

Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa

Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community

Mafalda Duarte^{1,2}
Constança Paúl¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Este trabalho de investigação está alicerçado concetualmente no modelo teórico de fragilidade definido por Fried, que explica o fenótipo de fragilidade através da presença dos seguintes critérios: perda de peso; resistência; actividade física; lentidão e fraqueza. São objectivos desta investigação: conhecer como a fragilidade fenotípica se comporta e delinear o perfil da pessoa idosa frágil. Para tal, constitui-se uma amostra aleatória estratificada, composta por 339 sujeitos a residirem na comunidade. Desenvolveu-se um protocolo de fragilidade, composto por medidas relacionadas com o processo de envelhecimento e com o fenótipo de fragilidade. Os resultados apontam para uma elevada prevalência desta síndrome (34,9%). Está mais presente nas mulheres (40,9%) e nas idades mais avançadas (60,4%). Os critérios mais cotados, na condição de fragilidade, são a baixa actividade física (88,9%) e a lentidão (86,4%). A pessoa idosa frágil em termos sociodemográficos caracterizada por ser viúvo/ separado/divorciado (46,7%); iletrado (71,1%); viver no seio de uma família com alguma dependência (41,6%); habitar em condições inadequadas (44,9%); manter relações sociais restritas (54,2%) e não ter apoio social (37,6). Conclui-se que a fragilidade é uma condição prevalente e que o perfil de pessoa frágil esta associado a um conjunto de características que conferem uma maior vulnerabilidade, o que fornece orientações para potenciais áreas de intervenção de forma a minorar e retardar esta síndrome.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Fragilidade.

Abstract

The present study is based on the conceptual model defined by Fried which explains phenotypic frailty through the presence of the following criteria: weight loss; exhaustion; low physical activity; slowness and weakness. The aim of the present study was to identify the behaviour of phenotypic frailty and outline the profile of the frail elderly

¹ Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – UNIFAI. Porto, Portugal.

² Instituto Superior de Saúde do Alto Ave – ISAVE. Póvoa de Lanhoso, Portugal.

Financiamento: Este trabalho desenvolveu-se na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) e foi parcialmente financiado por uma bolsa de doutoramento da Fundação Ciência e Tecnologia (FCT), ao abrigo do Programa PROTEC (SFRH/PROTEC/49236/2008).

person. In order to do this, a random stratified sample of 339 individuals residing in the community was obtained. A frailty protocol was developed, composed of measures related to the aging process and phenotypic frailty. The results indicated a high prevalence of this syndrome (34.9%). It occurs more frequently among women (40.9%) and at more advanced ages (60.4%). The criteria that appeared most frequently in association with frailty are low physical activity (88.9%) and slowness (86.4%). Frail elderly individuals were characterized by being widow/separated/divorced (46.7%); illiterate (71.1%); living within a family with some degree of dependence (41.6%); living in unsuitable conditions (44.9%); having limited social relations (54.2%) and not receiving social support (37.6%). It can be concluded that frailty is a prevalent condition, and that the profile of the frail individual is associated with a set of characteristics that result in greater vulnerability, which suggests possible areas of intervention to minimize and delay this syndrome.

Key words: Elderly; Aging; Frailty.

