

FRAGILIDADE DE IDOSOS INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL GERAL TERCIÁRIO¹

Luana Baldin Storti², Suzele Cristina Coelho Fabrício-Whebe³, Luciana Kusumota⁴, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁵, Sueli Marques⁶

¹ Extraído de um trabalho de Iniciação Científica financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2010 a 2011.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: luana.storti@usp.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá. São Paulo, Brasil. E-mail: suzelecris@ig.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: kusumota@eerp.usp.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: rosalina@eerp.usp.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: smarques@eerp.usp.br

RESUMO: Este estudo objetivou caracterizar os idosos internados na clínica médica de um hospital terciário, segundo variáveis sociodemográficas, e identificar a fragilidade nos mesmos. Estudo descritivo e transversal. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2010 a março de 2011, utilizando-se um instrumento contendo questionário sociodemográfico e a *Edmonton Frail Scale*. Participaram 84 idosos, média de idade 73,8 anos; 60,7% eram homens, 44,0%, casados e 32,1%, viúvos; 75,0%, aposentados; 54,8% estudaram entre um e quatro anos. Quanto à identificação da fragilidade, 42,9% apresentaram fragilidade severa, 33,3%, leve e 19,0%, moderada. Dentre os idosos que apresentaram fragilidade severa, houve predomínio de mulheres (63,6%), de idosos com 80 anos ou mais (63,0%), dos que viviam sem companheiro(a) (53,1%) e dos que descreveram sua saúde como ruim (75,8%). Acredita-se que identificar a fragilidade em idosos hospitalizados auxilia os profissionais da saúde no planejamento e na implementação da assistência ao idoso.

DESCRIPTORES: Envelhecimento. Hospitalização. Idoso fragilizado.

FRAILTY OF ELDERLY PATIENTS ADMITTED TO THE MEDICAL CLINIC OF AN EMERGENCY UNIT AT A GENERAL TERTIARY HOSPITAL

ABSTRACT: This descriptive and cross-sectional study was aimed at classifying elderly patients admitted to the medical clinic of a tertiary hospital, according to socio-demographic variables, and identifying their frailty. Data collection was carried out in the period between October 2010 and March 2011, through a questionnaire with socio-demographic data and the *Edmonton Frail Scale*. Eighty-four elderly patients with an average age of 73.8 participated in the study; 60.7% were male, 44.0% married and 32.1% widowers/widows; 75.0% were retired; 54.8% possessed between one and four years of formal education. Regarding the identification of frailty, 42.9% presented severe, 33.3% mild and 19.0% moderate frailty. Among the elderly who presented severe frailty, 63.6% were women, 63.0% were over 80 years of age, 53.1% lived without a partner and 75.8% considered their health poor. It is believed that identifying the frailty of elderly patients helps healthcare professionals in planning and implementing care actions for the elderly.

DESCRIPTORS: Aging. Hospitalization. Frail elderly.

FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR INTERNADOS EN LA CLÍNICA MÉDICA DE LA UNIDAD DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL TERCIARIO

RESUMEN: Este estudio objetivó caracterizar a adultos mayores en la clínica médica de un hospital terciario, según variables sociodemográficas e identificar la fragilidad de ellos. Estudio descriptivo y transversal. La colecta de datos fue realizada en el periodo de octubre 2010 a marzo 2011; se utilizó un instrumento conteniendo cuestionario socio-demográfico y *Edmonton Frail Scale*. Participaron 84 adultos mayores, con edad media de 73,8 años; 60,7% eran hombres, 44,0% casados y 32,1% viudos; 75,0% jubilados; 54,8% estudiaron entre 1 a 4 años. En relación a identificación de la fragilidad, 42,9% presentaron fragilidad severa habiendo predominio de mujeres (63,6%), de adultos mayores con 80 años a más (63,0%), de los que viven sin compañero(a) (53,1%) y de los que describieron su salud como mala (75,8%). Se cree que identificar la fragilidad en adultos mayores hospitalizados ayuda a profesionales de salud en el planeamiento e implementación de la asistencia a esos adultos mayores.

DESCRIPTORES: Envejecimiento. Hospitalización. Adulto mayor fragilizado.

