, é uma síndrome geriátrica usada para definir os idosos com resistência diminuída a estressores devido a um declínio na reserva fisiológica¹¹. A fragilidade é capaz de inferir a idade biológica do paciente, transcendendo a idade crônológica e assim caracterizando melhor o grupo heterogêneo de idosos¹². Por isso, existem diferentes estudos ligando fragilidade e SCA em nível epidemiológico, mecanicista e prognóstico^{13,14}.

Logo, a avaliação do TPP, na admissão do paciente com SCA, poderia inferir informações úteis sobre o prognóstico desse paciente, como, por exemplo, ser um preditor do seu tempo de internamento (TI)¹⁵. E, por corolário, permitir à equipe médica condutas mais oportunas e melhor gerenciamento de recursos. Embora exista um corpo emergente em pesquisas

associando alteração de TPP a piores prognósticos em pacientes idosos, ainda pouco foi elucidado sobre o assunto, especialmente em pacientes com SCA.

Nesse contexto, emerge a necessidade de uma maior gama de estudos, principalmente no cenário nacional, que elucide a relação entre a alteração do TPP na triagem do paciente com SCA e seu tempo de internamento. Dessa forma, haverá a maior compreensão sobre a eficácia do uso desse teste para definição de prognóstico do paciente idoso e, conseqüentemente, maior vigilância sobre eles, ou, até mesmo, mudanças de condutas clínicas.

2 OBJETIVO

Testar hipótese de que o TPP alterado está associado a um maior tempo de internamento de idosos com SCA.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O teste de preensão palmar é uma ferramenta barata, rápida e de fácil aplicabilidade em contexto clínico que vem se revelando um robusto preditor de desfecho adverso em pacientes hospitalizados^{15,16,17}. A revisão sistemática de Bohannon aponta que a força de preensão manual é um preditor de desfechos como: mortalidade, incapacidade e aumento de tempo de internamento¹⁷. O artigo de Syddall *et al*, por sua vez, alega ser indicado aos médicos considerar a avaliação do TPP na identificação de pacientes de “alto risco” para elaboração precoce de estratégias de prevenção para esses indivíduos¹⁵.

Hart e Huskisson descrevem que o TPP é “um medidor de vontade de viver bruto, mas eficiente” pois permite que pacientes de alto risco sejam reconhecidos precocemente e manejados de forma mais assertiva¹⁸. A força de preensão manual é um bom indicador de estado nutricional e vitalidade, podendo essa ser uma das explicações para sua aplicabilidade como instrumento preditor⁹. O Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia, por exemplo, observou maior valor prognóstico quando resultados clínicos adversos do que a aferição de massa muscular¹⁹.

Além disso, o TPP é um instrumento já validado de detecção de fragilidade, sendo essa a variável com maior probabilidade de associação ao valor prognóstico do teste¹⁰. A fragilidade

é uma síndrome geriátrica caracterizada por maior vulnerabilidade a estressores externos²⁰. Por ser uma síndrome classificada recentemente, e por apresentar uma etiologia complexa, ainda não possui uma definição internacionalmente aceita. Todavia, diferentes estudos abordam sua fisiopatologia como o artigo de Ferrucci L e Fabbri E que destrincha os fatores de risco e causas da fragilidade: susceptibilidade genética, marcadores pró-inflamatórios, obesidade visceral, senescência celular, entre outrass¹³.

A identificação de uma idade biológica é uma das vantagens do estudo dessa síndrome^{21,22}. Além da idade cronológica, leva-se em consideração fatores como: os sociodemográficos, os psicológicos, o sedentarismo, as doenças crônicas, a nutrição e a polifarmácia^{22,23}. Assim como não possui uma definição, ainda não existe um critério de medição padronizado para diagnosticar a fragilidade. Dentre os diferentes tipos de medição temos alguns mundialmente reconhecidos como o “Fried's Frailty Phenotype- CardiovascularHealth Study (CHS)” que se firma na mensuração de cinco fatores, sendo um deles a força muscular mensurada pelo TPP²².

Trabalhos como o de Syddall *et al* validam o uso do TPP como um marcador único de fragilidade¹⁰. Estudos comprovam que a alteração da força de preensão palmar (FPP), isoladamente, já é capaz de prever resultados críticos²⁴. Nesses estudos, há a exposição de resultados que comprovam a relação entre a diminuição na FPP a maior probabilidade de mortalidade prematura, desenvolvimento de deficiência e maior risco de complicações ou internações prolongadas após hospitalização ou cirurgia²⁴. Esses resultados foram encontrados para diferentes patologias, dentre elas a doenças cardiovasculares²⁵.

Os estudos com resultados mais fidedignos são aqueles que usaram o dinamometro na mão dominante do paciente, ajustando a ampunhadura e usando os valores de referencia predeterminados para homens e mulheres^{24,25}. Além disso, é um teste que se adequa melhor para populações idosas, por sua intima relação com fragilidade^{24,25}.

