

## PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS

Luana Vasconcelos Colaço <sup>1-</sup>

Juliana da Costa Santos Pessoa <sup>2-</sup>

Rachel Cavalcanti Fonseca <sup>3-</sup>

Janaina Cândido Gomes <sup>4-</sup>

Jessica Cristina Guedes Pereira dos Santos Leal <sup>5-</sup>

- 1- *Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa - PB*  
([luana\\_vasconcelos12@hotmail.com](mailto:luana_vasconcelos12@hotmail.com))
- 2- *Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – PB*  
([jullycs.fisio@gmail.com](mailto:jullycs.fisio@gmail.com))
- 3- *Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – PB*  
([rachelcfjp@hotmail.com](mailto:rachelcfjp@hotmail.com))
- 4- *Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – PB*  
([candidojanaina@hotmail.com](mailto:candidojanaina@hotmail.com))
- 5- *Discente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – PB*  
([jessicagpleal@gmail.com](mailto:jessicagpleal@gmail.com))

### RESUMO

Este estudo teve o objetivo de determinar a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos, assim como identificar o perfil sócio-demográfico e de morbidades preexistentes neste grupo e apontar fatores associados para o desenvolvimento da fragilidade. Para tanto, foram selecionados 30 idosos de ambos os sexos, participantes das atividades do Clube da Pessoa Idosa, na cidade de João Pessoa-PB, escolhidos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Assim, para a realização deste estudo, foram realizadas entrevistas individuais, juntamente com a aplicação de dois instrumentos: um formulário, que abordou aspectos sócio-demográficos e aspectos referentes à saúde dos idosos e a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), que avalia a fragilidade em idosos. Mediante os dados apurados e com base na literatura, quanto aos aspectos sócio-demográfico, foi possível constatar predominância do sexo feminino, que a maioria dos idosos encontra-se na faixa etária entre 60-70 anos, são casados, aposentados, apresentaram algum nível de escolaridade e residem com família e/ou familiares. Finalmente, sobre a aplicação do EFS, os idosos apresentaram-se aparentemente vulneráveis ou já com alguns sinais de fragilidade. Este resultado pode estar relacionado ao fato dos idosos pesquisados

apresentarem um estilo de vida saudável e serem idosos ativos e independentes. Desta forma, o estudo obteve êxito por alcançar os objetivos propostos, mas, chama-se a atenção para incrementar as estratégias e serviços de saúde voltados ao idoso, para garantir uma melhor qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** prevalência, idoso, fragilidade.

## ABSTRACT

This study aimed to determine the prevalence of the syndrome of frailty in the elderly, as well as identify the socio-demographic and preexisting morbidities in this group and point to factors associated with the development of frailty. To this end, 30 patients of both sexes were selected, from both sexes, participants of Club activities of the Elderly in the city of João Pessoa-PB, chosen according to the inclusion and exclusion criteria. So for this study, individual interviews were conducted, along with the application of two instruments: a form, which addressed socio-demographic aspects and aspects concerning the health of the elderly and the Fragility Scale Edmonton (EFS), which assesses frailty in the elderly. Through the data collected and based on the literature, as the socio-demographic aspects, there has been a predominance of females, which most seniors is aged between 60-70 years are married, retired, they had some level education and living with family and / or family. Finally, on the implementation of EFS, the elderly showed up seemingly vulnerable or already with some signs of fragility. This result may be related to the fact that the elderly surveyed present a healthy lifestyle and be active and independent seniors. Thus, the study was successful in achieving the proposed goals, but called attention to improve the strategies and health services for the elderly to ensure a better quality of life.

**KEYWORDS:** prevalence, elderly, fragile.

## INTRODUÇÃO

Na população mundial, há um aumento significativo no número de pessoas idosas, conhecido como envelhecimento populacional, devido à redução das taxas de mortalidade e de fecundidade, aumentando a expectativa de vida, através da melhoria das condições de vida, caracterizando o processo de transição demográfica (SCHOUERI JUNIOR et al., 2000).