INTRODUÇÃO

Uma parte significativa da população idosa possui enfermidades que a torna suscetível a um elevado número de eventos adversos. Esses idosos são classificados na literatura geriátrica como os que possuem uma síndrome, chamada fragilidade.¹ As primeiras definições de fragilidade relacionaram igualmente incapacidade e fragilidade, descrevendo esta síndrome por meio dos seguintes termos: incapacidade decorrente de doenças crônicas, múltiplas afecções, idosos institucionalizados, idade avançada e condição pré-óbito.²

Comorbidade é um fator de risco para a fragilidade, e a incapacidade é uma consequência. Fragilidade é uma síndrome clínica na qual três ou mais dos seguintes critérios estão presentes: perda de peso não intencional, autorrelato de exaustão, lentidão, baixo nível de atividade física e fraqueza. Estados intermediários de fragilidade são caracterizados na presença tanto de um como de dois desses critérios.³

A fragilidade é uma síndrome caracterizada por aspectos multifatoriais: biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais.⁴ Seguindo essa mesma linha de pensamento, essa síndrome “poderia ser identificada precocemente para que intervenções e condutas também precoces fossem realizadas”.^{5:183}

A prevalência de fragilidade aumenta à medida que a idade avança e determina ao idoso maior risco para sua saúde, incluindo a mortalidade, institucionalização, quedas e hospitalização.³

Dessa forma, identificar precocemente a fragilidade em idosos possibilita formular estratégias de prevenção e/ou tratamento, melhorando o seu prognóstico. Para tanto, são necessários instrumentos/escalas objetivos, de fácil e rápida aplicação.

No Canadá, pesquisadores construíram e avaliaram a validade e a confiabilidade da *Edmonton Frail Escala* (EFS). Trata-se de uma escala para avaliar a fragilidade em idosos, composta por nove domínios (cognição, desempenho funcional, humor, independência funcional, uso de medicamentos, suporte social, nutrição, estado geral de saúde e continência).⁶ No Brasil, a EFS foi adaptada culturalmente e validada (análise das propriedades psicométricas), sendo considerada confiável, de fácil aplicação e com possibilidade de ser utilizada por uma equipe multiprofissional.⁷

Considerando essa temática atual e relevante, neste estudo, optou-se por identificar a fragilidade em idosos hospitalizados, com a finalidade de subsidiar a elaboração de estratégias

que auxiliem os serviços de saúde e a equipe de profissionais, especialmente o enfermeiro, no que se refere ao planejamento e à implementação da assistência ao idoso frágil e hospitalizado. Assim, propusemos os objetivos de caracterizar os idosos internados na Clínica Médica da Unidade de Emergência de um Hospital Universitário de Ribeirão Preto-SP, segundo variáveis sociodemográficas, e identificar a fragilidade nos mesmos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal. O estudo foi realizado na clínica médica do referido hospital. Esta clínica é composta por uma unidade de cuidados semi-intensivos (seis leitos); dois quartos para isolamento (dois leitos) e seis enfermarias (19 leitos). Ressalta-se que este estudo foi desenvolvido com os idosos internados nas seis enfermarias. A maioria dos pacientes internados são idosos portadores de doenças crônicas, geralmente múltiplas e com diferentes graus de dependência funcional.

A população foi composta pelos idosos (≥ 60 anos) internados na referida unidade, no período de outubro de 2010 a março de 2011 e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade, sexo masculino ou feminino e possuir, no ato da coleta de dados, condições para compreender e responder à entrevista e/ou a presença de um familiar ou cuidador que pudesse auxiliar nas respostas.

Para seleção da amostra, utilizou-se a amostragem de conveniência. Assim, foi composta pelos idosos abordados durante a internação na clínica médica e no referido período, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Dessa forma, compuseram a amostra 84 idosos. Vale ressaltar que, no período da coleta de dados, foram internados 175 idosos, havendo 13 recusas, 24 não atenderam ao critério de inclusão (condições para compreender e responder à entrevista e/ou a presença de um familiar ou cuidador que pudesse auxiliar nas respostas); oito foram reinternações e 46 perdas (óbitos, internações/alta nos finais de semana e altas).

