

Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas

Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics
Niveles de fragilidad de ancianos y su asociación con las características sociodemográficas

Carolina Baldissera Gross¹

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz¹

Catiele Raquel Schmidt¹

Evelise Moraes Berlezi¹

Descritores

Atenção primária à saúde; Envelhecimento; Idoso fragilizado

Keywords

Primary health care; Aging; Frail elderly

Descriptores

Atención primaria de salud; Envejecimiento; Anciano frágil

Submetido

21 de Fevereiro de 2018

Aceito

3 de Maio de 2018

Resumo

Objetivo: Verificar a associação da fragilidade de idosos com as características sociodemográficas.

Métodos: Estudo transversal de base populacional, com 555 idosos adscritos as Estratégias Saúde da Família da área urbana de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/ Brasil. Os dados foram coletados de abril a dezembro de 2015, por entrevista com caracterização sociodemográfica e avaliação da fragilidade conforme critérios de Fried: perda de peso não intencional no último ano, força de prensão; velocidade da marcha, nível de atividade física e fadiga autorreferida. Utilizou-se estatística descritiva e analítica.

Resultados: Evidenciou-se que nos idosos mais velhos e do sexo feminino a prevalência de fragilidade é maior. Observou-se associação entre estado civil e moradia quando analisado em relação ao sexo; também, quando observado os componentes da fragilidade a fadiga mostrou associação com o sexo. Na análise bivariada e multivariada, relacionando fragilidade com as variáveis sociodemográficas constata-se que a idade influencia na fragilização. Ainda, destaca-se que a prevalência de fragilidade na população do presente estudo está acima de trabalhos de referencia nacional.

Conclusão: Resultados apontam para questões relativas ao cuidado, apoio e suporte ao idoso por seus familiares, tão necessários com o avanço da velhice. Não obstante da importância de que isso seja incorporado na rotina das equipes de saúde para todos os idosos adscritos a área de cobertura de Estratégia de Saúde da Família com base em nossos resultados idosos mais velhos, do sexo feminino, e que residem sozinhos devem ser priorizados na atenção básica.

Abstract

Objective: Verify the association between frailty in the elderly and sociodemographic characteristics.

Methods: Cross-sectional population-based study, involving 555 elderly assigned to the Family Health Strategies in the urban region of a city in the Northwest of Rio Grande do Sul/ Brazil. The data were collected between April and December 2015, using an interview with sociodemographic characteristics and assessment of frailty according to Fried's criteria: unintentional weight loss in the past year, grip strength; gait speed, level of physical activity and self-referred fatigue. Descriptive and analytic statistics were used.

Results: It was evidenced that, in the older and female elderly, the prevalence of frailty is higher. An association between marital status and housing was observed when analyzed in relation to sex; in addition, when the frailty components were observed, fatigue was associated with sex. In the bivariate and multivariate analysis, relating frailty with the sociodemographic variables, it was verified that age influences frailty. Also, the prevalence of frailty in the study population surpasses that in other Brazilian studies.

Conclusion: The results appoint aspects related to family care and support for the elderly, which are that necessary as old age advances. Despite the importance of incorporating this care and support into the health teams' routine for all elderly assigned to the coverage area of the Family Health Strategy, based on our results, elder and female elderly who live alone should receive priority in primary health care.

Resumen

Objetivo: Verificar la asociación de la fragilidad de ancianos con las características sociodemográficas.

Métodos: Estudio transversal de base poblacional, con 555 ancianos adscritos a las Estrategias Salud de la Familia del área urbana de municipio del noreste de Rio Grande do Sul/Brasil. Datos recolectados de abril a diciembre de 2015 por entrevista con caracterización sociodemográfica y evaluación de fragilidad según criterios de Fried: pérdida de peso no intencional en el último año, fuerza de prensión; velocidad de marcha, nivel de actividad física y fatiga autorreferida. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.