No estudo de Kerr *et al* 2006 probabilidade de de alta hospitalar de idosos pós cirurgia de revascularização miocardia aumentou em 25% naqueles com o TPP normal, ou seja, FPP preservada¹⁵. Diferentes linhas de estudo relacionam a fragilidade com doenças cardiovasculares^{13,14,15,26}. Pacientes frágeis com DCV, especialmente aqueles submetidos a procedimentos invasivos ou que sofrem de DAC, são mais propensos a sofrer resultados adversos em comparação com pacientes não frágeis²⁷.

Pesquisas descrevem a relação mecânica entre a DAC e a a fragilidade, apontando fatores como: inflamação crônica de baixo grau, resistência a insulina, deficiência de vitamina D e uma série

de fatores nucleares incluindo o encurtamento do telômero^{28,29}. Esses estudos apontam a coexistência de fragilidade e DCV, com prevalência de fragilidade variando entre 25% e 50%, dependendo da definição utilizada¹⁴. A revisão sistemática de Chainani *et al* encontrou associação entre alterações do TPP, um medidor objetivo de fragilidade, e aumento do risco de mortalidade cardiovascular em diversas populações²⁵. Nesse cenário, emerge estudo da mensuração da fragilidade como previsão de resultados críticos em pacientes com DAC, especialmente com síndrome coronária aguda^{13,25}.

A SCA é uma condição na qual o sangue fornecido ao músculo cardíaco é repentinamente bloqueado²¹. Essa síndrome abrange um amplo espectro, contemplando: o Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST (IAMCSST), o Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (IAMSSST) e a Angina Instável (AI)²¹. Segundo a OMS, a doença isquêmica do coração representa uma das principais causas de óbito em homens e mulheres acima de 30 anos³⁰. No Brasil, em 2019, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) foi responsável por aproximadamente 10,3 mil óbitos de indivíduos com mais de 60 anos; o que equivale a 2,8% dos óbitos totais nessa população no ano correspondente^{31,32}.

Perante esse cenário epidemiológico emergente, nota-se a carência de mais estudos que avaliem ferramentas de triagem com valor prognóstico para pacientes idosos com SCA. No atual estado da arte, pouco foi elucidado sobre a relação entre o resultado do TPP de triagem e o prognóstico do idoso com SCA, principalmente sobre o uso desse teste como preditor de tempo de internamento nesse perfil de paciente.

Apesar de existirem alguns trabalhos como o de Bohannon e o de Syddall, ainda há um déficit na literatura científica sobre a aplicabilidade do uso do TPP em cenário clínico como preditor de desfechos adversos^{24,16}. Em cenário internacional, embora existam estudos sobre fragilidade e o prognóstico de pacientes com SCA, ainda pouco foi elucidado sobre a relação do resultado do TPP na triagem e os desfechos desses pacientes. Já em cenário nacional, o acervo de trabalhos englobando tanto fragilidade e SCA, quanto TPP e SCA é muito escasso. Assim, evidenciando a vasta lacuna sobre o referente tema na literatura vigente.

4 MÉTODOS

Estudo de coorte prospectivo observando idosos (idade superior ou igual a 60 anos) admitidos na Unidade Coronariana do Hospital Português (HP) com diagnóstico de Angina Instável (AI), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) sem SST (supradesnível do segmento ST) ou Infarto Agudo

do Miocárdio com SST tipo I, segundo a quarta definição universal de infarto, no período de 2018 a 2020³³. Foram excluídos do estudo pacientes com importante déficit cognitivo, aqueles com instabilidade hemodinâmica e/ou choque cardiogênico. Este é um estudo constituído a partir de uma pesquisa matriz intitulada “Prevalência de fragilidade em idosos com síndrome coronariana aguda”.

A amostra populacional abrange pacientes idosos, internados no HP por SCA, no período de 2018 a 2020. O erro alfa aceitável será de 5% e o nível de confiança esperado será superior a 80%. O tamanho da amostra foi definido em 100 participantes, com base em um estudo anterior que demonstrou associações significativas entre a força de preensão e o tempo de permanência em enfermarias de agudos médicos com este tamanho de amostra¹⁵.

Utilizaremos o Teste de Preensão Palmar como medidor de fragilidade, através do uso de um dinamômetro digital portátil (marca Vodex). O teste foi realizado nas primeiras 48h da admissão do paciente. O aparelho foi ajustado de acordo com a empunhadura do participante e calibrado em kgf. O paciente apertou, com a sua mão dominante, o aparelho (dinamômetro) o mais forte que o conseguia. Esse procedimento foi repetido três vezes e levamos em consideração para resultado do teste o maior valor alcançado.