A coleta de dados foi realizada no período anteriormente citado, por meio de entrevista dirigida pela pesquisadora, utilizando um instrumento composto por três partes: a) questionário contendo dados referentes a informações pessoais (sexo, data e local de nascimento, idade, estado conjugal, número de filhos e religião) e perfil

social (escolaridade, fonte de renda, atividade profissional exercida, idade em que se aposentou e moradia)⁷; b) diagnóstico médico identificado no prontuário dos idosos; e c) identificação da fragilidade por meio da EFS, adaptada culturalmente e validada.⁷ A EFS é composta por nove domínios, representados por 11 itens: cognição (teste do desenho do relógio - TDR - que consiste em apresentar para o entrevistado o desenho de um círculo e solicitar que imagine um relógio, coloque os números nas posições corretas e, em seguida, inclua os ponteiros de forma a indicar “onze horas e dez minutos”), estado geral de saúde (internações no último ano e autopercepção de saúde), independência funcional (necessidade de ajuda para atividades diárias), suporte social (ajuda para atender às necessidades), uso de medicamentos (uso de medicamentos e esquecimento), nutrição (perda de peso), humor (percepção de tristeza/depressão), continência (controle urinário), desempenho funcional (levantar e andar cronometrado, para equilíbrio e mobilidade).

A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para classificação de fragilidade são: 0-4 pontos não apresenta fragilidade, 5-6 aparentemente vulnerável, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada e 11 ou mais, severa.⁷

As entrevistas foram realizadas entre segunda e sexta-feiras, no período das 14 às 18 horas. Dessa forma, a pesquisadora se dirigia até a Unidade, local do estudo, realizava consulta no censo diário da mesma, onde constavam o nome, registro, sexo e a idade dos pacientes internados, bem como a especialidade médica, com a finalidade de identificar as internações diárias e selecionar os potenciais participantes, idosos, do estudo. Após essa consulta, era realizada a abordagem ao idoso internado e/ou cuidador, momento em que a pesquisadora se identificava, fazia os devidos esclarecimentos sobre o estudo, apresentava e discutia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a aquiescência de cada participante, a entrevista era realizada na enfermagem, onde o idoso estava internado. O tempo médio gasto para as entrevistas foi de 30 minutos.

Para o processamento dos dados, foi elaborada uma planilha de dados no programa computacional *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas, onde os dados foram digitados sob a forma de dupla entrada, para verificação da consistência interna dos mesmos (validação por dupla entrada). Após a digitação e

a validação, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 16.0, para a realização da distribuição das frequências absoluta e relativa de todas as variáveis do instrumento e de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas. Dessa forma, os dados serão apresentados de forma descritiva e por meio de tabelas de contingência.

O projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP/USP, protocolo n. 8056/2010, aprovado em julho de 2010.

RESULTADOS

Quanto às características sociodemográficas, a distribuição dos idosos segundo idade, sexo, estado conjugal e escolaridade está descrita na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo idade, sexo, estado conjugal e escolaridade. Ribeirão Preto-SP, 2011

Variável	n	%
Idade		
60 - 69	34	40,5
70 - 79	23	27,4
80+	27	32,1
Sexo		
Masculino	51	60,7
Feminino	33	39,3
Estado conjugal		
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	8	9,5
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	37	44,0
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	12	14,3
Viúvo(a)	27	32,1
Escolaridade		
Analfabeto	13	15,5
Sabe ler ou escrever	7	8,3
1 - 4 anos	46	54,8
5 - 8 anos	10	11,9
9 - 12 anos	3	3,6
13 +	2	2,4
Não sabia/não respondeu	3	3,6
Total	84	100

A idade variou entre 60 e 99 anos com média de 73,8 e desvio-padrão 8,8, sendo o intervalo com maior distribuição o de 60 a 69 anos com 34 (40,5%) dos idosos. A maioria, 51 (60,7%) eram homens, 37 (44,0%) moravam com esposo(a) ou companheiro(a) e 27 (32,1%) eram viúvos. Quanto ao nível

de escolaridade, 46 (54,8%) possuíam entre um e quatro anos de estudo, seguidos de 20 (23,8%) que eram analfabetos ou sabiam ler e escrever.

