

PERFIL DE FRAGILIDADE DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fragility profile of elderly care in primary health care

Perfil de fragilidad de atención a personas mayores en atención primaria de salud

Josefa Raquel Luciano da Silva¹, José Antonio da Silva Júnior², Mayse Cristelle de Sales Melo³, Ana Elisa Pereira Chaves⁴, Fabíola de Araújo Leite Medeiros⁵, Ana Claudia Torres de Medeiros⁶

Como citar este artigo:

Silva JRL, Silva Jr. JA, Melo MCS, Chaves AEP, Medeiros FAL, Medeiros ACT. Perfil de fragilidade de idosos atendidos na atenção primária à saúde. 2021 jan/dez; 13:1603-1609. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10560>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os graus da fragilidade em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, através da *Edmonton Frail Scale*. **Método:** Os dados foram obtidos por meio de um questionário previamente elaborado. Excetuando-se as perdas e recusas amostrais, participaram do estudo 118 idosos. A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio dos idosos. **Resultados:** Obteve-se predominância de pessoas do sexo feminino (72%), a idade média foi de aproximadamente 71,55 anos. No tocante a fragilidade de forma geral, 28% (n=3) dos entrevistados obtiveram escores comuns à fragilidade, 32,2% (n=38) foram considerados aparentemente vulneráveis e 39,8% (n=47) não frágeis. **Conclusão:** Considerando as alterações que o idoso fragilizado pode enfrentar com o avanço desse problema, são necessárias intervenções precoces, as quais a Atenção Primária à Saúde é capaz de priorizar, contudo são necessários estudos maiores para avaliarem variáveis relacionadas à fragilidade em diferentes realidades.

DESCRITORES: Saúde do idoso; Idoso fragilizado; Atenção primária à saúde.

1 Bacharel(a) em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1791-5541>; EMAIL: jaquel.silva@hotmail.com

2 Bacharel(a) em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7965-3095>, EMAIL: joseantonio.030@hotmail.com

3 Bacharel(a) em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9402-0752>. EMAIL: mayse.csm14@hotmail.com

4 Docente na Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1960-0984>. EMAIL: aepchaves@gmail.com

5 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0834-1155>. EMAIL: profabiola@bol.com.br

6 Docente na Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3695-9745>. EMAIL: anaclaudia.tm@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to evaluate the prevalence and degrees of frailty in the elderly cared for in Primary Health Care, through the Edmonton Frail Scale. **Method:** The data were obtained through a previously prepared questionnaire. Except for sample losses and refusals, 118 elderly people participated in the study. Data collection was performed at the Basic Health Unit or at the elderly's home. **Results:** Among the 118 elderly people interviewed, there was a predominance of females (72%), the average age was approximately 71.55, corroborating also with other studies. Over these, the low level of education stood out. Regarding frailty in general, 28% (n = 3) of the interviewees obtained scores common to frailty, 32.2% (n = 38) were considered apparently vulnerable and 39.8% (n = 47) were not fragile. **Conclusion:** In view of the changes that the frail elderly can undergo with the progress of this problem, early interventions are needed that Primary Health Care is able to prioritize, however further studies are needed to assess variables related to frailty in different types of people.

DESCRIPTORS: Health of the elderly; Frail elderly; Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la prevalencia y grados de fragilidad en ancianos atendidos en Atención Primaria de Salud, a través de la Edmonton Frail Scale. **Método:** Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario elaborado previamente. A excepción de las pérdidas y negativas de la muestra, 118 personas mayores participaron en el estudio. La recogida de datos se realizó en la Unidad Básica de Salud o en el domicilio del anciano.

Resultados: Entre los 118 ancianos entrevistados, hubo predominio del sexo femenino (72%), la edad promedio fue de aproximadamente 71,55 años, corroborando también con otros estudios. Sobre estos, se destacó el bajo nivel educativo. En cuanto a la fragilidad en general, el 28% (n = 3) de los entrevistados obtuvo puntuaciones comunes a la fragilidad, el 32,2% (n = 38) se consideró aparentemente vulnerable y el 39,8% (n = 47) no frágil. **Conclusión:** Considerando los cambios que pueden enfrentar los ancianos frágiles con el avance de esta problemática, se necesitan intervenciones tempranas, las cuales la Atención Primaria de Salud es capaz de priorizar, sin embargo, se necesitan estudios más amplios para evaluar variables relacionadas con la fragilidad en diferentes realidades.

