

Perfil da Fragilidade em Idosos

Profile of Fragility in seniors

Resumo: O envelhecimento é um processo fisiológico que inicia na concepção e ocorre durante toda a vida, sendo idoso o indivíduo a partir dos 60 anos. Fragilidade é uma síndrome geriátrica multifatorial que aumenta a vulnerabilidade no idoso. **Objetivo:** descrever o perfil sociodemográfico e verificar a presença de fragilidade em idosos participantes de Centro de Convivência do Idoso. **Metodologia:** pesquisa observacional descritiva. Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais, boa comunicação e compreensão e assinar um termo de consentimento informado. Os critérios de exclusão: idoso com déficit cognitivo, definido pelo teste do mini exame do estado mental (MEEM), ser cadeirante e não concordar com a pesquisa. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e a fragilidade foi mensurada pela *Edmonton FrailScale* (EFS). **Resultados:** Foram avaliados 55 idosos, onde 42 (76,36%) eram do sexo feminino e 13 (23,64%) masculino, reprovados no MEEM 12 idosos, restando 43 para a pesquisa. A prevalência da fragilidade entre as idosas, de acordo com a EFS, 25 (80,6%) não apresentaram fragilidade e 6 (19,3%) eram aparentemente vulneráveis. Nos homens a fragilidade, em 11 (91,7%) não apresentaram fragilidade e 1 (8,3%) aparentemente vulneráveis. O resultado deste estudo mostrou um número de idosos vulneráveis, inferior à de outros estudos, justifica que idosos que frequentam CCI são mais ativos e outros estudos serem feitos em comunidade ou centros de saúde. **Conclusão:** O perfil dos idosos foi não frágil e com variações sociodemográficas. Notou-se a importância de detectar a fragilidade e buscar características sociodemográficas que apontem para a mesma.

Descritores: Idosos. Fragilidade. Escala de Fragilidade de Edmonton.

Abstract: Aging is a physiological process that begins at conception and occurs throughout life, and elderly individuals from 60 years. Fragility is a multifactorial geriatric syndrome that increases vulnerability in the elderly. **Objective:** To describe the sociodemographic profile and verify the presence of frailty in elderly participants of Elderly Community Centre. **Methodology:** descriptive observational research. Inclusion criteria were: age 60 or older, good communication and understanding and sign an informed consent form. Exclusion criteria: elderly with cognitive impairment, defined test Mini-Mental State Examination (MEEM), be wheelchair and disagree with the research. A sociodemographic questionnaire was administered and the weakness was measured by the *Edmonton FrailScale* (EFS). **Results:** A total of 55 elderly, where 42 (76.36%) were females and 13 (23.64%) male, aged 12 failed, leaving 43 for research. The prevalence of frailty in the elderly, according to EFS 25 (80.6%) showed no brittleness and 6 (19.3%) were seemingly vulnerable. In men the weakness in 11 (91.7%) showed no weakness and 1 (8.3%) apparently vulnerable. The result of this study showed a number of vulnerable older people, lower than in other studies, explains that seniors who attend CCI are most active and other studies being done in community or health centers. **Conclusion:** The profile of the elderly has not fragile and demographic variations. It was noted the importance of detecting the weakness and seek sociodemographic characteristics that point to the same.

Keywords: Elderly. Fragility. Fragility of Edmonton Scale.

Dayane Melo Campos¹
Karen Luana Santos¹
Lilian Assunção Felipe²

1- Fisioterapeuta; pós-graduanda em fisioterapia intensiva na Faculdade Estácio de Sá
2- Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Endereço para correspondência:
Lilian Assunção Felipe
Rua Doutor Werneck, 104 Torre:2 apto 2001
CEP: 79060-300 Vila Albuquerque. Campo Grande/MS

Recebido em: 21/06/2016
Revisado em: 01/07/2016
Aceito em: 07/07/2016

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde conceitua que o envelhecimento do indivíduo é um processo fisiológico que inicia na concepção e ocorre durante toda a vida, considera idoso aquele com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos 65 anos ou mais. Também afirma que o envelhecimento do indivíduo é “um processo fisiológico que inicia na concepção e com as mudanças, características para a espécie, durante toda a vida”¹