Resultados: Se evidenció que en ancianos mayores de sexo femenino, la prevalencia de fragilidad es mayor. Se observó asociación entre estado civil y residencia analizándoselos en relación al sexo. En el análisis bivariado y multivariado, relacionando fragilidad con las variables sociodemográficas, se constata que la edad influye en la fragilización. También se destaca que la prevalencia de fragilidad en la población del presente estudio es superior a la de trabajos de referencia nacional.

Conclusión: Los resultados indican cuestiones relativas al cuidado, apoyo y soporte al anciano de sus familias, tan necesarios en la vejez. Más allá de la importancia de que ello sea incorporado en la rutina de los equipos de salud para todos los ancianos adscritos al área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia, según nuestros resultados, los ancianos mayores, de sexo femenino y que residen solos, deben priorizarse en la atención básica.

Autor correspondente

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
http://orcid.org/0000-0003-1793-7783
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com

DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800030



Como citar:

Gross CB, Kolankiewicz AC, Schmidt CR, Berlezi EM. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. Acta paul Enferm. 2018;31(2):209-16.

¹Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.
Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A fragilidade em idosos é definida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associados ao envelhecimento, que resulta em um estado de maior vulnerabilidade.^(1,2)

Nesse sentido, o aumento da população idosa representa a necessidade de novas perspectivas na saúde. Interferências no processo de envelhecimento, tais como doenças, acidentes e estresse emocional, podem desencadear patologias ou fragilidades que requerem assistência e acompanhamento por equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). É importante que estes profissionais prestem assistência de maneira integral e reconheçam o meio em que estes sujeitos estão inseridos.⁽³⁾

Levando-se em consideração o aumento da população idosa brasileira, acompanhado pelo aumento de três anos na esperança de vida ao nascer na última década, iniciativas específicas a população idosa tornaram-se necessárias. No Brasil, estima-se que no ano de 2020 tenha-se 21,2 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa e, poderá chegar a 51,9 em 2050 conforme projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁽⁴⁾ Segundo dados do IBGE, a população do município referente ao último Censo era de 82.563 habitantes e 11.490 idosos, representando 13,9% da população; 4.917 (42,8%) homens e 6.573 (57,8%) mulheres.⁽⁴⁾ O crescimento relativo da população idosa, por grupos etários, foi expressivo, com destaque para o grupo etário de 80 anos ou mais que apresentou um aumento de 69,4%.⁽⁵⁾

O envelhecimento é complexo, e sua conceituação e abordagem deve acompanhar tal complexidade. Pode ser definido como processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.⁽⁶⁾

Estudos que identificam a fragilidade vem sendo desenvolvidos em vários países, como na Alemanha,

onde mesmo com a terceira população de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, tem prevalência de fragilidade menor, quando comparada aos demais países europeus.⁽⁷⁾ Em Portugal, estudo demonstra prevalência de 34,9% de idosos frágeis de uma amostra de 339 participantes.⁽⁸⁾ No Brasil, Em Belém do Pará, 23% dos idosos que participaram do estudo eram frágeis,⁽⁹⁾ já em Minas Gerais, a prevalência de fragilidade foi de 8,7%.⁽¹⁰⁾

Como o Rio Grande do Sul, é o segundo estado brasileiro com a maior proporção de idosos (13,5%),⁽⁴⁾ torna-se fundamental estabelecer critérios que possibilitem identificar pessoas idosas que se encontram em condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas. Além disso, é importante também identificar aqueles cuja síndrome está instalada, e necessitam de intervenções que adiem ou amenizem seus efeitos, com intuito de preservar por mais tempo a autonomia e independência dos idosos.⁽⁶⁾

Nesta perspectiva ter o diagnóstico da fragilização de idosos de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul possibilita ter parâmetros para pensar e atuar no processo de envelhecer. Para tanto, o objetivo deste estudo foi verificar a associação dos níveis de fragilidade dos idosos com suas características sociodemográficas.

Métodos

Este estudo é parte da pesquisa “A saúde do idoso na atenção primária” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, analítico, de base populacional; realizado em município de médio porte localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul- Brasil, 2015. A população do estudo é formada por idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, adstritos a doze Estratégias Saúde da Família (ESF) da área urbana do município.