DESCRIPTORES: Salud del anciano; Ancianos frágiles; Primeros auxilios.

INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento populacional e a ampliação da esperança de vida – de homens com 81 anos e mulheres com 84 anos, entre os anos de 2010 a 2060 – leva a pensar sobre a maneira com que as pessoas idosas vivem, indo além do simples prolongamento do tempo, mas ter vida com qualidade e dignidade.¹⁻²

Em todo o mundo, e principalmente nos países em desenvolvimento e emergentes, existe a necessidade de uma tomada de decisão estratégica, para auxiliar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas pelo maior espaço de tempo possível, com atenção coletiva e multidisciplinar para as condições de saúde, morbidade e limitações funcionais dos idosos, focando a prevenção de agravos.^{1,3}

Com finalidade de ampliar o cuidado, o Sistema Único de Saúde (SUS) está norteado para a Atenção Primária à Saúde, que é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito

individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.⁴

O processo de envelhecimento pode levar à perda da autonomia, ou seja, a capacidade de determinar, executar sua própria vontade e tomar decisões. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos de idade capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de descanso, convívio social e trabalho seguramente será considerada como uma pessoa saudável.

Pouco implica saber que essa mesma pessoa é hipertensa, tem problemas endócrinos, cardíacos e que toma medicamento para depressão, condições essas frequentes nesta idade. O importante é que, como resultante de um tratamento e intervenções bem-sucedidas, ela cultiva sua autonomia, é feliz, interage socialmente e, para todos os efeitos, é uma pessoa idosa saudável.^{3,5}

No entanto, uma pessoa com a faixa etária e as mesmas doenças, porém sem gerência destas, poderá apresentar quadro distinto. A priori, com a influência da depressão, essa pessoa poderá apresentar uma progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, déficit cognitivo, prejuízo de autoestima e renúncia de autocuidado. Paralelamente, o diabetes e o problema cardíaco, que de início não limitavam, passam a limitar fisicamente, agravando o problema cognitivo e aumentando o risco para complicações cardiovasculares.⁵⁻⁶

Sendo assim, as transformações observadas na composição demográfica procedem em alterações no perfil epidemiológico, com abatimento das morbidades infectocontagiosas e aumento das crônicas-degenerativas que, em sua maioria, interferem na aptidão funcional e na qualidade de vida da população que envelhece.⁷

Ressalta-se que nessa população além das doenças crônicas não transmissíveis, síndromes geriátricas, barreiras físicas, prejuízos cognitivos, indícios depressivos, decaimento sensorial, acidentes e retraimento social, são condicionantes para maior vulnerabilidade dos idosos. Diante deste panorama, torna-se importante então, a discussão sobre a fragilidade na população idosa.⁷⁻⁸

A fragilidade começou a ser mencionada na literatura nos anos 80, nomeando indivíduos frágeis àqueles que tinham mais de 60 anos, que fossem dependentes para as atividades de vida diária (AVD) e geralmente institucionalizados. Percebe-se desse modo, que tal opinião baseava-se na perspectiva da funcionalidade, ou seja, era interligada à inaptidão e doenças crônicas.⁸

A fragilidade é conceituada como uma síndrome geriátrica multidimensional, com redução da eficiência da homeostase e, conseqüentemente, das habilidades para executar as AVD, envolvendo a inter-relação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que resulta num estado de maior vulnerabilidade, associado a risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como delírio, declínio funcional, mobilidade prejudicada, quedas, retraimento social, aumento da morbimortalidade e hospitalização.¹

Entre os sinais e sintomas que os idosos acometidos pela síndrome da fragilidade possuem, podem ser encontrados os relatos de fadiga, perda de peso sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão reduzida, alteração no tempo da marcha e do equilíbrio e diminuição das relações sociais. As pessoas que tiverem pelo menos três desses sintomas são consideradas frágeis, e as que apresentarem pelo menos dois são consideradas potencialmente ou pré-frágeis. O modelo sugerido por Fried considera que dois são os principais mecanismos responsáveis pelo alcance da condição frágil: as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades.^{1,8-10}

Estudos demonstram que ainda são escassos os dados acerca da fragilidade em idosos, sobretudo pela falta de consenso quanto a um significado que possa ser utilizado favorecendo cada característica e como estas se convencionam para determinar a fragilidade dos sujeitos.^{8,10}

Portanto, torna-se relevante a realização de estudos relacionados à avaliação e a classificação dos idosos de acordo com os critérios de fragilidade, pois poderão organizar as prioridades de assistência em enfermagem, especialmente na APS, que tem como propósito prevenir as enfermidades, além de conservar e/ou reparar a capacidade funcional e a autonomia.