INTRODUÇÃO

Com a esperança de vida a aumentar é importante perceber, explicar e intervir no processo de envelhecimento. De acordo com os censos,¹ a população idosa portuguesa aumentou em 19% na última década. O curso normal do processo de envelhecimento está associado a um declínio gradual das capacidades funcionais, sendo que as pessoas idosas que estão em alto risco de declínio são descritas como frágeis.² A fragilidade foi um termo raramente citado na literatura no período anterior a 1980. Desde então, tem-se denotado um aumento significativo de estudos referentes à pessoa idosa frágil.³ A origem deste conceito tem a sua gênese nas abordagens de cariz biológico, que constituem o ponto de partida para o estudo desta problemática.^{4,5} Contudo, a literatura demonstra uma linha evolutiva acerca do estudo do conceito de fragilidade que se proliferou até os dias de hoje, para uma abordagem mais ampla, em que se contemplam vários domínios relacionados com o processo de envelhecimento, tais como: fatores nutricionais, psicológicos, cognitivos e sociais.⁶ De uma forma geral, existem duas abordagens principais e multidimensionais, que explicam a fragilidade nos idosos.^{7,8} Destaca-se uma abordagem de índole quantitativa,⁹ desenvolvida pela equipa de Rockwood,¹⁰ e uma linha de pesquisa mais qualitativa, que assenta nos trabalhos desenvolvidos por Fried.¹¹ Sabe-se que desta fundamentação teórica da condição de pessoa idosa frágil emergem diferentes implicações práticas.¹² Dada a inexistência de trabalhos de investigação

neste domínio, em Portugal, o presente estudo centra-se em testar o fenótipo de fragilidade numa população a residir na comunidade. O ciclo de fragilidade^{13,14} assume que alguns fatores de cariz biológico fazem espoletar alterações fisiológicas experienciadas pelas pessoas mais velhas. Os resultados do *Cardiovascular Health Study* (CHS)¹¹ fundamentaram o fenótipo de fragilidade através da presença de três ou mais dos seguintes critérios: 1) perda de peso: perda de peso não intencional no último ano ($\geq 5\%$ do peso corporal no ano anterior); 2) resistência (exaustão): autorrelato de fadiga, identificado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 3) nível de actividade física: resultado calculado de quilocalorias (kcal) gastas por semana e medido em função do autorrelato das atividades e exercício físico realizado; 4) lentidão: medida pela velocidade da marcha, indicada em segundos (distância de 4,6 m) e 5) fraqueza: diminuição da força (medida com o dinamómetro). Desta forma, os autores definiram 3 níveis de fragilidade: quando o sujeito apresenta 3 (ou mais) desses critérios é considerado “frágil”; quando apresenta 1 ou 2 desses indicadores, no estágio “pré-frágil”, e os que não apresentam nenhum comprometimento a este nível, “robustos” (não frágeis). Os estudos longitudinais fundamentam que esta síndrome leva a situações de incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte.¹⁵

Este é um trabalho de investigação pioneiro em Portugal que visa caracterizar sociodemograficamente o perfil da pessoa idosa frágil.

MÉTODOS

Amostra

Este estudo desenvolveu-se em Portugal, no concelho de Guimarães numa amostra aleatória estratificada, o que confere a representatividade da população em estudo. A criação dos grupos etários realizou-se a partir dos dados do Censos 2001,¹⁶ que definiu 3 faixas etárias: entre 50-59 anos (39,5%), 134 sujeitos; entre 60-69 anos (31,6%), 107 sujeitos; entre 70-79 anos (19,8%), 67 sujeitos; e com mais de 80 anos (9,1%), 31 sujeitos, que perfaz um total de 339 inquiridos. Foi considerado como critério de inclusão a idade superior ou igual a 50 anos no sentido de se conhecer a população em estudo, perceber as trajetórias da pessoa idosa frágil e permitir uma intervenção precoce. Não foram definidos critérios de exclusão.

Instrumento

Para se avaliar as pessoas idosas numa esfera multidimensional, criou-se um vasto *Protocolo de Fragilidade* composto pelas seguintes dimensões: dados sociodemográficos (idade, sexo, situação habitacional e indicadores sociofamiliares) fatores de vulnerabilidade (Medição do Fluxo Respiratório; Medição da Força da Mão (Dinamómetro Support/GRIP-D) e Avaliação da Mobilidade – Teste “Time Up and Go” (Podsiadl e Richardson),¹⁷ indicadores de saúde física e funcionalidade (Questionário sobre Indicadores de Risco Geriátrico; Índice de Katz de Avaliação Funcional (Katz),¹⁸ Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton e Brody (Lawton & Brody)¹⁹ e dimensões psicossociais (Escala de Depressão Geriátrica [versão 15 itens] (Sheikh & Yesavage),²⁰ Mini Exame do Estado Mental (Guerreiro et al.)²¹ e Escala de Qualidade de Vida [WHOQOL – Bref] (Canavarro et al.).²² Foram também inseridos no protocolo de avaliação os critérios do fenótipo de fragilidade. Tal como noutros trabalhos de investigação, que testaram o fragilidade fenotípica, os autores desenvolveram um modelo baseado no original.²³⁻²⁸ Também esta investigação propõe um modelo ajustado de fragilidade. São integrados os seguintes critérios:

