

FRAGILIDADE, PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO E AVALIAÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS EM VULNERABILIDADE

Frailty, sociodemographic profile and health evaluation of older adults in vulnerability

Fragilidad, perfil sociodemográfico y evaluación de adultos mayores en vulnerabilidad

Isabela Tháís Machado de Jesus¹, Ariene Angelini dos Santos-Orlandi², Marisa Silvana Zazzetta³

Como citar este artigo:

Jesus ITM, Santos-Orlandi AA, Zazzetta MS. Fragilidade, perfil sócio demográfico e avaliação de saúde de idosos em vulnerabilidade. 2020 jan/dez; 12:1037-1044. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7486>.

RESUMO

Objetivo: O estudo teve como objetivo comparar a prevalência da fragilidade com perfil sociodemográfico e a avaliação subjetiva de saúde de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em um município do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo comparativo e transversal, baseado no método quantitativo de investigação. Foram avaliados 247 idosos utilizando-se: questionário para caracterização do idoso, Avaliação Subjetiva de Saúde e Escala de Fragilidade de Edmonton. As entrevistas foram realizadas no domicílio. Todos os cuidados éticos foram observados. A pesquisa foi aprovada sob CAAE 00867312.8.0000.5504. **Resultados:** Considerando a avaliação dos idosos, 41,7% dos idosos avaliados não apresentaram fragilidade e 36,8% possuíam algum nível (seja fragilidade leve, moderada ou severa). Houve diferença estatisticamente significativa entre fragilidade e: número de doenças relatadas e avaliação subjetiva de saúde. **Conclusão:** Idosos frágeis, com comorbidades e auto percepção negativa da saúde merecem especial atenção dos serviços de saúde e de assistência social.

Descritores: Idoso fragilizado; Vulnerabilidade social; Serviço de cuidado primário.

ABSTRACT

Objective: The study's main purpose has been to compare the prevalence of frailty with both demographic profile and subjective evaluation of health of older adults registered in Social Assistance Referral Centers of a countryside municipality from the São Paulo State. **Methods:** It is a comparative and cross-sectional study with a quantitative approach. There were assessed 247 older adults using the following: a questionnaire for the characterization of older adults, Subjective Evaluation of Health and the Edmonton Frail Scale. The interviews were carried out at home. All ethical precepts were respected. This research was approved under the *Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)* [Certificate of Presentation for Ethical Appraisal] No. 00867312.8.0000.5504. **Results:** Considering the assessed older people, 41.7% did not show frailty, whereas 36.8% did show some level (mild, moderate or severe) of it. There was found a statistically significant

- 1 Graduada em Gerontologia, Mestre em Ciências da Saúde, Doutoranda, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).
- 2 Graduada em Enfermagem, Ex-Pesquisadora Pós-Docente em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da UFSCar.
- 3 Graduada em Serviço Social, Doutora em Serviço Social, Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar.

difference between frailty and the following: number of reported diseases and subjective evaluation of health ($p < 0.01$). **Conclusion:** Frail older adults bearing comorbidities and negative self-perception of their health deserve special attention from social assistance and health care services.

Descriptors: Frail older adult; Social vulnerability; Primary health care.

RESUMÉN

Objetivo: El estudio tuvo como objetivo comparar la prevalencia de la fragilidad con el perfil sociodemográfico y la evaluación subjetiva de la salud de las personas mayores inscrita en los Centros de Referencia de Asistencia Social en un municipio del Estado de Sao Paulo. **Métodos:** Estudio comparativo y transversal, basado en el método cuantitativo de investigación. Se evaluarón 247 adultos mayores utilizando: cuestionario para caracterización del adulto mayor, Evaluación Subjetiva de Salud y Escala de Fragilidad de Edmonton. Las encuestas se realizaron en el domicilio. Se tuvieron todos los cuidados éticos. La investigación fue aprobada bajo CAAE 00867312.8.0000.5504. **Resultados:** Considerando la evaluación de los adultos mayores, 41,7% de los adultos mayores evaluados no presentaron fragilidad y 36,8% tenían algún nivel (sea fragilidad leve, moderada o severa). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la fragilidad y el número de enfermedades notificadas y la evaluación subjetiva de la salud. **Conclusión:** Adultos mayores frágiles, con comorbilidad y auto percepción negativa de la salud merecen especial atención de los servicios de salud y de asistencia social.

Descriptor: Adultos mayores fragilizados; Vulnerabilidad social; Servicio de atención primaria.

