

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS UNIVERSITÁRIO SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NÁDYA DOS SANTOS MOURA

**INVESTIGAÇÃO DO GRAU DE FRAGILIDADE DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

PICOS-PI

2012

NÁDYA DOS SANTOS MOURA

**INVESTIGAÇÃO DO GRAU DE FRAGILIDADE DE IDOSOS ATENDIDOS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem em 2012, da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:
Profa. Msc. Ana Larissa Gomes Machado

PICOS-PI

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

M929i Moura, Nády dos Santos.

Investigação do grau de fragilidade de idosos atendidos na atenção básica / Nády dos Santos Moura. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (60 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Ana Larissa Gomes Machado

1. Fragilidade do Idoso. 2. Saúde do Idoso. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.736 5

NADYA DOS SANTOS MOURA

INVESTIGAÇÃO DO GRAU DE FRAGILIDADE DE IDOSOS RESIDENTES EM
PICOS-PI

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem do Campus Senador Helvídio
Nunes de Barros, da Universidade Federal
do Piauí, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do Grau de
Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 08/10/2012

BANCA EXAMINADORA:

Ana Larissa Gomes Machado

Prof. Ms. Ana Larissa Gomes Machado
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
Presidente da Banca

Marília Braga Marques

Prof. Ms. Marília Braga Marques
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
2º. Examinador

Francisca Tereza de Gaiíza

Prof. Ms. Francisca Tereza de Gaiíza
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
3º. Examinador

DEDICATÓRIA

À Deus, Grande Arquiteto do Universo, fonte de luz e sabedoria, pelas oportunidades e conquistas, por essa vitória, diante de todas as dificuldades e obstáculos superados.

Aos meus amados pais, Luis e Neuva, por serem meu porto seguro, pelo zelo, amor inabalável e sabedoria, vocês são meus exemplos de vida. Obrigada pelo incentivo, segurança, capacidade de educar e por me fazerem acreditar que posso mais. Amo vocês por tudo que representam em minha vida.

Aos meus irmãos Luis Gustavo e Nayane, pela compreensão, por acreditarem em meu potencial e estarem sempre na torcida comemorando comigo minhas vitórias. Vocês foram essenciais durante essa jornada. Amo vocês.

À minha querida Aldení, minha “segunda” mãe, a você que com sua serenidade me mantinha firme em direção à concretização desse sonho. Obrigada por você ter feito parte dessa conquista. A você também devo meus sinceros agradecimentos, eu te amo.

À minha orientadora, Profa. Ms. Ana Larissa Gomes Machado, a querida “Chefinha”, que com sua paciência, disposição e sabedoria me conduziu para ampliação de meus aprendizados e foi peça fundamental para minha formação e concretização desse sonho. A você devo não só a realização desse trabalho, mas também toda a minha trajetória de graduanda.

AGRADECIMENTOS

Chegou a tão sonhada hora de expressar meus agradecimentos...

Às Professoras Dra. Ana Roberta, Msc. Ana Larissa e Msc. Marília Braga, por serem minha referência de ensinamentos, apoio, disponibilidade, compreensão, dedicação e carinho. Admiro-as pelos seus conhecimentos, inteligência, competência e humanidade em seus atos e ensinamentos.

Aos Professores que compõem o Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPESC), na temática de saúde do adulto e o idoso, Msc. Andressa, Msc. Alzete, Msc. Tereza e Msc. Gilvan, por nos ensinarem e estimularem cada dia mais a realização de pesquisas.

Aos integrantes que compõem o GPESC, em especial a Ana Zaira, Ana Danúzia, Ana Maria, Shélida, Netinha, Kalayka, por terem me auxiliado na coleta de dados desse estudo, agradeço a vocês pelo trabalho em grupo realizado.

Aos idosos que aceitaram participar desse estudo.

As minhas queridíssimas supervisoras de estágio curricular Leopoldina Cipriano (Secretária de Saúde de Beneditinos-PI) e Andréia Cavalcante (Coordenadora da Atenção Básica de Beneditinos-PI), por terem me recebido em suas cidades, aberto as portas para mim, a vocês devo gratidão eterna. Nunca terei como recompensá-las e nem palavras que expressem todo meu apreço e gratidão por vocês.

Aos amigos que me acompanharam desde o início da graduação, Natália (Naty), Sauanna (Sany), Eduardo (Dudu), Zangadinho (Mailson) e Nêssa (Vanessa). Obrigada pela amizade, carinho, dedicação. Amo muito vocês e a vocês devo momentos inesquecíveis vividos nessa longa trajetória. Essa vitória é nossa.

A família DCE e agregados – Gestão: Unidos pela mesma causa. Juntos lutamos por uma UFPI melhor. Vocês são inesquecíveis e levarei pra sempre nossas histórias, lutas e o carinho por essa família.

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram na realização desse trabalho.

RESUMO

A fragilidade acomete muitos idosos e representa um importante problema de saúde pública, acarretando a deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde. É considerada uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, além de múltiplos declínios fisiológicos. Objetivou-se avaliar o grau de fragilidade de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de Picos (PI). Estudo analítico e transversal realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012. A população foi composta por 344 idosos cadastrados em três unidades básicas de saúde e a amostra de 124 idosos. A coleta de dados deu-se por meio da aplicação de três formulários, os quais caracterizaram os idosos quanto ao perfil sociodemográfico, clínico e identificaram o grau de fragilidade. Este último foi mensurado através da Escala de Fragilidade de Edmonton. A fragilidade não esteve associada ao sexo ($p=0,959$), mas associou-se à idade ($p=0,000$), ao déficit cognitivo ($p=0,000$), à dependência funcional ($p=0,000$) e ao desempenho funcional ($p=0,000$). Em relação ao sexo, as mulheres foram consideradas mais frágeis que os homens, remetendo-se à maior frequência de mulheres idosas com este perfil. Com relação à idade, o seu aumento foi diretamente proporcional ao aumento do risco de desenvolvimento da fragilidade. A capacidade cognitiva é indispensável para manter o provimento das necessidades básicas da vida diária, idosos com déficit cognitivo apresentam diagnóstico de fragilidade. A dependência funcional pode levar à perda da autonomia e está associada diretamente com a fragilidade. Os idosos dependentes para maior número de atividades de vida diária eram mais frágeis. O desempenho funcional também esteve associado à fragilidade e representa um dos principais problemas que afeta a vida dos idosos podendo desencadear dificuldades na deambulação, risco de queda, imobilidade, baixa autoestima, desenvolvimento do medo e insegurança. Percebeu-se através desse estudo a necessidade de realização de mais pesquisas que visem à investigação da fragilidade entre idosos, bem como redobrar a atenção aos fatores predisponentes de instalação da síndrome, a fim de prestar assistência de enfermagem individualizada às necessidades apresentadas por cada indivíduo, visando à manutenção da sua independência, da melhor qualidade de vida e redução de agravos e complicações.

Palavras-chave: Idoso. Fragilidade. Enfermagem.

ABSTRACT

The weakness affects many elderly and represents a major public health problem, causing the deterioration of quality of life, increased caregiver burden and high costs of health care. It is considered a multidimensional syndrome involving a complex interaction of biological, psychological and social, as well as multiple physiological declines. This study aimed to assess the degree of fragility of elderly patients in the Family Health Strategy of the municipality of Picos (PI). Analytical, Cross conducted from August 2011 to June 2012. The population consisted of 344 elderly enrolled in three basic health units and the sample of 124 members. Data collection took place through the application of three forms, which featured seniors regarding sociodemographic and clinical profile and identified the degree of fragility. The latter was measured by the Scale Fragility of Edmonton. The weakness was associated with gender ($p = 0.959$), age ($p = 0.000$), cognitive deficit ($p = 0.000$), the functional dependence ($p = 0.000$) and functional performance ($p = 0.000$). Regarding gender, women were considered weaker than men, referring to the higher frequency of elderly women with this profile. Regarding age, the increase was directly proportional to increased risk of development of frailty. The cognitive ability is essential to maintain the provision of basic necessities of daily life, elderly people with cognitive impairment present frailty diagnosis. The functional dependence can lead to loss of autonomy and is directly associated with fragility. The elderly dependents to more activities of daily living were more fragile. Functional performance was also associated with frailty and represents a major problem that affects the lives of the elderly and can trigger difficulties in walking, fall risk, immobility, low self-esteem, development of fear and insecurity. Realized through this study the need for further research aimed at investigating the frailty among older adults, as well as redouble attention to factors predisposing syndrome installation in order to provide individualized nursing care needs presented by each individual, aiming to maintain their independence, quality of life and reduction of injuries and complications.

Keywords: Elderly. Fragility. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais comorbidades nos idosos. Picos/PI, nov./mar., 2011- 26
2012.....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos idosos, Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.....	24
Tabela 2 - Caracterização clínica dos idosos, Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.....	25
Tabela 3 - Associação entre sexo, idade, déficit cognitivo e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.....	27
Tabela 4 - Associação entre dependência funcional e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.....	27
Tabela 5 - Associação entre o teste “levante e ande” e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.....	28

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Encefálico

AVD – Atividades de Vida Diária

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CES-D – Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos

CIF-A – Canadian Initiative on Frailty and Aging

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DE – Diagnósticos de Enfermagem

EFS – Edmonton Frail Scale

EFS – Escala de Fragilidade de Edmonton

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FCA – Federal Council on Aging

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

IU – Incontinência Urinária

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR – Teste do Desenho do Relógio

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFPI – Universidade Federal do Piauí

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Geral.....	12
2.2	Específicos.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4	METODOLOGIA.....	20
4.1	Tipo de estudo.....	20
4.2	Local e período de realização do estudo.....	20
4.3	População e amostra.....	20
4.4	Coleta e Análise dos Dados.....	21
4.5	Aspectos Éticos e Legais.....	22
5	RESULTADOS.....	23
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS.....	42
	APÊNDICES.....	47
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é reconhecido como uma vitória da humanidade e também como um grande desafio a ser enfrentado por todos, pois antes era considerado um fenômeno alcançado por poucos e atualmente é considerado uma realidade das mais diversas sociedades. O processo de envelhecimento vem carregado de intensas alterações físicas, biológicas, sociais e espirituais tornando os idosos mais susceptíveis ao surgimento e desenvolvimento de determinadas patologias e síndromes.

A população mundial caminha para o envelhecimento, estima-se que para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo (BRASIL, 2006). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) houve um alargamento do topo da pirâmide etária, fato este observado pelo crescimento gradativo da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.

Diante desse rápido e expressivo envelhecimento populacional alguns problemas de saúde relacionados à fase avançada da vida anteriormente esquecidos vêm à tona e ganham espaço na literatura, e a fragilidade é uma das questões ainda pouco abordadas pelos estudiosos. Porém esse tema vem ganhando espaço timidamente no cenário das pesquisas em saúde.

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer indivíduo. No entanto, esse fato só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Vale ressaltar que a fragilidade acarreta a deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde. Fazendo-se necessária a utilização de estratégias que proporcionem a redução da vulnerabilidade desse grupo (VERAS, 2009).

A fragilidade representa um importante problema de saúde pública e merece ser priorizada nas políticas públicas de saúde, pois os idosos frágeis demandam de amplitude de cuidados (LINK; CROSSETTI, 2011).

A síndrome da fragilidade pode ser vista como uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, além de múltiplos declínios fisiológicos, incluindo redução da força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e função cardiovascular, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos

clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, 2006).

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para conseqüências adversas da síndrome. Alguns autores acreditam que a síndrome da fragilidade esteja associada ao aumento da idade, porém ela pode desencadear-se em qualquer faixa etária, inclusive em idosos (WEHBE et. al., 2009).