Nesta perspectiva, objetivou-se avaliar a prevalência e os graus da fragilidade em idosos da comunidade, atendidos na APS e, assim, contribuir no planejamento e realização de ações preventivas e terapêuticas em saúde coletiva nas diferentes populações.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e transversal com abordagem quantitativa. Este foi realizado no Distrito Sanitário III, especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) Palmeira I, no município de Campina Grande – Paraíba.

A população de idosos cadastrados no E-SUS pela UBS Palmeira durante a escrita do projeto de pesquisa era de 301, sendo a amostra do estudo selecionada por amostragem aleatória simples. O cálculo amostral resultou em um n equivalente a 134 participantes, e, considerando o nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Excetuando-se as perdas e recusas amostrais, participaram do estudo 118 idosos. Foram considerados critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar devidamente cadastrado na Estratégia Saúde da Família (ESF), e apresentar capacidade cognitiva segundo o escore do Mini Exame do Estado Mental – (MEEM). Como critérios de exclusão foram considerados: estar viajando ou hospitalizado no período da coleta, e apresentar doenças ou sintomas que impossibilitem de responder o MEEM.

A coleta de dados foi realizada na UBS ou no domicílio dos idosos participantes da pesquisa. Foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2019, contando com a colaboração dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS), sendo utilizado um questionário sociodemográfico composto pelas variáveis: idade, gênero, escolaridade, estado civil, renda familiar,

religião e se o idoso reside sozinho. Este instrumento possuía ainda o MEEM e a *Edmonton Frail Scale* - EFS, validada para a língua portuguesa,¹¹ e que avalia nove domínios, entre eles a cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional.

Os dados coletados foram digitados em planilhas, no software *Microsoft Office Excel* 2010, e em seguida, analisados estatisticamente, sendo desenvolvida a estatística descritiva, envolvendo tabelas, gráficos, média e desvio padrão.

Os (as) pesquisadores (as) se propuseram a seguir as orientações contidas na resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.¹² Para tanto, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os idosos participantes da pesquisa. Destaca-se que o TCLE foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas pelo idoso, convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro/UFCG com o número de parecer 3.080.306.

RESULTADOS

Do total de 118 idosos participantes, 31 (26,27%) erraram o teste do relógio, que avalia a cognição, por isso considerou-se a pontuação máxima (dois pontos) na EFE, a qual traz enquanto significado, que uma maior pontuação, teria maior possibilidade da perda de autonomia e diminuição de graus variáveis da funcionalidade.

A tabela 1 apresenta as condições demográficas e socioeconômicas dos protagonistas do estudo.

Tabela 1- Variáveis demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo. Campina Grande – PB, 2019.

VARIÁVEIS	n	%
Gênero		
Masculino	33	28,0
Feminino	85	72,0
Grupo etário		
60 a 69	52	44,0
70 a 79	43	36,4
80 ou mais	23	19,5
Mora sozinho (a)		
Sim	18	15,3
Não	100	84,7
Escolaridade		
Primeiro grau completo	15	12,7
Não frequentei a escola	21	17,8
Primeiro grau incompleto	55	46,6
Superior completo	7	5,9
Segundo grau incompleto	5	4,2
Segundo grau completo	12	10,2
Superior incompleto	3	2,5

VARIÁVEIS	n	%
Cor		
Branco (a)	35	29,7
Pardo (a)	77	65,3
Amarelo (a)	3	2,5
Preto (a)	3	2,5
Estado Civil		
Casado (a)	46	39,0
Viúvo (a)	37	31,0
Solteiro (a)	19	16,0
Divorciado (a)	16	13,6
Renda Familiar		
De 2 a 5 SM	44	37,3
Menor ou igual a 1 SM	71	60,2
De 5 a 10 SM	3	2,5
Religião		
Católico (a)	87	73,7
Evangélico (a)	29	24,6
Não tem	1	0,8
Espírita	1	0,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 2 apresenta os questionamentos presentes na EFE, adaptada para o português,¹¹ sendo utilizada neste estudo.