INTRODUÇÃO

A fragilidade não apresenta definição consensual, sendo considerada uma síndrome clínica multifatorial, com diminuição de reservas de energia e resistência reduzida aos estressores. Trata-se de um problema de saúde pública, haja vista o impacto sobre os custos dos sistemas de saúde e de assistência social, além da repercussão negativa sobre a qualidade de vida dessas pessoas.¹

A literatura aponta que as condições de idosos inseridos em contextos de alta vulnerabilidade social são críticas e complexas, os quais apresentam pior avaliação sobre sua saúde. Isso acontece, pois existe ausência ou dificuldade de apoio de instituições de segurança social, afetando a capacidade desses de reagir a situações adversas. Portanto, nesses contextos, são maiores os riscos de adoecer e de prejuízos ao bem estar.^{2,3}

Nesse cenário, idosos frágeis têm maiores necessidades de cuidado, sendo a família o principal apoio, ao assumir as responsabilidades. Esta situação se torna complexa quando o suporte familiar é limitado e há a necessidade de buscar apoio em serviços públicos, o que gera demandas para a Assistência Social e para a Assistência em Saúde, sendo responsabilidade dessas instâncias promoverem suporte e atender as necessidades tanto do idoso quanto de seus familiares.^{4,5}

Fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade social, com piores condições financeiras, menor nível de escolaridade, histórico de demência, apresentar percepção negativa de saúde, menor acesso aos serviços públicos, ausência de suporte social podem contribuir para

a instalação da fragilidade.⁶⁻⁹ Diante do exposto, averiguar a prevalência e fatores associados à fragilidade torna-se necessário para que haja detecção precoce e implementação de intervenções adequadas, a fim de evitar a fragilização de mais idosos e proporcionar uma melhora do quadro daqueles que já se encontram fragilizados.

Intervenções multidimensionais realizadas por equipe multiprofissional são de suma importância para os serviços de saúde e assistência social a fim de criarem mecanismos de monitoramento, de aplicabilidade e apontamento de soluções, para que se garanta a prevenção de risco tanto na atenção quanto na proteção básica do sistema público. Ressalta-se que na literatura não foram identificados estudos que investigaram a prevalência de fragilidade e sua relação com aspectos sociodemográficos e de saúde em relação a idosos usuários em serviços de proteção básica, o que justifica a realização desta pesquisa. Este estudo objetivou comparar a prevalência da fragilidade com o perfil sociodemográfico e a avaliação subjetiva de saúde de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em um município do interior paulista.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo comparativo e transversal, baseado no método quantitativo de investigação, realizado com idosos cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Carlos, SP, localizados em áreas urbana e um rural consideradas regiões vulneráveis.

Para avaliar a vulnerabilidade social da região em que esses idosos estavam inseridos, foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Em conformidade com a população do município de São Carlos - 221.950 mil habitantes, a classificação se divide em seis grupos: vulnerabilidade baixíssima; muito baixa; baixa; média; alta; muito alta. As regiões pesquisadas corresponderam à vulnerabilidade muito baixa, média e alta.^{10,11}

Os CRAS tinham 1451 idosos cadastrados, 1204 foram excluídos por motivos que 679 (46,79%) não foram encontrados nos referidos endereços de cadastro ou haviam mudado de endereço ou residiam em áreas fora de abrangência dos CRAS e 447 (57,9%) corresponderam a perdas por motivos de recusa, óbito, desistência ou o idoso se encontrava sozinho e não tinha compreensão em responder aos questionamentos. Os outros 78 corresponderam à pesquisa com cuidadores de idosos que não tinham capacidade de responder aos questionamentos da pesquisa e não se encontravam sozinhos em seus domicílios. No presente estudo foram utilizadas somente as entrevistas com os idosos perfazendo um total de 247.

A amostra foi composta por idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado em um dos CRAS. Os critérios de exclusão foram: idosos que estivessem hospitalizados ou institucionalizados no momento da visita; possuir déficits de audição ou visão que prejudicassem o entendimento da pesquisa. A entrevista ocorreu na residência do idoso, no período de 2012 a 2016, com duração aproximada de

uma hora. Foi realizada por uma equipe de alunos do curso de graduação em Gerontologia da UFSCar, previamente treinados, a fim de padronizar os dados coletados.

Foi utilizado um questionário para a avaliação sociodemográfica e de saúde e aplicação de uma escala para avaliar a fragilidade. Os dados sociodemográficos e de saúde foram coletados por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores, com informações sobre: gênero, idade, etnia, estado civil, religião, ocupação atual, escolaridade e número de doenças relatadas.