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações acontecem de forma acelerada e significativa. Acredita-se que o país será, em 2025, o sexto do mundo em número absoluto de idosos, totalizando 33,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária, com sua proporção evoluindo de 2,7% para 14,7% da população. Diante desse envelhecimento populacional, novas demandas de saúde emergem.²

A síndrome da fragilidade acomete a maior parte dos idosos e pode ser definida como dependência em atividades de vida diária, vulnerabilidade e doenças; comprometimento dos mecanismos de homeostase; doença crônica incapacitante, principalmente as neurodegenerativas; envelhecimento; diminuição da força muscular; mobilidade e equilíbrio.³ Observam que fragilidade é uma entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida.⁴

Além do comprometimento motor e físico, vem sendo amplamente discutido as

alterações relacionadas às funções executivas, dentre elas podemos citar dificuldades para se concentrar e o déficit de memória. Como consequência do comprometimento cognitivo e motor temos o abandono de tarefas devido as limitações físicas e estressores como mudança de status, doença, ambiente social e morte.⁵

A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde de idosos. Entretanto, dada a característica multidimensional do conceito, sua definição ainda carece de consenso, o que dificulta sua utilização na formulação de estratégias de promoção à saúde. A elaboração de uma definição operacional de fragilidade que possa ser usada na prática dos serviços de saúde ainda representa um desafio a ser superado.⁶

Os idosos são classificados como frágeis, quando apresentam três ou mais dos componentes citados, pré-frágeis quando apresentam um ou dois deles e não-frágeis quando não apresentam qualquer dessas características. Foi demonstrado que esse fenótipo apresenta validade interna e de critério, e é capaz de prever vários desfechos clínicos, como quedas, incapacidades, hospitalização e morte. Embora não seja sinônimo de tais condições, a fragilidade é relacionada à presença de comorbidades e incapacidade, podendo ser causada ou predispor tais eventos.²

Com tudo, o objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil da fragilidade de idosos ativos, que convivem com pessoas da sua faixa etária, que buscam através da atividade física e do convívio social a melhora da qualidade de vida, todos participantes de Centros de Convivência do Idoso.

MÉTODOS

Foi desenvolvida uma pesquisa observacional descritiva do tipo transversal, realizada com idosos. Para composição da amostra foram abordados 87 idosos aleatoriamente, onde 55 aceitaram fazer parte da entrevista, todos frequentam o Centro de Convivência do Idoso. Nessa instituição estão cadastrados 1300 idosos, com idade a partir dos 60 anos que participam das atividades diariamente, sendo que esse número é dividido em dois períodos: no turno matutino e vespertino.

A média de idade dos idosos entrevistados é de 70,76 anos, porém, esse grupo foi dividido por sexo, resultando em um grupo composto por mulheres (grupo A) com idade média de 69,97 anos; e o grupo composto por homens (grupo B) onde idade média foi de 72 anos.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter 60 anos ou mais, ser capaz de ouvir e entender o suficiente para participar do estudo e assinar um termo de consentimento informado. Os critérios de exclusão do estudo foram: idoso com déficit cognitivo, definido de acordo com a pontuação no teste do mini exame do estado mental (MEEM), cadeirante e não concordar com os termos da pesquisa.

Os idosos cadastrados na instituição realizam várias atividades durante o seu período como: jogos (pingpong, sinuca, dominó), oficinas de informática, da memória, do saber (alfabetização e inglês) com ginástica laboral, hidroginástica, aeróbica, ioga, dança e esportes (vôlei adaptado, futebol e bocha). Mas é variada a frequência e cada idoso tem

o direito de escolher a atividade que mais lhe agrada e/ou que se encaixem no horário.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos participantes da pesquisa, em Campo Grande no estado Mato Grosso do Sul. Para a caracterização dos idosos, utilizou-se um questionário sociodemográfico, as variáveis selecionadas foram: sexo, idade, estado civil, arranjo familiar, moradia, religião, escolaridade e renda familiar, para inclusão na pesquisa foi aplicado o teste de MEEM onde foram avaliadas as funções executivas e a fragilidade foi mensurada utilizando a *Edmonton FrailScale*, categorizando em não fragilidade, aparentemente vulnerável, fragilidade leve, fragilidade moderada e fragilidade grave, e quanto maior a pontuação, maior o nível de fragilidade.