De acordo com Paschoal (2007), à medida que a população envelhece, há também modificações nos aspectos epidemiológicos, caracterizando a transição epidemiológica, onde padrões de morbimortalidade são modificados, apresentando elevados índices de doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idoso o grau de dependência, relacionado diretamente com a perda da autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, interferindo no bem estar e na sua qualidade de vida.

Logo, considerando também um aumento significativo de idosos acima de 80 anos, tem-se aplicado o termo fragilidade para designar os idosos que apresentam características clínicas atribuídas ao envelhecimento, associado à existência de comorbidades, que podem favorecer a um maior risco de eventos adversos como quedas, incontinência urinária, hospitalização e morte. Mas, apesar da fragilidade está associada à idade, ela não é resultante exclusivamente do processo de envelhecimento (MACEDO, GAZZOLA, NAJAS, 2008).

Entretanto, não há consenso definido quanto ao termo fragilidade, mas já se sabe que existem critérios/fatores para sua indicação na população idosa, visto que o idoso está mais susceptível a doença crônica incapacitante, história de confusão mental, de depressão, de episódios de quedas, incontinência urinária, desnutrição, úlceras por pressão e aos problemas socioeconômicos. Mas, é importante ressaltar que a fragilidade pode se manifestar em indivíduos de todas as faixas etárias (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivos analisar a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos, identificar o perfil sócio-demográfico e de morbidades preexistentes dos idosos e determinar os fatores associados para o desenvolvimento da fragilidade em idosos.

## **METODOLOGIA**

A definição mais usada para Síndrome da Fragilidade é a de que ela representa uma síndrome biológica caracterizada por diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade do organismo resistir ao estresse, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos (REMOR, BÓS, WERLANG, 2011).

Apesar de existirem vários critérios para se diagnosticar um paciente com a síndrome da fragilidade, pesquisadores da *Johns Hopkins University* nos Estados Unidos, baseado na perspectiva biológica, construíram um fenótipo, resultado do ciclo de fragilidade, que inclui cinco componentes que podem ser mensurados: 1) perda de peso não intencional: maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano; 2) fadiga auto-referida; 3) diminuição da força de preensão palmar; 4)



baixo nível de atividade física; 5) diminuição da velocidade de marcha (MACEDO, GAZZOLA, NAJAS, 2008; TEIXEIRA, 2008).

De acordo com estes critérios, idosos portadores de três ou mais desses critérios são classificados como frágeis, idosos com um ou dois critérios são considerados como pré-frágeis e idosos sem a presença destes critérios, não frágeis. Entretanto, também existem estratégias clínicas para a detecção de fragilidade em pessoas idosas, como a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS), que é uma ferramenta validada e considerada confiável e viável para uso rotineiro, podendo ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde do idoso. É considerada uma escala mais abrangente, uma vez que consideram que aspectos de cognição, humor e suporte social também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos (FABRÍCIO-WEHBE, et al, 2009).

O presente estudo correspondeu a uma pesquisa de abordagem indutiva, descritiva e exploratória, sendo também, quanto aos meios de investigação, caracterizada como um estudo epidemiológico do tipo transversal para avaliar prevalência da fragilidade em idosos, que participam das atividades do Clube da Pessoa Idosa no município de João Pessoa, Paraíba. Foram escolhidos por conveniência 30 idosos, na faixa etária 60-85 anos, de ambos os sexos, obedecendo a critérios de inclusão e de exclusão.

Em relação aos instrumentos de coleta de dados, estes foram coletados por meio de dois instrumentos aplicados a cada idoso, através da técnica de entrevista: um referente ao perfil sócio-demográfico do idoso, e o outro corresponde a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS).

O formulário sobre o perfil do idoso envolve questões sobre aspectos sócio-demográficos, pré-existência de comorbidades e estilo de vida, caracterizado por perguntas abertas e fechadas, apresentadas por escrito aos respondentes, sendo esclarecido o seu objetivo. Torna-se necessário mencionar que este instrumento foi desenvolvido pela própria pesquisadora, de acordo com a literatura utilizada para subsidiar o estudo.