Tabela 2- Apresentação geral dos resultados da aplicação da EFE. Campina Grande-PB, 2019.

VARIÁVEIS	n	%
Teste do relógio		
Aprovado (a)	42	35,6
Reprovado (a) com erros mínimos	45	38,3
Reprovado (a) com erros significativos	31	26,3
Nº de internações no último ano		
0	99	83,9
0 a 1	15	12,7
> 2	4	3,4
Como você descreveria sua saúde		
Boa	44	37,3
Razoável	61	51,7
Ruim	13	11,0
Independência funcional		
0 - 1 atividades	97	82,2
2 - 4 atividades	17	14,4
5 - 8 atividades	4	3,4
Quando você necessita de auxílio em alguma atividade tem alguém para lhe ajudar		
Sempre	72	61,0
Algumas vezes	36	30,5
Nunca	10	8,5

VARIÁVEIS	n	%
Normalmente você utiliza cinco ou mais remédios receitados pelo médico?		
Sim	34	28,8
Não	84	71,2
Esquece-se de tomar o remédio algumas vezes?		
Sim	50	47,4
Não	68	57,6
Perdeu peso recentemente?		
Sim	47	39,8
Não	71	60,2
Sente - se triste ou deprimido com frequência?		
Sim	46	39,0
Não	72	61,0
Você tem incontinência?		
Sim	28	23,7
Não	90	76,3
Levante e ande cronometrado		
0 - 10 segundos	40	33,9
11 - 20 segundos	66	55,9
> 20 segundos	12	10,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As respostas prováveis da EFE apresentadas acima são analisadas em três variáveis, A, B e C, a saber: a variável A diz respeito a respostas que expressam condições favoráveis, cuja pontuação é igual a zero. A variável B agrupa àqueles pontos que evidenciam condições intermediárias de fragilidade e valem um ponto. E a variável C concebe qualidade severa de fragilidade e recebe um total de dois pontos. Portanto, pondera-se que indivíduos com total de pontos entre zero e quatro não apresentam fragilidade, entre cinco e seis são classificados como aparentemente vulneráveis, de sete a oito apresentam fragilidade leve, de nove a dez, fragilidade moderada e 11 ou mais, fragilidade grave.¹¹

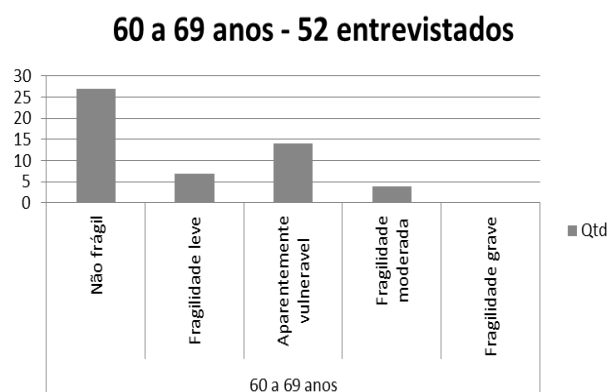
No tocante a fragilidade de forma geral, 33 participantes (27,9%) obtiveram escores comuns à fragilidade (leve, moderada e grave), 38 (32,2%) foram considerados aparentemente vulneráveis e 47 idosos (39,8%) não frágeis.

Quanto à presença de incontinência urinária, identificada em 28 idosos (23,72%), após a classificação obteve-se que 13 (46,4%) eram idosos frágeis, 12 (42,8%) idosos pré-frágeis ou vulneráveis e três (10,7%) idosos não frágeis ou robustos.

Sobre os idosos que moram sozinhos, n = 18, é possível considerar que quatro (22,2%) utilizam a polifarmácia, e 13 (72,2%) afirmaram esquecer de tomar os medicamentos algumas vezes. No que tange a fragilidade seis (33,3%) apresentam algum grau de fragilidade (leve ou moderada), e cinco (27,8%) têm idade avançada de 80 anos ou mais.