Para identificar a fragilidade, foi utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), desenvolvida por Rolfson et al. em 2006 e traduzida e validada no Brasil por Fabrício-Wehbe em 2009. A Escala avalia nove domínios: cognição, estado geral da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, compreendendo 11 itens. A pontuação máxima é de 17 pontos, que representa o nível mais elevado de fragilidade. Indivíduos que atingem de zero a quatro pontos são considerados “Não Frágeis”, de cinco a seis “Aparentemente Vulneráveis”, sete a oito “Fragilidade Leve”, nove a 10 “Fragilidade Moderada” e 11 pontos ou mais “Fragilidade Severa”.¹²

A Avaliação Subjetiva da Saúde foi composta por cinco questões relacionadas à saúde e ao nível de atividade: 1. De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual? 2. Como o senhor avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade? 3. Como o senhor avalia a sua saúde hoje, em comparação com a de um ano atrás? 4. Como o senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde? 5. Como o senhor avalia o seu nível de atividade em comparação com a de um ano atrás? Para as seguintes questões, existem cinco possibilidades de resposta: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim.¹³

A análise dos dados foi realizada no programa “The SAS System for Windows”, versão 9.2. Foram tratados com estatística descritiva e apresentados em tabela de frequência, com valores absolutos (n) e percentuais (%) para as variáveis categóricas, e com medidas de posição e dispersão para as variáveis contínuas. Devido à ausência

de distribuição normal das variáveis, constatada pelo teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, optou-se pelos testes não paramétricos. Foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis para estimar as diferenças entre três ou mais grupos das variáveis numéricas e o Teste Exato de Fisher para comparar as variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de 5% (valor de $p \leq 0,05$).

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, sob parecer nº 72.182/2012, CAAE 00867312.8.0000.5504.

RESULTADOS

A amostra deste estudo constituiu-se de 247 idosos, cadastrados em cinco CRAS no município de São Carlos. Cinquenta e oito por cento dos entrevistados residiam em região com alta vulnerabilidade (n=144), 22,7% (56) em média vulnerabilidade e 19% (n=47) muito baixa. Realizada a comparação do nível de fragilidade em relação às variáveis sociodemográficas do presente estudo, verificou-se que 39,6% dos entrevistados que pertenciam ao gênero feminino (n=78) apresentaram algum nível de fragilidade (leve, moderada ou severa). Em relação à faixa etária dos participantes, a maioria tinha idade entre 60 e 69 anos e destes 67,0% (n= 69) não apresentaram fragilidade. Quanto à etnia dos participantes, 22,3% (n=55) dos entrevistados que eram brancos e possuíam fragilidade em algum nível. Dos idosos casados, 51,5% (n=53) não estavam frágeis. Em relação à religião, dos entrevistados católicos, 24,3% (n=60) possuíam fragilidade em algum nível. Quanto aos idosos aposentados, 54,4% (n=56) não possuíam fragilidade. Em relação à escolaridade, 38,3% (n=51) dos idosos que possuíam de um a quatro anos de estudo apresentaram fragilidade. Cerca de 63,6% (n=7) dos idosos que possuíam de uma a duas doenças estavam com fragilidade severa. Houve diferença estatisticamente significativa entre fragilidade e o número de doenças que os idosos apresentaram ($p < 0,01$). A Tabela 1 apresenta a comparação dos níveis de fragilidade em relação às variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 - Comparação do nível de fragilidade em relação às variáveis sociodemográficas dos idosos cadastrados em CRAS. São Carlos – SP, 2016. (n=247)