- Perda de peso: *Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses? Tem comido pior por falta de apetite?* (medida com a balança Soehnle Form);
- Resistência (exaustão): Escala de Depressão Geriátrica (GDS) – *Sente-se cheio(a) de energia?*;²⁰
- Atividade física (dispêndio de energia): Escala de Ocupação do Tempo – *Costuma praticar atividades desportivas (natação, ciclismo, caminhar, ginástica, fitness)?*;
- Lentidão: *Time Up and Go* (<10 seg = independentes; 10 seg = alguma dependência);²⁹
- Fraqueza (força de mão): medida com o dinamómetro Support/GRIP-D (estratificado por género – Homens ≥ 31 kg; Mulheres ≥ 18kg).³⁰

Procedimento para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foi constituída uma equipa de 10 técnicos, oriundos de áreas como: Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. Para a seleção e recrutamento dos mesmos, foi criado um guião para a entrevista, em que se apurou a experiência na área e bases motivacionais. Levou-se a cabo a monotorização de sessões de treino instituído em três fases: 1) enquadramento de objetivos da pesquisa, 2) apresentação e partilha de critérios específicos de administração do protocolo e 3) role play e resolução de problemas. Isto com o intuito de aumentar a congruência na coleta dos dados, bem como a fiabilidade dos mesmos. Foram organizadas equipas de 2 elementos, onde se agregou técnicos com áreas distintas de formação, de modo a ser uma mais valia a junção de competências para a coleta dos dados. Esta foi realizada através de contacto pessoal no domicílio das pessoas idosas, em que cada protocolo teve um tempo médio de aplicação de 45/60 minutos. O trabalho de campo ocorreu num período de 6 meses e obedeceu aos princípios de anonimato, confidencialidade e participação voluntária, respeitando os princípios de autonomia,

beneficência, não maleficência, justiça e integridade, de acordo com a Declaração de Helsínquia (1964) e do Código de Nuremberga (1949). Foi aprovada pela Comissão Científica e de Ética do ICBAS-Universidade do Porto, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em 4 patamares de análise distintos. Inicia-se por caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico; de seguida, averigua-se como os critérios de fragilidade se distribuem na amostra estudada, bem como a prevalência do fenótipo de fragilidade;

e por fim, apresenta-se o perfil da pessoa idosa frágil em função de determinantes demográficos.

Caraterização sociodemográfica da amostra

Para o estudo pormenorizado da amostra, recorreu-se à sua análise descritiva (tabela 1) da mesma. Assim, esta é composta por 158 Homens (46,6%) e 181 Mulheres (53,4%). A média (m) de idades é de 64,4 anos, com um desvio-padrão (dp) de 9,25. Ao nível do estado civil, 4,7% são solteiros, 82% dos participantes, casados e os restantes (13,3%), viúvos, separados ou divorciados. Em termos do nível de literaturação, destaca-se que 11,2% da amostra são iletrados e os restantes 88,8% frequentaram a escola.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica. Guimarães, Portugal, 2015.