O ponto de corte para a força de preensão palmar (FPP) foi interpretado a partir de ajustes para sexo e índice de massa corpórea (IMC), de acordo com a metodologia apresentada no estudo FIBRA-RJ³⁴. Dessa forma, adequando-se melhor realidade fenotípica brasileira. A FPP foi considerada reduzida de acordo com informações descritas na Tabela 01:

Tabela 01 - Ponto de corte da FPP por sexo e IMC:

<i>Sexo</i>	<i>IMC (Kg/m²)</i>	<i>FPP (Kgf)</i>
<i>MASCULINO</i>	≤ 22.40	16.8
	22.40 < IMC ≤ 25.51	23.3
	25.51 < IMC ≤ 28.33	23.3
	>28.33	23.4
<i>FEMININO</i>	≤ 24.12	13.3
	24.12 < IMC ≤ 26.92	14
	26.92 < IMC ≤ 30.26	14
	>30.26	14.7

Fonte: Grupo rede FIBRA-RJ (Fragilidade em Idosos Brasileiros)³⁴.

Para a coleta de dados das demais informações sobre os pacientes, como o tempo que este passou internado, foi utilizado o prontuário eletrônico do HP (fonte secundária).

No quadro 01 constam as variáveis que foram observadas ao longo do estudo.

Quadro 01 - Variáveis

QUANTITATIVAS DESCONTINUAS INDEPENDENTES			
Variável/Classificação	Opções	Forma de coleta	Tipo de fonte
Idade	Em anos de vida	Coletado em Exame físico de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
QUALITATIVA NOMINAL, DICOTÔMICO E INDEPENDENTE			
Variável/Classificação	Opções	Forma de coleta	Tipo de fonte
Sexo	Feminino/Masculino	Coletado em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Idade	Baixa/ Avançada, sendo: Avançada: > 75 anos	Coletado em Exame físico de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
DM	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
HAS	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
DLP	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Tabagismo	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
IC Prévia	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão e/ou analisada em observações de ECO prévio (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
DPOC	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Depressão	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão e analisado medicamentos de uso crônico (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
AVE prévio	Sim/Não	Relatado em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
IAM prévio	Sim/Não	Coletado em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Revascularização Miocárdica Prévia	Sim/Não	Relatada em Anamnese de admissão e em observações do CATE (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Fibrilação Atrial	Sim/Não	Observado o hemograma de admissão do paciente, que consta em prontuário eletrônico	Secundária
Anemia	Sim/Não	Observado o ECG do paciente, que consta em prontuário eletrônico	Secundária

Quadro 01 - Variáveis

(Continuação)

Escolaridade	Baixa/ Alta, sendo: Baixa: analfabeto ou 1º grau incompleto Alta: 2º grau incompleto; 2º grau completo ou Nível Superior	Coletado em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária
Fração de Ejeção	Normal/ Disfunção, sendo: Disfunção: FE < 52 em homens e FE < 54 em mulheres	Observado o ECO do paciente, que consta em prontuário eletrônico	Secundária
ClCr	Baixo/Alto, sendo: Baixo: < 60 Alto: > ou = 60	Calcular o ClCr, usando a fórmula de Cockcroft e Gault, a partir das informações que constam na anamnese e exames laboratoriais do paciente (prontuário eletrônico). Para isso, foi utilizado o app "MedCalX"	Secundária
Troponina	Baixo/Alto, sendo: Baixo: se abaixo da mediana Alto: se maior ou igual a mediana	Observado em exame laboratorial de admissão do paciente, que consta em prontuário eletrônico	Secundária
GRACE	Baixo/Alto, sendo: Baixo: < ou = 130 Alto: > 130	Calcular o escore a partir das informações que constam na anamnese e exames laboratoriais do paciente (prontuário eletrônico). Para isso, foi utilizado o app "MedCalX"	Secundária
TIMI	Baixo/Alto, sendo: Baixo: < ou = 3 Alto: > 4	Calcular o escore a partir das informações que constam na anamnese e exames laboratoriais do paciente (prontuário eletrônico). Para isso, foi utilizado o app "MedCalX"	Secundária
TPP	Frágil/Não frágil Valores de corte expressos na tabela 01	Utilizar o dinamômetro calibrado em Kgf e com a empunhadura ajustada para o paciente. Pedir para que o aperte com a mão dominante, exercendo a maior força possível. Repetir o teste 3 vezes para alcançar o resultado mais fidedigno.	Primária
QUANTITATIVAS CONTÍNUAS INDEPENDENTES			
Variável/Classificação	Opções	Forma de coleta	Tipo de fonte
IMC	em Kg/m ²	Coletado em Anamnese de admissão (prontuário eletrônico do paciente)	Secundária

Quadro 01 - Variáveis			(Continuação)
TPP	Valores em Kgf	Utilizar o dinamômetro calibrado em Kgf e com a empunhadura ajustada para o paciente. Pedir para que o aperte com a mão dominante, exercendo a maior força possível. Repetir o teste 3 vezes para alcançar o resultado mais fidedigno.	Primária
QUANTITATIVA CONTINUA DEPENDENTE			
Variável/Classificação	Opções	Forma de coleta	Tipo de fonte
Tempo de internamento	Número de dias	Analisar através de uma subtração do dia de internamento no HP e do seu dia de alta (informações do portuário eletrônico do paciente)	Secundária

IMC: Índice de Massa Corporal; DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DLP: dislipidemia; IAM: infarto agudo do miocárdio; IC: insuficiência cardíaca; AVE: acidente vascular encefálico; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; CLCr: clearance de creatinina; TPP: teste de prensão palmar; DH: dias de hospitalização

Fonte: Próprio autor

Os dados serão digitados em um banco de dados (SPSS 22.0) para a análise estatística. As variáveis qualitativas, citadas acima, serão analisadas através do teste de Qui-quadrado e as variáveis quantitativas através do teste Mann-Whitney. O valor de $p < 0,05$ será considerado significativo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Português em Salvador-Bahia sob nº CAAE 06025219.5.0000.5029. Foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido para os pacientes, estabelecido pelas normas da Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Português. Na elaboração do projeto houve respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Houve também a garantia de que danos previsíveis seriam evitados e suporte seria oferecido pela unidade em casos de intercorrências.