Variável	Categoria (n)	NF n (%)	AV n (%)	FL n (%)	FM n (%)	FS n (%)
Gênero		103 (41,7)	53 (21,5)	50 (20,2)	30 (12,1)	11 (4,5)
	Feminino (197)	77 (74,8)	42 (79,3)	43 (86,0)	25 (83,3)	10 (90,9)
	Masculino (50)	26 (25,2)	11 (20,7)	7 (14,0)	5 (16,7)	1 (9,1)
Faixa etária (em anos)	60-69 (169)	69 (67,0)	38 (71,7)	27 (54,0)	18 (60,0)	8 (72,7)
	70-79 (64)	30 (29,1)	11 (20,7)	15 (30,0)	6 (20,0)	2 (18,2)
	80-89 (19)	4 (3,9)	2 (3,8)	7 (14,0)	5 (16,7)	1 (9,1)
	≥ 90 (4)	0 (0)	2 (3,8)	1 (2,0)	1 (3,3)	0 (0)
Etnia	Branca (142)	58 (56,3)	29 (54,7)	31 (62,0)	16 (53,3)	8 (72,7)
	Negra (69)	32 (31,1)	13 (24,5)	12 (24,0)	11 (36,7)	1 (9,1)
	Parda (35)	12 (11,6)	11 (20,8)	7 (14,0)	3 (10,0)	2 (18,2)
	Amarela (1)	1 (1,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Variável	Categoria (n)	NF n (%)	AV n (%)	FL n (%)	FM n (%)	FS n (%)
Estado Civil	Casado (109)	53 (51,5)	22 (41,5)	16 (32,0)	13 (43,3)	5 (45,4)
	Solteiro (6)	2 (1,9)	2 (3,8)	1 (2,0)	0 (0)	1 (9,1)
	Viúvo (94)	33 (32,0)	19 (35,9)	24 (48,0)	14 (46,7)	4 (36,4)
	Separado (20)	8 (7,8)	5 (9,4)	5 (10,0)	1 (3,3)	1 (9,1)
	Divorciado (18)	7 (6,8)	5 (9,4)	4 (8,0)	2 (6,7)	0 (0)
Religião	Católica (151)	59 (57,3)	32 (60,3)	33 (66,0)	18 (60,0)	9 (81,8)
	Evang.(74)	31 (30,1)	18 (34,0)	15 (30,0)	10 (33,3)	0 (0)
	Test.Jeová (5)	1 (1,0)	1 (1,9)	1 (2,0)	2 (6,7)	0 (0)
	Espírita (6)	4 (3,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (18,2)
	Outras (5)	2 (1,9)	2 (3,8)	1 (2,0)	0 (0)	0 (0)
	Não tem (6)	6 (5,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Aposentado	Sim (137)	56 (54,4)	29 (54,7)	26 (52,0)	21 (70,0)	5 (45,4)
	Não (110)	47 (45,6)	24 (45,3)	24 (48,0)	9 (30,0)	6 (54,6)
Escolaridade (em anos)	Analfabeto (45)	15 (14,6)	12 (22,6)	10 (20,0)	5 (16,7)	3 (27,3)
	Alfabetizado (23)	10 (9,7)	3 (5,7)	5 (10,0)	3 (10,0)	2 (18,2)
	1 a 4 (133)	50 (48,5)	32 (60,3)	28 (56,0)	18 (60,0)	5 (45,4)
	5 a 8 (35)	24 (23,3)	3 (5,7)	5 (10,0)	3 (10,0)	0 (0)
	≥ 9 (11)	4 (3,9)	3 (5,7)	2 (4,0)	1 (3,3)	1 (9,1)
Doenças relatadas*	0 (14)	12 (11,7)	2 (3,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	1 a 2 (133)	65 (63,1)	33 (62,3)	19 (38,0)	9 (30,0)	7 (63,6)
	≥ 3 (100)	26 (25,2)	18 (33,9)	31 (62,0)	21 (70,0)	4 (36,4)

Nota: NF – não frágil; AV – aparentemente vulnerável; FL – fragilidade leve; FM – fragilidade moderada; FS – fragilidade severa.

De acordo com o teste Exato de Fisher houve diferença estatisticamente significativa entre quatro das cinco questões da avaliação subjetiva de saúde em relação aos níveis de fragilidade. Idosos com fragilidade severa compreenderam sua saúde como “ruim” ou “muito ruim”, diferentemente dos idosos não frágeis que consideraram sua saúde como “boa” ou “muito boa”. A Tabela 2 apresenta a comparação do nível de fragilidade em relação à Avaliação Subjetiva de Saúde dos idosos cadastrados em CRAS.

Tabela 2 - Comparação do nível de fragilidade em relação à Avaliação Subjetiva de Saúde dos idosos cadastrados em CRAS. São Carlos – SP, 2016. (n=247)

Questão	Resposta	Nível de fragilidade					
		Total	NF n (%)	AV n (%)	FL n (%)	FM n (%)	FS n (%)
1 - De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual? p<0,001	Muito boa	24	13 (12,8)	4 (7,5)	5 (10,0)	2 (6,7)	0(0)
	Boa	61	36 (35,3)	15 (28,3)	7 (14,0)	3 (10,0)	0(0)
	Regular	120	46 (45,1)	30 (56,6)	27 (54,0)	13 (43,3)	4 (36,4)
	Ruim	20	4 (3,9)	3 (5,7)	6 (12,0)	5 (16,7)	2 (18,2)
	Muito Ruim	21	3 (2,9)	1 (1,9)	5 (10,0)	7 (23,3)	5 (45,4)
2 - Como o senhor avalia a sua saúde em comparação com a de outras pessoas de sua idade? p<0,001	Melhor	34	8 (7,8)	5 (9,4)	9 (18,0)	10 (33,3)	2 (18,2)
	Igual	49	13 (12,6)	8 (15,1)	16 (32,0)	7 (23,3)	5 (45,4)
	Pior	164	82 (79,6)	40 (75,5)	25 (50,0)	13 (43,4)	4 (36,4)
3-Como o senhor avalia a sua saúde hoje, em comparação com há de um ano atrás?	Melhor	74	35 (34,0)	15 (28,3)	18 (36,0)	5 (16,7)	1 (9,1)
	Igual	72	35 (34,0)	15 (28,3)	10 (20,0)	10 (33,3)	2 (18,2)
	Pior	101	33 (32,0)	23 (43,4)	22 (44,0)	15 (50,0)	8 (72,7)