No que se refere à fonte de renda, a maioria dos idosos, ou seja, 63 (75,0%) mencionaram possuir aposentadoria e 18 (21,4%) recebiam pensão. A renda mensal do idoso variou entre R\$ 0 e R\$ 5.000,00 (mediana R\$ 540,00).

Os diagnósticos médicos, da amostra estudada, foram obtidos por meio de consulta aos prontuários, o que possibilitou observar que o número de diagnósticos por idoso variou entre 1 e 7, com média de 3 e desvio-padrão 1,3, sendo que 23 (27,4%) possuíam dois diagnósticos, 22 (26,2%), quatro e 20 (23,8%), três.

A frequência total de diagnósticos médicos, para os idosos deste estudo, foi 252 (100%). Os capítulos da classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)⁸ que tiveram maior número de diagnósticos médicos foram: doenças do aparelho circulatório com 84 (33,3%) diagnósticos e do aparelho respiratório com 42 (16,7%).

Neste estudo, como já mencionado, para identificar o grau de fragilidade da amostra estudada, foi utilizada a EFS. Ressalta-se que, no desempenho cognitivo, com o TDR, 76 (90,5%) idosos foram reprovados com erros significantes. Nesse caso, foi exigida a presença de um cuidador durante a aplicação da EFS.

A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. A tabela 2 evidencia a distribuição dos idosos, segundo a pontuação na EFS.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo a pontuação na EFS. Ribeirão Preto-SP, 2011

Pontuação na EFS	n	%
6	4	4,8
7	11	13,1
8	17	20,2
9	9	10,7
10	7	8,3
11	11	13,1
12	9	10,7
13	5	6,0
14	7	8,3
15	3	3,6
16	1	1,2
Total	84	100,0

A pontuação na EFS variou entre seis e 16 pontos, média 10 e desvio-padrão 2,6. Observou-se que 17 (20,2%) dos idosos obtiveram oito pontos, 11 (13,1%), 11 pontos e os outros 11 (13,1%), 7 pontos.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos, segundo os escores para identificação de fragilidade.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo os escores para a fragilidade. Ribeirão Preto-SP, 2011

Escores para identificação de fragilidade	n	%
(0-4) - Não apresenta fragilidade	-	-
(5-6) - Aparentemente vulnerável	4	4,8
(7-8) - Fragilidade leve	28	33,3
(9-10) - Fragilidade moderada	16	19,0
(11 ou mais) - Fragilidade severa	36	42,9
Total	84	100,0

Dos 84 (100%) idosos internados na clínica médica, 36 (42,9%) possuíam escore para fragilidade severa, 28 (33,3%), para fragilidade leve e 16 (19,0%), para fragilidade moderada, ou seja, 80 (95,2%) apresentaram fragilidade.

A relação entre os escores para fragilidade e as variáveis sexo, idade, estado conjugal e autopercepção de saúde evidenciou que, para a fragilidade severa, houve prevalência de mulheres (63,6%), de idosos com 80 anos ou mais (63,0%), de solteiros, divorciados/desquitados, separados ou viúvos (53,1%) e de idosos que descreveram sua saúde como ruim (75,8%).

Com relação à fragilidade leve, houve domínio de homens (37,3%), de idosos entre 70 e 79 anos, de casados ou amasiados (43,2%) e dos que descreveram sua saúde como excelente; muito boa ou boa (63,2%).

DISCUSSÃO

A média de idade dos idosos foi de 73,8 e o desvio-padrão 8,8, sendo o intervalo com maior distribuição entre 60 e 69 anos com 40,5% dos idosos. Esta média de idade foi semelhante às médias encontradas por estudos realizados com idosos da comunidade e que utilizaram o fenótipo de fragilidade para identificação da mesma,⁹⁻¹⁰ assim como em um estudo que utilizou a EFS.⁷

A média de idade elevada pode estar relacionada à estrutura etária da sociedade, com cada vez

mais idosos vivendo próximo aos cem anos, o que contribui para o agravamento das doenças crônicas, tornando mais frequentes as exacerbações das mesmas e as internações hospitalares. Embora a fragilidade esteja associada à idade, nem todos os idosos são frágeis,¹¹ uma vez que a fragilidade está mais relacionada com o declínio das habilidades para o desempenho das atividades cotidianas do que com a idade cronológica.¹²

Neste estudo houve predomínio de homens (60,7%). Em estudos realizados para identificar a fragilidade em idosos na comunidade, utilizando o fenótipo de fragilidade^{3,9} ou a EFS,⁶⁻⁷ foi evidenciada a maioria de mulheres.

