

**PONTÍFICA CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA**

LETICE DALLA LANA

**FRAGILIDADE NO IDOSO INTERNADO E O SIGNIFICADO DE
FRAGILIDADE PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**Porto Alegre
2013**

LETICE DALLA LANA

**FRAGILIDADE NO IDOSO INTERNADO: O SIGNIFICADO DE FRAGILIDADE
PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Programa Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider

**Porto Alegre
2013**

Ficha Catalográfica

L243f Lana, Letice Dalla

Fragilidade no idoso internado e o significado de fragilidade para a equipe de enfermagem / Letice Dalla Lana - Porto Alegre: PUCRS, 2013.

88 f.: il.; tab.

Orientador: Prof^o Dr^o. Rodolfo Herberto Schneider.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. *IDOSOS*. 2. *PROFISSIONAIS DA SAÚDE*. 3. *FRAGILIDADE NO IDOSO*.
4. ESTUDO TRANSVERSAL. I. Schneider, Rodolfo Herberto. II. Título.

CDD 618.97

CDU 613.98(043.3)

NLM WT 100

Ficha elaborada pela bibliotecária: Isabel Merlo Crespo CRB 10/1201

LETICE DALLA LANA

**FRAGILIDADE NO IDOSO INTERNADO: O SIGNIFICADO DE FRAGILIDADE
PARA OS FAMILIARES CUIDADORES E EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em ____ de _____ de _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.

Prof. Dr.

RESUMO

A Síndrome da Fragilidade do Idoso é uma síndrome clínica que gera prejuízos nos domínios físico, psicológico e social, levando ao declínio funcional sendo determinada por fatores de risco sociais, biológicos, ambientais e psicológicos. **Objetivo:** Detectar a presença da síndrome de fragilidade nos idosos internados e a definição de fragilidade na percepção do profissional de enfermagem no Pronto Atendimento. **Metodologia:** Estudo quantitativo e transversal com idosos com idade igual ou superior a 60 anos e profissionais enfermeiros do Pronto Atendimento do Hospital São Lucas da PUCRS. Foi aplicada a Escala de Edmonton para fragilidade e questionário específico para os idosos e a Escala de Teixeira para os enfermeiros. Os dados foram analisados através do teste t de Student, teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher pelo modelo de Regressão de Poisson. O nível de significância adotado foi de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da PUCRS sob o número 139242. **Resultados:** Os idosos mostraram uma média de idade de $72,81 \pm 8,29$ anos, variando de 60 a 92 anos, 55,2% do sexo masculino, 41,1% casados, 81% residem com a família, 72,4% aposentados ou pensionistas, 87,7% portadores de doença prévia e com uma média de 3,81 medicamentos por dia. A maior parte dos idosos (66,26%) está situada na faixa classificada como fragilidade moderada e severa, 25 (15,34%) com fragilidade leve, 29 (17,79%) com fragilidade moderada e 79 (48,47%) com fragilidade severa. Os fatores associados à fragilidade foram idade (RP=1,21; IC 95%:1,03 – 1,42), estado civil (RP= 1,19; IC95%:1,02-1,37), uso de medicações (RP=1,16; IC95%:1,02 – 1,31), doenças infecciosas (RP= 1,17; IC95%:1,03 – 1,32), neoplasias (RP= 1,22; IC95%: 1,06 – 1,42) e internação de uma ou duas vezes no último ano (RP=1,35; IC95%: 1,15 – 1,58) (RP= 1,30; IC95%: 1,10 – 1,53). Em relação à amostra dos 12 enfermeiros, verificou-se uma idade média etária de $29 \pm 3,3$ anos, variando entre 23 e 34 anos, com 83,3% do sexo feminino, 58,3% solteiros, 66,7% naturais da cidade de Porto Alegre e 58,3% sem pós graduação concluída. Para os enfermeiros para ser frágil, deve haver o critério vulnerabilidade aos estresses ambientais, patologias e quedas (100%), apresentar comorbidades (91,7%), ter idade avançada (83,4%) e realizar poucas atividades sociais (75%). Quanto às características de fragilidade deve haver perda de peso não intencional (100%), auto-relato de fadiga (75%), diminuição da força de preensão palmar (66,7%), redução das atividades físicas (91,7%), déficit cognitivo (83,3%), depressão (100%) e diminuição das relações sociais (100%). As consequências da fragilidade envolvem o declínio da capacidade funcional (100%), hospitalização (58,3%), incapacidade (58,3%) e o óbito (58,3%). **Conclusão:** A fragilidade é importante problema de saúde pública e demanda maiores estudos com foco na sua definição visando uma assistência por parte dos profissionais de saúde com qualidade e efetividade.

Palavras chave: Idosos, Idoso frágil, enfermeiros, pronto atendimento, estudo transversal.