Questão	Resposta	Total	NF	AV	FL	FM	FS
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
			103	53	50	30	11
4 - Como o senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde? p=0,002	Muito bom	52	29 (28,4)	5 (9,4)	10 (20,0)	7 (23,3)	1 (9,1)
	Bom	89	39 (38,2)	29 (54,7)	10 (20,0)	6 (20,0)	5 (45,4)
	Regular	83	28 (27,5)	15 (28,3)	26 (52,0)	11 (36,7)	3 (27,3)
	Ruim	8	2 (2,0)	1 (1,9)	2 (4,0)	3 (10,0)	0 (0)
	Muito Ruim	14	4 (3,9)	3 (5,66)	2 (4,0)	3 (10,0)	2 (18,2)
5 - Como o senhor avalia o seu nível de atividade em comparação com a de um ano atrás? p=0,019	Melhor	70	38 (36,9)	17 (32,1)	9 (18,0)	4 (13,3)	2 (18,2)
	Igual	94	40 (38,8)	21 (39,6)	20 (40,0)	11 (36,7)	2 (18,2)
	Pior	83	25 (24,3)	15 (28,3)	21 (42,0)	15 (50,0)	7 (63,6)

Nota: NF – não frágil; AV – aparentemente vulnerável; FL – fragilidade leve; FM – fragilidade moderada; FS – fragilidade severa.

DISCUSSÃO

No presente estudo houve preponderância de idosos do gênero feminino, inseridos na faixa etária de 60 a 69 anos, brancos, casados, com baixa escolaridade e aposentados. Esses dados são semelhantes a outras pesquisas realizadas com idosos no contexto nacional.¹⁴⁻¹⁸

A prevalência do gênero feminino corrobora o conceito de feminização da velhice e tal fenômeno pode ser explicado. As mulheres apresentam menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos ocupacionais e menor consumo de tabaco e álcool em comparação aos homens. Além disso, diante dos problemas que as acometem, há maior procura por serviços sociais e de saúde quando comparadas aos homens.¹⁹

Baixo nível de escolaridade esteve presente nos idosos desse estudo. Esse resultado pode ser decorrente das precárias condições de vida, que talvez reflitam em dificuldade de acesso à escola. A educação formal não era valorizada nessa época. Evidências apontam que o nível de escolaridade é um fator preditivo para efeitos adversos à saúde das pessoas idosas, uma vez que piores hábitos de vida podem ser adotados e, muitas vezes, não há conscientização da importância da promoção da saúde e da prevenção de agravos, as quais não procuram os serviços de saúde de maneira precoce.²⁰ Além disso, idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, condições crônicas e fragilidade, além de exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis.²¹

Houve predomínio de idosos aposentados na presente pesquisa. Aposentadoria, pensões e benefícios do governo são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população brasileira, o que confirma os achados do presente estudo.²² Recursos financeiros escassos podem colocar os idosos em condição de vulnerabilidade social. Assim, ficam mais expostos ao risco de adoecer e de terem suas doenças agravadas.²³ Autores afirmam que, a aposentadoria na maioria das vezes é o único recurso de muitas famílias brasileiras, torna-se imprescindível oferecer maior atenção a elas.²⁴

A literatura aponta que o conceito de status socioeconômico entre idosos é algo amplo e inclui fatores como a escolaridade, ocupação, renda, riqueza e privação. A renda por sua vez

afeta o estado de saúde daqueles que possuem limitação de acesso a serviços.²⁵ Estudo realizado com idosos para avaliar a relação de fragilidade com a renda na Europa, verificou que nos países com maior renda a prevalência de fragilidade é menor e àqueles que são considerados frágeis também vivem mais.²⁶

Em relação à fragilidade dos idosos entrevistados, 41,7% não possuíam fragilidade, 21,5% estavam aparentemente vulneráveis e 36,5% apresentaram fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa). Dados semelhantes corroboram os achados do presente estudo.²⁷⁻²⁹ Estudo realizado com 128 idosos atendidos em um serviço de atenção básica no interior paulista obteve como resultado que 21,4% desses idosos estavam vulneráveis e 30,1% apresentaram fragilidade em algum nível, segundo a EFE.²⁷ Uma pesquisa, com o intuito de verificar a prevalência da fragilidade por meio da EFE, foi realizada com 50 idosos comunitários. Os resultados mostraram que 24% dos entrevistados estavam aparentemente vulneráveis. A fragilidade foi mais prevalente entre as mulheres e os indivíduos com baixa escolaridade.²⁸