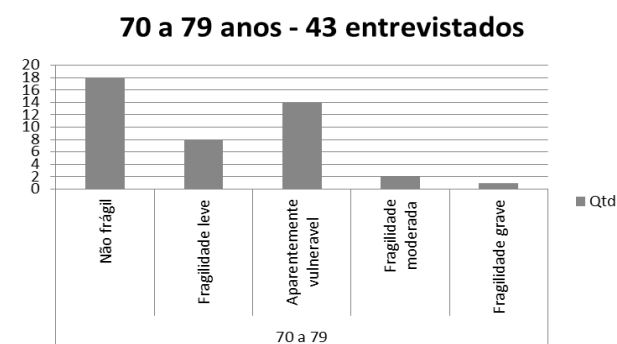
Os gráficos 1, 2 e 3 a seguir apresentam a classificação dos participantes conforme os grupos de idade 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais e os escores da EFE.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes, grupo etário de 60 a 69 anos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



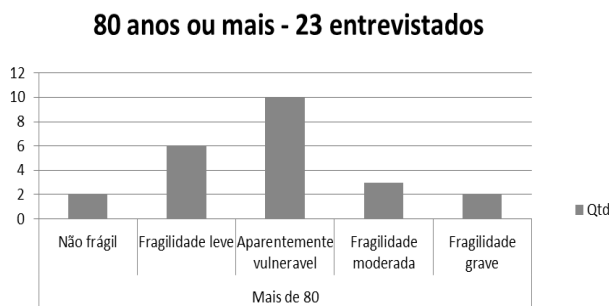
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes, grupo etário de 70 a 79 anos. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes, grupo etário de 80 a 89 anos. Campina Grande - PB, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Desta forma, é possível analisar de forma isolada da fragilidade de acordo com as faixas etárias supracitadas representando os idosos entrevistados de 60 a 69 anos (52 idosos) sendo 11 (21,1%) frágeis, 14 (26,9%) aparentemente vulneráveis e 27 (51,9%) não frágeis. Já aqueles entre 70 e 79 anos (43 idosos) apresentaram-se sendo 11 (25,6%) frágeis, 14 (32,5%) aparentemente vulneráveis e 18 (41,8%) não frágeis. E por fim, aqueles com 80 anos (23 idosos) ou mais seguem representados por 11 (47,8%) frágeis, 10 (43,5%) aparentemente vulneráveis e dois (8,7%) não frágeis.

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica dos idosos entrevistados assemelha-se àquelas obtidas em um estudo realizado no Brasil, com prevalência de pessoas do sexo feminino 86 (72%), a idade média foi de aproximadamente 71,55 anos e desvio padrão 8,25, corroborando também com outros estudos. Sobre estes, sobressaiu a baixa escolaridade (primeiro grau incompleto com cerca de 46,6%). No que diz respeito a religião, a maioria professava a religião católica 88 (73,7%).^{7-8,11}

No que se refere à escolaridade, é importante destacar que os 23 (48,9%) idosos não frágeis, tinham baixa escolaridade, não frequentaram a escola ou não tinham concluído o primeiro grau. Dos 33 idosos considerados frágeis, 28 apresentaram baixa escolaridade (84,8%). É importante ressaltar esse ponto, pois, possivelmente, aqueles que não tiveram oportunidade de ter uma maior formação acadêmica, também poderão ter menor acesso à informação, serviços de saúde, tratamento das morbidades e entre outros.^{7,13-14}

Embora a incontinência urinária não esteja presente na maioria dos idosos, naqueles que a possuem, 13 (46,4%) dos idosos eram frágeis e 12 (42,8%) pré-frágeis. Portanto, pode-se aferir que a incontinência é um fator de risco para o desenvolvimento da fragilidade.⁷

A maioria dos entrevistados, 73 (61,0%), assim como em um estudo realizado¹⁵ não possuíam indicativos de depressão (sentir-se triste com frequência), e ao contrário do que o estudo mostrou, 98 (82,2%) dos entrevistados eram independentes para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Além disso, outra diferença do estudo supracitado, é que a maioria dos idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis desta pesquisa não faziam uso de cinco ou mais medicamentos (71,2%).

O percentual de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis encontrados na amostra é semelhante ao de estudos nacionais,¹⁶⁻¹⁷ os quais abrangem resultados comuns à faixa etária de 70 a 79 anos, e 80 anos ou mais. O envelhecimento como preditor do processo de fragilização, pode estar relacionado às modificações e decaimento de múltiplos sistemas, sendo decorrentes da influência mútua de mecanismos fisiológicos e condições patológicas. Contudo, embora o envelhecimento possa aumentar a possibilidade de se ter fragilidade, nem todos idosos são fragilizados, implicando vias comuns, mas, não iguais entre si.¹⁷

Referente ao percentual de fragilidade geral em idosos, em uma pesquisa¹⁸ observou-se que 16,9% dos idosos foram classificados como idosos frágeis, 61,8% como idosos pré-frágeis e 21,3% como idosos não frágeis. Diante desses resultados, pôde-se evidenciar diferença significativa, tendo em vista o apontamento a maioria dos idosos entrevistados, representados por 47 (39,8%), foram classificados como não frágeis.