Já a EFS, de acordo com Wehbe et al. (2009), Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale (EFS) em é uma escala de avaliação de fragilidade em

idosos, elaborada por Rolfson et al, em 2006, na Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá, e já validade para a língua portuguesa. 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.

No que diz respeito aos procedimentos, os instrumentos foram aplicados aos idosos pela própria pesquisadora, durante um período de 20 minutos, com o objetivo de esclarecer as questões, em casos de dúvidas, e de obter maior veracidade aos dados colhidos.

Finalmente, quanto à análise dos dados, estes foram tratados a partir de medidas estatísticas descritivas (Microsoft Office Excel versão 2007), para responder os indicadores, contidos nos instrumentos, sobre aspectos sócio-demográficos, comorbidades e fragilidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito aos aspectos sócio-demográficos dos idosos pesquisados, os dados foram agrupados em tabelas, com a finalidade de facilitar a compreensão dos mesmos.

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis sócio-demográficas com valores expressos em números de pessoas e média dos idosos pesquisados.

	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	24	80
Masculino	06	20
<b>Faixa etária</b>		
60-70 anos	18	60
70-80 anos	10	33,3

Acima de 80 anos 02 6,7

#### Estado civil

Casado 17 56,7

Separado 02 6,7

Divorciado 01 3,3

Viúvo 08 26,7

Solteiro 02 6,7

#### Moradia

Sozinho 04 13,3

Cônjuge 06 20

Cônjuge e filhos 06 20

Cônjuge, filhos, noras/genros e netos 01 3,3

Filhos 05 16,7

Outros 08 26,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao **sexo**, os dados da pesquisa estão de acordo com o que determinam Rebelatto e Morelli (2004) ao explicar que as mulheres representam a maioria da população idosa, sendo esta uma tendência crescente com o avançar da idade.

No que tange à **faixa etária** dos idosos pesquisados, percebeu-se uma predominância da faixa etária entre 60-70 anos, e que a idade máxima destes idosos foi 85 anos, sendo a idade média de 69 anos. Assim, diante da colocação de Caldas (2007) que defende o envelhecimento como um estilo de vida, em que a mesma estabelece categorias a este estilo em: “terceira idade” e “quarta idade”, pode-se verificar que os idosos desta pesquisa, em sua considerável maioria (93,3%) estão dispostos na primeira categoria, em que esta caracterizada por idosos com 79 anos abaixo, considerados independentes e de limites maleáveis. Já a segunda categoria corresponde aos idosos com 80 anos acima, “muito idosos”, representando a dependência e carência de cuidados.

No que diz respeito ao **estado civil**, observou-se que a maior número de idosos distribui-se entre casados e viúvos. Guccione (2002) postula que existe uma prevalência de mulheres viúvas, o que difere do estudo em questão, onde se encontrou um maior número de mulheres casadas. Este autor justifica seu achado,



afirmando que estas apresentam maior longevidade, perdendo seus parceiros precocemente.

Sobre **moradia**, constatou-se que existem vários arranjos familiares, predominando nesta pesquisa o arranjo em que os idosos residem com outras pessoas, que não sejam familiares próximos como sobrinho(a), irmão. Leme (2007) destaca que a família corresponde a um órgão de apoio e de saúde para o idoso, e em situações em que o idoso não disponha deste recurso, ele poderá ficar mais susceptível a situações de morbidade significativa, seja sob o prisma físico, psíquico ou social. Este autor chama ainda a atenção de que a família pode ser considerada como o centro de intimidade do idoso, onde esse representa a história da estrutura familiar em si, além de favorecer a convivência deste idoso com outras gerações e de contribuir na proposta de estruturação de atenção à saúde do sujeito considerado.