Para o cálculo amostral utilizou-se como base os dados do Sistema de Atenção Básica.⁽¹¹⁾ O número total de idosos cadastrados em ESF na área urbana no período era de 5.269; 2203 (41,8%) do sexo masculino e 3056 (57,9%) feminino.

Para estimar o tamanho da amostra definiu-se por um erro amostral tolerável de 5%, poder estatístico de 80% e representatividade próxima a taxa de envelhecimento do município; chegando a 738 idosos com representatividade de 14%; optou-se pela não reposição.⁽¹²⁾

Foram excluídos do estudo idosos que realizaram procedimento cirúrgico em ambiente hospitalar em um período inferior a 30 dias. Foram incluídos no estudo os idosos acamados e sem condições psíquicas e/ou físicas de responder o questionário, entretanto o instrumento de pesquisa foi respondido pelo cuidador. Caso o cuidador tivesse tempo de convívio inferior a 30 dias, e os idosos não apresentassem condições física e/ou psíquicas, estes foram excluídos. Para identificar essas condições observou-se os seguintes aspectos: capacidade de fala e compreensão a partir de perguntas simples de orientação temporal e espacial como (nome, idade, onde mora, dia da semana e ano); e idosos que possuíam cuidadores com tempo inferior a 30 dias.

Optou-se por incluir os idosos nessas condições por compreender que esses são os idosos mais doentes e frágeis; e o cuidador com tempo superior a 30 dias por maior apropriação da história da doença do idoso. Pelas incapacidades físicas dos idosos acamados, todos nessa condição foram classificados como “frágeis”. A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso pela equipe de pesquisadores.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e respostas válidas obteve-se 555 idosos. Os motivos de perda foram: sete internações recentes; dois óbitos; 22 migrações domiciliares. Ainda ocorreram 90 recusas e 62 questionários que não responderam todas as questões.

A seleção dos idosos foi realizada através da técnica de amostragem estratificada proporcional. Esta técnica divide a população em subgrupos de acordo com determinadas características como faixa etária, selecionando uma amostra aleatória de cada um desses estratos. Nesse estudo, cada ESF correspondeu a um estrato e respeitou-se a proporcionalidade dos sexos para o sorteio dos idosos.

Para a obtenção das variáveis de interesse utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores (entrevista estruturada/anamnese) e avaliação físico

funcional. Para caracterizar o perfil sócio demográfico da população foi realizada entrevista estruturada contendo as seguintes informações: idade, sexo, status conjugal, renda pessoal e nível de escolaridade. Para avaliar a fragilidade foi utilizado os critérios estabelecidos por Fried:⁽¹⁾ perda de peso não intencional nos últimos 12 meses, velocidade da marcha, força de prensão; nível de atividade física; e, fadiga auto referida, modelo utilizado pelo estudo FIBRA.⁽¹³⁾ Foram categorizados em: Frágil (idosos que se apresentaram de três ou mais critérios de fragilidade; pré-frágil (idosos que apresentaram de um ou dois critérios de fragilidade; e, Não-frágil (idosos que não apresentaram nenhum dos critérios de fragilidade).

A perda de peso não intencional no último ano, foi obtida perguntando ao idoso se houve perda de peso não intencional nos últimos 12 meses; e em caso positivo foi questionada a quantia em quilos da perda. Utilizou-se como ponto de corte para perda de peso de 4,5 quilos ou 5% do peso corporal.⁽¹⁾ A força de prensão manual foi avaliada por meio de dinamômetro E-Clear EH101, colocado na mão dominante de cada idoso e foi considerado como baixa força de prensão manual os valores localizados entre os 20% menos da distribuição das médias das três tentativas realizadas, médias estas ajustadas por sexo e IMC (Kg/m²).⁽¹⁴⁾

A velocidade da marcha foi mensurada através da cronometragem do tempo em segundos que cada idoso leva para percorrer 4,6 metros, em passo usual. A baixa velocidade da marcha foi indicada pelos 20% valores mais altos do tempo gasto pelos idosos para percorrer o trecho de 4,6 metros, com médias das três tentativas ajustadas pela mediana da altura para homens e para mulheres. Baixa velocidade da marcha foi indicada pelos 20% dos valores mais altos (percentil 80) do tempo gasto pelos idosos para percorrer 4,6 metros.⁽¹³⁻¹⁶⁾