5 RESULTADOS

Sessenta e duas mulheres e trinta e nove homens participaram do estudo. Os participantes estavam na faixa etária entre 64-91 anos; média 75 anos – desvio padrão (DP): 8.9. As características dos participantes estão descritas na Tabela 02. A força de prensão palmar foi

maior entre homens (mediana 28 kg; intervalo interquartil (IIQ): 23.2-35.0) do que entre mulheres (17 kg; IIQ: 12.7- 20.8).

Tabela 02 - Características dos idosos com SCA submetidos ao estudo

	<i>Homens (N=39)</i>	<i>Mulheres (N =62)</i>
Idade (anos) ^a	73 (8)	76 (9.3)
IMC (kg/m²) ^a	26,8 (3.9)	26,3 (5.2)
DM ^c	16 (41)	32 (52)
HAS ^c	31 (79)	55 (89)
DLP ^c	20 (51)	25 (40)
Tabagismo ^c	3 (7.7)	3 (4.8)
IAM prévio ^c	18 (46)	25 (40)
IC prévia ^c	12 (31)	13 (21)
Depressão ^c	3 (8)	10 (16)
Fibrilação Atrial ^c	5 (13)	6 (10)
AVE prévio ^c	2 (5)	6 (10)
Revascularização miocárdica prévia ^c	10 (26)	18 (29)
DPOC ^c	2 (5)	4 (6)
Escolaridade ^c		
Baixo	4 (10)	16 (26)
Alto	35 (90)	46 (74)
Grace ^c		
Baixo	23 (59)	27 (44)
Alto	16 (41)	35 (56)
TIMI ^c		
Baixo	22 (56)	22 (35)
Alto	17 (44)	40 (65)
CLCr ^c		
Baixo	16 (41)	33 (53)
Alto	23 (59)	29 (47)
Troponina ^c		
Baixo	14 (36)	36 (58)
Alto	25 (64)	26 (42)
FE com disfunção ^c	14 (36)	25 (40)
Anemia ^c	15 (38)	34 (55)
TPP ^b	28,1 (23.2-35.0)	17,2 (12.7- 20.8)
Alteração do TPP ^c	10 (26)	21 (34)
DH ^b	7 (5-12)	8 (5-17)

IMC: Índice de Massa Corporal; DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DLP: dislipidemia; IAM: infarto agudo do miocárdio; IC: insuficiência cardíaca; AVE: acidente vascular encefálico; DPOC: doença

pulmonar obstrutiva crônica; CLCr: clearance de creatinina; FE: fração de ejeção; TPP: teste de prensão palmar; DH: dias de hospitalização

^a Média (Desvio padrão)

^b Mediana (Intervalo interquartil)

^c Número (%)

Fonte: Próprio autor

A mediana dos dias de hospitalização (DH) foi: 8 dias (IIQ: 5-15), sendo um pouco maior entre mulheres (8) do que entre homens (7). A HAS foi a comorbidade com maior prevalência na amostra estudada, estando presente em 31 homens (79%) e 55 mulheres (80%).

Todas as análises subsequentes foram ajustados para a influência potencial de confusão do gênero e IMC.

O teste de Mann-Whitney (Tabela 03) mostrou relação entre maior força de prensão palmar na admissão e menor tempo de internamento em pacientes idosos por SCA ($U= 595,5$; $p < 0,001$).

Tabela 03 - Teste não paramétrico de Mann-Whitney associando relação entre alteração do TPP e DH

	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
U DE MANN-WHITNEY	631,000
WILCOXON W	3116,000
Z	-3,351
SIGNIFICÂNCIA SIG. (2 EXTREMIDADES)	,001

Fonte: Próprio autor

As demais variáveis independentes foram analisadas através do teste Qui-quadrado afim de estabelecer suas devidas relações com a presença ou não da fragilidade. Como definição de frágil estão englobados os pacientes com alterações do TPP de acordo com os parâmetros da tabela 01. A partir desse teste, observou-se maior incidência de alteração do TPP, com significância estatística, nos seguintes perfis de paciente (tabela 04): idade >75 anos ($p=0,002$); GRACE alto ($p=0,002$); CLCr baixo ($p < 0,001$) e anemia ($p=0,01$). Todavia, ao realizar a regressão logística não se encontrou significância estatística entre as referidas variáveis e a síndrome da fragilidade ($p > 0,05$).