Para o cálculo do nível de fragilidade entre homens e mulheres cada fator foi comparado por *test T*. O cálculo de cada fator para o nível de fragilidade entre idade, sexo e para as porcentagens do perfil sociodemográfico, foram comparadas por one-way ANOVA, seguida pelo teste de múltiplas comparações de *Duncan*. As diferenças estatísticas intra- e inter-grupos foram avaliadas por Modelo Linear Misto. Após este teste, se houve interação entre os fatores, as porcentagens de cada fator foram comparadas por ANOVA de uma/duas vias (independente e/ou de medidas repetitivas), seguido pelo teste de múltiplas comparações de *Duncan*. As análises foram realizadas nos "softwares" SPSS para Windows®, na versão 8.0. Em todos os testes utilizados foram consideradas estatisticamente significantes as diferenças na qual o valor de *p* foi menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Foram avaliados 55 idosos, os quais 42 (76,36%) eram do sexo feminino e 13 (23,64%) masculino. Dentre esses 12 participantes foram excluídos por não terem alcançado a pontuação mínima do MEEM (≥ 25 pontos) que impossibilitou a participação. Restando 43 idosos para compor a amostra, 31 mulheres e 12 homens, separados em 2 grupos. (Figura 1)

Grupo A: mulheres com idade média de 69,97 anos, 51,6% viúvas, moram com filhos em casa própria, 90,3% católicas, 35,5% estudaram entre 5ª e 8ª série e 25,8% de 1ª a 4ª série; renda por aposentadoria (67,6%) em média de R\$ 1.536,97 e média do MEEM de 28,14. (Figuras 2, 3 e 4) (tabela 1)

Grupo B: homens idade média de 72 anos, 41,6% casados e 25% divorciados, moram em casa própria (58,3%) destes todos católicos, 33,3% estudaram de 5ª a 8ª série e ensino médio (33,3%), renda por aposentadoria (100%) no valor em média de R\$ 2.311,17 e média do MEEM de 29. (Figuras 2, 3 e 4) (tabela 1)

Das 31 mulheres idosas, 4 (12,9%) foram reprovados com erros significativos no teste do relógio, 28 (90,3%) não haviam sofrido nenhuma internação nos últimos 12 meses, 22 (70,9%) consideraram seu estado geral de saúde como excelente, muito bom ou bom, 29 (93,5%) informaram requerer ajuda para realizar, no máximo, uma atividade, 29 (93,5%) afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades, 26 (83,9%) referiram não usar cinco ou mais remédios diferentes receitados por médico, 21 (67,7%) afirmaram não se esquecer de tomar seus remédios, 25 (80,6%) não tinham perdido peso recentemente, 16 (51,6%) afirmam que

sentem tristeza, deprimidos com frequência, 25 (80,6%) não tinham problema em conter urina e 17 (54,8%) realizaram o teste "levante e ande" entre 0 a 10s.

Ao verificar a prevalência da síndrome da fragilidade entre as idosas, de acordo com a EFS, 25 (80,6%) não apresentaram fragilidade e 6 (19,3%) eram aparentemente vulneráveis. Destas vulneráveis, maioria viúva, relatam boa saúde, moram com filhos, reprovaram no relógio, esquecem de tomar remédios, sentem tristeza, perdem urina e no teste da caminhada pontuam de 11-20s.

Dos 12 homens idosos, 2 (16,7%) foram reprovados com erros significativos no teste do relógio, 10 (83,3%) não haviam sofrido nenhuma internação nos últimos 12 meses, 10 (83,3%) consideraram seu estado geral de saúde como excelente, muito bom ou bom, 12 (100%) informaram requerer ajuda para realizar, no máximo, uma atividade, 10 (83,3%) afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades, 11 (91,7%) referiram não usar cinco ou mais remédios diferentes receitados por médico, 10 (83,3%) afirmaram não se esquecer de tomar seus remédios, 8 (66,7%) não tinham perdido peso recentemente, 8 (66,7%) afirmam que não se sentiam deprimidos com frequência, 9 (75%) não tinham problema em conter urina e 10 (83,3%) realizaram o teste "levante e ande" entre 0 a 10s.