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis sócio-demográficas com valores expressos em números de pessoas e média dos idosos pesquisados (continuação)

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	05	16,7
Fundamental completo	01	3,3
Médio incompleto	08	26,7
Médio completo	05	16,7
Superior incompleto	02	6,7
Superior completo	09	30
<b>Ocupação</b>		
Ativo	03	10
Pensionista	02	6,7
Aposentado	25	83,3
<b>Presença de afecção</b>		

Sim	28	93,3
Não	02	6,7

Fonte: Dados da Pesquisa. 21 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

Sobre a **escolaridade** dos sujeitos entrevistados, observou-se que todos os idosos receberam algum tipo de alfabetização, mesmo que por níveis de ensino variáveis. Pilger, Menon e Mathias (2011) explicam que devido atualmente às iniciativas públicas se mostrarem com maior preocupação e também pela importância da menor escolaridade na população idosa, ações não-governamentais se voltaram à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos, pois influenciam a vida social, econômica e a busca por serviços de saúde.

Em relação à **ocupação** dos entrevistados, constatou-se uma grande predominância concentra-se em idosos aposentados. Portanto, Paschoal, Franco e Salles (2006) afirmam que as únicas fontes de rendimento geralmente são os benefícios previdenciários (pensões e aposentadorias) que garantem certo poder econômico aos idosos, visto que em pouco mais da metade dos participantes relataram tal assistência como exclusiva forma de rendimento.

Quanto à **presença de comorbidades (afecção)**, percebeu-se que 93,3% têm alguma doença inerente ao processo de envelhecimento, destacando hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e doenças reumáticas, como artrite e osteoporose. É importante destacar que vários idosos apontaram a presença de doenças associadas. Chaimowicz (2006) relata que as principais causas de morte das mulheres idosas no Brasil em 2003, foram relacionadas às doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas do coração); neoplasias (mama); doenças respiratórias como pneumonias e doença pulmonar obstrutiva crônica; e diabetes. Em relação aos homens seguem o mesmo paradigma, embora as neoplasias (próstata) ocupa o segundo lugar.

No que refere aos aspectos sobre a saúde dos entrevistados, os dados foram agrupados na tabela 3, demonstrada abaixo.

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis sobre a saúde dos idosos pesquisados com valores expressos em números de pessoas e média.

	N	%
--	---	---



<b>Prática de atividade física</b>		
Sim	19	63,3
Não	11	36,7
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		
Sim	02	6,7
Não	28	93,3
<b>Tabagismo</b>		
Sim	---	---
Não	30	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Referente à **prática de atividade física**, para Jacob Filho (2006), com base no pressuposto de que o maior determinante do estado de saúde é a situação funcional do indivíduo, reconhece-se que a atividade física tem uma ação preventiva, quando reduz a possibilidade de ocorrência de morbidades, e terapêutica, colaborando com a eficácia do tratamento das mesmas, uma vez instaladas.

Em relação ao **consumo de bebidas alcoólicas** na terceira idade, torna-se inicialmente importante frisar que o organismo se torna mais sensível a essa droga, portanto, quantidades equivalentes de álcool provocam maiores efeitos físicos e psíquicos em idosos. Geralmente, os idosos não têm problemas legais, sociais e profissionais que limitem ou impeçam o consumo de bebidas alcoólicas, porém seu consumo se relaciona com problemas físicos (doenças, limitações físicas), psicológicos (comprometimento da autoestima, depressão) e sociais (solidão, isolamento social, viuvez) etc.

Ferreira et al. (2010) apontam que a prevalência de **tabagismo** entre idosos é mais baixa do que a observada entre os indivíduos mais jovens, em consequência da interrupção do hábito de fumar com o aumento da idade, da presença de morbidades, das diferenças entre as gerações ou da morte prematura dos tabagistas. Entretanto, fumantes idosos estão sob maior risco de desenvolver doenças relacionadas ao cigarro porque tendem a exposições mais longas e mais intensas ao tabaco.