Pode se relacionar também com a presença de comorbidades, pois a tendência é que surjam as doenças crônicas nas fases mais avançadas da vida, estas tendem a ser menos letais e a se acumularem durante o processo de envelhecimento acarretando inúmeros danos a qualidade de vida dos mesmos (MACEDO et. al., 2008). Cabe salientar que quando descoberta cedo, essa síndrome possui potencial de reversibilidade.

Alguns fatores auxiliam a instalação da cadeia multidimensional da fragilização, o início e o curso da condição de fragilidade podem ser afetados por fatores de ordem social, psicológica, física e espiritual e, ainda, por fatores ambientais, financeiros, interpessoais, legal e institucional que podem favorecer e agravar a fisiopatologia da síndrome.

Sendo assim, pode resultar de uma interação de recursos e perdas de capacidades, que ampliam a vulnerabilidade do idoso aos desafios ambientais. No entanto, são múltiplos os critérios para definir esse quadro, nos quais se deve incluir a dependência funcional, déficit cognitivo, rede de suporte social e as dificuldades ambientais (TEIXEIRA, 2008).

Por meio da análise dos fatores contribuintes para a instalação dessa condição pode-se identificar precocemente alguns sinais e sintomas que remetem a fase subclínica (condição pré-frágil) e sua instalação. A partir desse conhecimento a equipe de saúde pode traçar medidas para intervir na redução, eliminação ou retardamento desse processo. Além de favorecer aos indivíduos já portadores do fenômeno, condutas terapêuticas a serem adotadas pelos profissionais objetivando, prevenir, adiar ou amenizar os efeitos adversos, buscando subverter os prognósticos para preservação da capacidade funcional dos idosos.

Para tanto dispõe-se dos serviços primários de atenção à saúde, considerados a porta de entrada dos serviços de saúde e estruturado a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual veio desmistificar a atenção centrada na doença, caracterizando-se pela atuação generalizada focada na abordagem individual, grupal e domiciliária, por meio da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Nessa perspectiva os trabalhadores da saúde devem ser capazes de lidar com o envelhecimento humano respeitando suas particularidades.

Não obstante, percebe-se uma decadência na assistência a essa população, principalmente no tocante a relação profissionais e usuários, infelizmente os profissionais encontram-se despreparados para prestarem uma atenção especial e diferenciada a esse grupo acarretando uma dificuldade em identificar e atuar sob a condição pré-frágil.

Na atenção primária, os cuidados de Enfermagem visam substituir o modelo de fragmentação do indivíduo abordando a integralidade da assistência em sua prática, nessa perspectiva os Enfermeiros devem estar cientes dos fatores predisponentes da síndrome, para que possam focar sua assistência no idoso vulnerável.

Portanto, a Enfermagem atua cotidianamente e diretamente com a população e cabe a ela também a responsabilidade de criar medidas preventivas a fim de modificar os indicadores de saúde. Detectar fatores que oferecem maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de agravos a saúde se constitui uma competência de grande relevância dessa profissão, a classificação desses fatores permite a modificação ou adaptação dos possíveis riscos que os idosos possuam para se enquadrar no quadro de fragilidade.

A partir dessa pesquisa, os Enfermeiros identificarão a atual situação dos idosos residentes no município de Picos, bem como através desse conhecimento poderão, ainda, planejar sua atuação, respaldada em indicadores produzidos pelos resultados do estudo, favorecendo a prevenção do desenvolvimento e agravamento da fragilidade, diminuindo os índices de institucionalização e hospitalização e as taxas de morbimortalidade nessa parcela da população.

A identificação precoce dos fatores associados ao desenvolvimento da fragilização favorece a atuação antecipada e planejada dos profissionais principalmente no desenvolvimento de medidas para redução ou retardamento da instalação da mesma. Essa pesquisa poderá contribuir para o conhecimento prematuro de riscos, além de proporcionar uma ampliação de estudos nessa área.

Ao investigar o grau de fragilidade dos idosos, bem como os principais fatores de desencadeamento dessa entidade multidimensional, esta pesquisa traz contribuições para aprimorar o cuidado de enfermagem aos idosos e desenvolver estratégias para que o enfermeiro atuante na ESF possa identificar precocemente a síndrome da fragilidade e agir de forma planejada para evitar os desfechos desfavoráveis da síndrome da fragilidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o grau de fragilidade de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de Picos (PI).

2.2 Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico e clínico da amostra estudada;
- Verificar a associação entre o sexo, idade, déficit cognitivo e os graus de fragilidade;
- Identificar a associação entre o nível de independência funcional e os graus de fragilidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento é conceituado pelo Ministério da Saúde (2010) como um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É considerado como um fenômeno inerente ao processo da vida, que varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente. É ainda visto como um processo intenso de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentidão ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional.

O processo de envelhecimento determina uma redução progressiva na capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, em todos os países existe uma preocupação com esse fato. Diariamente pesquisadores empenham-se na realização de pesquisas que possam favorecer um envelhecimento saudável e ativo, visando reduzir distúrbios funcionais que posteriormente possam ser adquiridos pelos idosos. A meta primordial dos pesquisadores, profissionais de saúde e da sociedade é a de garantir a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Essa fase da vida acarreta a redução da reserva funcional que ocorre de forma lenta nos órgãos ou sistemas comprometendo sua capacidade de adaptação às modificações do meio interno e ou externo, cabe acrescentar que esse processo se dá de maneira individualizada, de acordo com o padrão de cada pessoa, sendo influenciado por fatores como constituição genética, ambiente, dieta, estresse, dentre outros. Tais alterações acontecem ao longo da vida e atingem os mais diversos órgãos e suas respectivas funções (ELIOPOULOS, 2011).

Segundo Caldas (2003) os aspectos biomédicos do processo de envelhecimento humano abrangem oito sistemas fisiológicos: o sistema cardiovascular, respiratório, tegumentar, reprodutor, músculo-esquelético, geniturinário, gastrintestinal, nervoso e sentidos especiais. Porém, destacamos que essas alterações não significam um processo patológico e sim um processo natural de redução da funcionalidade nos diversos sistemas citados e na redução da capacidade de manutenção da homeostase, estando associado frequentemente a doenças crônicas degenerativas.

De acordo com as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o período compreendido entre os anos de 1975 a 2025 será reconhecido como a era do envelhecimento, pois a população de idosos no país crescerá 16 vezes. De acordo com essa

estatística, o Brasil terá em termos absolutos a sexta maior população de idosos do mundo, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Na concepção da OMS, uma população envelhecida é aquela em que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge cerca de 7% do total da população, com tendências a crescimento (OMS, 2005).

Nesse grupo, a proporção da população que mais expressivamente cresce é a muito idosa, ou seja, o grupo com 80 anos ou mais. Esses idosos apresentam características diferenciadas, inclusive de idosos mais jovens, o que favorece o surgimento de novos problemas de saúde nessa fase avançada da vida. Tais especificidades precisam ser conhecidas para adequação das políticas assistenciais (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

Para Chaimowicz (2005) o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que adquire características muito particulares no Brasil, devido à velocidade com que vem se instalando. O país está frente a uma revolução etária e, em 25 anos, deverá receber o título de país envelhecido. Diante dessas modificações, deve ser dada uma atenção concomitante, não somente ao controle das taxas de mortalidade infantil e outras epidemias, mas principalmente as patologias crônico-degenerativas e múltiplas de caráter insidioso que afetam a saúde dos indivíduos, depressão, demências dentre outros fatores que afetam os idosos e que ganharam expressão no conjunto da sociedade.

Essa transição demográfica foi influenciada pela queda das taxas de mortalidade infantil na década de 1940, devido à redução das doenças infecciosas e parasitárias. No entanto, foi a queda da fecundidade, ocorrida a partir de 1960, o fator mais significativo e contribuinte para o aumento da população mais idosa acarretando essa mudança na pirâmide etária da população brasileira, principalmente no decorrer das últimas décadas (VERMELHO; MONTENEGRO, 2004).

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento entre os países mais populosos e no estado do Piauí essa realidade não é diferente. A proporção de pessoas idosas está crescendo progressivamente de forma rápida e intensa, passando de 7%, em 1992, para 8,2%, em 1999, destacando-se maior concentração na faixa etária entre sessenta e 69 anos, com predominância do sexo feminino. Segundo dados do Censo Demográfico 2010, o estado do Piauí conta com um quantitativo de 943.809 idosos com 60 anos ou mais, sendo que 206.783 idosos habitam a capital Teresina (IBGE, 2010).

Tais modificações demográficas iniciaram a ocorrência de uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, as quais os brasileiros ainda não estão preparados para enfrentar. Vivemos em uma sociedade que valoriza muito a juventude, a beleza, o produtivo, e a velhice é uma fase da vida vista circundada de bastantes

preconceitos de inutilidades e dependência. Fazendo com que os idosos encontrem dificuldades de se inserir nesse meio (RIZZOLI; SURDI, 2010).

Todo esse conjunto de alterações, quando exacerbadas podem levar à fragilidade no idoso, que é caracterizada de modo geral, como uma síndrome geriátrica multidimensional, levando o idoso a um estado de alta vulnerabilidade para eventos de saúde adversos ocasionados pelo declínio das reservas fisiológicas com desregulação nos sistemas citados e redução da capacidade de manutenção da homeostase corporal. A síndrome pode acarretar eventos de saúde adversos, entre eles a incapacidade, dependência, quedas, necessidade aumentada de cuidados de saúde e mortalidade (FRIED et. al, 2004; SYDDALL et. al, 2010).

A síndrome da fragilidade no idoso pode ser identificada por sinais e sintomas, tais como: anorexia, emagrecimento ligado à desnutrição ou sem relação a outras morbidades, fadiga, fraqueza, redução da velocidade da marcha (lentidão), falta de equilíbrio, baixos níveis de atividade física, perda de massa e da força muscular, baixa resistência. Tais manifestações são as desencadeadoras dos eventos adversos nos idosos, compondo um maior risco para quedas, levando ao acometimento por outras morbidades, piora do declínio funcional, institucionalização, hospitalização e até a morte (SILVA et. al., 2009; MACEDO; GAZZOLLA; NNAJAS, 2008; SYDDALL et. al., 2010).

Além dos aspectos físicos, por outro lado, Duarte (2009) e Erichsen (2011) reforçam a importância da multidimensionalidade dessa síndrome, por exemplo, consideram que os fatores de aspectos sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social podem agravar a fisiopatologia da síndrome, bem como aos fatores psicológicos também podem estar presentes e piorarem na síndrome da fragilidade. Alterações do estado cognitivo e da memória também devem ser avaliadas visando prevenir a ocorrência da fragilidade.

Quando prevenida, identificada ou tratada precocemente, a síndrome de fragilidade pode ser reversível. Caso não seja identificada, nem receba o tratamento adequado pode ter fim progressivo levando a desabilidades para as atividades da vida diária. A fragilidade merece e deve ser vista como uma condição de risco e de deterioração rápida.

Os estudos realizados por Amici et. al. (2008) e Hardy et. al. (2005) demonstram que as incapacidades, advindas da fragilidade, são mais bem tratadas, e possuem melhor prognóstico, quando identificadas nos primeiros meses de seu surgimento. Logo as intervenções são mais eficazes quando aplicadas em idosos no estágio inicial da síndrome multifatorial. Por isso a prevenção e o tratamento efetivo da fragilidade devem ocorrer no início juntamente com as intervenções, como exercícios para preservar a massa e força

muscular, nutrição adequada, principalmente o consumo de proteínas, tratamento para dor e depressão.

Esse caráter multidimensional torna ainda mais complexa a elaboração de uma única conceituação para a fragilidade e representa um desafio tanto na prática clínica dos profissionais quanto na pesquisa. Devido ser ainda um tema recente no panorama das pesquisas em saúde, a literatura conta com escassas informações sobre a síndrome no mundo e no Brasil.