	N	%
Sexo		
Masculino	158	46,6
Feminino	181	53,4
Idade (m, dp)	64,4 (9,25)	
Estado civil		
Solteiro	17	4,7
Casado	277	82,0
Viúvo/ Separado/Divorciado	45	13,3
Escolaridade		
N/ frequentou	38	11,2
Frequentou	301	88,8

Prevalência da fragilidade fenotípica

De acordo com o fenótipo de fragilidade,¹¹ considerando os critérios definidos no modelo ajustado fundamentados nesta investigação, passou-se a uma análise da prevalência dos critérios de fragilidade. É de salientar que um dos sujeitos foi eliminado do estudo porque não preencheu

parte destes critérios, o que fez com que fosse excluído da amostra final. Levando em conta os 3 níveis de fragilidade, verifica-se que 14,2% das pessoas idosas não pontuaram em nenhum dos 5 critérios; 172 (50,9%) pontuaram em 1 a 2 critérios de fragilidade e 118 (34,9%) assumiram 3 a 5 critérios definidos pelo fenótipo de fragilidade (tabela 2).

Tabela 2. Prevalência do Fenótipo de Fragilidade. Guimarães, Portugal, 2015.

Critérios		N= 338			
		n	%	n	%
Não-Frágil	0 critério	48	14,2	48	14,2
	1 critério	63	18,6		
Pré-Frágil	2 critérios	109	32,2	172	50,9
	3 critérios	74	21,9		
Frágil	4 critérios	39	11,5	118	34,9
	5 critérios	5	1,5		

No sentido de se perceber como a fragilidade fenotípica se comporta considerando o sexo e a idade, levou-se em conta a categorização da variável idade. Com base na análise da tabela 3 denota-se uma distribuição equiparada do sexo pelos níveis de fragilidade, exceto na condição de pessoa idosa frágil, em que se registam 40,9% das mulheres em detrimento dos 28,4% dos homens. Em relação à distribuição pelos 3 grupos etários definidos, denota-se que as percentagens relacionadas à cotação dos critérios de fragilidade estão mais presentes à medida que a idade avança. Desta forma, destaca-se que não existem pessoas com 75 ou mais anos na condição de não frágil, sendo este grupo etário dividido entre pré-frágil (37,7%) e frágil (60,4%). No grupo etário imediatamente anterior, dos 65-74 anos, vê-se uma distribuição

por todos os grupos, sendo que há uma maior concentração nos grupos pré-frágil e frágil, com 44,1% e 45,2% respetivamente, existindo somente 10,8% dos casos no grupo não frágil. O grupo etário mais novo, dos 50-64 anos, concentra a maioria dos casos no grupo dos pré-frágeis (57,5%), sendo os restantes casos repartidos de igual forma entre os grupos não frágil e frágil, com 20,0% e 22,5%, respetivamente. Com estes resultados, parece evidente a necessidade de uma atenção precoce em relação à manifestação desta síndrome, pois é evidente que metade das pessoas com 50-64 anos de idade são consideradas pré-frágeis. No grupo das pessoas mais velhas, 60,4% são tidas como frágeis. Ou seja, mais de metade da população estudada com mais de 75 anos de idade é considerada frágil.

Tabela 3. Distribuição do Fenótipo de fragilidade por sexo e idade. Guimarães, Portugal, 2015.

População	Não Frágil		Pré-Frágil		Frágil		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Feminino	181	25	13,8	82	45,3	74	40,9
Masculino	157	23	14,6	90	57,0	44	28,4
Idade							
50-64	193	38	20,0	111	57,5	44	22,5
65-74	93	10	10,8	41	44,1	42	45,1
≥75	52	0	0,0	20	37,7	32	60,4

Com o intuito de se entender como cada critério do fenótipo se comporta nos níveis de fragilidade (tabela 4), considerou-se apenas os pré-frágeis e os frágeis, na medida em que os não frágeis não cotaram em nenhum critério para se fazer esta análise. É evidente que no estado de pré-frágil os indicadores de lentidão e atividade física são os mais cotados, 55,2% e 53,5%, respectivamente. O menos cotado é a resistência (7,5%) e a perda de peso (14,5%). A fraqueza foi detetada em cerca

de 33,0% da amostra considerada pré-frágil. Nos frágeis, os dois critérios igualmente mais cotados foram a lentidão (86,4%) e a atividade física (88,9%). O indicador fraqueza foi cotado em 74,6% na amostra. Com percentagens mais baixas, encontra-se a resistência e a perda de peso, com 51,6% e 40,0%, respectivamente. Deste modo, parece evidente que os critérios mais cotados, nos dois níveis de fragilidade, são a lentidão na marcha e a baixa actividade física.