ABSTRACT

Fragility Syndrome Aging is a clinical syndrome that causes damage in the physical, psychological and social, leading to functional decline being determined by social risk factors, biological, environmental and psychological. Objective: To detect the presence of the syndrome of frailty in elderly in patients and the definition of fragility in the perception of professional nursing in the emergency department. Methodology: A quantitative cross-sectional and elderly aged over 60 years and nurses of the Emergency Department of the São Lucas Hospital. Scale was applied to Edmonton to fragility and specific questionnaire for the elderly and Teixeira Scale for nurses. The data were analyzed using the Student t test, chi-square test or the Fisher exact Poisson regression model. The significance level was 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee of PUCRS under number 139242. Results: Both groups showed a mean age of 72.81 ± 8.29 years, ranging from 60 to 92 years, 55.2% male, 41.1% were married, 81% live with family, 72.4 % retirees or pensioners, 87.7% of patients with previous disease and with an average of 3.81 medications per day. The majority of elderly patients (66.26%) is situated in the range classed as moderate and severe weakness, 25 (15.34%) with mild weakness, 29 (17.79%) with moderate brittleness and 79 (48,47%) with severe weakness. The factors associated with frailty were age (PR = 1.21, 95% CI: 1.03 to 1.42), marital status (PR = 1.19, 95% CI :1,02-1, 37), use of medications (PR = 1.16, 95% CI 1.02 to 1.31), infectious diseases (PR = 1.17, 95% CI 1.03 to 1.32), neoplasms (PR = 1.22, 95 %: 1.06 to 1.42) and hospital stay of one or two times in the last year (PR = 1.35, 95% CI 1.15 to 1.58) (PR = 1.30, 95% CI: 1, 10 to 1.53). Regarding the sample of 12 nurses, there was a group of average age 29 ± 3.3 years, ranging between 23 and 34 years, with 83.3% female, 58.3% single, 66.7% natural from Porto Alegre city and 58.3% without post graduation completed. Nurses to be fragile, should be the criterion vulnerability to environmental stress, disease and falls (100%), have comorbidities (91.7%), at an advanced age (83.4%) and perform fewer social activities (75%). Regarding the characteristics of fragility must be unintentional weight loss (100%), self-reported fatigue (75%), decreased grip strength (66.7%), reduction of physical activity (91.7%), cognitive impairment (83.3%), depression (100%) and reduction of social relations (100%). Consequences of weakness involving the decline of functional capacity (100%), hospitalization (58.3%), disability (58.3%) and death (58.3%). Conclusion: The fragility is important public health problem and demand more studies focusing on its definition targeting assistance on the part of health professionals with quality and effectiveness.

Keywords: Elderly, Frail elderly, nurses, emergency care, cross-sectional study.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 Envelhecimento	11
2.2 Síndrome da Fragilidade do Idoso	12
2.3 O enfermeiro e o idoso frágil	16
3 OBJETIVOS	19
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Delineamento	20
4.2 Local da pesquisa	20
4.3 Sujeitos da pesquisa	20
4.4. Coleta de dados.....	21
4.5 Análise dos dados.....	22
4.6 Aspectos éticos	23
5. RESULTADOS.....	24
6. DISCUSSÃO	37
8. CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES	67
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo biológico, dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte^{1,2}. Outro autor apresenta a sua definição de forma mais ampliada, afirmando ser um conjunto de modificações biológicas, psicológica e sociais³.

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica que abordam o tema Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, o envelhecimento pode ser “compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema”⁴. Contudo, o envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos⁵, visto que seu início é inevitável e desafia todas as dimensões da vida humana, devido ao seu impacto sobre a saúde, afetando os indivíduos, família e sociedade.

O envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma extremamente acelerada, considerando-se que, no prazo de cinco décadas, pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento⁶, gerando grandes desafios para estas sociedades, que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável⁷. Ou seja, é necessário oportunidades de saúde, participação e segurança aos idosos de forma contínua ao longo da vida⁸, como preconizado nas políticas e nos programas de saúde devem ser estar embasados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas⁶.

No Brasil, a partir da década de 80, numa perspectiva mundial, iniciou-se uma transição demográfica, com significativa queda nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade infantil, bem como aumento progressivo na expectativa de vida visto o melhoramento do saneamento básico, tendo como resultado a elevação do grupo etário representado pelos idosos, sendo considerado, atualmente, um país de população envelhecida³. Desta forma, o Brasil é um país jovem de cabelos brancos⁹.

No Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, o último recenseamento indicou uma maior proporção de indivíduos com 60 anos ou mais na população. As previsões para 2020, afirmam que este percentual deverá representar 15% da população do Brasil, visto que em 2010 idosos com 60 anos ou mais representam 11,8% da população total.