Tabela 04 - Análise da relação entre as variáveis e a prevalência do perfil de fragilidade pelo teste de preensão palmar

	TPP ALTERADO	TPP NORMAL	SIGNIFICÂNCIA (VALOR DE P)
SEXO FEMININO	21	41	0,383
IDADE AVANÇADA	23	28	0,002
DM	19	29	0,065
HAS	28	58	0,331
DLP	13	32	0,725
TBG	0	6	0,093
IAM PRÉVIO	12	31	0,601
IC PRÉVIA	10	13	0,130
DEPRESSÃO	4	9	0,995
FIBRILAÇÃO ATRIAL	6	5	0,069
AVE PRÉVIO	3	4	0,469
REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA PRÉVIA	7	21	0,442
DPOC	2	4	0,885
NÍVEL DE ESCOLARIDADE BAIXO	8	12	0,314
GRACE ALTO	23	28	0,002
TIMI ALTO	20	37	0,276
CLCR BAIXO	25	24	0,000
TROPONINA ALTO	18	33	0,311
FRAÇÃO DE EJEÇÃO COM DISFUNÇÃO	14	25	0,368
ANEMIA	21	28	0,010

IMC: Índice de Massa Corporal; DM: diabetes mellitus; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DLP: dislipidemia; TBG: Tabagismo; IAM: infarto agudo do miocárdio; IC: insuficiência cardíaca; AVE: acidente vascular encefálico; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; CLCr: clearance de creatinina

Fonte: Próprio autor

6 DISCUSSÃO

Nesse estudo que envolveu 101 pacientes idosos com SCA internados em um hospital terciário, em Salvador- BA, aqueles que tiveram menor força de preensão palmar ficaram internados por mais tempo. Nossos achados são condizentes com outros estudos da literatura, nos quais, também foram observados piores prognósticos em pacientes geriátricos internados que possuíam TPP alterado, ou seja, diminuído.

O estudo de Roberts *et al* com pacientes idosos pós doenças aguda inespecíficas, cirurgia ou fratura, internados em uma enfermaria de reabilitação, demonstrou que a menor força de preensão de admissão está associada ao maior tempo de permanência de idosos na enfermaria (RR 1,09; 95% IC 1.01, 1.17; p=0,02) ¹⁶.

Kerr *et al*, por sua vez, em uma análise de pacientes idosos com doença aguda inespecífica, demonstrou um aumento de 3% na probabilidade de alta para residência habitual para cada 1kg adicional de força de preensão ajustada para idade e gênero (RR 1,03; 95% IC 1.00, 1.07; p=0,05)¹⁵.

O estudo português de Matos LC *et al* descreveu que cada 1 kg adicional de força de preensão estava associado a uma redução de 4% do risco de ter um tempo de internação superior à média⁹.

Apesar de outros desfechos como mortalidade precoce e readmissão não terem sido avaliados no nosso estudo, a revisão sistemática de Bohannon, traz evidências que apoiam o valor da força de preensão como um preditor de mortalidade, incapacidade, complicações e aumento do TI para pacientes com diferentes patologias. Em alguns estudos incluídos nessa revisão, o TPP foi o único preditor significativo, o melhor preditor, ou um preditor de valor comparável ou superior do que as medidas laboratoriais ou clínicas tradicionais²⁴.

No atual estado da arte, não encontramos artigos que divergissem dos nossos resultados, ou seja, que fossem contrários a presença de associação entre alteração do TPP e pior prognóstico em pacientes geriátricos. O que, por sua vez, consolida os achados apresentados nesse estudo.

São vários os trabalhos que reforçam a associação entre força de preensão palmar e o tempo de internamento com algumas explicações, sendo a principal sua relação com a fragilidade como na revisão de Bohannon²⁴. O estudo de Syddall *et al* aponta que o TPP pode ser um marcador único de fragilidade, identificando a idade biológica do indivíduo e se caracterizando por tanto como um preditor mais sensível do que a idade cronológica¹⁰. O TPP também tem validação

conhecida para mensuração do estado nutricional, variável essa que também está intimamente relacionada com a síndrome da fragilidade^{22,17}.

A fragilidade, por sua vez, é um preditor de mortalidade e eventos adversos em pacientes com DCV¹⁴. A sociedade europeia de cardiologia ratificou a importância da detecção da fragilidade em pacientes idosos por ser um preditor de morbimortalidade por DCV, além de complicações em procedimentos e tratamentos cardiovasculares³⁵. O trabalho de Salinas *et al* demonstrou que a fragilidade é um marcador de pior prognóstico independente em pacientes com SCA³⁶. Sendo essa então uma provável explicação do porquê da alteração no TPP estar associada ao maior tempo de internamento em pacientes idosos com SCA.