Tabela 4. Critérios de fragilidade por níveis. Guimarães, Portugal, 2015.

Critérios	Pré-Frágil N=172		Frágil N=118	
	n	%	n	%
Perda de Peso	25	14,5	47	40,0
Resistência	13	7,5	61	51,6
Atividade Física	92	53,5	105	88,9
Lentidão	95	55,2	102	86,4
Fraqueza	56	33,0	88	74,6

Perfil do Idoso Frágil

No estudo da prevalência do fenótipo de fragilidade, e tendo em conta as características sociodemográficas, recorreu-se ao *Vassar Statistics** para se calcular os limites superiores e inferiores para a delimitação dos intervalos de confiança de 95%. Considerando a análise dos dados, verifica-se uma maior prevalência de fragilidade no sexo feminino (40,9%) e em idades mais avançadas, entre os 65-74 anos (45,2%) e com 75 e mais anos (60,4%). Quanto ao estado civil, a prevalência da fragilidade é notória nos indivíduos viúvos, separados ou divorciados (46,7%), bem como nos solteiros (37,5%). No que se refere ao nível educacional, a prevalência de fragilidade recai nas pessoas idosas que têm menor escolaridade (71,1% dos frágeis não frequentou a escola; 30,4% tem 11 ou menos anos de escolaridade e 25% frequentou um contexto escolar mais de 11 anos). Ao nível da situação familiar, 41,6% dos considerados frágeis

faz parte de uma família que possui um membro com dependência. Estes dados suscitam alguma discussão, pois é evidente que as pessoas frágeis vivem num meio familiar sinalizado por alguma dependência. Quanto à situação económica, a prevalência de fragilidade está mais presente em níveis económicos mais baixos. Isto porque 39,5% dos frágeis possuem rendimentos abaixo de 1 salário mínimo. No âmbito da situação habitacional, a fragilidade está mais presente onde as condições de habitação são mais desfavorecidas. Assim sendo, 44,9% dos frágeis assumem que a habitação é inadequada às suas necessidades. Em termos de relações sociais, a fragilidade recai nas pessoas que mantêm relações sociais restritas (54,2% dos frágeis assumem uma rede social limitada). No que diz respeito à prevalência de fragilidade, em relação ao apoio de rede social, 37,6% das pessoas frágeis não têm qualquer apoio ao nível social.

Tal como se verifica na Tabela 5, na amostra estudada as pessoas mais frágeis em termos de características demográficas são do sexo feminino; mais velhas, apresentam um baixo nível educacional

* (<http://faculty.vassar.edu/lowry/VassarStats.html>)

(analfabetas). Quanto à esfera sociofamiliar, pertencem ao grupo das pessoas que vivem com familiares com dependência e residem em habitações consideradas desapropriadas. No que

diz respeito à dimensão social, as pessoas frágeis estabelecem relações mais limitadas (reduzidas) e não possuem qualquer tipo de apoio ao nível de respostas sociais.

Tabela 5. Perfil da pessoa idosa frágil em função das características sociodemográficas. Guimarães, Portugal, 2015.