De fato, as mulheres estão em maior número na sociedade e possuem uma expectativa de vida maior do que a dos homens. O predomínio de idosas na composição demográfica do país se deve a fatores como: maior sobrevivência entre as mulheres, diferenças de exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e tabaco e maior procura pelos serviços de saúde entre elas.¹³

Nesse sentido, o predomínio de homens nesta pesquisa pode ser explicado, pelo fato de que se tratando de idosos internados e considerando que os homens são menos cuidadosos com sua saúde, provavelmente estão mais sujeitos à internação hospitalar.

Quanto ao estado conjugal, 44,0% moravam com o cônjuge ou companheiro(a) e 32,1% eram viúvos, dado que corrobora outro estudo.⁹ No Brasil, mais de um quarto dos homens vive em companhia do seu cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas.¹⁴ Essa desigualdade pode ser explicada por dois fatores: a maior longevidade da mulher e a tendência, por questões culturais, à união de homens com mulheres mais jovens.¹⁵

Dos idosos pesquisados, 54,8% possuíam entre um e quatro anos de estudo. A prevalência de idosos com baixo nível de escolaridade, no país, ainda é elevada. Outros estudos^{7,16} mostraram que 54,8% e 49,0% dos idosos pesquisados possuíam até quatro anos de escolaridade, respectivamente. O baixo nível de escolaridade predispõe os idosos a maiores riscos para apresentarem problemas de saúde e, como consequência, ao declínio da funcionalidade.¹⁷

No que se refere à fonte de renda, 75,0% possuíam aposentadoria, e a renda mensal do

idoso variou entre R\$ 0 e R\$ 5.000,00 (mediana R\$ 540,00). Atualmente, as aposentadorias e pensões são reconhecidas como as principais fontes de renda da população idosa brasileira. Idosos com renda mais baixa, geralmente, apresentam piores condições de saúde, pior função física e menor acesso aos serviços de saúde.¹⁸

No que diz respeito à presença de doenças, o número de diagnósticos médicos, por idoso, variou entre 1 e 7, com média 3 e desvio-padrão 1,3, sendo que 27,4% possuíam dois diagnósticos, 26,2%, quatro e 23,8%, três. Trinta e três por cento dos diagnósticos médicos eram referentes às doenças do aparelho circulatório e 16,7% às do aparelho respiratório. Em estudo realizado para desenvolver e operacionalizar um fenótipo de fragilidade em idosos³, observou-se que a fragilidade estava fortemente associada com o número de doenças crônicas, incluindo as cardiovasculares, pulmonares e o Diabetes *Mellitus*, ou seja, houve maior probabilidade de os idosos apresentarem fragilidade quando possuíam duas ou mais doenças.

A literatura³ aponta que há evidências de que condições comuns aos idosos, tais como, dependência para as atividades da vida diária e a presença de comorbidades, podem acarretar a fragilidade. No entanto, fragilidade, comorbidade e incapacidade são condições clínicas distintas, embora possam ocorrer simultaneamente.¹⁹

Para identificar a presença de fragilidade entre os participantes deste estudo, foi utilizada a EFS. Após realizar o TDR, 90,5% foram reprovados com erros significantes, porém vale destacar que, para a execução do teste, houve relatos dos idosos referentes à: visão prejudicada, falta de conhecimento/habilidade, impossibilidade de movimentar o membro dominante, mãos trêmulas, analfabetismo, confusão, entre outras. Assim, foi possível atestar a existência de fatores que contribuíram para a reprovação com erros significantes, no entanto, isso não significou que o idoso estava com a cognição comprometida. A esse respeito, um estudo⁷ menciona que o baixo desempenho no teste do relógio pode estar relacionado a dificuldades independentes do déficit cognitivo.