O MEEM é composto por questões agrupadas em 7 categorias: memória imediata, orientação temporal/espacial, evocação de palavras, cálculo, nomeação, comando leitura, repetição, redigir frase e cópia de desenho. Os escores por escolaridade são: analfabeto 20; escolaridade 1-4 anos 25; 5-

8 anos 26,5; 9-11 anos 28 e superior a 11 anos 29. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo quanto maior o escore melhor as funções cognitivas do indivíduo. (Tabela 1)

Ao verificar a prevalência da síndrome da fragilidade entre os idosos, de acordo com a EFS, 11 (91,7%) não apresentaram fragilidade e 1 (8,3%) eram aparentemente vulneráveis. Este vulnerável, mora sozinho, ensino superior, reprovado no relógio, internado mais de 2 vezes e sente tristeza.

DISCUSSÃO

A amostra apresentou mais mulheres. Isso concorda com estudos que demonstram um processo de feminização da velhice.⁷

A maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino e este fato possui algumas explicações, tais como maior exposição do sexo masculino a acidentes de trabalho e morte por causas externas, diversidade do consumo de tabaco e álcool, neoplasias, doenças cardiovasculares e tomada de condutas frente às doenças.⁸

No presente estudo, a análise descritiva revelou maior percentual de idosos viúvos e que vivem com filhos entre aqueles classificados como não-frágeis.

Segundo Woods *et al.*⁹, o idoso mais fragilizado perde a independência e a capacidade de morar sozinho. Isso é corroborado pelo fato de que os idosos não-frágeis da amostra se mostraram mais independentes nas AIVD e ABVD, o que também ocorreu no estudo de Santos *et al.*¹⁰

Verificou-se um percentual elevado de idosos com domicílio próprio, que viviam com seus familiares, os dados se assemelhavam ao

estudo de Paskulin e Vianna.¹¹, sobre o perfil sociodemográfico de idosos de Porto Alegre, observando, maior frequência de idosos residindo acompanhados, principalmente por seus familiares.

Do total neste trabalho apenas 7 (16,3%) apresentaram idosos aparentemente vulneráveis (6 mulheres e 1 homem). É possível que este baixo número se relacione a efeitos benéficos por participarem dos Centro de Convivência de idosos (CCI).

Em relação à perda de peso não-intencional, apenas 10 (23,2%) da amostra obteve esse critério. Dados de estudos mostram a perda de peso como um critério mais frequente.¹² Uma das manifestações clínicas mais observadas nessa síndrome inclui a perda de peso causada muitas vezes pelo envelhecimento, que reflete na perda de massa e força musculares, causando a fadiga e o descondicionamento cardiorrespiratório. Dessa forma, leva o idoso à inatividade física e a dificuldades em realizar as funções diárias e novamente à redução da ingestão alimentar. É um ciclo vicioso que pode ser acelerado por doenças, imobilidade, depressão e medicamentos.¹³

Ao avaliarmos a associação entre a Síndrome da Fragilidade e as internações hospitalares nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, verificamos que apenas 5 (11,6%) idosos internaram apenas uma vez e 38 (88,4 %) nenhuma internação. Estes dados estão em conformidade com a literatura, que indica o alto índice de internações como critério de fragilização.¹⁴

Dos 35% idosos participantes, relatam tristeza. Bergman *et al.*³ acrescentou ao conceito de fragilidade descrito por Friede

al.¹², os aspectos psicológicos, sociais e cognitivos, portanto, não se restringe apenas ao físico. Desta forma, conceituam fragilidade como uma síndrome multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais no curso de vida. Assim, a história individual influencia a velhice, que pode ser frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em um contexto particular.¹⁵

Assim, é possível que os idosos participantes dos Centro de Convivência de idosos (CCI) avaliados tenham um perfil mais ativo em relação aos idosos de serviços de saúde.³

Isto demonstra que fragilidade e dependência funcional não são a mesma entidade, pois há idosos aparentemente vulneráveis que não exibem incapacidade, embora os dois conceitos estejam relacionados. A fragilidade pode prever a incapacidade e a incapacidade pode agravar a fragilidade, mas são entidades com prognósticos diferentes e exigem medidas específicas de prevenção e intervenção.¹³ As comorbidades e incapacidades nem sempre determinam a síndrome de fragilidade, no entanto, podem contribuir para o desfecho final do indivíduo em tornar-se frágil, assim como outros comprometimentos clínicos.¹⁶

Os resultados apontam necessidade de detectar de forma antecipada a fragilidade. Espero que com os dados obtidos venha trazer informação e despertar interesse para novos estudos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram um número de idosos aparentemente vulneráveis, inferior a de outros estudos, o que justifica que idosos que frequentam CCI são mais ativos e outros estudos forem feitos em comunidade ou centros de saúde com idosos sedentários. E a maioria dos avaliados foram classificados como pré-frágil, uma fase de transição, muitas vezes silenciosa. À medida que avança a idade, aumentam os efeitos deletérios sobre os sistemas orgânicos no envelhecimento, tornando o idoso susceptível.