Somente na década de 1970 o termo idoso frágil foi utilizado oficialmente por pesquisadores dos Estados Unidos da América (EUA) e passou a ser abordado como um problema de saúde pública ganhando destaque no âmbito mundial (SYDDALL et. al., 2010).

Internacionalmente constam-se duas vertentes que tem se destacado na busca de consensos sobre a definição fragilidade. Segundo Wehbe et. al. (2009) dois grupos de pesquisa estudam essa temática. O primeiro grupo estabelecido pelos Estados Unidos da América (EUA), na *Johns Hopkins University* e o segundo composto pelo Canadá, *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF - A), recebendo auxílio da União Européia, Israel e Japão.

Teixeira (2008) afirma que os membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos EUA foram os primeiros a utilizarem oficialmente o termo “idoso frágil” descrevendo assim os idosos que viviam em condições socioeconômicas precárias e apresentavam algum distúrbio cognitivo e fraqueza muscular.

Com o passar dos anos o tema fragilidade em idosos veio ganhando mais espaço nas pesquisas, e essa preocupação surgiu timidamente na realização de estudos, com tudo isso mais definições surgiram, dentre elas Fried et. al. (2001) pontuam um estudo realizado pela *John Hopkins University* (EUA), com ênfase na perspectiva biológica, foi trabalhada a proposição da existência de um fenótipo da fragilidade, mensurável a partir de cinco componentes: perda de peso sem relação com outras morbidades, fadiga, redução da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e redução da velocidade de marcha, eliminando os aspectos de déficit cognitivo e estados emocionais.

No Brasil há poucas pesquisas sobre o tema, não existindo até o presente momento instrumentos formulados e validados por pesquisadores brasileiros que visem de maneira objetiva, apontar os principais indicadores de fragilidade que necessitam ser avaliados nos idosos.

Para investigação, identificação e mensuração do grau de fragilidade nos idosos podem ser usadas algumas escalas de avaliação global da saúde. Amici et. al. (2007)

desenvolveram a Marigliano-Cacciafesta polypathological scale como forma de avaliação precoce da síndrome da fragilidade. Essa escala avalia 11 domínios, são eles: neurológico, cardíaco, respiratório, renal, aparelho locomotor, sensorio, metabolismo e estado nutricional, estado cognitivo e emocional, sistema vascular periférico, alterações cancerígenas e sistema gastrointestinal. Para os pesquisadores a aplicação das escala apresentou uma correlação significativa da fragilidade com o estado nutricional, o estado emocional, o sistema motor, o nível de desabilidade e a funcionalidade.

Nos Estados Unidos existe um grupo que estuda a fragilidade como uma síndrome que pode ser identificada por meio de um fenótipo constituído por cinco componentes a serem avaliados: 1) perda de peso não intencional $\geq 4,5$ ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano; 2) exaustão, indicado por fadiga auto referida, avaliada por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 3) diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e Índice de Massa Corporal (IMC); 4) baixo nível de realização de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero; 5) redução da velocidade da marcha (lentidão) em segundos, numa distância de 4,6 m e ajustada para gênero e altura (MACEDO; GAZZOLA, NAJAS, 2008).

Uma proposta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas foi estudada pelo Canadá, elaborando a *Edmonton Frail Scale* (EFS). Essa foi validada e considerada fidedigna e exequível para uso rotineiro até mesmo por não especialistas da área geriátrica e gerontológica. Os autores a consideram como uma proposta clínica mais completa de detecção de fragilidade em pessoas idosas e de fácil manuseio e aplicação.

Consiste em uma escala mais abrangente, visto que considera que aspectos de cognição, humor e suporte social também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos. A EFS é uma escala de avaliação de fragilidade em idosos, elaborada por Rolfson e colaboradores, em 2006, na Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá e avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa (WEHBE, 2008).

Durante a aplicação da EFS, torna-se possível ao profissional de saúde a oportunidade de detectar muitos fatores de risco para fragilidade e atuar de maneira preventiva no surgimento e/ou piora desse estado.

A EFS foi traduzida e validada culturalmente para ser utilizada no Brasil em um estudo realizado por Fabrício-Wehbe et. al. (2009), a pesquisa foi desenvolvida com 137 idosos residentes em uma comunidade do estado de São Paulo. De acordo com esse estudo, 16,4% dos entrevistados apresentavam fragilidade leve; 9% com fragilidade moderada e 4,5% com fragilidade severa. Durante a realização desse estudo, juntamente com a aplicação da escala de avaliação da fragilidade foram colhidos dados sobre o perfil sócio demográfico, avaliação cognitiva e independência funcional dos idosos. Os resultados apontam ainda que a maior prevalência de fragilidade é entre idosos mais velhos (acima de 80 anos), apresentando déficit cognitivo e em participantes do sexo feminino.

Neste cenário que emerge como desafio para os profissionais de saúde destaca-se o enfermeiro, pois esse atua ativamente e diretamente na comunidade avaliando a condição de contatos sociais desses idosos, sob seus cuidados, e apoiando o fortalecimento de seus relacionamentos com membros da família, bem como com a rede de amigos, dessa forma, boa parte das complicações inerentes a esse processo de fragilização pode ser evitado (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Nessa perspectiva, espera-se que na atenção primária os cuidados de enfermagem prestados a idosos frágeis substituam o modelo biomédico (fragmentado), ou seja, cuidados pró-ativos, onde enfermeiros, idosos e seus familiares tracem, em conjunto, as soluções para os problemas, com vistas à melhoria da qualidade de vida, da saúde mental, e ao apoio social a esses idosos (LINCK; CROSSETTI, 2011).

O conhecimento produzido pela Enfermagem nessa temática vem sendo ampliado, demonstrando o crescimento do interesse por esse tema, que atualmente representa um problema de saúde pública. Porém, ainda nota-se que poucas são as publicações abordando a temática, fazendo necessário o estímulo desses profissionais a conhecerem cada vez mais essa síndrome a fim de auxiliar a sua prevenção, retardamento, instalação e tratamento.

De acordo com o estudo realizado por Linck e Crossetti (2011) o número de publicações realizadas por enfermeiros acerca da fragilidade no idoso, no período de 2000 a junho de 2010, é bastante incipiente, reforçando a necessidade de participação dos enfermeiros no desenvolvimento de pesquisas e na divulgação dos seus resultados no meio acadêmico e científico, principalmente no tocante à fragilidade no idoso.

Nesse estudo, destaca-se ainda que a produção dos enfermeiros, quanto à fragilidade no idoso, visa principalmente: a mudança de paradigma do modelo assistencial, 37,5%; a família cuidadora no contexto do idoso frágil, 26,7%; validação de instrumentos, 13,3%; a percepção dos idosos com fragilidade acerca dos serviços de saúde e qualidade de vida, 13,3%; o desenvolvimento de pesquisas com idosos frágeis, 6,7%; e a fragilidade física nos idosos institucionalizados, 6,7% (LINCK; CROSSETTI, 2011).

A partir dessa investigação de saúde do idoso os enfermeiros podem sentir a necessidade da utilização de instrumentos que identifiquem evidências ou fatores de risco para formular um julgamento clínico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico, o qual é um veículo para testar hipóteses ou responder a questões de pesquisa, além disso, descreve ou categoriza um fenômeno num grupo de pessoas. Os estudos transversais analisam dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local e Período de Realização do Estudo

A pesquisa foi realizada em três Unidades de Saúde da Família – USF, no período de agosto de 2011 a junho de 2012, no município de Picos, Piauí. O município conta com uma rede de 30 USF's, sendo 20 delas localizadas na zona urbana e 10 na zona rural.

As três USFs foram escolhidas por conveniência por apresentarem um bom quantitativo de idosos cadastrados e por serem campos de estágio curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, em setembro de 2011 as três ESF possuíam um quantitativo de 344 idosos com 65 anos ou mais cadastrados no programa HIPERDIA.

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por 344 idosos, com acompanhamento para hipertensão e diabetes em três unidades de saúde da família, os quais foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser cadastrado no sistema HIPERDIA e ter 65 anos ou mais.

Neste estudo, a amostra foi composta de 124 idosos, tendo sido, esta, calculada de acordo com a fórmula para população finita (POCOCK, 1989). Para o cálculo, considerou-se a prevalência de fragilidade em idosos de 6,3%, de acordo com o estudo de Macedo; Gazzola; Najas (2008).

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N - 1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

n = é o tamanho da amostra

t = é o valor da distribuição de Student ($t_{5\%} = 1,96$)

P = é a prevalência de quedas em idosos ($P= 40\%$)

$Q = P - 1$ ($Q= 39$)

N = é o número de idosos ($N= 265$)

e = é o erro amostral absoluto ($e = 6\%$)

4.4 Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados nas USFs selecionadas por conveniência, no período de novembro de 2011 a março de 2012. Inicialmente foi possível caracterizar os idosos quanto aos aspectos sociodemográficos a partir de um formulário o qual continha variáveis externas aos perfis de saúde tais como idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, renda, número de pessoas que convivem no domicílio, tipo de arranjo familiar, religião, situação de moradia, como o participante descreve seu acesso ao serviço de saúde, qual serviço de saúde ele mais utiliza e se ele possui plano privado de saúde (APÊNDICE A).

O perfil clínico dos idosos pôde ser avaliado através da análise das variáveis internas aos perfis de saúde de idosos fragilizados. Foram abordados questionamentos tais como: se é portador de alguma doença crônica, se possui alguma seqüela dessas comorbidades ou se é acamado (APÊNDICE B).

A fim de avaliar o grau de fragilidade dos idosos investigados foi utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (2008). Trata-se de um instrumento validado no Brasil em 2008, a qual avalia nove domínios: cognição - avaliada por meio do “Teste do Desenho do Relógio” (TDR), estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional - mensurado por meio do Teste “Levante e Ande” (cronometrado), investigados por 11 itens (WEHBE, 2008) (ANEXO A).

Seu escore máximo é de 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. As pontuações para análise da fragilidade são: 0 – 4, não apresenta fragilidade; 5 – 6, aparentemente vulnerável; 7 – 8, fragilidade leve; 9 – 10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa.

Como o atendimento dos idosos nas respectivas unidades no período da coleta de dados ocorria por demanda espontânea, foi necessária a realização de visitas domiciliares para entrevistar os participantes da pesquisa.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi realizado um pré-teste com dez participantes a fim de verificar possíveis dificuldades na aplicação do instrumento pelos pesquisadores.

Os dados foram digitados e tabulados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0, e analisados a partir da estatística analítica. Os resultados foram apresentados através de quadros e tabelas.

4.5 Aspectos Éticos e Legais

Esse Trabalho de Conclusão de Curso desenvolveu-se conforme os requisitos propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1996), que por sua vez trata dos aspectos éticos e legais das pesquisas que envolvem seres humanos. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0406.0.045.000-11 (ANEXO B).