Nesta pesquisa, 33 (28%) dos participantes foram considerados frágeis, diferindo do estudo FIBRA, realizado no Rio de Janeiro com 9% dos idosos com escores comuns à fragilidade. Pré-frágeis equivalente a 39 (32,2%), e 47 (39,8%)

não frágeis ou robustos. No estudo FIBRA eram 52% pré-frágeis e 39% não frágeis.¹⁹

Quanto aos estudos internacionais, verifica-se que nessa pesquisa realizada houve maior prevalência da fragilidade. Em um estudo²⁰ realizado no norte de Madri, Espanha, constatou-se a fragilidade em 10,5% dos 1.327 idosos pesquisados, morando em comunidade, já no estudo²¹ realizado com idosos italianos verificou-se a fragilidade em 7,6% dos 5.636 idosos participantes. Em pesquisa na Alemanha, descreveram 5,1% dos entrevistados enquanto frágeis (2,8% do sexo feminino e 2,3% do sexo masculino).²²

Tendo em vista a prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis neste e em outros estudos, torna-se importante o desenvolvimento e a realização de intervenções para prevenir os eventos antagônicos. Ressalta-se então, a importância da prevenção da incidência da fragilidade nos três níveis de atenção à saúde, com foco em ações voltadas à prevenção das morbidades mais prevalentes na pessoa idosa, dentre elas, a hipertensão, o diabetes, e a dislipidemia.

Devem ser promovidas então, campanhas de vacinação, práticas de exercícios físicos e orientações sobre alimentação. Para os pré-frágeis, em geral preconiza-se o diagnóstico de forma antecipada, tratamento de doenças crônicas, prevenção de quedas, entre outros. Em relação aos frágeis, realizar uma abordagem gerontológica com enfoque na reabilitação para manter a funcionalidade.²³

Em relação às limitações do estudo, percebeu-se diminuição da demanda de usuários na UBS durante a coleta de dados, pois a mesma estava sem consulta médica, e por esse motivo havia diminuído a procura dos idosos pelo serviço. Outro entrave foi a indisponibilidade dos ACS para realização das visitas apenas em domicílios que possuíam idosos, uma vez que alguns deles estavam em fase de cadastramento das famílias assistidas e teriam que cumprir o cronograma de cadastro.

É necessário que estudos adicionais sejam realizados com amostras maiores, que permitam avaliação. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos considerando a população idosa não apenas da comunidade atendida pela UBS, expandindo também para os indivíduos atendidos no âmbito ambulatorial e os que estão institucionalizados, pois a institucionalização é o desfecho comum para esse grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se constatar que a fragilidade deve ser reconhecida como alvo para inquéritos e intervenções, tendo em vista as consequências para os indivíduos idosos, seus familiares e a sociedade que envelhece. Apesar de contemporâneas ações, ainda é incipiente a quantidade de estudos que avaliem essa condição e seus fatores associados e que considerem também os indivíduos pré-frágeis e não frágeis para realização das ações focando a prevenção.

O aprofundamento sobre essa temática poderá dar subsídio ao surgimento de políticas públicas e ao planejamento de ações estratégicas de saúde destinadas a essa população de idosos. Além de contribuir com as

investigações do cenário nacional para a identificação do idoso frágil, considerando-se as especificidades de cada região brasileira, e do modo de vida em cada uma delas.

O presente estudo mostrou-se relevante, pois infere que é necessário identificar precocemente os indivíduos que estão vulneráveis ou em processo de fragilização, pois estes com o passar do tempo possuem maior probabilidade de se tornarem frágeis, e também com vistas à prevenção da superlotação dos serviços de saúde, visto que os idosos serão o maior contingente populacional no futuro.

Para modificar esse panorama, sugere-se então, aplicar a escala da fragilidade em toda a APS do município e também no ambiente hospitalar, visto que a mesma está representada de forma simples, a qual necessita apenas do instrumento e caneta, para aplicabilidade. Após a sua aplicação e consequentemente a classificação, poderão ser realizadas intervenções com vistas a reduzir as alterações que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa.