Neste estudo, 95,2% dos idosos internados apresentaram fragilidade. No entanto, em estudos realizados com idosos vivendo na comunidade, utilizando o fenótipo de fragilidade, ou a EFS, foi possível observar menores percentuais de fragilidade, 20%,⁹ 13,3%,²⁰ e 29,9%,⁷ respectivamente.

Considerando que a prevalência de fragilidade aumenta com o avançar da idade, deter-

minando ao idoso maior risco para mortalidade, institucionalização, quedas e hospitalização³ e que, principalmente para o idoso, a hospitalização, muitas vezes, é acompanhada por um declínio irreversível no estado funcional e por mudanças na qualidade e estilo de vida do mesmo,²¹ acredita-se que o percentual elevado de fragilidade, encontrado nesta pesquisa, possa ser explicado pela própria hospitalização.

A relação entre os escores para fragilidade e as variáveis sexo, idade, estado conjugal e autopercepção de saúde evidenciou que, para a fragilidade severa, houve prevalência de mulheres (63,6%), de idosos com 80 anos ou mais (63,0%), dos que viviam sem companheiro(a) (53,1%) e de idosos que descreveram sua saúde como ruim (75,8%). Outros autores também evidenciaram que os idosos frágeis eram as mulheres, os mais velhos, com menor grau de escolaridade, menor renda, altas taxas de doenças crônicas e com pior condição de saúde,³ viúvos, maior dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e pior autopercepção de saúde.²⁰

Em estudo realizado com idosos hospitalizados, de um município do Rio de Janeiro, com o objetivo de descrever o perfil e identificar a dependência de cuidados de enfermagem, as autoras mencionam que a fragilidade é um fenômeno mais comumente observado em mulheres do que em homens.²² De fato, ser do sexo feminino pode representar um risco intrínseco para a fragilidade, uma vez que as mulheres iniciam a perda de massa magra e da força antes que os homens da mesma idade. As mulheres podem, também, ser mais vulneráveis à fragilidade, devido aos efeitos da sarcopenia.²³

A sarcopenia causa redução da mobilidade, o que leva a alto risco de quedas e, também, devido à diminuição da densidade óssea ocorrem as fraturas. A capacidade de reserva diminuída e a instabilidade, frequentemente observadas nos idosos frágeis, os tornam mais vulneráveis às doenças, à hospitalização e à maior chance de morrer.²⁴

Pessoas mais velhas tendem a desenvolver várias condições crônicas que interagem com as mudanças relacionadas ao envelhecimento e contribuem para fragilidade,¹¹ uma vez que, atualmente, essa síndrome é relacionada à diminuição crítica da reserva funcional e ao desequilíbrio homeostático.

Assim sendo, a fragilidade é uma expressão de agregação de riscos resultantes da idade ou doença, associadas às alterações fisiológicas. Em-

bora os estágios iniciais desse processo possam ser clinicamente silenciosos, quando as perdas de reserva alcançam um limiar que conduz a uma grave vulnerabilidade, a fragilidade pode tornar-se detectável por meio de marcadores: clínico, funcional, comportamental e biológico. Acrescenta-se, ainda, que a fragilidade é caracterizada por amplas oscilações do estado de saúde e por alto risco de complicações agudas que podem interromper a recuperação do idoso, impactando negativamente a funcionalidade desse indivíduo e aumentando o custo do cuidado de saúde.¹⁹

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos apresentou fragilidade severa, o que implica em maior risco para a saúde, incluindo a hospitalização e a mortalidade, entre outras, o que pode acarretar sobrecarga para a família e para o sistema de saúde. No entanto, a identificação da fragilidade em idosos hospitalizados pode auxiliar os profissionais da saúde no planejamento e na implementação da assistência a este idoso, para eliminar ou protelar esse processo. Porém, o fato de estes profissionais julgarem a fragilidade como uma condição própria do envelhecimento pode acarretar em tomada de decisões tardias para a implementação de intervenções adequadas, o que diminui o potencial de reversão das consequências da mesma, incluindo a redução de perspectiva de vida saudável e ausência de incapacidades.