Os idosos investigados foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando-lhes o direito de permanecer ou desistir da pesquisa em qualquer momento, garantindo assim o direito de anonimato e garantia de não acarretar prejuízo ou risco aos participantes (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 124 idosos de ambos os sexos, sendo predominantes pessoas do sexo feminino (76; 61,3%), na faixa etária de 65 a 79 anos (87; 70,3%), com média de $75,30 \pm 8,170$ anos, viúvas (62; 50,0%), aposentadas, (103; 83,1%), com menos de um ano de estudo (82; 66,1%), renda mensal de 1 salário mínimo (123; 99,2%), residem com até quatro pessoas (99; 79,8%), sendo a maioria dos arranjos familiares trigeracionais (38, 30,6%).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos idosos, Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

Perfil socioeconômico	F	%	Estatística
Sexo			
Masculino	48	38,7	
Feminino	76	61,3	
Idade			
65-79 anos	87	70,2	Média ± DP: 75,30± 8,170 anos
80-94 anos	36	29,0	
>94 anos	1	0,8	
Estado civil			
Solteiro (a)	4	3,2	
Casado (a)	54	43,5	
Separado (a)	4	3,2	
Viúvo (a)	62	50,0	
Escolaridade (anos de estudo)			
< 1 ano	82	66,1	
1 a 4 anos	28	22,6	
5 a 8 anos	10	8,1	
9 a 11 anos	3	2,4	
≥ 12 anos	1	0,8	
Renda			
Até 1 salário*	123	99,2	
>1 salário*	1	0,8	
Número de pessoas com quem mora			
1-4	99	79,8	
5-9	25	20,2	
Arranjo familiar			
Mora sozinho (a)	11	0,9	
Com cônjuge	18	14,5	
Cônjuge e filhos	15	12,1	
Cônjuge, filho(s), genro ou nora	9	7,3	
Somente com filhos	27	21,8	
Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)	38	30,6	
Arranjos intrageracionais (com outros idosos)	1	0,8	

Com netos (sem filhos)	2	1,6
Não familiares	3	2,4

DP: desvio padrão; * Valor atual do salário mínimo (2012): R\$ 622,00.

Adiante, na Tabela 2, serão apresentados os resultados acerca das características clínicas dos idosos entrevistados.

Tabela 2 - Caracterização clínica dos idosos, Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

	<i>f</i>	%
Doença crônica		
Sim	124	100,0
Não	-	-
Complicações/Sequelas		
Sim	21	16,9
Não	103	83,1
Acamado		
Sim	2	1,6
Não	122	98,4
Internações nos últimos 12 meses		
Sem internação	71	57,3
1-2 vezes	37	29,8
>2 vezes	16	12,9
Como descreve sua saúde		
Excelente/Muito Boa/Boa	36	29,0
Razoável	54	43,5
Ruim	34	27,4
Uso de cinco ou mais fármacos diferentes		
Sim	39	31,5
Não	85	68,5
Esquece de tomar os remédios		
Sim	69	55,6
Não	55	44,4
Perda de peso recente		
Sim	66	53,2
Não	58	46,8
Deprimido com frequência		
Sim	76	61,3
Não	48	38,7
Incontinência		
Sim	41	33,1
Não	83	66,9

Observou-se que todos os participantes do estudo são portadores de doenças crônicas. Com relação à presença de complicações e/ou sequelas, verificou-se que a maioria dos idosos, (103; 83,1%), afirma não as possuir, mostrando assim, que apesar de serem portadores de doenças crônicas ainda não apresentaram complicações/sequelas.

Ao investigar o número de internações, a maioria dos participantes afirmou não ter sido internada nenhuma vez nos últimos 12 meses (71; 57,3%) e acerca de como o idoso descreve sua saúde, consideraram-na razoável (54; 43,5%). Quanto ao suporte social, quase a metade (59; 47,6%) dos idosos diz poder contar com ajuda somente algumas vezes.

Grande parte da amostra, (85; 68,5%), afirma tomar menos de 5 medicamentos prescritos pelo médico, (69; 55,6%) diz esquecer de tomar os remédios diariamente e em horários corretos, (66; 53,2%) sentem-se mais magros, (76; 61,3%) afirmam sentirem-se deprimidos com frequência e (83; 66,9%) afirmam possuir continência urinária.

A Figura 1 apresenta as principais doenças crônicas relatadas pelos participantes da pesquisa. Nesse estudo, dentre as doenças crônicas mais comuns, hipertensão arterial, diabetes mellitus e artrite/reumatismo destacaram-se, acometendo 96,0%, 33,90% e 20,20% dos idosos, respectivamente.

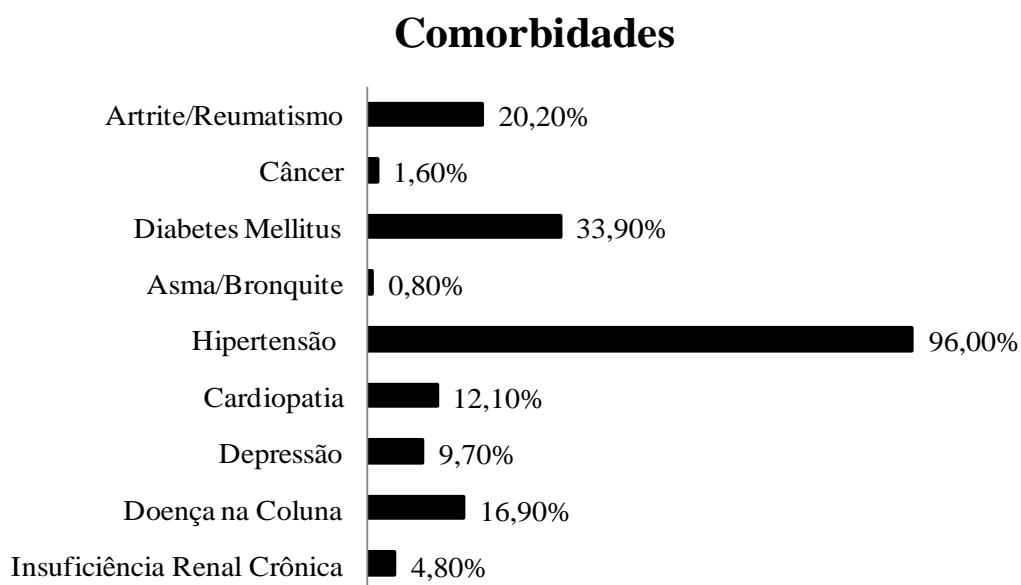


Figura 1. Principais comorbidades nos idosos. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

A síndrome da fragilidade

Adiante serão apresentados os dados acerca da presença da síndrome da fragilidade nos participantes e sua associação com variáveis socioeconômicas e clínicas (tabela 3).

Tabela 3. Associação entre sexo, idade, déficit cognitivo e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

	Sem Fragilidade		Aparentemente Vulnerável		Fragilidade Leve		Fragilidade Moderada		Fragilidade Severa		Estatística
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Sexo											
Masculino	15	31,3	9	18,8	7	14,6	8	16,7	9	18,8	p=0,959 ≠: 0,633
Feminino	21	27,6	13	17,1	14	18,4	15	19,7	13	17,1	
Faixa Etária											
65-79 anos	35	40,2	15	17,2	16	18,4	15	17,2	6	6,9	p=0,000** X ² =38,688
80≥94 anos	1	2,7	7	18,9	5	13,5	8	21,6	16	43,3	
Déficit Cognitivo											
Sim	-	-	-	-	3	20,0	2	13,3	10	66,7	p= 0,000** X ² =31,348
Não	36	33,0	22	20,2	18	16,5	21	19,3	12	11,0	

*Referente a razão de Verossimilhança; **Referente ao χ^2 de Pearson

Observou-se que o sexo feminino apresentou predominância de casos de fragilidade em diferentes níveis, sendo as maiores diferenças nas frequências de fragilidade leve (14; 18,4%) e moderada (15; 19,7%). No sexo feminino também prevaleceu o grau severo de fragilidade, (13, 17,1%). Apesar dessa diferença entre os sexos, a análise estatística constatou que não houve associação entre o sexo e o grau de fragilidade (p=0,959).

Verificou-se ainda que, para este estudo, os idosos com idade acima de 80 anos apresentaram maiores frequências de fragilidade severa (16; 43,3%) e moderada (8; 21,6%), se comparadas ao único caso classificado sem fragilidade nesta faixa etária. De acordo com a análise, houve associação estatística entre a idade e o grau de fragilidade (p= 0,000).

Com relação ao déficit cognitivo, o mesmo esteve relacionado ao diagnóstico de fragilidade (p=0,000), observando-se que a frequência de casos de fragilidade severa (10, 66,7%) foi maior quando comparada à ausência de casos sem diagnóstico de fragilidade nos indivíduos com déficit cognitivo.

Para averiguar a associação entre dependência funcional e diagnóstico de fragilidade foi elaborada a tabela 4.

Tabela 4 - Associação entre dependência funcional e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

Número de atividades para as quais possui dependência	Sem Fragilidade		Aparentemente Vulnerável		Fragilidade Leve		Fragilidade Moderada		Fragilidade Severa		Estatística
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
0-1 atividades	21	63,6	7	21,2	4	12,1	1	3,0	-	-	
2-4 atividades	10	29,4	9	26,5	10	29,4	4	11,8	1	2,9	p=0,000*
5-8 atividades	5	8,8	6	10,5	7	12,3	18	31,6	21	36,8	X ² =61,454

* Referente ao χ^2 de Pearson

Verificou-se a associação entre a dependência funcional e o diagnóstico de fragilidade ($p=0,000$), pois quanto maior o número de atividades para as quais o idoso apresenta dependência, maior é o grau de fragilidade apresentado. Observa-se que quando o idoso necessita de auxílio para realizar entre 5 e 8 atividades, a frequência de fragilidade severa (21; 36,8%) é maior que os casos de fragilidade leve (7; 12,3%) e ausência de fragilidade (5, 8,8%). Constata-se ainda que para os idosos com dependência em até uma atividade, não há casos de fragilidade severa e apenas (4; 11,8%) de fragilidade moderada.

A análise da associação entre o teste “levante e ande” e o diagnóstico de fragilidade pode ser observada na tabela 5, a seguir.

Tabela 5. Associação entre o teste “levante e ande” e diagnóstico de fragilidade. Picos/PI, nov./mar., 2011-2012.

Teste “Levante e Ande” Cronometrado	Sem Fragilidade		Aparentemente Vulnerável		Fragilidade Leve		Fragilidade Moderada		Fragilidade Severa		Estatística
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
0-10 seg	21	77,8	4	14,8	2	7,4	-	-	-	-	
11-20 seg	15	35,7	13	31,0	9	21,4	4	9,5	1	2,4	p=0,000*
>20 seg	-	-	5	9,1	10	18,2	10	34,5	21	38,2	X ² =85,060

* Referente ao χ^2 de Pearson; seg.:segundos

Constatou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre o desempenho funcional de até 20 segundos e os diagnósticos coerentes com ausência de fragilidade. Os idosos que demoraram mais de 20 segundos para levantar da cadeira e

percorrer a distância de aproximadamente 3 metros e retornar ao ponto inicial apresentaram níveis mais elevados de fragilidade severa (21; 38,2%).

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, identificou-se um predomínio do sexo feminino. Este achado é concordante com outros estudos realizados por Remor, Bós e Werlang (2011), Andrade (2010) e Wehbe (2009), onde o número de mulheres também foi prevalente, 82,0%, 50,9%, e 74,5% respectivamente.

Segundo Veras (2004), a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino. Em 1991, eram 5,7 milhões de mulheres idosas, passando para 8 milhões em 2000, estimando-se um total de 8,5 milhões em 2002; os homens idosos representavam 4,9 milhões em 1991, 6,5 milhões em 2000, e 6,9 milhões em 2002.

Ainda segundo Veras (2003), apesar da expectativa de vida ao nascimento contemplar ambos os sexos, isso não ocorre de maneira uniforme. A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou um aumento de quase 30 anos de vida, no entanto esse aumento foi mais significativo para as mulheres. Esse fato dá-se por algumas explicações, tais como maior exposição do sexo masculino a acidentes de trabalho e morte por causas externas, devido a maior prevalência de doenças cardiovasculares e neoplasias nesse público e tomada de condutas frente às doenças, pela diversidade do consumo de tabaco e álcool. Geralmente as mulheres são mais atentas e conhecem mais as doenças, procuram mais atendimentos a serviços de saúde frente a determinados sintomas e, também, pelo fato de haver redução significativa na mortalidade materna em relação ao passado.

