

## FRAGILIDADE E OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE IDOSOS QUE RESIDEM NA COMUNIDADE.

Maria de Lourdes de Farias Pontes

Universidade Federal da Paraíba

[pontesshalom@gmail.com](mailto:pontesshalom@gmail.com)

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um relevante fenômeno mundial bastante discutido atualmente, que vem promovendo avanços em várias áreas. Porém tem colocado para os gestores públicos e para a sociedade diversos desafios, que precisam ser vencidos para garantir qualidade de vida ao grande contingente de idosos que passaram a fazer parte da população. Dentre eles a atenção à saúde ao idoso frágil.

A fragilidade é uma síndrome clínica muito frequente em idosos com idade mais avançada. Não possui uma definição consensual, mas é reconhecida como um constructo multifatorial, envolvendo fatores físicos, funcionais e sociais. Resulta em um estado de vulnerabilidade para condições adversas da saúde, como quedas, incapacidades, institucionalização e mortalidade<sup>1</sup>. É importante compreender que a fragilidade é uma condição clínica diferente de envelhecimento, incapacidade e comorbidade, porém estas condições estão interligadas, pois tanto a fragilidade e comorbidade prever a incapacidade, esta pode exacerbar a fragilidade e comorbidade, e comorbidades pode contribuir, pelo menos aditivamente, para o desenvolvimento de fragilidade<sup>2,3</sup>.

Entendendo a necessidade de conhecer características de idosos frágeis no intuito de contribuir para formulação de ações de promoção da saúde e prevenção de fragilidade, este estudo tem o objetivo de caracterizar os idosos, segundo os aspectos socioeconômicos e demográficos e descrever o estado de fragilidade de idosos que residem na comunidade.

### MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo transversal, realizada em João Pessoa/Paraíba, Brasil. É parte do resultado da Tese de doutorado

intitulada Qualidade de vida do idoso frágil e constitui um subprojeto da pesquisa “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”, desenvolvido pela Universidade Federal da Paraíba e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Participaram deste estudo 240 idosos da cidade de João Pessoa/PB. A população de base para cálculo amostral foi composta pela população de idosos, de sessenta anos ou mais. O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerado, de duplo estágio. No primeiro estágio, foram sorteados vinte setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios, entre os 617 setores do município. E o segundo estágio, compreendeu os idosos acima de 60 anos. Para o desenvolvimento deste estudo, foi considerado desta amostra os idosos frágeis, resultando em 131 idosos. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio dos idosos, no período de abril a junho de 2011, utilizando um roteiro estruturado para **variáveis sociodemográficas**: idade, sexo, cor da pele, estado civil, renda familiar, escolaridade e arranjo familiar. O **estado de fragilidade** avaliado a partir da *Edmonton Frail Scale* – EFS<sup>4 5</sup>. A análise dos dados foi realizada calculando-se as medidas de distribuição (média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa), considerando as variáveis de interesse para a caracterização dos participantes do estudo. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (Processo N° 806/10), em 14 de dezembro de 2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Os idosos participantes desta pesquisa quanto ao estado de fragilidade, em sua maioria eram aparentemente vulneráveis a fragilidade (45,8%), esse nível indica que o idoso possui aspectos em sua vida que o torna vulnerável a se tornar frágil. A transição entre os estados de fragilidade já constatada em estudos<sup>6</sup>, mostra que há maior probabilidade de mudança de um estágio de menor para o de maior fragilidade, indicando que conhecer as características dos estados de fragilidade, favorece a identificação de grupos vulneráveis, além de contribuir para implantação de uma política de cuidados que contemplem as necessidades físicas, psicológicas, social e ambiental do idoso.

Tabela 1: Demonstrativo dos 131 idosos segundo os estados de fragilidades, João Pessoa, 2011.

<b>Fragilidade</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Aparentemente vulnerável	60	45,8
Fragilidade leve	39	29,8
Fragilidade moderada	21	16
Fragilidade grave	11	8,4
Total	131	-

Entre os idosos frágeis desta pesquisa prevaleceram os acima de 80 anos, apresentando uma média de idade 75,4 anos. Realidade confirmada no Censo 2010, em que esse segmento populacional cresceu, de 170,7 mil pessoas em 1940 para 2,9 milhões em 2010<sup>7</sup>. Esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente. Isto pode refletir em uma maior demanda de cuidado familiar e de serviços de saúde, porque os idosos dessa faixa etária experimentam um maior declínio funcional e dependência nas Atividades de vida diária<sup>8</sup>.