Existem algumas limitações em nosso estudo, como nossos achados resultarem da análise em um único centro, com um número relativamente pequeno de pacientes. Além disso, desfechos tardios como mortalidade em 30 dias e reinfarto não foram avaliados pela dificuldade de contatar os paciente após alta para residência. Outro ponto limitante é que o estudo foi realizado dentro de um sistema de saúde que englobava pacientes com diferentes perfis biopsicossociais, por isso existem diferentes explicações potenciais que ligam a força de prensão e o tempo de internamento.

Todavia, foi coletado informações sobre os principais fatores de confusão e realizado uma regressão logística com essas variáveis, incluindo gênero, idade, escolaridade e comorbidades. Além disso, os avaliadores foram previamente treinado para medir a força de prensão usando um protocolo padrão com um dinamômetro calibrado que era regularmente reavaliado para precisão, evitando assim vies de aferição.

7 CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que a diminuição de força no TPP de admissão do idoso com SCA foi um fator de associação independente com o aumento do tempo de internamento. Logo, caracteriza-se como uma ferramenta de triagem com valor prognóstico nesse perfil de doentes.

REFERÊNCIAS

1. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. World Population Ageing 2019 [Internet]. Economic and Social Affairs, Population Division. 2019. 1–111 p. Available from:
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
2. James Gallagher. BBC News [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 1]. Available from:
<https://www.bbc.com/portuguese/geral-46149577>
3. Gaviria S, Ramírez A, Alzate M, Contreras H, Jaramillo N, Muñoz MC. Epidemiología del síndrome coronario agudo. *Med UPB*. 2020;39(1):49–56.
4. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases—A Vital Investment. *World Health* [Internet]. 2005;202. Available from:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Preventing+Chronic+Diseases:+A+Vital+Investment#3>
5. DATASUS. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>
6. DATASUS.tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm [Internet]. 2020. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>
7. Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(6):890–7.
8. Romano ER, Liguori IM, Farran JA, do Egito RMP, Romano MLP, Werneck VA, et al. Escore prognóstico para síndrome coronariana aguda em hospital terciário privado. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(3):226–35.
9. Matos LC, Tavares MM, Amaral TF. Handgrip strength as a hospital admission nutritional risk screening method. *Eur J Clin Nutr*. 2007;61(9):1128–35.
10. Syddall H, Cooper C, Martin F, Briggs R, Sayer AA. Is grip strength a useful single marker of frailty? *Age Ageing*. 2003;32(6):650–6.
11. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):731–7.
12. Buta BJ, Walston JD, Godino JG, Park M, Kalyani RR, Xue QL, et al. Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. Vol. 26, *Ageing Research Reviews*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 53–61.
13. Ferrucci L, Fabbri E. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2018;15(9):505–22. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1038/s41569-018-0064-2>
14. Santo S de estado do estado da saúde do espírito. Frailty in Patients with Cardiovascular Disease: Why, When, and How to Measure. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2011;5(5):467–72.

15. Tool S, Corporation S. Does admission grip strength predict length of stay in hospitalised older patients? 2017;(December):82–4.
16. Roberts HC, Syddall HE, Cooper C, Aihie sayer A. Is grip strength associated with length of stay in hospitalised older patients admitted for rehabilitation? Findings from the Southampton grip strength study. *Age Ageing*. 2012;41(5):641–6.
17. Webb AR, Newman LA, Taylor M, Keogh JB. Hand grip dynamometry as a predictor of postoperative complications. Reappraisal using age standardized grip strengths. *J Parenter Enter Nutr*. 1989;13(1):30–3.
18. Hart F, Huskisson E. Measurement in rheumatoid arthritis. 1972;7740:28–30.
19. Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: An operational diagnosis of sarcopenia. *J Appl Physiol*. 2003;95(5):1851–60.
20. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc [Internet]*. 2013;14(6):392–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
21. American Heart Association [Internet]. 2015. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-attack/about-heart-attacks/acute-coronary-syndrome>
22. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med [Internet]*. 2016;31:3–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.03.007>
23. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):722–7.
24. Bohannon RW. Hand-grip dynamometry predicts future outcomes in aging adults. *J Geriatr Phys Ther*. 2008;31(1):3–10.
25. Chainani V, Shaharyar S, Dave K, Choksi V, Ravindranathan S, Hanno R, et al. Objective measures of the frailty syndrome (hand grip strength and gait speed) and cardiovascular mortality: A systematic review. *Int J Cardiol [Internet]*. 2016;215:487–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.04.068>
26. Shinmura K. Cardiac senescence, heart failure, and frailty: A triangle in elderly people. *Keio J Med*. 2016;65(2):25–32.
27. Afilalo J, Karunanathan S, Eisenberg MJ, Alexander KP, Bergman H. Role of Frailty in Patients With Cardiovascular Disease. *Am J Cardiol [Internet]*. 2009;103(11):1616–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2009.01.375>
28. Leng SX, Xue QL, Tian J, Huang Y, Yeh SH, Fried LP. Associations of neutrophil and monocyte counts with frailty in community-dwelling disabled older women: Results from the Women’s Health and Aging Studies I. *Exp Gerontol [Internet]*. 2009;44(8):511–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.exger.2009.05.005>
29. De Martinis M, Franceschi C, Monti D, Ginaldi L. Inflammation markers predicting frailty and mortality in the elderly. *Exp Mol Pathol*. 2006;80(3):219–27.
30. ROSA W, SPAGNOL C, AGUIAR JS, ANDRADE RLM, BARRETO DO, BONADIMAN BC. Abordagem aos Pacientes com Síndromes Coronarianas Agudas