No estudo desenvolvido por Carmo; Drummond; Arantes (2011) e Fried et. al. (2001), os resultados apresentaram mais mulheres, concordando com outros estudos que demonstram um processo de feminização da velhice. Evidenciou-se nessa pesquisa que o sexo feminino estava associado a uma fragilidade intrínseca, devido ao risco de as mulheres possuírem massa magra e força menor que os homens, além do fato de que as mulheres também poderiam ter uma maior vulnerabilidade sobre efeitos extrínsecos da fragilidade, tais como a sarcopenia, pois as mulheres mais velhas possuem maior probabilidade de realizar uma ingestão nutricional inadequada, em comparação aos homens, por viverem sozinhas com maior frequência.

Wehbe (2009) desenvolveu uma pesquisa que objetivou realizar a adaptação cultural da EFS e a sustentação da validade da versão adaptada em uma amostra de idosos brasileiros. No tocante ao sexo, as mulheres foram consideradas mais frágeis do que os homens, esse fato merece ser mais estudado. Porém, logo remete-se a possibilidade de que a fragilidade possa ser característica de idosos do sexo feminino. Fried (2001) desenvolveu uma

pesquisa no Cardiovascular *Health Study*, na qual foi verificada prevalência de 6,9% de fragilidade na população idosa, e associação da mesma entre algumas variáveis, dentre elas o sexo.

Quanto à idade, nesse estudo a predominância foi de idosos com faixa etária de 65 a 79 anos, tal variável corroborou com o estudo desenvolvido por Wehbe (2009), onde 60% dos participantes possuíam entre 65 e 79 anos.

Nos estudos realizados por Fried et. al. (2001), Wehbe et. al. (2009), Fabrício; Rodrigues (2008) e Santos (2007) comprovam que com o envelhecimento, aumenta-se também o risco de desenvolvimento da fragilidade, ou seja, identificou-se uma relação linear entre a fragilidade e a idade, demonstrando que os sujeitos mais velhos tinham maior risco de apresentarem a síndrome. Para indivíduos acima de 60 anos a estimativa é que a vulnerabilidade para síndrome aumente cerca de 10 a 25% e para os idosos com 80 anos de idade ou mais o risco é de 46%.

Já nos trabalhos de Remor; Bós; Werlang (2011) e Andrade (2010) a média de idade foi 60 a 79 anos e 60 a 69 anos, respectivamente. Em tais estudos, não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à presença da fragilidade na proporção de idosos por grupo etário, achado oposto a esse trabalho, onde o aumento da idade foi associado ao aumento do acometimento pela fragilização.

Com relação ao estado civil, neste estudo prevaleceram os viúvos, tal resultado assemelha-se com a pesquisa desenvolvida por Torres et. al. (2010), Ricci; Kubota e Cordeiro (2005) e Giacomini et. al. (2005), neles 46,15%, 60% e 34,4% dos idosos eram viúvos, respectivamente. Sabe-se que a direção das correlações entre estado marital e status funcional em países desenvolvidos, associa-se a dependência e à viuvez sem filhos.

Ricci; Kubota; Cordeiro (2005) e Rosa et. al. (2003) afirmam que os idosos viúvos caracterizam uma população com maior fragilidade, pois a característica de ser viúvo tem uma forte associação com o grau de dependência, sendo a chance de o idoso ter uma dependência moderada/grave cerca de 3,3 para os viúvos.

Giacomini et. al. (2005) no seu estudo em Bambuí, trouxeram o fato de que ser solteiro esteve significativamente associado à necessidade de cuidador. Pode-se especular se esta diferença não é devida ao fato de que 93% dos idosos viúvos de Bambuí possuíam filhos, enquanto que 68% das idosas solteiras e 32% dos solteiros não os tinham.

Quanto ao índice de escolaridade, os idosos entrevistados estudaram menos de 1 ano. Esses dados são corroborados por uma pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, no qual

se constatou taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos; perto de 65 em cada 100 idosos não sabiam ler nem escrever (TORRES et. al., 2010).

Torres et. al. (2010), Fiedler; Peres (2008) e Giacomini et. al. (2005) mostram em suas pesquisas que o maior nível educacional está associado com melhor *status* funcional e menor risco para incapacidade cognitiva. Características como analfabetismo podem levar a uma maior dependência em relação a outras pessoas e desenvolvimento de atividades. Tais resultados são consistentes com a observação de que a escolaridade foi um fator forte, negativa e independentemente associado à capacidade cognitiva e conseqüentemente ao aumento da vulnerabilidade para desenvolvimento da fragilidade.

Os idosos entrevistados nessa pesquisa afirmaram viver com um salário mínimo. Santos et. al. (2007) e Giacomini et. al. (2005), da mesma forma, trouxeram em seus trabalhos que a renda domiciliar (pessoas de classes menos favorecidas) tem associação com a fragilidade. É na parcela mais pobre que se encontra a maioria dos idosos incapacitados, onde cerca de 79% dos que necessitavam de cuidador tinham renda familiar menor do que dois salários-mínimos da época.

Quanto ao número de pessoas com quem o idoso mora, nesse estudo a maioria dos idosos moram com 1 a 4 pessoas no domicílio. Os arranjos familiares encontrados nos estudos de Fiedler; Peres (2008), 35,7% moram com o esposo(a), no estudo de Giacomini et. al. (2005) 15% dos idosos moravam sozinhos e no estudo de Remor; Bós; Werlang (2011), mais da metade dos participantes viviam com seus familiares e, destes, mais da metade possuíam características que os definiam como pré-frágeis. Esses autores verificaram em seus estudos, que a principal fonte de suporte para a população de idosos ainda é a família que coabita com eles em domicílios multigeracionais.

Domicílios multigeracionais predominaram nesse estudo, sendo o arranjo trigeracional (idosos, filhos e netos) o mais confirmado, assim ocorreu em estudos realizados por Rigo; Paskulin; Moraes (2010), onde grande parte dos entrevistados residiam em domicílios com mais de uma geração (82,3%). Os resultados da pesquisa de Marin et. al. (2008) aponta que 32,9% dos idosos participantes moram com o companheiro, filhos e netos. Os arranjos multigeracionais para esses autores são mais do que uma opção sociocultural, mostraram-se uma forma de sobrevivência dos idosos brasileiros.

Rodrigues (2008) destaca que 58,5% dos participantes de seu estudo moram com arranjos familiares multigeracionais, cabe ressaltar, também, que o envelhecimento associado à viuvez e também a morbidades levam o idoso a conviverem com seus familiares uni ou

multigeracionais. Viver só representa um fator de risco para desenvolvimento da dependência moderada a grave.

O envelhecimento relaciona-se, em muitos casos, com o aparecimento de múltiplas doenças sistêmicas, comorbidades e incapacidades nem sempre determinam a síndrome da fragilidade, no entanto podem contribuir para o desfecho final do indivíduo em tornar-se frágil, bem como outros comprometimentos clínicos, que podem levar os idosos à perda da capacidade adaptativa e a um declínio na funcionalidade.

O processo de incapacidade que acomete as pessoas idosas, diferentemente daquele dos mais jovens, é causado por doenças crônicas que usualmente começam na meia-idade e acompanham o envelhecimento (GIACOMIN et. al., 2008). Não diferente de outras realidades, nesta pesquisa todos os idosos entrevistados possuíam alguma patologia instalada, o que pode caracterizar a fragilidade ou então indica um aumento do risco de eventos adversos à saúde.

Para caracterizar a fragilidade, alguns estudiosos afirmam que a síndrome da fragilidade está diretamente relacionada à presença de alguns fatores, tais como, a presença de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT). A mesma associada ao envelhecimento está associada a maiores níveis de mortalidade, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, como quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária. (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008, REMOR; BÓS; WERLANG, 2011, LIMA et. al., 2007).

Nesse estudo, dentre as doenças crônicas mais comuns nos idosos, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) teve destaque, onde 96% dos participantes a possui. A mesma é responsável pelo acometimento de cerca 50% da população brasileira (BRASIL, 2006). No estudo desenvolvido por Remor; Bós; Werlang (2011) a hipertensão arterial sistêmica esteve presente em 78% dos idosos avaliados, em conjunto com a dislipidemia, osteoartrose e depressão, as quais são fortemente preditoras de incapacitação. Já no estudo desenvolvido por Andrade (2010), 59,1% dos participantes são portadores de HAS.

A hipertensão arterial é passível de prevenção e controle. Quando não controlada, a pressão sanguínea elevada representa um dos mais importantes fatores de risco para o acidente vascular cerebral e conseqüente incapacidade, tornando-se um importante fator de risco para doenças cerebrovasculares, apresentando correlação positiva com declínios cognitivos e demência. Problemas de microcirculação e disfunções endoteliais também são fatores que explicam a deterioração na função cognitiva em idosos hipertensos, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de fragilidade nesse público (LIMA et. al., 2007).

É notório que as doenças crônicas não-transmissíveis constituem-se como principal problema de saúde dos idosos, essa realidade não é apenas brasileira e sim de diversificados países do mundo, na qual com o envelhecimento, os hábitos de vida modificam-se e tornam-se nocivos a saúde e a não adesão ao tratamento das DCNT podem provocar lesões irreversíveis no organismo, e levar o idoso a diversas incapacidades/complicações/sequelas.

Podemos exemplificar, tomando como exemplo a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que se não tratada corretamente acelera as complicações arteriais e os problemas cardiovasculares. Essa patologia é a mais citada dentre as diversas DCNT, e muitas vezes é totalmente desconhecida pelos idosos acometidos. Quando associada ao diabetes mellitus, pode aumentar a possibilidade de ocorrência de um acidente vascular encefálico (AVC).

Neste estudo 83,1% dos idosos afirmaram não possuir complicações/sequelas, já no estudo de Rodrigues et. al. (2008), 2,72/idosos possuem um grande risco para a saúde do mesmo, por possuírem comorbidades, e conseqüentemente, favorecerá o desenvolvimento de incapacidades, as quais contribuem, independentemente, para diminuir a longevidade.

O envelhecimento acarreta muitas mudanças físicas e fisiológicas, alguns idosos participantes do estudo de Oliveira; Menezes (2011) referem que as mesmas relacionam-se com as dificuldades enfrentadas por eles e os seus familiares. Os mesmos expressam que existem mudanças na sua saúde que implicam em dificuldades para a sua vida diária, como o fato de não deambular e ter déficit visual, que os limitam para a realização de diversas atividades, incluindo movimentar-se, fazer serviço pesado e ser uma pessoa ativa.

As DCNT acarretam diversas complicações, cujo tratamento pode implicar na necessidade de hospitalização, a mesma representa para muitos idosos, um momento de fragilidade e de medo, pois além do sofrimento e sensação de desagradável, ainda tem a insegurança que a doença ocasiona (MARTINS et. al., 2008).

Os participantes desse estudo apresentaram 57,3% de não internações nos últimos 12 meses, corroborando com o estudo de Veras (2003), onde o fator de risco “internação nos últimos 12 meses” foi pouco mencionada nessa amostra, na qual 13,3% apenas relataram ter estado internado ao menos uma vez no ano anterior. 67,0% dos idosos no estudo de Giacomini et. al. (2005) afirmaram não terem sido hospitalizados nos últimos 12 meses. Santos et. al. (2007) e Alves; Leite; Machado (2008) trazem em seus estudos que 86,6% e 29,4% dos idosos respectivamente não sofreram internações nos últimos 12 meses.