E o nível de atividade física foi identificada com base em itens do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*⁽¹⁶⁾ considerados idosos ativos aqueles que realizavam 120 minutos semanais em exercícios físicos e/ou esportes de intensidade vigorosa que equivalem a valores superiores a 6 Equivalente Metabólico (MET); que é o gasto energético calcu-

lado de forma indireta pelo instrumento; ou aqueles, que acumulam mais de 150 minutos semanais em exercícios físicos e esportes de intensidade moderada (de ≥ 3 MET a ≤ 6 MET). Para o componente nível de atividade física foi estabelecido que os idosos que pontuaram abaixo do 1º quintil foram classificados como baixo gasto calórico ou inativos.⁽¹⁵⁾

E a Fadiga foi avaliada por meio de questionamento extraído da CES-D (*Center for Epidemiological Studies – Depression*).⁽¹⁷⁾ A partir das seguintes perguntas: (1) sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais? (2) não consegue levar adiante as suas atividades?⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Os dados obtidos foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0)*. Utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizou-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade. Para a estatística analítica de variáveis quantitativas foi utilizado o teste de comparação de médias não paramétricas para amostra independentes (Teste de *Mann-Whitney*).

Foi realizada análise bivariada (teste qui-quadrado) e calculada a razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%. A análise multivariada foi utilizada para determinar a contribuição de cada covariável para a fragilidade. Para tanto, empregou-se a regressão logística binária, por meio do método de *Wald* a partir de duas categorias: Idosos Pré-fragéis/ frágeis e não frágeis. Considerou-se $p < 0,05$ como nível de significância estatística.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) sob parecer consubstanciado 961.205/2015. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Resultados

A média de idade dos idosos participantes do estudo foi de $71,1 \pm 8,3$ anos, com idade mínima de 60 e máxima 102 anos. A maioria era do sexo femi-

no (60,9 %); em ambos os sexos a faixa etária predominante foi de 60 a 70 (51%); baixa escolaridade, 65,0% não concluíram o ensino fundamental e a taxa de analfabetismo foi de 10,8%; renda familiar entre um e três salários mínimos (66,7%); e casados (64%); e entre os viúvos, as mulheres eram a maioria.

Ao inquirir sobre com quem mora, evidenciou-se que a maioria reside com o cônjuge; destaca-se que há mais homens residindo com cônjuge que mulheres; e, mais mulheres residindo com filhos que homens. A tabela 1 estatística analítica das características sociodemográficas segundo o sexo.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos adscritos às ESF

Variáveis		Feminino n(%)	Masculino n(%)	p-value*
Faixa etária	<80 anos	282(62,3)	171(37,7)	0,169
	≥ 80 anos	56 (54,9)	46(45,1)	
Instrução**	Ensino Fundamental (-)	294(61,6)	183(38,4)	0,334
	Ensino médio (+)	43(55,8)	34(44,2)	
Renda familiar	Até 3 salários mínimo	268(61,6)	167(38,4)	0,515
	≥ 3 salários mínimo	70(58,3)	50(41,7)	
Estado civil	Solteiros/divorciados/viúvos	149(74,5)	51(25,5)	<0,001
	Casados	189(53,2)	166(46,8)	
Mora	Sozinho	57(72,2)	22(27,8)	0,027
	Acompanhado	281(59,0)	195(41,0)	

*Teste Qui-quadrado; **Ensino Fundamental (-) inclui os idosos não letrados e com ensino fundamental incompleto; Ensino médio (+) inclui os idosos com ensino médio incompleto e completo e idosos com ensino superior incompleto e completo

Com relação a classificação da fragilidade a prevalência dessa condição foi de 98 (17,7%); 252 (45,4%) estavam pré-fragéis; e 205(36,9%) não apresentavam fragilidade. Ao observar por sexo evidenciou-se que as frequências não mostram diferença substantivas. A prevalência de fragilidade no sexo feminino foi de 61 (18,0%) e pré-fragilidade 159 (47%). A prevalência de fragilidade no sexo masculino foi de 37(17,1%); e estavam em situação de pré-fragilidade 93 (42,9%). Na estatística analítica não foi observada associação entre fragilidade e sexo ($p=0,217$).