	População	Fragilidade		IC 95%
		n	%	
Sexo				
Masculino	158	44	27,9	21,4-35,3
Feminino	181	74	40,9	33,9-48,1
Idade				
50-64 anos	193	44	22,8	17,4-29,2
65-74 anos	93	42	45,2	35,4-55,2
≥75 anos	53	32	60,4	46,9-72,4
Estado civil				
Solteiro	16	6	37,5	18,4-61,3
Casado	277	91	32,9	27,6-38,6
Viúvo/Separado/Divorciado	45	21	46,7	32,9-60,9
Escolaridade				
N/ frequentou a escola	38	27	71,1	55,2-83,0
≤11 anos	293	89	30,4	25,4-35,9
>11 anos	8	2	25,0	7,1-59,1
Situação familiar				
Família sem dependência	197	59	30,0	24,0-36,7
Família com dependência	142	59	41,6	33,8-49,8
Situação económica				
Rendimentos até 1 salário mínimo	253	84	33,2	27,7-39,2
Rendimentos abaixo 1 salário mínimo	86	34	39,5	29,9-50,1
Habitação				
Adequada às necessidades	249	78	31,3	25,9-37,3
Inadequada às necessidades	89	40	44,9	35,0-55,3
Relações sociais				
Relações sociais	243	66	27,2	22,0-33,1
Relações sociais restritas	96	52	54,2	44,2-63,8
Apoio de rede social				
Não tem apoio	109	41	37,6	29,1-47,0
Tem apoio	230	77	33,5	27,7-39,1

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados anteriormente expostos, parece evidente que esta é uma amostra em que predomina o sexo feminino e com uma média de idade de 64,4 anos de idade, a maioria casados, destacando-se uma percentagem significativa de analfabetismo.

Quanto ao estudo da prevalência do fenótipo de fragilidade, é evidente o impacto desta síndrome na população, em que 34,9% foram considerados frágeis. À semelhança com outros estudos, que testaram o fenótipo de fragilidade, este resultado acha-se dentro do intervalo detetado, que varia entre 4,0-59,1%.³¹ Contudo, ressalve-se que a prevalência da fragilidade varia amplamente em função da definição do conceito (que tem implicações no instrumento de avaliação utilizado), bem como na da população estudada. No entanto, é de salientar que metade da amostra (50,9%) encontra-se na condição de pré-fragilidade. Aqui, os resultados estão equiparados a outros estudos de referência.^{27,32} Este é um dado importante, pois a literatura, baseando-se em estudos longitudinais, sustenta a ideia de que as pessoas que se encontram neste estágio apresentam grande probabilidade, com o avançar dos anos, de transitarem para a condição de frágil.²⁴

Quando se analisa a prevalência dos níveis de fragilidade por sexo, torna-se evidente que, na condição de fragilidade, encontram-se mais em mulheres (40,9%). Estes resultados são confirmados pela literatura com o estudo epidemiológico de Fried,¹¹ em que ficou evidente uma maior prevalência de fragilidade nas mulheres. Também o trabalho de Fernandez-Bolaños³³ fornece contributos neste sentido, em que identificou que a prevalência da fragilidade é significativamente superior nas mulheres que nos homens na população que estudou. Quanto à idade, também se verifica que as pessoas mais velhas são mais frágeis (60,4%), o que vai ao encontro do estado de arte,³¹ onde se concluiu que a condição de pessoa idosa frágil aumenta com a idade. Os resultados deste estudo vão ao encontro da literatura, pois esta demonstra que

indivíduos com idades mais avançadas estão mais propensos a tornarem-se pessoas idosas frágeis.¹²

Entenda-se que os critérios da fragilidade fenotípica mais presentes na amostra são, na condição de pré-frágil, a lentidão (55,2%) e a baixa atividade física (53,5%); que são igualmente os que têm mais peso na condição de pessoa idosa frágil (86,4% e 88,9%, respectivamente). Considerando os resultados ao nível multidimensional, parece que os participantes neste estudo experienciam um conjunto de indicadores precoces relacionados com o processo de senescência que poderão estar associados à prevalência da fragilidade.