Os dados do estudo de Sousa et. al. (2010) revelam que os idosos estão sendo internados também com os diagnósticos que caracterizam a presença de síndromes geriátricas,

e que muitas vezes saem do hospital apresentando os mesmos diagnósticos que possuíam quando entraram nele, ou ainda mais, adquiridos durante o período de internação. Confirmando que as síndromes favorecem o aparecimento da fragilidade nos idosos levando a uma série de debilitações que acarretam a dependência.

Remor; Bós; Werlang (2011) avaliaram a associação entre a Síndrome da Fragilidade e as internações hospitalares nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, verificaram que a maior parte dos idosos que se internaram mais de duas vezes eram frágeis (85,7%), bem como aqueles que se internaram apenas uma vez (45,0%), também foi considerado significativo.

Segundo Martins et. al. (2008) os homens internam-se mais, provavelmente por utilizarem menos os serviços de saúde na atenção primária/secundária. As mulheres, em geral, estão mais atentas ao aparecimento de sintomas, tem um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde que os homens.

No que tange a autopercepção de saúde, boa parte dos idosos desse estudo consideraram sua saúde razoável (43,5%). Alves; Leite; Machado (2008) em seu estudo os idosos participantes consideraram sua saúde regular, atingindo a frequência absoluta de 14,528. Entre os 360 entrevistados no estudo de Veras (2003), cerca de 50% consideraram que a sua saúde era média.

Segundo Santos et. al. (2007), Negri et. al. (2004) e Rigo; Paskulin; Morais (2010) 65,1% dos 371 idosos entrevistados consideram sua saúde regular/ruim, 103 idosos participantes, metade consideram sua saúde como regular e 64,7% dos respondentes considerava sua saúde regular, respectivamente.

Geralmente idosos que possuem uma percepção ruim de sua saúde apresentam maiores níveis de dependência funcional. Estudos revelam que autopercepção de saúde favorável está associada ao envelhecimento bem sucedido. Outros estudos mostram associação entre incapacidades funcional e autopercepção de saúde desfavorável (SANTOS et. al., 2007).

As mulheres, no estudo desenvolvido por Rigo; Paskulin; Morais (2010) afirmam percepção mais negativa do seu estado de saúde, tal achado pode configurar um fator de risco para as mulheres, por aumentar a probabilidade de declínio funcional e mortalidade.

Em virtude do quadro clínico dos idosos, os mesmos utilizam medicamentos para tratamento de suas patologias. As pessoas idosas correspondem ao grupo etário que mais utilizam medicamentos, principalmente aqueles de venda livre. Os medicamentos melhoram a saúde e o bem estar da pessoa idosa, no entanto, os problemas ocorrem com frequência por

causa de interações medicamentosas, múltiplos efeitos dos medicamentos, uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia) e a falta de adesão rigorosa ao regime prescrito (SOUSA et. al., 2010; TORRES et. al., 2010).

A polimedicação tem sido classificada de diversas maneiras sempre considerando o uso crônico de medicamentos. A polimedicação ou polifarmácia é caracterizada quando o paciente utiliza cinco ou mais medicamentos simultaneamente num período igual ou superior a uma semana (TIBINCOSKI et. al., 2007).

Nesse estudo, 100% de idosos utilizam fármacos, porém 68,5% deles usam menos de cinco medicamentos diariamente prescritos pelo médico. Esse dado converge com o estudo desenvolvido por Torres et. al. (2010), onde 81,20% utilizam até dois medicamentos diariamente; Marin et. al. (2008) em seu estudo afirma que os idosos fazem uso de três a quatro medicamentos (29,5%).

As combinações dos medicamentos prescritos e alguns de venda livre complicam ainda mais o problema. Reações adversas podem ser definidas como fator previsível de morbidade e mortalidade, leva-se em conta não só sua elevada prevalência na população idosa, mas também os custos gerados e sua importância epidemiológica como possível causa de internação (SOUSA et. al., 2010).

Segundo Tibincoski et. al. (2007) conhecer o perfil de utilização de medicamentos na população idosa é essencial para avaliar estabelecer melhorias nos serviços de atenção em saúde e para definir estratégias de promoção para o uso racional dos medicamentos.

Um dos problemas percebidos nesse estudo é o esquecimento de tomar a medicação, na qual 55,6% esquecem de tomar seus remédios, o valor encontrado nesse estudo foi um pouco mais elevado do que o encontrado no estudo de Marin et. al. (2008) onde quase 40% dos idosos referem se esquecer de tomar medicamentos, as vezes ou sempre, tal fator deixa claro a necessidade de apoio e supervisão, para atingir o uso correto dos fármacos.

Dessa forma, o esquecimento de tomar a medicação nos horários corretos constitui-se como um risco constante a saúde, principalmente se os medicamentos de uso forem essenciais ao controle de doenças e prevenção de complicações, como os hipotensores, antiarrítmicos, antiagregante plaquetário e hipoglicemiantes (MARIN et. al., 2008).

Outra manifestação importante e muito observada para investigação da síndrome de fragilidade é a perda de peso não intencional nos últimos meses, onde em muitas vezes é causada pelo próprio envelhecimento, indagar o idoso se ele está sentindo suas roupas mais folgadas nos últimos tempos é uma maneira de descobrir essa síndrome. Nesse estudo a maioria (53,2%) afirma terem perdido peso nos últimos meses.

No estudo desenvolvido por Remor; Bós; Werlang (2011) demonstra que a maioria dos idosos frágeis apresentava perda de peso não intencional, já nos pré-frágeis não se identificou a perda de peso, apenas a fadiga autorreferida, osteopenia e sem queixas de fraqueza, porém já se pode associar a fadiga autorreferida com o início do surgimento da fragilidade no idoso.

A perda de peso 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 dificuldade em realizar as funções diárias e novamente à redução da ingestão de alimentação. É um ciclo vicioso que pode ser acelerado por doenças, imobilidade, depressão e medicamentos (ANDRADE, 2010).

Os idosos vivenciam o processo de envelhecimento de forma variável, influenciados pelo contexto em que vivem e pelos múltiplos fatores. Considerando as mudanças físicas e fisiológicas advindas do envelhecimento, alguns idosos respondem de maneira diferenciada no seu humor.

Muitos idosos sentem-se deprimidos com frequência, nesse estudo 61,3% dos participantes diz sentir-se deprimidos. Esse dado é preocupante, pois essa estatística foi elevada quando comparada a outros estudos. Estima-se que 15,0% dos idosos no Brasil apresentam sintomatologia depressiva, associada ou não a distúrbios psiquiátricos. Vários fatores têm sido identificados como predisponentes à depressão na fase tardia na vida, entre eles inclui-se a fragilidade na saúde, notadamente por maior prevalência de doenças e a maior dependência (FRANCIULLI et. al., 2007).

Além das alterações de humor o envelhecimento pode trazer também algumas alterações no organismo do indivíduo, acarretando com ele o aparecimento de algumas patologias, porém só ele em si não é a causa de incontinência urinária (IU), mas induz algumas mudanças funcionais e estruturais no sistema urinário, que podem predispor a incontinência. A Sociedade Internacional de Incontinência define incontinência urinária como a condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social ou higiênico e é objetivamente demonstrada. Alterações que comprometem o convívio social como vergonha, depressão e isolamento, frequentemente fazem parte do quadro clínico, causando grande transtorno aos pacientes e familiares (REIS et. al., 2003).

Nesse estudo 66,9% dos idosos afirmaram não perder urina involuntariamente, corroborando com o estudo de Sousa et. al. (2010), onde 29% dos idosos afirmaram perder urina sem querer. Estudos revelam que a prevalência da incontinência urinária no idoso varia de 8 a 34% (REIS et. al., 2003).

Já no estudo desenvolvido por Silva; Souza; D'Elboux (2011) foi obtido dados diferenciados, onde 65,0% dos idosos entrevistados referiram perda involuntária de urina, o que significa que o idoso refere perda urinária uma vez por semana ou menos e em pequena quantidade. Do total de 65 idosos com IU, 40 (61,4%) relataram perda de urina diversas vezes ao dia e em pequena quantidade. As principais causas ou situações de perda urinária apontadas pelos 65 idosos foram antes de chegar ao banheiro (50%) e perda ao tossir ou espirrar (37%).

Ainda segundo Silva; Souza; D'Elboux (2011) na comparação entre os idosos com e sem IU e os critérios de fragilidade, houve diferença estatisticamente significativa quanto ao número de critérios, ou seja, 62,8% dos idosos sem IU apresentaram um a dois critérios (pré-frágeis), enquanto, 70,7% dos idosos com IU apresentaram três ou mais critérios (frágeis). Assim, verificou-se que os idosos estudados com IU pontuaram maior número de critérios de fragilidade, quando comparados aos idosos sem IU.

Dentre as condições de saúde que podem afetar a pessoa idosa, a questão do envelhecimento cerebral e as consequentes alterações cognitivas são relevantes. Embora inevitáveis estas alterações podem ser retardadas através da adoção de hábitos saudáveis, tais como a prática de exercícios físicos regulares (preferencialmente antes dos 65 anos), dieta equilibrada e estímulo contínuo da função cerebral por meio de atividades sociais e intelectuais. E mesmo em idosos com perda cognitiva instalada, a adoção destas medidas pode promover a diminuição da progressão da perda. Daí a importância da utilização do rastreio cognitivo (MOTTA et. al., 2006).

Conhecer a redução da independência e da capacidade cognitiva é indispensável para manter o provimento das necessidades básicas da vida diária. O estudo pode associar a presença de déficit cognitivo e fragilidade e nele encontramos associação entre essas características, na qual idosos com déficit cognitivo apresentaram diagnóstico de fragilidade, observando-se em maior frequência que os casos de fragilidade severa estavam associados à presença de déficit cognitivo.

Observou-se que em diversos estudos a maioria dos idosos apresentaram baixo desempenho cognitivo, assemelhando-se a este, no estudo desenvolvido por Talmelli et. al. (2010) nota-se que 82% dos idosos apresentaram baixo desempenho cognitivo, sendo 86,6% do sexo masculino e 80,7% do sexo feminino, níveis de déficit cognitivo aumentados podem acarretar a síndrome ou a vulnerabilidade para desenvolvimento da mesma.

Além de avaliarmos o desempenho cognitivo devemos atentar também para o “envelhecimento com dependência”, destacando-se a questão da prevalência de patologias

crônicas nesse grupo etário. Para se avaliar o grau de dependência devemos utilizar a avaliação funcional do indivíduo. A “função” pode ser definida como a capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas cotidianos, ou seja, aquelas atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social. É avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD) (CALDAS, 2003).

A dependência funcional pode levar à perda da autonomia. Na medida em que o idoso demonstra algum grau de dependência, para administrar seus recursos financeiros ou adquirir alimentos e bens de consumo básico, pode ter sua autonomia prejudicada. Às vezes, torna-se necessário a ajuda de outras pessoas para gerir seus bens financeiros, fazer compras e realizar atividades de vida diária (TORRES et. al., 2010).

Nesse estudo obteve-se a dependência funcional com a fragilidade e obtivemos associação significativa, comprovou-se que idosos dependentes para o maior número de AVDs são mais frágeis, onde os idosos que apresentavam dependência para realização de 5 a 8 atividades possuíam mais casos de fragilidade severa. Tal achado assemelha-se ao encontrado no estudo de Ricci; Kubota; Cordeiro (2005) onde 42,5% dos idosos foram classificados com dependência modificada, necessitando de assistência de até 25% nas atividades. No estudo de Rigo; Paskulin; Moraes (2010), quanto à realização das AVD, destaca-se que 35,3% dos idosos eram independentes e que 52,9% possuíam dependência leve. Na pesquisa de Silva; Vieira; Dias (2009), dependência para pelo menos uma AVD esteve mais presente no grupo de idosos considerados frágeis do que nas não-frágeis.