Dos componentes da fragilidade se observa que a fadiga foi o critério de maior prevalência entre os idosos do estudo (31,89%); a prevalência os demais componentes variaram entre 14,9% (perda de peso) a 18% (fraqueza muscular). Analisando os componentes de fragilidade segundo o sexo somente foi observada associação para a variável fadiga. O deta-

lhamento da distribuição das frequências pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da frequência dos componentes da fragilidade, sua classificação, associação na população idosa adscrita às ESF

Componentes da fragilidade	Feminino n(%)	Masculino n(%)	Total n(%)	p-value*
Perda de peso	52(15,4)	31(14,3)	83(14,95)	0,723
Fadiga	126(37,3)	51(23,5)	177(31,89)	0,001
Fraqueza muscular	62(18,3)	38(17,5)	100(18,02)	0,804
Lentidão de marcha	59(17,5)	40(18,4)	99(17,84)	0,769
Baixo nível de GE	60(17,8)	33(15,2)	93(16,76)	0,434

GE=gasto energético

A tabela 3 mostra a análise bivariada e multivariada entre o grupo de idosos frágeis/pré-frágeis e os não frágeis. As análises evidenciaram diferença estatisticamente significativa para idade.

Tabela 3. Distribuição da frequência de fragilidade e associação segundo dados sociodemográficos da população idosa adscrita às ESFs

Variáveis	Frágil n(%)	Não frágil n(%)	*Análise Bivariada		**Análises Multivariada	
			RP (IC 95%)	p-value	RP (IC 95%)	p-value
Idade						
≥80 anos	85 (83,3)	17 (16,7)	3,54	0,001*	3,58	0,001*
<80 anos	265(58,5)	188(41,5)	(2,04- 6,17)		(2,03 -6,29)	
Sexo						
Feminino	220(65,1)	118(34,9)	1,24	0,217	1,30	0,164
Masculino	130(59,9)	87(40,1)	(0,87-1,77)		(0,89 -1,88)	
Morar só						
Sim	52 (65,8)	27(34,2)	1,15	0,583	1,10	0,736
Não	298 (62,6)	178 (37,4)	(0,69 -1,89)		(0,61 -1,97)	
***Estado Civil						
Solteiro ⁽⁺⁾	135(67,5)	65 (32,5)	1,35	0,104	1,07	0,733
Casado	215(60,6)	140(39,4)	(0,93 -1,94)		(0,70 -1,65)	
****Escolaridade						
Ens. Fund. (-)	306(64,2)	171(35,8)	1,34	0,237	1,08	0,753
Ens. Médio (+)	44 (57,1)	33 (42,9)	(0,82-2,18)		(0,64 -1,85)	
Renda Familiar						
≤ 3 SM	282(64,8)	153(35,2)	1,40	0,101	1,36	0,174
> 3 SM	68 (56,7)	52 (43,3)	(0,93-2,12)		(0,87 -2,14)	

Teste de Qui-quadrado; RP= razão de prevalência; ** Regressão logística. ***Solteiro⁽⁺⁾ incluí os divorciados e viúvos;**** Ensino Fundamental (-) incluí os idosos analfabetos e com ensino fundamental incompleto; Ensino médio (+) incluí os idosos com ensino médio incompleto e completo e idosos com ensino superior incompleto e completo