- Diretrizes Clínicas. 2018;
31. Ministério da Saúde (2019a) [Internet]. Informações de Saúde (TABNET). 2019 [cited 2020 Sep 21]. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
 32. Ministério da Saúde (2019a) [Internet]. Informação de Saúde (TABNET). 2019 [cited 2020 Sep 21]. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
 33. European Society of Cardiology. 4.^a Definição Universal de EM Definição Universal de Enfarte do Miocárdio. Recom Bols 2018 da ESC - 4^a Defin Univers EM. 2018;
 34. Moreira VG, Lourenço RA. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: The FIBRA-RJ Study. *Clinics*. 2013;68(7):979–85.
 35. Singh M, Stewart R, White H. Importance of frailty in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2014;35(26):1726–31.
 36. Alonso Salinas GL, Sanmartin M, Pascual Izco M, Rincon LM, Pastor Pueyo P, Marco del Castillo A, et al. Frailty is an independent prognostic marker in elderly patients with myocardial infarction. *Clin Cardiol*. 2017;40(10):925–31.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Prevalência de fragilidade em idosos com síndrome coronariana aguda

Pesquisador Responsável: Adriana Pêpe

Instituições: Serviço de Unidade coronariana do Hospital Português

O senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa denominada: “Prevalência de fragilidade em idosos com síndrome coronariana aguda”. Este estudo tem por objetivo, verificar prevalência de fragilidade em pacientes com síndrome coronariana aguda.

Caso aceite participar, o senhor(a) será submetido a responder algumas perguntas e fazer alguns testes que irão melhorar o entendimento sobre a prevalência dessa condição. Primeiro o Sr(a) irá responder algumas perguntas sobre sua saúde, em seguida, o senhor(a) irá levantar-se, caminhar e sentar-se novamente. Depois irá apertar com sua mão o aparelho (dinamômetro) o mais forte que o senhor(a) conseguir. Os principais riscos são: risco queda e dano psicológico, este último pode ocorrer caso o paciente se sinta entristecido por não conseguir êxito nos testes cognitivos e será minimizado com suporte psicológico oferecido na unidade em que o mesmo se encontra. Os benefícios diretos para o participante da pesquisa serão: estímulo da deambulação precoce que poderá contribuir para redução do tempo de internamento e o conhecimento das características daquela população estudada com intuito de fornecer tratamento especializado.

Caso o Sr(a) não queira participar deste estudo, seu atendimento clínico-hospitalar não será prejudicado. Qualquer efeito adverso, mesmo que mínimos, serão relatados para seu médico assistente para que sejam tomadas as devidas providências. Todos os dados colhidos sobre o senhor(a) serão considerados confidenciais e ninguém além do pesquisador terá acesso a estas informações. Estes dados terão garantia plena de sigilo, serão armazenados em arquivo codificado de forma que apenas o pesquisador terá acesso e após conclusão do estudo serão deletados de forma a não ser mais possível o seu acesso. O estudo seguirá as recomendações contidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

O senhor(a) tem total liberdade para aceitar ou não aceitar participar desta pesquisa. É importante que o senhor(a) tenha entendido bem o intuito do estudo e caso concorde participar, isto reflita seu real desejo. Fique a vontade para expressar sua decisão. Mesmo que entre no estudo, você também tem o direito de se retirar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo de qualquer espécie.

Lembre-se: a sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária e o pesquisador responsável é: Adriana Pêpe, (Avenida Princesa Isabel, 914, Barra Avenida, Salvador-Bahia-Brasil CEP 40140-901 Telefone (71) 32035797 / 35073520).

Este documento foi emitido em duas vias de igual teor uma ficará com o senhor(a) e outra com os pesquisadores.

Entendi todas as informações fornecidas neste termo de consentimento, e aceito participar deste estudo de forma voluntária.

Salvador, _____ de _____ de 2020.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Impressão datiloscópica



Adriana Aguiar Pêpe dos Santos

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Projeto de pesquisa: **Prevalência de fragilidade em idosos com síndrome coronariana aguda.**

Dra. Adriana Pêpe.