Segundo Rosa et. al. (2003), os dados relacionados ao sexo (80% do sexo feminino), idade (80 anos ou mais) e estado civil (60% de viuvez), caracterizam uma população com maior fragilidade, pois, esses dados tem forte associação com o grau de dependência, sendo a chance de o idoso ter uma dependência moderada/grave de 36 vezes maior para os indivíduos com mais de 80 anos, duas vezes mais para o sexo feminino e 3,3 para os viúvos.

Contudo, devemos avaliar a dependência e também o risco de mortalidade do indivíduo frágil, pois se associa com a capacidade de desempenhar as AVD. Idosos com dependência para sete ou mais AVD tem três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes (RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Assim como a dependência funcional o desempenho funcional (instabilidade postural) também representa um dos principais problemas que afeta a vida dos idosos e que

pode desencadear outros problemas, como dificuldade na deambulação, risco de queda, imobilidade, baixa auto-estima, desenvolvimento do medo e insegurança.

Esse estudo mostrou associação entre a velocidade da marcha e a síndrome da fragilidade, onde estudos anteriormente realizados também reafirmam essa mesma associação. A lentidão da marcha pode ser associada com o sedentarismo avaliado pelo critério de gasto calórico semanal em exercício físico e tarefa doméstica. As mulheres apresentam mediana de tempo mais alta do que a dos homens, indicando que elas tem menos força muscular (COSTA; NERI, 2009).

No estudo desenvolvido por Alves; Leite; Machado (2008) o resultado foi diferenciado deste, onde os idosos participantes no quesito andar cerca de 100 metros apresentaram maior probabilidade de pequena dificuldade, não apresentaram probabilidade aumentada de grande dificuldade.

Para Remor; Bós; Werlang (2011) muitos idosos podem diminuir a atividade social, por possuírem declínios na mobilidade, porém em seu estudo não foi encontrado associação entre dessa variável com a presença de fragilidade, não sendo possível afirmar que a mesma esteja ligada a diminuição da atividade social e descontinuidade da participação do idoso nas atividades, como um possível indicador do risco do idoso tornar-se frágil.

Sousa et. al. (2010) realizaram um estudo objetivando identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem relacionados à presença das síndromes geriátricas em idosos hospitalizados, na qual foram identificados 394 diagnósticos de enfermagem relacionados às cinco principais síndromes geriátricas, dentre os achados a instabilidade postural foi uma das mais encontradas; onde os idosos apresentaram uma suscetibilidade aumentada para deambulação prejudicada (20%) e limitação a movimentação independente, a pé (12%), bem como limitação no movimento físico independente (12%) e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidade (19%).

Tais achados merecem atenção, elucidando a necessidade de se observar os diagnósticos presentes nos idosos que a caracterizam e que não há diferenciação no aparecimento destes com relação à finalidade de internação e vulnerabilidade a síndrome da fragilidade ou a instalação da mesma.

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, percebeu-se a necessidade de uma maior atenção a população idosa, no tocante ao processo de fragilização e de seus fatores predisponentes, na qual se verificou a presença da síndrome em um quantitativo significativo da população. Faz-se necessária a realização de mais estudos relacionados a essa temática, pois ainda são escassos na literatura nacional, a fim de trazer mais esclarecimentos sobre a mesma para os gestores, profissionais, cuidadores e população.

A identificação de sinais e sintomas preditores da fragilização no idoso e o momento em que estes surgem, auxilia na tomada de intervenções precoces. Tais dados voltam nossa atenção à inexistência de estratégias educacionais de proteção e prevenção da saúde do público alvo desse estudo, de ações que visem à manutenção da integridade e independência dos idosos, bem como de capacitação dos profissionais no manejo dessa síndrome em nível de atenção básica.

O estudo demonstrou que a fragilização encontra-se presente na vida da população idosa que participou da pesquisa e que a mesma quando não descoberta no seu início e não tratada corretamente, traz sérios danos físicos, psicológicos e sociais, diminuindo, conseqüentemente, sua capacidade cognitiva, independência funcional, autonomia, qualidade de vida e seu desempenho funcional. Destacando-se, a necessidade de desenvolvimento de ações que previnam a ocorrência desse agravo, visando garantir ao idoso uma vida digna, saudável e livre de danos.

Para conseguirmos a redução dos fatores de risco de desenvolvimento da fragilização podemos desenvolver programas de assistência à saúde do idoso que tendam a postergação do declínio da capacidade funcional e cognitiva dos idosos. Atividades de cunho social, psicológico e funcional podem ser uma boa saída para retardamento da instalação dessa síndrome multifatorial e multidimensional.

O cuidado ao idoso fragilizado, ou ao que está em processo de pré-fragilização pode ser potencializado com o envolvimento de uma equipe multi e interdisciplinar, que deve estar integrada e empenhada para a sua concretização, bem como preparados para a identificação e intervenção nos problemas de saúde associados à fragilidade no idoso. As ações devem ser realizadas por toda equipe de saúde e programadas de maneira individualizada, considerando as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais.

Geralmente a abordagem profissional é focalizada nas ações curativas, enquanto os profissionais de saúde deveriam enfatizar a promoção da saúde e a prevenção, na sua prática diária, sugerindo um redirecionamento das políticas de saúde.

O presente estudo oferece mais informações e conhecimento a respeito dessa síndrome pouco conhecida e estudada, permitindo aos profissionais de saúde, principalmente aos de enfermagem reavaliar a necessidade de mudanças de suas condutas, bem como de aperfeiçoamento nessa temática.

Para realização desse trabalho houve algumas limitações, tais como literatura restrita, poucos estudos desenvolvidos no nosso país utilizando essa temática, o difícil processo de coleta de dados nas UBS devido a não programação de atividades dos profissionais, dentre outras restrições. Portanto, espera-se que essa pesquisa tenha servido como base e inspiração para estudos futuros que possam ser desenvolvidos e para ampliação de dados a respeito do tema, que contribua para reflexão dos profissionais e acadêmicos, sobre os riscos, instalação e desfecho da síndrome, para que possamos ofertar aos idosos um envelhecimento mais saudável, com uma melhor qualidade de vida e livre de danos e complicações.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-546, mar., 2008.
- AMICI, A. et al. The Marigliano-Cacciafeste polypathological scale: A tool for assessing fragility. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 46, n. 6, p. 327-334, sept., 2008.
- ANDRADE, W.J. **Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos residentes na área de abrangência na Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro no município de Passa Tempo/MG**. Belo Horizonte, Minas Gerais. 29f. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica [nº 19, Série A]. Brasília (DF). Normas e Manuais Técnicos, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. [Série A. Normas e Manuais Técnicos] – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- CAETANO, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio-jun, 2003.
- CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.
- CARMO, L.V.; DRUMMOND, L.P.; ARANTES, P.M.M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Fisioter. Pesq.**, v. 18, n. 1, p. 17-22, 2011.
- CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica no Brasil. In: TAVARES, A. **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 67-77.
- DUARTE, Y.A.O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **Envelhecimento & Saúde [Boletim do Instituto de Saúde]**. v. 47, p. 49-52, 2009.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. Trat. Aparecida Yoshie Yoshitome, Ana Thorell. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ERICHSEN, C.G. **Evidências para o desenvolvimento do diagnóstico de Enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e Fatores de Risco para o Diagnóstico de “Risco para a Fragilidade no Idoso” em Unidade de Internação Cirúrgica.** Porto Alegre. 64f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem, 2011.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun., 2008.

FIEDLES, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev., 2008.

FRANCIULLI, S.E. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 373-380, 2007.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. **The Journals of Gerontology**, v. 56, n. 3, 2001.

GIACOMIN, N.K.C.; PEIXOTO, S.V. UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun., 2008.

GIACOMIN, N.K.C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan-fev, 2005.

HARDY, S. E.; DUBIN, J. A.; HOLFORD, T. R.; GILL, T. M. Transitions between states of disability and independence among older persons. **Am. J. Epidemiol.**, v. 161, n. 6, p. 575-584, Mar. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do censo demográfico 2010.** Brasília (DF), 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

LIMA, L.G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J.C.; LIMA, N.K.C. Aspectos controversos no tratamento da hipertensão no idoso: fragilidade, distúrbios cognitivos e octogenários. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 14, n. 1, p. 42-45, 2007.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G.O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 385-93, jun. 2011.

LOBIONDO-WOOD G., HABER J. **Pesquisa em enfermagem; métodos, avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

- LUSTOSA, L.P. et al. Efeito de um programa de resistência muscular na capacidade funcional e na força muscular dos extensores do joelho em idosas pré-frágeis da comunidade: ensaio clínico aleatorizado do tipo crossover. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 318-24, jul./ago. 2011.
- MACEDO, C.; GAZZOLA, J.M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 177-84, 2008.
- MARIN, M.J.S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1545-1555, jul., 2008.
- MARTINS, J.J. et. al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, p. 30-7, 2008.
- MEIRELES, V.C.; MATSUDA, L.M.; COIMBRA, J.A.H.; MATHIAS, T.A.F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em Enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 69-80, jan-abr, 2007.
- MOTTA, J.; RIBEIRO, J. L.; CARVALHO, J & MATOS, M. G. 2006. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física**, v.20, n. 3, p. 219-225.
- NEGRI, L.G.J.L. et. al. Aplicação de um instrument para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, 2004.
- OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de Fragilidade para idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-9, 2011.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**: Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.
- PEREIRA, L.S.M. **Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento**. Guanabara Koogan, Cap. 4, 2009. 557 p.
- CARVALHO, C.R.F.; TANAKA, C. Guanabara Koogan, Cap. 4, p.557, 2009.
- POCOCK, S. J. **Clinical trials – a practical approach**. Great Britain: John Wiley & Sons, 1989.
- REIS, R.B. et. al. Incontinência urinária no idoso. **Act Cir Bras [serial online]**, v. 18, n. 5, 2003.
- REMOK, C.B.; BÓS, A.J.G.; WERLANG, M.C. **Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso**. *Scientia Medica (Porto Alegre)*, v. 21, n. 3, p.107-112, 2011.

- RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T. CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655-62, 2005.
- RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 254-61, 2010.
- RIZZOLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Rev Bras Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro (RJ), v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.
- RODRIGUES, R.A.P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 643-8, 2008.
- ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATO, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, p. 40-8, 2003.
- SANTOS, K. A.; KOSZUOSKI, R.; COSTA, J.S.D.; PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu. Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 11, p. 2781-2788, nov., 2007.
- SILVA, S.L.A. et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisoter. Pesq.**, v. 16, n. 2, p. 120-5, 2009.
- SILVA, V.A.; SOUZA, K.,L.; D'ELBOUX, M.J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 672-8, 2011.
- SMELTZET, C.S. et al. **BRUNNER E SUDDARTH, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, vol 3, ed. 11º, p.1280-1325, 2009.
- SOUSA, R.M. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p. 732-741, out.-dez., 2010.
- SYDDALL, H., et al. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. **Age and Ageing**, v. 39, n. 6, Oxford University Press, set. 2010.
- TEIXEIRA, I.N.D.O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 12, n. 2, p.127-132, maio/ago. 2008.
- TIBINCOSKI, K.M.; GALATO, K.R.P.D.; TREVISOL, F.S. Uso de medicamentos no tratamento de idosos atendidos em unidade básica de saúde no Sul de Santa Catarina: Um olhar sobre o uso de antibacterianos. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, 2007.
- TORRES, G.V. et al. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 19-30, jan./mar., 2010.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio-jun, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública [online]**. v.43, n. 3, p. 548-554. 2009.