Discussão

O estudo evidenciou o predomínio de idosos na faixa etária de 60 a 79 anos, com idade média 71,1±8,3 anos. Quanto a idade o resultado en-

contrado é semelhante e possibilita análise comparativa com as populações que compõe o Projeto FIBRA, realizado com 3478 idosos de sete cidades brasileiras selecionadas por conveniência que é um estudo de referência no tema de fragilidade e com idosos brasileiros.⁽¹³⁾ Também em estudo realizado com idosos atendidos por Centros de Referência de Assistência Social em município São Paulo (Brasil) a faixa etária mais prevalente foi de 60 a 79 anos. Contudo, são os idosos mais velhos que apresentam a maior prevalência de fragilidade.⁽²⁰⁾ Também em estudo longitudinal na Alemanha o aumento da idade esteve associado a fragilidade.⁽²¹⁾

No presente estudo 83,3% dos idosos mais velhos apresentaram a fragilidade enquanto nos idosos com idade inferior a 80 anos essa condição estava presente em 58,5%. Estudos têm evidenciado que a idade e fragilidade está diretamente relacionada a compreensão do processo de senescência e consequentemente o declínio da capacidade física-funcional.⁽²²⁾

Pesquisas de base populacional tem corroborado na identificação de fragilidade em idosos mais velhos, mas com diferenças na prevalência. Em estudo com idosos longevos residentes na comunidade em um município do Rio Grande do Sul (Brasil) e que também utilizou os critérios de Fried⁽¹⁾ para avaliar a fragilidade, identificou uma prevalência de: 58% de fragilidade; mas, cabe destacar que, mas 42% dos idosos já estavam em condição de pré-fragilização.⁽²³⁾

Já a pesquisa realizada com idosos de um município da Bahia (Brasil) evidenciou idade média da população investigada de 72,32 anos, e 16,9% dos idosos apresentavam fragilidades.⁽²⁴⁾ Outro aspecto evidenciado em nosso estudo é que a população feminina apresenta maior prevalência de fragilidade. Este achado está corrobora com achados com estudos nacionais^(8,24) e internacional.⁽⁷⁾

Os estudos mostram que é uma realidade o maior número de mulheres idosas quando comparado o número de homens, que é chamado de feminização da velhice,^(20,25-27) que merece atenção especial. Não se pode interpretar que o fato das mulheres viverem mais significa que elas tenham boa qualidade de vida e condições de saúde desejáveis. Pelo menos, até então, os estudos mostram que estas variáveis não estão associadas de forma positiva.

Mas a questão da associação da fragilidade com o sexo feminino tem sua explicação por diferenças da composição corporal entre os sexos. A mulher tem menor quantidade de massa muscular e na senescência tem maior risco de sarcopenia, que é uma perda de massa muscular que interfere na capacidade física funcional e que se constitui em condição intrínseca à fragilidade.⁽²⁸⁾ Com relação a características sociodemográficas no presente estudo prevaleceram idosos casados, achado frequente em regiões desenvolvidas.⁽¹⁴⁾ Outro achado relevante, foi a presença da viuvez feminina, condição inerente a feminização da velhice.⁽²⁵⁾

Sobre a escolaridade o índice de analfabetos apresentou resultados menores que os encontrados em outros estudos nacionais com características semelhantes.^(8,13,14) Estudo realizado em com idosos de cinco Centros de Referência de Assistência Social, do município de São Paulo (Brasil), localizados em regiões consideradas vulneráveis, evidenciou que cerca de 38,3% possuíam de um a quatro anos de estudo e que apresentaram fragilidade.⁽²⁰⁾

A baixa escolaridade dos pesquisados, se deve ao momento em que os idosos estavam em fase escolar, onde a educação era informal e não obrigatória, sendo assim, o acesso à escola não era facilitado.⁽²⁷⁾

Em relação à renda a maioria dos idosos relatou a renda familiar de um a três salários mínimos, o que corrobora com o perfil de idosos em outro estudo.⁽¹⁴⁾ Cabe salientar que a escolaridade e a renda familiar são determinantes sociais que podem interferir na fragilidade, uma vez que a condição socioeconômica tem relação com o estilo e qualidade de vida dos indivíduos.⁽¹³⁾