Data do teste: ____/____/____

Nome completo do paciente:

Tel:

Atendimento /Prontuário	
ADM hosp.	
ADM UCO	
Alta UCO	
Alta Hosp	
Sexo	
Data de Nascimento	
Peso	
Altura	
IMC	
Grau de escolaridade *	
Diagnóstico (AI, IAMSSST, IAMCSST)	
Comorbidades (DM, HAS, DLP, tabagismo)	
Infarto do Miocárdio Progresso	
Insuficiência Cardíaca (ICFER, ICSEP) prévia	
Fração de Ejeção (FE) da admissão (1-normal, 2-discreta, 3-moderada ou 4- importante)	
Depressão ***	
Fibrilação Atrial	
AVE prévio	
Revascularização miocárdica prévia	
DPOC	
GRACE	
TIMI	
CRUSADE	
Clearance de Creatinina	
Uso de AAS	
Uso de Clopidogrel	
Uso de Ticagrelor	
Uso de estatina	
Uso de anticoagulantes: quais	
Uso de IECA/BRA	
Uso de betabloqueador	
Cateterismo cardíaco (sim ou não)	
Lesão culpada (DA, Cx, CD, Dg, Mg)	
Intervenção coronária percutânea (sim ou não)	
Tratamento cirúrgico	
Tratamento clínico	

Dias de hospitalização	
Desfecho intern. (alta/óbito)	
Desfecho 30 dias (alta/óbito)	

*Analfabeto (não sabe ler ou escrever); ensino fundamental completo (1ª a 9ª série); ensino médio completo (1º ao 3º ano); superior completo (curso superior); pós graduação (especialização no âmbito do curso de ensino superior que foi concluído).

**Normal: ≥52% nos homens ou ≥54% nas mulheres; disfunção discreta 40-30% disfunção moderada; <30% disfunção severa

***Relatada por pacientes que já vêm em tratamento médico ou psicoterápico ou descrita no prontuário por médico assistente.

Dados Laboratoriais da admissão:

Troponina		
CMB		
Ureia		
Creatinina		
Albumina		
CT (HDL/LDL)		
Triglicerídeos		
PCR /procalcitonina		
Dímero-d		
Fibrinogênio		
Hemoglobina		

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de fragilidade em idosos com síndrome coronariana aguda
Pesquisador: Adriana Aguiar Pêpe dos Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 06025219.5.0000.5029
Instituição Proponente: REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEF 16 DE SETEMBRO
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.219.320

Apresentação do Projeto:

O protocolo está bem apresentado, conciso e claro. Trata-se de um estudo observacional, prospectivo. O tema é relevante em se considerando o aumento da sobrevida na nossa população e, paralelamente, a prevalência de Síndrome Coronariana Aguda e de fragilidade. Por outro lado, são muito poucos os estudos sobre essas duas condições no Brasil. O presente estudo se propõe, então, a avaliar a associação entre essas duas condições em nosso meio, pioneiramente.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos: 1- avaliar a prevalência de fragilidade em indivíduos internados com síndrome coronariana aguda em um hospital secundário em Salvador; 2- avaliar a mortalidade e reinternamento a curto prazo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em se tratando de um estudo observacional, os riscos relacionados ao estudo, per se, são mínimos, ainda que existam riscos relacionados à condição clínica. As avaliações de fragilidade (escala de fragilidade, velocidade da marcha e o uso do dinamômetro) não oferecem maiores riscos – se necessário (em caso de sentimento de constrangimento ou incapacidade), será oferecido acompanhamento psicológico. Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais serão colhidos do prontuário.

Os pacientes que aceitarem participar do estudo (assinarem o TCLE), exceto pelo estímulo a deambulação precoce, não terão benefícios diretos, porém os conhecimentos gerados serão de

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edf. Valdemar Belém
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



Continuação do Parecer: 3.219.320

grande importância futura, imediata, para a classificação de risco e para o tratamento da SCA em pacientes idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é cientificamente pertinente por avaliar um problema médico crescente, com o aumento da vida média da população, e pela grande carência de dados nacionais. Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, cujos pacientes serão avaliados segundo a Escala de Fragilidade, velocidade da marcha e força muscular através do uso de dinamômetro. Os critérios de exclusão estão claramente definidos.

A metodologia proposta e a análise estatística estão adequadas.

Os benefícios superam os mínimos riscos envolvidos.

O TCLE está adequado. Não há violações éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Recomendo a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	25/03/2019 10:22:58	Reinaldo Martinelli	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOPARACOLETADADOS.pdf	21/01/2019 14:40:21	Dart Naiane Sena da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	21/01/2019 14:39:53	Dart Naiane Sena da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOINSTITUCIONAL.pdf	21/01/2019 14:39:13	Dart Naiane Sena da Silva	Aceito
Declaração de	TERMODECOMPROMISSODOPEQUI	21/01/2019	Dart Naiane Sena	Aceito

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edf. Valdemar Belém

Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br

HOSPITAL PORTUGUÊS/REAL
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
BENEFICÊNCIA 16 DE



Continuação do Parecer: 3.219.320

Pesquisadores	DOR.pdf	14:38:43	da Silva	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1257916.pdf	02/01/2019 17:03:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	02/01/2019 17:02:36	Adriana Aguiar Pêpe dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	02/01/2019 17:02:30	Adriana Aguiar Pêpe dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	02/01/2019 16:28:28	Adriana Aguiar Pêpe dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Reinaldo Martinelli
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Princesa Isabel nº 690, Edf. Valdemar Belém
Bairro: Barra Avenida **CEP:** 40.144-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-5797 **Fax:** (71)3203-5797 **E-mail:** cep@hportugues.com.br