Os resultados demonstraram que grande parte dos idosos eram do sexo feminino (74%), similar a dados encontrados em outra pesquisa desenvolvida com idosos longevos residentes na comunidade<sup>9</sup>. Esse achado deve à maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens.

Constatou-se um baixo nível de escolaridade entre os idosos do estudo: 29,8% eram analfabetos e 22,1% possuíam 1 a 4 anos de estudo. Este fato é decorrente tanto de falta de acesso quando jovem a educação, como na atualidade ausência de uma política educacional para o idoso<sup>10</sup>.

A renda familiar dos idosos era de 1 a 2 salários mínimos. Este rendimento familiar expõe o idoso e sua família a viver de forma precária não conseguindo atender inúmeras necessidades de saúde gerada pelas perdas físicas, psicológicas e sociais associadas à fragilidade e não supre a família nas mudanças na dinâmica social, econômica e de saúde da família<sup>11</sup>

O arranjo familiar foi formado na sua maioria por idosos que moravam com cônjuge, filhos e netos, demonstrando um convívio entre gerações bastante comuns nos dias atuais. Esta situação é o reflexo do crescimento acelerado de idosos mais velhos que possuem uma grande carga de doenças crônicas e incapacidade e demandam crescentes serviços sociais

e de saúde, mas é a família a instituição que cumpre o papel social de cuidar de idoso frágil<sup>12</sup>.

**Tabela 2** – Caracterização dos 131 idosos frágeis que vivem no domicílio segundo: idade, sexo, escolaridade, renda familiar mensal, arranjo familiar. João Pessoa, 2011.

Variáveis	Nº	%	Média (dp)	Mediana	Varição
<b>Idade (anos)</b>					
60 – 64	14	10,7%	75,4 (7,7)	76	[60;96]
65 – 69	16	12,2%			
70 – 74	24	18,3%			
75 – 79	35	26,7%			
80 ou mais	42	32,1%			
<b>Sexo</b>					
Feminino	97	74,0%			
Masculino	34	26,0%			
<b>Escolaridade (anos)</b>					
Analfabeto	39	29,8%	5,5 (5,7)	4	[0;25]
1 – 4	29	22,1%			
5 – 8	33	25,2%			
9 – 11	10	7,6%			
12 ou mais	20	15,3%			
<b>Renda Familiar Mensal*</b>					
545,00-1090,00	41	31,3%	2.544	1.200	[250,00; 28.000]
> 1636,00	39	29,8%			
Não sabe	33	25,2%			
1091,00-1636,00	16	12,2%			
< 545,00	2	1,5%			
<b>Arranjo Familiar</b>					
Sozinho	13	9,9%			
Somente com cônjuge	14	10,7%			
Cônjuge e filhos	19	14,5%			
Cônjuge, filhos, genro/nora	2	1,5%			
Somente com filhos	10	7,6%			
Arranjo trigeracional	42	32,1%			
Arranjos intrageracional	2	1,5%			
Netos sem filhos	1	0,8%			
Não familiares	2	1,5%			
Outros	26	19,8%			

## Conclusão

Os resultados mostraram que os idosos apresentaram características que devem ser considerada na elaboração de projetos intersetoriais envolvendo a área de saúde, educação, no sentido de prevenir a fragilidade, promovendo a condição de autonomia e independência do idoso. Para tanto, é necessário à capacitação de profissionais de saúde para implantar uma atenção integral a saúde do idoso.

## REFERENCIAS

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146-57.
2. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59: 255–63.
3. Morley JE, Perry HM, Miller DK. Editorial: Something About Frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* November 1, 2002;57(11):M698–704.
4. Rolfson, DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir, A.; Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. 2006. *Age Ageing*, London, v. 35, n. 5, p. 526-529.
5. Fabrício-Wehbe SCC, Schiavetto F V, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas R A S, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2009. Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf) > Acesso em: 10 mar. 2012.
6. Gill TM, Gahbauer EA, Allore H.G, Han L. Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *ARCH INTERN MED*. 2006 vol 166, FEB 27.
7. Camarano AA. Envelhecimento da população Brasileira: continuação de uma tendência. *Coletiva* 2011. n 05 jul/ago/set.
8. Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). *Envelhecimento ativo: Uma Política de Saúde*. 2005.
9. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Moraes EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional\* . *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):264-71.
10. Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Revista Sociedade e Estado*. 2011; Volume 26 Número 3 Setembro/Dezembro.
11. Caldas CP Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 2003, Rio de Janeiro, 19(3):773-781, mai-jun.
12. Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):370-8.