No que se refere a residência dos idosos, o maior percentual reside com cônjuge, contrapondo estudo que comparou dados sociodemográficos da população idosa em cidades brasileiras, no qual os maiores índices de idosos residindo com cônjuge ficam em torno de 30%. Entre a amostra de idosos homens este índice eleva-se, pois cerca de 73,7% residem com cônjuge. Esta evidência é importante para a área da saúde, visto que, ser casado parece refletir positivamente na condição de saúde que pode ter inúmeras variáveis biopsicossociais que interferem nessa condição.⁽¹⁴⁾

A frequência de idosos que residem com filhos é superior a idosos na mesma condição. Esse aspecto pode estar relacionado com a maior longevidade feminina. Poderíamos supor que a partir do elevado número de viúvas do estudo, estas após perderem seus companheiros passam a residir com os filhos. No entanto, o instrumento utilizado para coleta de dados da pesquisa não abordou os motivos que levam as mulheres a residir com os filhos.

O resultado de idosos não frágeis corrobora com estudo com 316 idosos de uma pesquisa epidemiológica de base domiciliar e populacional em que a média de idosos não frágeis ficou em 39,1%, resultado próximo ao encontrado no presente estudo. Achados na literatura apontam prevalência de idosos pré-frágeis (61,8%) e de idosos frágeis (16,9%).⁽²⁴⁾

Estudos têm demonstrado que idosos frágeis e pré-frágeis correspondem aproximadamente metade das populações estudadas,^(27,29) sendo que na presente investigação essa soma ultrapassa 60% da população, que demanda ações de prevenção para adiar a fragilização.

Cuidados específicos para condição de pré-fragilidade são necessários, com intuito de contribuir para o adiamento ou a amenização dos efeitos da instalação da síndrome de fragilidade e preservação da autonomia e independência funcional.⁽⁶⁾ Ainda, é necessário realizar ações preventivas com objetivo de postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas decorrentes da instauração da síndrome,⁽⁶⁾ bem como realizar a gestão da fragilidade precocemente.⁽²⁹⁾

Dentre as ações preventivas, estão a adoção de estilos de vida mais saudáveis, associados a prática regular de atividades físicas, que minimizam o efeito do envelhecimento, pois mantém e melhoram os níveis de força muscular, e atuam indiretamente na prevenção de agravos na fragilidade física.⁽²⁹⁾

Dentre os componentes de fragilidade, seguindo a tendência de um estudo nacional,⁽¹⁶⁾ a fadiga foi o componente mais presente nos idosos, principalmente nas mulheres idosas. Cabe ressaltar que, em estudo comparativo realizado em cidades brasileiras este componente apresentou menores médias.⁽¹³⁾ Além da fadiga, os componentes mais prevalentes no estudo foram: a baixa força de preensão manual e a lentidão de marcha.

Se compararmos com dados da literatura internacional, observamos diferença na prevalência dos componentes de fragilidade. No Women's Health and Aging Study e no Cardiovascular Health Study⁽¹⁾ os critérios de fragilidade mais prevalentes foram lentidão, fraqueza de preensão manual e baixo nível de atividade física. Essas variações em prevalência da fragilidade e de seus componentes individuais podem ser explicadas em função de diferenças em características genéticas e sociodemográficas.⁽¹⁶⁾

Se compararmos com dados da literatura nacional^(13,14) e internacional⁽⁸⁾ observamos diferença na prevalência dos componentes de fragilidade. Os principais componentes associados à fragilidade segundo estudo são: idade, sexo feminino, raça/cor da pele preta, doenças cardiovasculares, número de comorbidades associadas, sintomas depressivos, índice de massa corporal e tabagismo.⁽²²⁾ Já os fatores que não possuem associação com fragilidade foram escolaridade, renda, função cognitiva e álcool, entretanto, estes dados não podem ser generalizados, pois a literatura aponta estas relações.

Como limitação deste estudo pode-se citar o desenho metodológico transversal, o qual não permite evidenciar as causas e consequências da associação entre as variáveis de interesse e estabelecer o risco relativo. Considera-se também limitação a não reposição da amostra o que pode ter gerado frequências de respostas abaixo de 5% em algumas categorias, reduzindo o poder estatístico. E ainda, o estudo não identificou se os idosos viúvos ou solteiros tinham ou não companheiros, limitando-se apenas a pergunta do estado civil.