Assim, é relevante que se realize uma avaliação clínica periódica no idoso por uma equipe multidisciplinar, para detectar precocemente a fragilidade, podendo reduzir as taxas de morbimortalidade, institucionalização e hospitalização dos idosos. Nesse sentido, torna-se relevante o uso de instrumentos de simples aplicação que possibilitem a identificação do risco e/ou da fragilidade já instalada, o que poderá subsidiar o desenvolvimento de práticas preventivas e/ou de intervenções apropriadas e individualizadas, sob a ótica da interdisciplinaridade, que atendam a esta necessidade específica.

Vale destacar a importância da inclusão da família no contexto da fragilidade, seja oferecendo suporte para o idoso frágil e/ou para a equipe de saúde que o assiste, ou recebendo o apoio necessário para realizar os cuidados de forma efetiva, sem prejuízos para sua própria saúde, no decorrer desse processo. Para tanto, há de se investir na busca e aplicação de modelos assistenciais que priorizem a prevenção da fragilidade, com vistas

à melhor qualidade de vida para os idosos frágeis, bem como para a redução de custos para os serviços de saúde.

Considerando que os idosos frágeis necessitam de cuidados de saúde prolongados e de apoio social, eles devem ser alvo das políticas públicas de saúde.

Neste estudo, a EFS foi aplicada em idosos hospitalizados, agudamente comprometidos, embora a mesma seja mais comumente utilizada para a população idosa saudável ou com doenças crônicas e vivendo na comunidade. Além disso, a escassez de estudos que abordem a identificação da fragilidade em idosos hospitalizados dificultou comparações com base na literatura existente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à enfermeira Dra. Miyeko Hayashida, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, pelo apoio técnico na estruturação do banco de dados e validação dos dados.

REFERÊNCIAS

- Lourenço RA. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Rev HUPE*. 2008 Jan-Jun; 7(1):21-9.
- Teixeira INDO, Neri AL. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. p.1102-9.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci*. 2001 Mar; 56(3):146-56.
- Bergman H, Béland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontol Soc*. 2004 Jun; 109:15-29.
- Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2008 Set-Dez; 33(3):177-84.
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Aging*. 2006 Sep; 35(5):526-9.
- Fabrício-Whebe SCC. Adaptação cultural e validação da "Edmonton Frail Escala" (EFS) - escala de avaliação de fragilidade em idosos [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
- Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde CID10. Décima revisão, Volume I, 2008. [acesso 2011 Jul 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>
- Silva SLA, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioter Pesq*. 2009 Abr-Jun; 16(2):120-5.
- Breda JC. Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório [tese na internet]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Educação; 2007 [acesso 2010 Abr 12]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000410730>
- Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med*. 1999 Jun; 130(11):945-50.
- Schuermans H, Steverink N, Linderberg S, Frieswijk N, Slaters JP. Old or frail: what tells us more?. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004 Sep; 59(9):962-5.
- Feliciano A, Moraes S, Freitas I. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2004 Nov-Dez; 20(6):1575-85.
- Paschoal SMP, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu; 2007. p. 39-56.
- Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud Av*. 2003 set-Dez; 17(49):35-64.
- Silva VA, Souza KL, D'elboux MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun; 45(3):672-8.
- Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003 Fev; 37(1):40-8.
- Neri M, Soares WL. Políticas sociais, renda e saúde na terceira idade. In: 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2006 Set 8-22; Caxambu, Brasil. Caxambu (MG): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2006.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and a care. *J Gerontol Med Sci*. 2004 Mar; 59(3):255-63.
- Santos EGS. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal. [tese na internet] Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008 [acesso 2010 Abr 12]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/MSMR-7W4PX3>.

21. Morton C. Creditor, MD. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med.* 1993 Feb; 118(3):219-23.
22. Santos I, Sales FM. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jul-Set; 16(3):495-502.
23. Evans WJ. Exercise, nutrition and aging. *Clin Geriatr Med.* 1995 Nov; 11(4):725-34.
24. Pel-Little RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Aging.* 2009; 13(4):390-4.

Correspondência: Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900.
14040-902 - Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: smarques@eerp.usp.br

Recebido: 27 de Outubro de 2011
Aprovação: 06 de Agosto de 2012