Estudos multicêntricos com idosos da comunidade, que avaliaram a fragilidade por meio do fenótipo de Fried, também objetivaram identificar a prevalência de fragilidade entre os idosos, porém os resultados foram divergentes da presente pesquisa. No estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento), realizado no município de São Paulo, foram avaliados 433 idosos. Os resultados mostraram que, em 2006, houve 14,1% de idosos frágeis, elevando-se para 45,0% em 2008. Os autores concluíram que a prevalência de fragilidade aumenta com o avanço da idade.³⁰ O Estudo da Rede FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) foi realizado em 17 municípios brasileiros, com 3.478 idosos da comunidade. Como resultados, obtiveram que 9,1% estavam frágeis.³¹ Esses resultados vão ao encontro dos achados da presente pesquisa.

Essas diferenças em relação à prevalência de fragilidade nos diversos estudos torna robusta a influência das heterogeneidades regionais. O contexto social pode afetar a saúde, o qual gera desigualdades nas exposições e vulnerabilidades.³² Além disso, a falta de uma definição consensual sobre a síndrome da fragilidade e o uso de diferentes metodologias também podem explicar essa divergência.

No presente estudo, houve diferença estatisticamente significativa entre fragilidade e número de doenças. Idosos com três ou mais doenças apresentaram algum nível de fragilidade. A prevalência de doenças crônicas e não transmissíveis se constitui em panorama epidemiológico comum à população que envelhece. O aumento da longevidade traz para os idosos a convivência com essas enfermidades por um longo período, as quais interagem com as modificações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, contribuindo para a instalação da síndrome da fragilidade em decorrência do desequilíbrio homeostático.^{19,24}

Autores afirmam que o número elevado de doenças potencializa a vulnerabilidade diante de estressores. Dessa forma, há o declínio de vários sistemas orgânicos, o comprometimento da homeostase, fazendo com que esse idoso possa se tornar frágil.³³ A literatura aponta que as doenças crônicas são subjacentes à condição de fragilidade, pois compartilham fatores de risco e mecanismos fisiopatológicos. Entretanto, ainda não há evidências suficientes que confirmem essa relação.³⁴ Geralmente, comorbidades estão presentes entre os idosos frágeis. Dessa maneira, esses idosos têm maiores chances de desenvolvimento de sequelas ou incapacidades. Em ambos os casos, há uma maior necessidade de cuidados e utilização de serviços de saúde, resultando no aumento dos custos de saúde, além da queda na qualidade de vida do idoso e de seus cuidadores familiares.³⁵ Dessa forma, a fragilidade pode ser considerada um problema de saúde pública e pode ser reversível quando tratada de forma precoce e prevenida.

Em relação à avaliação subjetiva de saúde, 48,5% dos idosos avaliaram sua saúde como “regular” e, em comparação com a saúde de outras pessoas da mesma idade, 66,3% ponderaram sua saúde como “pior”. Dados semelhantes foram encontrados na literatura.^{20,36} Pesquisa transversal realizada com 85 idosos de Jequié (BA), com média de idade de 73 anos, buscou analisar a auto percepção de saúde dos entrevistados. Como resultados, obtiveram que 55,3% dos idosos apresentaram auto percepção negativa de saúde.²⁰

Um estudo realizado com 1.432 idosos comunitários do município de Campinas (SP), com média de idade de 69,5 anos obtiveram maior prevalência de auto percepção negativa de saúde e observada entre os idosos com baixa renda e baixa escolaridade.³⁶ Na literatura há indicativos de que pesquisar a percepção da saúde tem sido um importante marcador de bem estar e qualidade de vida, pois a maneira com que as pessoas lidam com sua saúde podem determinar suas escolhas, comportamentos e estilos de vida, podendo ser fator preditor para a fragilidade e consequentemente para a morte.³⁷

Avaliações negativas em relação à própria saúde refletem idosos que tendem a não realizar o autocuidado, a procurar menos os serviços de saúde, ao isolamento social e não adotar hábitos saudáveis de vida. Assim, ficam mais expostos aos riscos para desenvolvimento da síndrome da fragilidade.³⁸

Nesse estudo, houve associação significativa entre fragilidade e avaliação subjetiva da saúde. Idosos com fragilidade severa avaliaram sua saúde como “muito ruim”, diferentemente dos idosos não frágeis que avaliaram sua saúde como “muito boa”. Dados semelhantes foram encontrados na literatura.^{19,39,40} Um estudo transversal, realizado com