No que diz respeito à prevalência desta condição em função das características sociodemográficas, para além do sexo e idade, verifica-se que esta está mais presente em situações de viuvez ou separados/divorciados (46,7%) e em pessoas idosas iletradas (71,1%). Vários estudos apontam para que a ausência ou reduzidas relações sociais (em função do estado civil) podem fazer com que as pessoas idosas se tornem mais frágeis, pelo facto de estarem menos ativas socialmente.³⁴ Premissas estas também sustentadas por outro modelo explicativo defendido por Rockwood,³⁴ em que a fragilidade está associada a pessoas socialmente isoladas.¹⁰ Também os trabalhos de Fried^{11,15} mostraram uma maior prevalência de fragilidade em populações com um nível educacional mais baixo. No que diz respeito à esfera sociofamiliar, as pessoas frágeis encontram-se com maior prevalência em famílias que são constituídas por um elemento familiar com algum grau de dependência (41,6%). Este resultado é confirmado na literatura, pois se verifica que a fragilidade em pessoas idosas que são cuidadoras, quando avaliada uma sobrecarga elevada de cuidados, é considerada um fator predisponente para a condição de fragilidade.³⁵ Por outro lado, as pessoas com condições económicas desfavorecidas (39,5%) e condições habitacionais inadequadas (44,9%) às necessidades parecem ser mais frágeis. Dos resultados verifica-se que estas sustentam redes sociais mais limitadas (54,2%) e não têm qualquer apoio ao nível de rede social (37,6%). Assim, parece evidente que o perfil do idoso frágil faz-se pautar por um

conjunto de características de maior debilidade ao nível interpessoal e social. A literatura assim o fundamenta quando vários estudos indicam que a incidência da fragilidade está associada a contextos com baixo nível socioeconómico.³⁶⁻³⁸ Para alguns pesquisadores a fragilidade é influenciada pela pobreza.¹² No mesmo sentido que para Morley,³⁹ as condições sociais deficitárias são agravantes da fisiopatologia da síndrome da fragilidade, o que reforça a perspectiva de Woo,⁴⁰ que afirma que a rede de suporte social do sujeito é fator modificador de fragilidade, por meios de intervenção apropriados.

Esta investigação apresenta limitações ao nível das variáveis que compõem o protocolo, na medida em que seria pertinente a inclusão de variáveis, nomeadamente o estado nutricional e os estilos de vida. Seria igualmente oportuno a definição de critérios de exclusão, essencialmente relacionados com a presença ou não de patologia, para a percentagem fenotípica ser mais fidedigna.

CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação, pioneiro em Portugal, constitui uma mais valia, pois permite explicar o conhecimento concetual acerca da fragilidade e testar esta medida em pessoas idosas numa amostra representativa da população. Assim sendo, este trabalho visa fornecer ferramentas para a prática gerontológica, bem como para futuras investigações. Com base no modelo teórico adotado, conclui-se que este apresenta uma prevalência significativa na população idosa a residir na comunidade. Desta forma, é reforçada a necessidade de uma atenção crescente da condição de fragilidade, na medida em que esta é mais prevalente nas mulheres, em idades mais avançadas e está associada a características pessoais e sociais adversas. Tomando consciência deste panorama está-se no caminho certo para se criar e implementar medidas de prevenção atempadamente e ajustadas de maneira a retardar ou minorar esta síndrome nas pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: resultados definitivos. Lisboa: INE; 2011.
2. Corapi KM, Mcgee HM, Barker M. Screening for frailty among seniors in clinical practice. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006;2(9):476-80.
3. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2007;62(7):731-7.
4. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992;8(1):1-17.
5. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997;26(4):315-8.
6. Levers MJ, Estabrooks CA, Ross KJC. Factores contributing to frailty: literature review. *J Adv Nurs* 2006;56(3):282-91.
7. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging* 2008;12(1):29-37.
8. Pel-Little RE, Schuurmans MJ, Emmelot-Vonk MH, Verhaar HJ. Frailty: defining and measuring of a concept. *J Nutr Health Aging* 2009;13(4):390-4.
9. Strandberg TE, Pitkälä KH, Tilvis RS. Frailty in older people. *Eur Geriatr Med* 2001;2:344-55.
10. Rockwood K, Howlett SE, Macknight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults report from Canadian study of health and aging. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2004;59:1310-7.
11. Fried LP, Tangen C, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2001;6(3):146-56.
12. Markle RM, Browne G. Conceptualization of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 2003;44(1):58-68.
13. Fried LP. Frailty. In: Hazzard WR, Bierman RL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, editors. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 1994. p. 119-156.
14. Walston J, Fried LP. Frailty and the older man. *Med Clin North America* 1999;83(5):1173-94.
15. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2004;59(3):255-63.

16. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001: resultados definitivos. Lisboa: INE; 2002.
17. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up and Go" test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(2):142-8.
18. Katz S, Amasa B, Ford MD, Roland WM, Beverly A, Jackson BS, et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc* 1963;185:914-9.
19. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.
20. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5(1-2):165-73.
21. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro C, Garcia C. Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Rev Port Neurol* 1994; 1:9-10.
22. Canavarro MC, Simões MR, Vaz Serra A. WHOQOL-Bref: versão em Português de Portugal do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2006.
23. Woods FN, La Croix AZ, Gray SL. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(8):1321-30.
24. Gill TM, Evelyne A, Gahbauer A, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Int Med* 2006;166(4):418-23.
25. Cawthon PM, Marshall LM, Michael Y, Dam TT, Ensrud KE, Barret-Connor E, et al. Frailty in older men: prevalence, progression and relationship with mortality. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(8):1216-23.
26. Ávila- Funes JA, Helmer C, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Golf M, Richie K, et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the Three- City Study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2008;63(10):1089-96.
27. Santos - Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling living in 10 countries. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2009;64(6):675-81.
28. Rochat S, Cumming RG, Blyth F, Creasey H, Handelsman D, Le Couteur DG, et al. Frailty and use health community services by community-dwelling older men: the Concord Health and Ageing in men project. *Age Ageing* 2010;39(2):228-33.
29. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up and Go" test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39(2):142-8.
30. Kerr A, Syddall HE, Cooper C, Turner GF, Briggs RS, Sayer AA. Does admission grip strength predict length of stay in hospitalized older patients. *Age Ageing* 2006;35(1):82-4.
31. Collard RM, Boter H, Schoevers RA. Prevalence of frailty in community- dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(8):1487-92.
32. Graham JE, Snih SA, Berges IM, Ray LA, Markides KS, Ottenbacher KJ. Frailty and 10-year mortality in community-living Mexican American older adults. *Gerontology* 2009;55(6):644-51.
33. Fernandez- Bolaños M, Otero A, Zunzunegui MV, Beland F, Alarcón T, De Hoyos, et al. Sex differences in the prevalence of frailty in a population aged 75 and older in Spain. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(12): 2370-1.
34. Rockwood K, Fox RA, Stolee P, Robertson D, Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *Can Med Assoc J.* 1994;150(4):489-95.
35. Tomomitsu MR, Lemos ND, Perracini MR. Prevalence and associated factors to frailty among senior caregivers. *Geriatr Gerontol* 2010;4(1):3-12.
36. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab* 2008;52 Supl 1: 6-11.
37. Corner CE. Frailty: the looming epidemic. *Ala Nurse* 2009;35(4):25-6.
38. Lang IA, Hubbard RE, Andrew MK, Llewellyn DF, Melzer D, Rockwood K. Neighborhood deprivation, individual socioeconomic status, and frailty in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(10):1776-80.
39. Morley JE, Mitchell HP, Miller DK. Something about frailty [editorial]. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2002;57(11):698-704.
40. Woo J, Goggins W, Shama A, Ho SC. Social Determinants of frailty. *Gerontology* 2005;51(6):402-8.

Recebido: 19/8/2014

Revisado: 26/4/2015

Aprovado: 07/7/2015