Buscando avaliar a predominância de idosos com a **síndrome da fragilidade**, os dados encontram-se apresentados na tabela a seguir.

**Tabela 4** – Escores das dimensões da Escala da Fragilidade de Edmonton com valores expressos em números de pessoas e média dos idosos pesquisados.

Pontuação	n	%
Não apresenta fragilidade	19	63,3
Aparente vulnerabilidade	06	20
Apresenta fragilidade	05	16,7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

Teixeira e Neri (2006) debatem que o conceito para a fragilidade ainda é um desafio, pois o mesmo advém de um caráter multidimensional, assim, descrevem-na como uma síndrome geriátrica de caráter biológico e natureza multifatorial caracterizada por um estado de vulnerabilidade fisiológica, por diminuição de reserva e resistência aos estressores devido aos declínios cumulativos dos múltiplos sistemas fisiológicos.

Independentemente dos dados apontados acima, considera-se importante a prática de estratégias de prevenção, como apontado por Coelho Filho (2007), que perpassam desde a mudanças no estilo de vida como suspensão do tabagismo, da ingestão excessiva de álcool, como também o incentivo à prática de atividade física, para promover o aumento da massa muscular.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo, pode-se perceber que a as características sócio-demográficas da população estudada assemelhasse com as características da população brasileira em geral, diferenciando-se principalmente no que diz respeito à escolaridade, visto que não se apresentou idoso analfabeto, e ao estado civil, em que a maioria dos idosos eram casados, contrariando os dados gerais que afirmam que na velhice o cargo de chefe de família é assumido pela figura feminina.

Outro aspecto bastante interessante constatado está relacionado ao grande número de comorbidades associadas que o idoso apresenta, tornando-os mais susceptíveis a situações adversas. Porém, nesta pesquisa, apesar da grande maioria apresentar alguma afecção, observou-se que a prática de atividade física e de um estilo de vida mais saudável são fatores marcantes. E finalmente, quando a

fragilidade, os idosos pesquisados, em sua grande maioria, não apresentam sinais que possam comprometer a sua autonomia e independência funcional. Mas, torna-se relevante expor a necessidade de se incrementar estratégias de promoção à saúde do idoso, visando uma longevidade com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

CALDAS, C.P. **Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia**. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p.163-176.

CHAIMOWICZ, F. **Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 110-117.

FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS - em uma amostra de idosos brasileiros. São Paulo: **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_18.pdf). Acessado em: 28.02.2012.

FERREIRA, C.C.C. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2010; 95(5): 621-628. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13710.pdf>. Acessado em: 13.07.2012.

GUCCIONE, A.A. Avaliação Funcional do Idoso. In: **Fisioterapia Geriátrica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002, p.114-124.

JACOB FILHO, W. **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**. Revista Brasileira de Educação. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.danielsimonn.com.br/recomendados/terceira-idade/artigo3.pdf>. Acessado em: 14.04.2012.

LEME, L.E.G **O Idoso e a Família**. In: PAPALEO NETTO, M. Tratado de gerontologia. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p. 217-223.

PASCHOAL, S.M.P. **Autonomia e Independência**. In: PAPALEO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 609-621.

PASCHOAL, S.M.P.; SALLES, R.F.N.; FRANCO, R.P. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006, p.31.



PILGER, C.; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500022&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500022&script=sci_arttext&lng=pt). Acessado em: 16.02.2012.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

REMOR, C.B.; BÓS, A.J.G.; WERLANG, M.C. **Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso**. *Sci Med*. 2011;21(3):107-112. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8491/6717>.

SCHOUERI JUNIOR, R. et al. **Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais**. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 19-34.

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. **Arquivo de Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio/ago. 2008. Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/2387/1937>. Acessado em: 02.05.2012.

TEIXEIRA, I.N.A.O.; NERI, A.L. **A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo**. In: FREITAS, E.V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, p.1102-1109.

WEHBE, S. C. C. F.; et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 2009 novembro-dezembro; 17. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acessado em: 11.02.2012.