VERMELHO, L. L.; MONTENEGRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiologia. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2004, p. 91-103.

WEHBE, S.C.C.F. **Adaptação e Validação da "Edmonton Frail Scale", (EFS) – escala de avaliação de fragilidade em idosos**. Ribeirão Preto, 2008. 165f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WEHBE, S.C.C.F., et al. **Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. v.17, n. 6, p. 1043-1049. 2009.

APÊNDICES

**APÊNDICE A –
FORMULÁRIO I: VARIÁVEIS EXTERNAS AOS PERFIS DE SAÚDE**

Formulário: nº _____

Unidade de Saúde da Família (USF):

(1) A (2)B (3)C

A1 – Perfil demográfico e socioeconômico

1) Idade: _____

2) Sexo:

(1)Masculino (2)Feminino

3 - Cor da pele:

(1)branca (2)negra (3)parda (4)amarela (5)outra

4 - Escolaridade:

(1)sem escolaridade

(2)1 a 4 anos

(3)5 a 8 anos

(4)9 a 11 anos

(5)12 anos ou mais

5 – Estado Civil:

(1) Solteiro(a)

(2) Casado(a)

(3) Divorciado(a)/Disquitado(a)

(4) Separado(a)

(5) Viúvo(a)

6 – Ocupação:

(1) Empregado(a)

(2) Desempregado(a)

(3) Dona de casa

(4) Aposentado(a)

(5) Pensionista

(6) Outro: _____

Qual a sua renda? _____

7 – Número de pessoas que convivem no domicílio:

(1)1 a 4

(2) 5 a 9

(3) acima de 10

8 - Arranjo familiar:

(1) mora sozinho(a)

(2) mora acompanhado(a)

9 - Se mora acompanhado, com quem você mora?

(1) Sozinho

(2) Somente com o cônjuge

(3) Conjugue e filho(s)

(4) Cônjuge, filho(s), genro ou nora

(5) Somente com filho(s)

(6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos)

(7) Arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge)

(8) Arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos)

(9) Somente com netos (sem filhos)

(10) Não familiares

10 – Religião:

(1) Católica

(2) Cristã protestante

(3) Espiritismo

(4) Outros: _____

11 - Situação de moradia:

(1) própria-quitada

(2) própria-paga prestação

(3) paga aluguel

(4) cedida-sem aluguel

(5) outro tipo

12 - Como você descreve o seu acesso ao serviço de saúde?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Razoável (5) Ruim (6) Muito ruim

APÊNDICE B -**FORMULÁRIO II: VARIÁVEIS INTERNAS AOS PERFIS DE SAÚDE****A2 – Perfil clínico (doenças crônicas)****13 - (A) Sr(a) é portador de alguma doença crônica?**

(1) Sim

(2) Não

14 – Se sim, Quais dessas doenças crônicas o(a) Sr(a) é portador(a)?

(1) Artrite/Reumatismo

(2) Câncer

(3) Diabetes mellitus

(4) Asma/Bronquite

(5) Hipertensão

(6) Doença do coração

(7) Depressão

(8) Problema na coluna

(9) Insuficiência Renal Crônica

(10) Tendinite/Tenossinovite

(11) Outras: _____

16 - Se Sr(a) possui alguma dessas doenças, o Sr(a) já teve ou tem alguma complicação/sequela dessas morbidades?

(1) sim (2) não

Quais: _____

17 – Acamado?

(1) sim (2) não

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: “Investigação do grau de fragilidade de idosos residentes em Picos - PI”
Pesquisador responsável: Ana Larissa Gomes Machado

Pesquisador participante: Nádyá dos Santos Moura

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB/Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (089) 9983-9113

Você está sendo convidado (a) para participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Trata-se de um estudo cujo principal objetivo é avaliar o grau de fragilidade de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Picos (PI).

A fim de atingir seu objetivo maior pretende-se:

- Traçar o perfil socioeconômico e clínico da amostra estudada;
- Verificar a associação entre o sexo, idade, déficit cognitivo e diagnóstico de fragilidade;
- Identificar a associação entre a independência funcional e a fragilidade.

Para a coleta de dados será utilizado um formulário com perguntas objetivas, que abordarão: dados pessoais, sócio-econômicos e específicos em relação ao uso de fármacos, número de internações, independência funcional, presença de patologias, entre outros.

Atente-se para o que se segue:

1. Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas.
2. Você poderá receber a visita do pesquisador em sua residência, caso haja necessidade para tal, nos horários e dias marcados.
3. Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
4. Se você concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e representantes do Comitê de Ética independente terão acesso a seus dados para verificar as informações do estudo.
5. A coleta das informações acontecerá no período de setembro a novembro de 2010. Você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula/registro _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Investigação do grau de fragilidade de idosos residentes em Picos - PI”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Investigação do grau de fragilidade de idosos residentes em Picos - PI”. Eu discuti com a pesquisadora Ana Larissa Gomes Machado sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar do estudo.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON (EFE)

Formulário: nº _____

Unidade de Saúde da Família (USF): (1) A (2)B (3)C (4)D

EXAMINDO POR:	
DATA:	
PONTUAÇÃO:	Coluna B _____ x 1 pt = _____ Coluna C _____ x 2 pt = _____ Pontos Totais: _____/17

INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

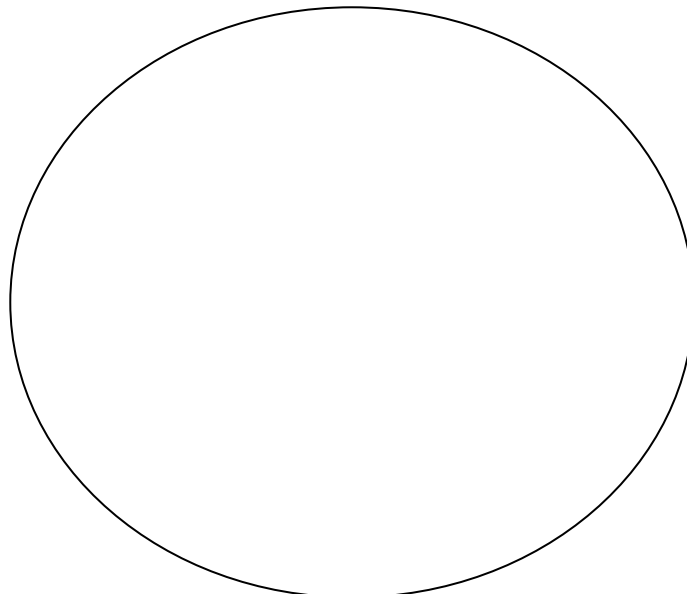
A. COGNIÇÃO

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

(TDR): “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar “**onze horas e dez minutos**’.” (Veja o Método de Pontuação TDR)

A	B	C
()	()	()
Aprovado	Reprovado com erros mínimos	Reprovado com erros significantes

Dobre na linha pontilhada para esconder elementos de distração, antes de pedir ao paciente para começar.



B. ESTADO GERAL DE SAÚDE

Nos últimos 12 meses, quantas vezes () **A** () **B** () **C**
 você foi internado (a)?
 () 0 () 1-2 () >2

De modo geral, como você () Excelente () Razoável () Ruim
 descreveria sua saúde? (escolha uma () Muito boa
 alternativa) () Boa

C. INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Em quantas das seguintes atividades
 você **precisa** de ajuda?

1- Preparar Refeição (cozinhar)

2- Transporte (locomoção de um lugar
 para outro)

3- Cuidar da Casa (limpar/arrumar
 casa)

4- Administrar o dinheiro (cuidar do () **A** () **B** () **C**
 dinheiro) () 0-1 () 2-4 () 5-8

5- Fazer Compras

6- Usar o Telefone

7- Lavar a Roupa

8- Tomar Remédios

D. SUPORTE SOCIAL

Quando você precisa de ajuda, você pode () **A** () **B** () **C**
 contar com a ajuda de alguém para atender as ()
 suas necessidades? Sempre Algumas vezes Nunca

E. USO DE MEDICAMENTOS

a) Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e () **A** () **B**
 receitados pelo médico? () Não () Sim

b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? () Não () Sim

F. NUTRIÇÃO

Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas () **A** () **B**
 roupas estão mais folgadas? () Não () Sim

G. HUMOR

Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência? **A** **B**
 Não Sim

H. CONTINÊNCIA

Você tem problema de perder o controle de urina sem querer?
 (segurar urina) **A** **B**
 Não Sim

I. DESEMPENHO FUNCIONAL

FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como >20 segundos se:

1. O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste
2. Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser ‘VÁ’, por favor, fique em pé e ande novamente a marca no chão (aproximadamente 3m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente”. **(Se for omitir este item, exclua a coluna C)**

TEMPO TOTAL: _____ segundos

A	B	C
<input type="checkbox"/> 0-10 seg	<input type="checkbox"/> 11-20 seg	<input type="checkbox"/> >20 seg

Método de Pontuação TDR da EFE

O valor do TDR na EFE seguirá as instruções de pontuação original. Os participantes recebem uma folha com um círculo padrão com 10 cm de diâmetro e as seguintes instruções são passadas: “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar **“onze horas e dez minutos”**”.

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

- A. Aprovado.** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.

B. Reprovado com erros mínimos. Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após posicionar a transparência alvo sobre o relógio desenhado, ocorrer qualquer um dos itens abaixo:

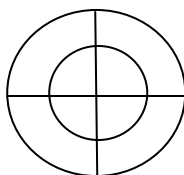
- a) Algum número está posicionado no meio do círculo.
- b) Há mais ou menos do que três números em qualquer um dos quatro quadrantes.

C. Reprovado com erros significantes.

- a) Posicionamento dos ponteiros de hora e minuto está, significativamente, incorreto.
- b) Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta escrever as horas à semelhança de um relógio digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
- c) Os números estão agrupados em apenas um lado do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
- d) Ocorrem outras distorções quanto à sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).

Reprovado com erros significantes sugere déficit cognitivo.

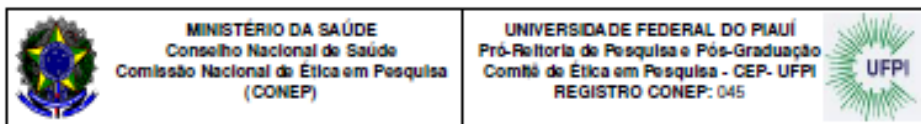
Transparência Alvo: A transparência alvo é reproduzida como um círculo (10 cm de diâmetro) com duas linhas perpendiculares cruzando o ponto central do círculo, criando quatro quadrantes. Um círculo menor (5 cm de diâmetro) também é desenhado no interior do primeiro círculo, com o ponto central em comum. A transparência final deve ter a seguinte aparência:



OBS: Essa escala totaliza o escore máximo de **17 pontos** e representa o nível mais elevado de fragilidade. As pontuações para análise da fragilidade são:

- ✓ **0 – 4**, não apresenta fragilidade;
- ✓ **5 – 6**, aparentemente vulnerável;
- ✓ **7 – 8**, fragilidade leve;
- ✓ **9 – 10**, fragilidade moderada;
- ✓ **11 ou mais**, fragilidade severa.

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Investigação do grau de fragilidade de idosos residentes em Picos-PI
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0406.0.045.000-11
Pesquisador Responsável: Ana Larissa Gomes Machado

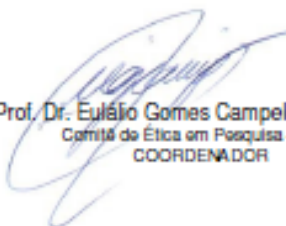
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Julho/2012 **Relatório final**

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 17/10/2011

Teresina, 25 de Outubro de 2011.


 Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
 COORDENADOR