150 idosos em um município do interior paulista, objetivou avaliar a relação entre auto percepção de saúde e fragilidade. Os resultados mostraram que 56,0% dos idosos estavam frágeis, 50,0% avaliaram a própria saúde como de qualidade intermediária. Os idosos frágeis apresentaram pior auto-avaliação de saúde e de saúde comparada a de outros idosos da mesma idade.³⁹

Idosos frágeis possuem comorbidades e maiores chances de desenvolver incapacidades. Diante disso, consequências como a limitação em atividades de vida diária fazem com que os idosos avaliem sua saúde de maneira negativa.⁴⁰ Autores afirmam que amplas oscilações do estado de saúde e alto risco de complicações podem ocorrer em indivíduos frágeis. Isso pode impactar negativamente a funcionalidade desses idosos e fazer com que eles tenham uma visão negativa da sua própria saúde.¹⁹ Vale ressaltar que a presença de fragilidade não significa, necessariamente, que o idoso será dependente em relação às atividades de vida diária.

Investigar a fragilidade e o perfil sócio demográfico em contexto de vulnerabilidade social reforça a importância de considerar a multidimensionalidade desse fenômeno, pois sustenta além de fatores sociais – baixa renda, baixa escolaridade, possível ausência de suporte- agravar a fragilidade. Como os sistemas de saúde ou sociais são responsáveis por uma proporção crescente da população, principalmente aqueles com múltiplos e interativos problemas, é importante investigar os possíveis determinantes que causaria a síndrome, pois ajudaria os decisores políticos e equipes replanejem suas ações de suporte à população.²⁶

Estudos sobre a relação entre fragilidade, doenças relatadas e avaliação subjetiva de saúde devem ser realizados, haja vista que são em número reduzido tanto na literatura nacional quanto internacional. Sugere-se que seja considerado o contexto de vulnerabilidade social em que esses idosos estão inseridos.

Limitações foram identificadas no presente estudo: o delineamento transversal empregado não permite estabelecer causalidade entre as variáveis explicativas e desfecho, apenas formular hipóteses. O tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados, no entanto, é esperado um elevado número de recusas em pesquisas que utilizam busca ativa de participantes. A dificuldade de acesso aos cadastrados nos CRAS por conta de questões sociais: violência, tráfico de entorpecentes e insalubridade da residência do idoso. Espera-se que os resultados da presente pesquisa possam subsidiar os serviços atendimento básico no planejamento de uma assistência de qualidade.

CONCLUSÃO

No presente estudo, houve diferença estatisticamente significativa entre fragilidade e número de doenças relatadas. Idosos com três ou mais doenças apresentaram algum nível de fragilidade. Também foi detectada diferença estatisticamente significativa entre fragilidade e avaliação subjetiva de saúde. Idosos com fragilidade severa compreendem sua saúde como “ruim” ou “muito ruim”, diferentemente dos idosos não frágeis que consideram sua saúde como “boa” ou “muito boa”.

Torna-se imprescindível os profissionais da rede de atenção e proteção básica forneçam suporte adequado aos idosos frágeis e aos demais atores envolvidos no processo do envelhecimento. Ações estratégicas devem ser realizadas, integrando serviços de saúde e de assistência social, no sentido de reverter a síndrome e evitar desfechos adversos que podem impactar a qualidade de vida de maneira negativa, além de elevar os custos dos serviços de maior complexidade.