A Escala de Fragilidade de Edmonton mostrou-se de fácil aplicação, na avaliação domiciliária, porém, por não possuir uma pontuação diferenciada por escolaridade, alguns idosos apresentaram dificuldade em responder ao Teste do Relógio.

A síndrome da fragilidade associou-se ao desempenho cognitivo em idosos, por isso foi necessário usar o teste de MEEM para inclusão.

A ausência de suporte social (morar sozinho, ausência de cuidador familiar, abandono dos familiares) favorece a ocorrência por tornar o idoso menos ativo socialmente. Idosos que avaliam negativamente seu estado de saúde apresentam risco aumentado de morbidade e de mortalidade, em comparação com aqueles que classificam sua saúde como boa ou excelente.

O estudo identificou que 20 (46,5%) dos participantes sentiam tristeza, destes 4 (20%) são aparentemente vulneráveis, como fator predisponente de fragilidade, parece relação entre sintomas depressivos, sugerindo

um possível componente psicossocial ou psicológico da síndrome.

O desafio de estudar a fragilidade está relacionado ao caráter multidimensional, relaciona-se à idade, mas não se apresenta de maneira uniforme em todos os indivíduos, pois é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais do processo de envelhecimento.

O fisioterapeuta com o conhecimento nas características individuais, o grau de fragilidade e outras complicações advindas da síndrome da fragilidade, é possível planejar as estratégias de ação na prevenção, desenvolver um programa de exercícios gerando benefícios, assim como melhorar a *performance* física e as habilidades funcionais do idoso. Capaz de retardar o declínio funcional, promover independência e qualidade de vida.

Conclui-se no modelo estudado que o perfil dos idosos foi classificado como não frágil e com variações sociodemográficas. Notou-se a importância de detectar antecipadamente a fragilidade em idosos e buscar características sociodemográficas que apontem para a mesma.

REFERÊNCIAS

1. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. Trabalho extraído da dissertação de mestrado "A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional" do Programa de Pós- Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Acta Paul Enferm. 2012;00(0):000-0
2. Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.16, n.2, p.120-5, abr./jun. 2009
3. Bergman H, Béland F, Karunananthan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. Gerontol Soc. 2004;109:15-29.
4. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-22, jan/mar. 2011.
5. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre Fragilidade e sua relação com o envelhecimento. Rev. RENE. Fortaleza, v.9, n.2, p.113-119, abr/jun. 2008. Fabrício-Wehbe SCC. Adaptação cultural e validação da "Edmonton FrailScale" (EFS) – escala de avaliação de fragilidade em idosos. Tese (doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008.
6. Fernandes HCL, Gaspar JC, Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Avaliação da Fragilidade de Idosos atendidos em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 423-3.
7. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. interdiscip. Envelhec. 2002; 4: 7-19.
8. Veras RA. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro (RJ): Interciência; 2004. p. 3-10.
9. Woods NF, Lacroix AZ, Gray SL, Aragary A, Cochrane BB, et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative observational study. J Am Geriatr Soc. 2005;53:1321-30.
10. Santos EGS. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

11. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41:757-68.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J. Frailty in Older Adults: Evidence of a Phenotype. *Journal of Gerontology – Medical Sciences*. 2001; 56A: 146-156.
13. Chaves PHM, Semba RD, Leng SX, et al. Impact of anemia and cardiovascular disease on frailty status of community-dwelling older women: the women's health and aging studies I and II. *J Gerontol Med Sci*. 2005;60A(6): 729-735.
14. Negri LSA, Ruy GF, Collodetti JB, et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:1033-46. [acesso 2014 nov 28].
15. Tavares BS, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D) among Brazilian elderly. *Cad Saúde Pública*. 2007; 41(4): 598-605.
16. Perracini MR, Fló CM. *Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.