No Rio Grande do Sul (RS), 13,6% da população total do estado é considerada idosa, consolidando-se o estado brasileiro que possui o maior número de idosos, ou seja, 14.081.480 milhões de habitantes com 60 anos ou mais¹⁰

Diante desta mudança da pirâmide populacional constata-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e das complicações específicas do idoso, as quais podemos citar a fragilidade do idoso. Também, fica evidente a necessidade de profissionais qualificados para o atendimento a esta parcela da população. Desta forma, o cuidado prestado pelos profissionais da área da saúde deve abranger conhecimentos e habilidades que contemplem as características biológicas, psicossociais, culturais e espirituais do idoso¹¹.

No entanto, percebe-se que muitas vezes o idoso não recebe os cuidados adequados de acordo com as suas características e necessidades individuais e especiais em decorrência da forma consensual de avaliação de saúde do idoso¹². Isto ocorre, principalmente por identificar que alguns agravos que acometem a sua saúde são por vezes identificados como próprias da velhice e não recebem tratamento, podendo levar a um maior declínio da saúde com elevação dos riscos para o desenvolvimento complicações e doenças e incapacitantes¹³.

Deste modo, pesquisas que enfoquem o envelhecimento, especialmente a fragilidade do idoso, são importantes devido às contribuições que irão repercutir nos diversos profissionais de saúde que viabilizarão uma avaliação multidimensional do idoso^{14,15}.

A síndrome da fragilidade pode ser definida como uma síndrome dinâmica que gera prejuízos nos domínios do organismo humano, físico, psicológico e social, na qual é desencadeada por uma diversidade de determinantes, aumentando o risco de quedas, hospitalização e mortalidade¹⁶.

Para outros autores é caracterizada por fraqueza, sensação de cansaço, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física e anormalidades na marcha e no equilíbrio^{17,18} e seu desenvolvimento é compreendido como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais ao longo da vida, e com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas¹⁹.

Para Macedo, Gazzola e Najas²⁰ a fragilidade é conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas reações adversas tais como hospitalização, declínio funcional, institucionalização, hospitalização e morte.

Assim, esta síndrome representa um importante problema de saúde pública, pois é causa de recorrentes hospitalizações, na qual demanda a presença de familiares cuidadores²¹. Fato que pode gerar maior demanda dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, elevando os gastos do Sistema Único de Saúde com tratamento e reabilitação, bem como diminuição da qualidade de vida destes indivíduos¹.

Diante deste cenário, cabe aos profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros, levantar o perfil dos idosos frágeis para diagnosticar as características, os critérios e as consequências do idoso frágil para consequentemente atuar de forma contextualizada e humanizada, visando ações de prevenção e promoção da saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno mundial, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento²². Em alguns continentes, países, regiões e até mesmo cidades, este crescimento é estatisticamente lento e gradual visto que depende do contexto histórico, socioeconômico e político de cada região¹⁰. Porém, envelhecer já não é proeza reservada a uma pequena parcela da população. A longo prazo as perspectivas são ainda mais impressionantes, visto que em 2050 a projeção de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será 32 milhões¹⁰.

A expectativa de vida da população está associada a uma queda contínua das taxas de fecundidade, de natalidade e mortalidade, e a melhora da qualidade de saneamento básico, que tem resultado em uma transição epidemiológica com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade²³, aumento da esperança de vida, melhora da qualidade de vida e conquistas médico-tecnológicas²⁴.

Um estudo desenvolvido no Brasil aponta, de forma recorrente, que o envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível, diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrados nas últimas décadas²⁵. Um estudo mais recente realizado pelo IBGE corrobora com esta afirmação, visto que a proporção de idosos com 65 anos ou mais aumentou de 5,9% para 7,4% declinando o número de crianças e adolescentes de 40,1% para 32,8%¹⁰.

O processo de envelhecimento não se refere aos indivíduos, nem a cada geração, mas, sim as mudanças na estrutura etária da população, o que produz aumento do número de pessoas acima de determinada idade considerada como definidora do início da velhice²⁶.

O envelhecimento é um processo de transformação do organismo que se reflete nas suas estruturas físicas, nas manifestações da cognição, bem como na percepção subjetiva dessas transformações. O envelhecimento tem início no final da segunda década de vida e perdura por longo tempo até que

surjam no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento²⁷. Ou seja, é determinado pelas atuais condições de saúde e de vida dos idosos²⁶, visto as alterações a nível de saúde, social, econômico e psicológico que se correlacionam e determinam o estado de saúde do indivíduo e sobretudo sua qualidade de vida²⁹.

Estudos revelam que o envelhecimento trata-se de um período no qual o indivíduo encontra-se mais vulnerável para condições de saúde²⁹, inatividade, declínios cumulativos em diversos sistemas fisiológicos, dependência funcional, quedas, incapacidade física, alterações cognitivas, restrições de atividades, afastamento social³⁰⁻³² e alta prevalência de doenças crônicas em idosos³³. Tornando o envelhecimento o resultado da interação de saúde física, mental, independência da vida diária, interação social, suporte social e independência econômica.