Conclui-se então, que a avaliação e a categorização dos idosos de acordo com os critérios de fragilidade possibilitam organizar as prioridades de assistência, em particular na APS, com o objetivo de prevenir a fragilidade, manter e/ou restaurar a capacidade funcional e preservar a autonomia. Dessa maneira, em virtude deste estudo contemplar uma população limitada, as argumentações apresentadas restringem-se ao seu universo e não às eventuais generalizações, necessitando de investigações a nível nacional, para que maiores estratégias de cuidado sejam desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 02 de fevereiro 2019]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (homepage na internet). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [acesso em 25 fev 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
3. Valer DB, Bierhals CCBK, Aires M, Paskulin LMG. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2015 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 18(4). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14042>.
4. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. Cienc. Saúde Colet. [Internet]. 2014 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 19(8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>.
5. Tavares RE, Jesus MCP, Machado DR, Braga VAS, Tocantins FR, Merighi MAB. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2017 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 20(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2003 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 19(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.
7. Melo EMA, Marques APO, Leal MCC, Melo HMA. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. Saúde Debate. [Internet]. 2018 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 42(117). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811710>.

8. Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. [Internet]. 2017 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 12(39). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811710>.
9. Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann AL. Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. [Internet]. 2013 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 21(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000400009>.
10. Freire JCG, Nóbrega IRAP, Dutra MC, Silva LM, Duarte HA. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. [Internet]. 2017 [acesso em 25 de fevereiro 2019]; 41(115). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711517>.
11. Fabricio-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. [Internet]. 2009 [acesso em 01 de março 2019]; 17(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.
12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013;Seção 1.
13. Liberalesso TEM, Dallazen F, Bandeira VAC, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde Debate*. [Internet]. 2017 [acesso em 28 de fevereiro 2020]; 41(113). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711316>.
14. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ACC. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Cienc. Saúde Colet*. [Internet]. 2013 [acesso em 28 de fevereiro 2020]; 18(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600034>.
15. Marchiori GF, Tavares DMF. Mudanças nas condições de fragilidade e componentes do fenótipo em idosos após hospitalização. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [acesso em 03 de março 2019]; 25(2905). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1417.2905>.
16. Vieira IRA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, Dias JMD, Dias RC. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [acesso em 10 de fevereiro 2020]; 29(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126312>.
17. Pegorari MS, Tavares DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. [Internet]. 2014 [acesso em 03 de março 2019]; 22(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0213.2493>.
18. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Cienc. Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 de fevereiro 2020]; 20(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17232014>.
19. Moreira VG, Lourenço RA. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma população idosa da cidade do Rio de Janeiro, Brasil: o Estudo FIBRA-RJ. *Clínicas* [Internet]. 2013; [acesso em 10 de fevereiro 2020]; 68(7). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013\(07\)15](http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2013(07)15).
20. Castell MV, Sánchez M, Julián R, Queipo R, Martín S, Otero A. Frailty prevalence and slow walking speed in persons age 65 and older: implications for primary care. *BMC Fam. Pract*. [Internet]. 2013; [cited 2019 apr 03]; 14(86). Available from: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-86>.
21. Solfrizzi V, Scafato E, Frisardi V, Sancarlo D, Seripa D, Logroscino G, Baldereschi M, Crepaldi G, Di Carlo A, Galluzzo L, Gandin C, Inzitari D, Maggi S, Pilotto A, Panza Francesco. Frailty syndrome and all-cause mortality in demented patients: the Italian Longitudinal Study on Aging. *Age (Dordr)*. [Internet]. 2012; [cited 2019 mar 26]; 34(2). Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s11357-011-9247-z>.
22. Buttery AK, Busch MA, Gaertner B, Scheidt-Nave C, Fuchs J. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatrics*. [Internet]. 2015; [cited 2020 feb 10]; 15(22). Available from: <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-015-0022-3>.
23. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Rev. salud pública*. [Internet]. 2011; [acesso em 05 de março 2019]; 13(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000500014>.

Recebido em: 29/10/2020

Revisões requeridas: 05/03/2021

Aprovado em: 10/03/2021

Publicado em: 01/10/2021

Autora correspondente

Josefa Raquel Luciano da Silva

Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó

Campina Grande/PB, Brasil

CEP: 58.429-600

Email: jraquel.silva@hotmail.com

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.