Atenção especial deve ser ofertada para idosos com comorbidades e auto percepção negativa de saúde. Grupos de apoio compostos por equipe multiprofissional podem ser implantados no sentido de garantir o acompanhamento desses idosos, atender suas demandas e melhorar a qualidade de vida dos mesmos. As mudanças no status da fragilidade devem ser consideradas no planejamento de cuidado aos idosos, uma vez que as mudanças podem indicar um declínio acelerado nas condições de saúde e ser fator de risco à maior vulnerabilidade para eventos adversos. Evidencia-se a necessidade dos serviços públicos readequar o gerenciamento de atendimento ao público idoso para maior compreensão de determinantes relacionados à saúde e ao contexto social, especialmente para aqueles com múltiplos e interativos problemas decorrentes de contextos vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. *Frontiers in aging neuroscience* 2016;6.
2. Andrew MK. Frailty and Social Vulnerability. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr* 2015; 41(1).
3. Browne-Yung K, Ziersh A, Baum F. Faking til you make it': Social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. *Social Scine& Medicine* 2013;85.
4. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSDS, Andrade ACDS, Pereira LSM, Dias, RC. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(8).
5. Gray WK, Richardson J, McGuire J, Dewhurst F, Elder V. Frailty Screening in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *The American Geriatrics Society* 2016;64(4).
6. Gutierrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. How to include the social factor for determining frailty? *Journal Frailty and Aging* 2012; 1(1).
7. Vaingankar JA, Chong SA, Abidin E, Picco L, Chua BY, Shafie S, Chiam PC. Prevalence of frailty and its association with sociodemographic and clinical characteristics, and resource utilization in a population of Singaporean older adults. *Geriatrics & gerontology international* 2016.
8. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saúde Pública* 2014;30(6): 1143-68.
9. Pegorari MS, Tavares DM. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2014; 22(5):874-882.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociais do município de São Carlos. Brasília: IBGE; 2013
11. Fundação Seade. Distribuição da população, segundo grupos do IPVS. São Paulo, 2013.
12. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Lat Am Enfermagem* 2009;17(6).
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Grden CRB, Carvalho Barreto MF, Vieira de Sousa JA, Andrade Chuertniek J, Martim Reche P, de Oliveira Borges PK. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2015;16(3).
15. Leonardo, KC, da Silva Talmelli LF, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues, RA. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciênc, Cuid Saúde* 2014; 13(1): 120-127.
16. Santos P, Marinho A, Mazo G, Hallal P. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2014; 19(4): 494.
17. Alves Pereira A, Silva Arbex Borim F, Libaresso Neri A. Risco de morte em idosos com base no fenótipo e no índice de fragilidade: estudo de revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2017; 20(2):274-287.
18. de Sousa Meira A, Batista MA, de Pina Pereira RM, Rodrigues RAP, Fhon JRS, Kusumota L. Fragilidade em idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. *Rev Rene* 2016; 17(3).
19. Storti LB, Coelho Fabrício-Wehbe SC, Kusumota L, Partezani Rodrigues RA, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22(2):452-9.
20. Pedreira RBS, Andrade CB, Barreto VGA, Junior EPP, Rocha SV. Auto percepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Revista Kairós* 2016;19(1):103-119.
21. dos Santos Amaral FL J, Oliveira Guerra R, Freire Falcão Nascimento A, Campos Cavalcanti. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6).
22. Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2015; 64 (3).
23. Santos-Orlandi AAD, Brito TRPD, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratao ACM, Pavarini SCI. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Escola Anna Nery* 2017; 21(1).
24. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2013;16(2):315-325.
25. Andrew MK, Keef J. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatrics*. 2014.
26. Theou O, Walston J, Rockwood K. Exploring the relationship between national economic indicators and relative fitness and frailty in middle-aged and older Europeans. *Age and ageing* 2013;42(5):614-619.
27. Lima Fernandes HDC, Correia Gaspar J, Hitomi Yamashita C, Amendola F, Martins Alvarenga MR, de Campos Oliveira MA. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. *Família* 2013; 3:4.
28. Leonardo, KC, da Silva Talmelli LF, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues, RA. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciênc, Cuid Saúde* 2014; 13(1): 120-127.
29. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm* 2013; 25(4):589-594.
30. Lourenço RA, Sanchez M A, Moreira VG, Correa Ribeiro PC, Perez M, Campos GC, Blavatsky I. Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA-RJ: metodologia de pesquisa dos estudos de fragilidade, distúrbios cognitivos e sarcopenia. *Revista HUPE* 2015;14(4).
31. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LFD, Eulálio MDC, Cabral BE. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(4).
32. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(1):123-133.
33. Dalla Lana L, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2014; 17(3): 673-680.
34. Domingues MAC, Hernandez ESC. Níveis de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Brasil. In: Guariento ME, Neri AL. *Assistência Ambulatorial ao Idoso*. Campinas: Editora Alínea, 2010.

35. Lacas A, Rockwood K. Frailty in Primary Care: a review of its conceptualization and implications for practice. BMC Medicine 2012.
36. Arbex Borim FS, Liberalesso Neri A, Stolses Bergamo Francisco PM, Berti de Azevedo Barros, M. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. Revista de Saúde Pública 2014;48(5).
37. da Silva IT, Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2014;17(2):275-287.
38. Leite de Oliveira PB, Lustosa RM, Figueroa DP, Nobre de Menezes T. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2016; 19(2).
39. de Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2014; 17(3):471-484.
40. Jerez-Roig J, Souza DLB, de Andrade FLJP, de Lima Filho BF, de Medeiros RJ, de Oliveira NPD, Lima KC. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva 2016; 21(11): 3367-3375.

Recebido em: 02/04/2018

Revisões requeridas: 04/07/2018

Aprovado em: 20/08/2018

Publicado em: 17/08/2020

Autora correspondente

Isabela Thaís Machado de Jesus

Endereço: Rua Abrahão João, 488, Jardim Bandeirantes

São Carlos/SP, Brasil

CEP: 13.562-150

Número de telefone: +55 (16) 999777-0543

Email: isabela.machado1@gmail.com

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesses.**