Conclusão

Os resultados evidenciaram que nos idosos mais velhos e do sexo feminino a prevalência de fragilidade é maior. Observou-se associação entre estado civil e moradia quando analisado com relação ao sexo; também, quando observado os componentes da fragilidade a fadiga mostrou associação com o sexo. Na análise bivariada e multivariada, relacionando fragilidade com as variáveis sociodemográficas constata-se que a idade influencia na fragilização. Outro

aspecto de destaque em nosso estudo é que a prevalência de fragilidade nessa população que está acima de trabalhos de referencia nacional. Compreende-se que a fragilidade é uma condição complexa e com determinantes biopsicossociais. Nossos resultados apontam para questões relativas ao cuidado, apoio e suporte ao idoso por seus familiares; tão necessários com o avanço da velhice. Não obstante da importância de que isso seja incorporado na rotina das equipes de saúde para todos os idosos adstritos a área de cobertura das ESF com base em nossos resultados idosos mais velhos, do sexo feminino e que residem sozinhos, devem ser priorizados na atenção básica. Nesse cenário, destaca-se a importância de as equipes de saúde atentarem-se à idosos com essas características, para intervir precocemente, e prevenir a instalação da fragilidade. Para tanto, é importante que as equipes de saúde realizem avaliações das condições físicas funcionais dos idosos e utilizem o resultado destas, para planejar ações de saúde voltadas para esse grupo populacional; na perspectiva de manter autonomia e independência funcional. Implicações para prática: Os resultados podem servir de base para organização da assistência, objetivando um modelo de atenção integral à saúde, mais próximo a sua residência, bem como, de encaminhamento para centros de avaliação e reabilitação especializados em geriatria.

Colaborações

Gross CB, Kolankiewicz ABC, Schmidt CR e Berlezi EM contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146–56.
2. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392–7.

3. Souza MM, Santos FP, Herr GE, Loro MM, Stumm EM, Kolankiewicz AC. Atributos derivados da atenção primária na assistência ao paciente oncológico. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(8):3004-10.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) . Síntese dos indicadores sociais. [Internet]. Brasília (DF); IBGE; 2009- [citado 2016 Mar 8]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/>
5. Simões CC. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. p.119. [Coordenação de População e Indicadores Sociais, 4].
6. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
7. Buttery AK, Busch MA, Gaertner B, Scheidt-Nave C, Fuchs J. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatr*. 2015;15(1):22.
8. Duarte M, Paúl C. Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):871-80.
9. Freitas CV, Sarges ES, Moreira KE, Carneiro SR. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):119-28.
10. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KS, Andrade AC, Pereira LS et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1631-43.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. 2014 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. [citado 2018 Maio 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
12. Luiz RR, Magnanini MM. O tamanho da amostra em investigação epidemiológica. In: Medronho R. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004.
13. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira ME, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. *Cad Saude Publica*. 2013;29(4):778-92.
14. Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev Bras Fisioter*. 2012;16(4): 295-300.
15. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1994;49(2):85-94.
16. Fattori A, Santimaria MR, Alves RM, Guariento ME, Neri AL. Influence of blood pressure profile on frailty phenotype in community-dwelling elders in Brazil - FIBRA study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(2):343-9.
17. Batistoni SS, Neri AL, Cupertino AP. Validade da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):598-605.
18. Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC, Britto RR, Parentoni AN, Pereira LS. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;5(2):57-65.
19. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Med Exerc*. 2000;32(9 Suppl):S498-504.
20. Jesus IT, Orlandi AA, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(6):614-20.
21. Hajek A, Brettschneider C, Posselt T, Lange C, Mamone S, Wiese B et al. Predictors of Frailty in Old Age - Results of a Longitudinal Study. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(9):952-7.
22. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saude Pública*. 2014;30(6):1-25.
23. Liberalesso TE, Dallazen F, Bandeira VA, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(113):553-62.