Frente a concepção de envelhecimento e suas consequências, não podemos deixar de considerar suas consequências para o sistema de saúde e considerar a necessidade de incorporar ações a esta parcela crescente da população, principalmente por identificar que o envelhecimento aponta para sérias repercussões sobre os aspectos sociais e econômicos, e reforça a complexidade crescente das alternativas de atenção às necessidades desta estrutura etária emergente^{1,32}.

2.2 Síndrome da Fragilidade do Idoso

Com o aumento da idade, as chances de aparecimento de uma ou mais doenças são maiores, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis que são associadas ao próprio envelhecimento e resultantes de comprometimento das funções físicas e mentais dos idosos, surgiu com muito destaque a discussão sobre a fragilidade do idoso.

A fragilidade é usualmente utilizada pelos profissionais da saúde que atuam na área da geriatria e gerontologia. A sua definição ainda não possui um consenso, pois ela é compreendida como uma síndrome de múltiplas dimensões que envolvem diferentes correntes de estudos³⁴.

Estudos enfatizam a dimensão física da fragilidade e conceituam como uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”¹⁷. Já para outros autores consideram uma entidade multidimensional afirmando ser uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”³⁵.

Autores brasileiros conceituam a fragilidade como a interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais³⁴ que culminam em um maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, entre eles, o declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte^{26,37}. Ou como uma síndrome clínica caracterizada por diminuição da reserva funcional e pela resistência reduzida aos fatores estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos, principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético, causando vulnerabilidade às condições adversas¹⁷.

O que podemos perceber é que não existe um conceito sobre fragilidade, mas marcadores que sinalizam a ausência ou presença da síndrome da fragilidade no idoso, no qual seu diagnóstico é complexo e nele as perdas fisiológicas inerentes ao envelhecimento também devem ser contempladas, que perpetuam a Síndrome da Fragilidade do Idoso. Múltiplas condições podem iniciar ou acelerar a sua manifestação: doenças físicas e mentais, comorbidades, inatividade física, medicamentos, dentre outras³⁸.

Frente aos distintos conceitos de fragilidade, existem diferentes instrumentos aplicados pelos profissionais da saúde, tanto no âmbito da pesquisa como também na prática clínica, para avaliar os declínios decorrentes presentes nesta faixa etária. Desta forma, os pesquisadores buscam avaliar domínios diversificados, visto que a Síndrome da Fragilidade do Idoso (SFI) abrange diferentes áreas da saúde e do cuidado. Como por exemplo, mobilidade, capacidade sensorial, energia, memória e relato de problemas físicos³⁹, perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade

de marcha¹⁷, cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicações, nutrição, humor, continência e desempenho funcional⁴⁰.

Diante da Síndrome da Fragilidade do Idoso, criou-se na Universidade de Alberta, um instrumento chamado Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) para detecção clínica da fragilidade, uma vez que a EFE foi considerada confiável para ser utilizada por todos os profissionais da saúde. Este instrumento considerada-se mais complexo, pois compreende uma medida clínica, prática e de fácil aplicação e pode ser utilizada por todos os profissionais da saúde na detecção da Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI)⁴¹. Ela constitui-se de nove domínios que evidenciam a fragilidade no idoso, que são: Cognição, Estado Geral de Saúde, Independência Funcional, Suporte Social, Uso de Medicamentos, Nutrição, Humor, Continência e Desempenho Funcional⁴². A pontuação para análise da SFI pode ficar entre 0-4, indicando ausência de fragilidade, de 5-6, aparentemente vulnerável para fragilidade, 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada e acima de 11 pontos como fragilidade severa.

Para os americanos elaboradores da escala, esta é uma escala abrangente, uma vez que incluem os aspectos cognição, humor e suporte social que também indicam fragilidade no idoso⁴¹.

A EFE foi, em 2009, traduzida e validada para utilização no Brasil em um estudo, no qual 16,4% dos entrevistados apresentavam fragilidade leve; 9% fragilidade moderada e 4,5% fragilidade severa⁴².

A literatura internacional identificou 6,9% de idosos frágeis residindo numa comunidade dos Estados Unidos da América (EUA) por meio do fenótipo de fragilidade proposto por CIF-A, o qual inclui perda de peso intencional, autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, e diminuição na velocidade de marcha¹⁷. Já um outro estudo utilizando o mesmo fenótipo desenvolvido no Reino Unido identificou 12,6% de idosos frágeis residentes de uma comunidade de classe mista, sendo que 8,5% são mulheres e 4,1% são homens⁴³. Um estudo realizado com idosos residentes de um Lar de cuidados de enfermagem, identificou entre 235 idosos, 115 idosos (48,9%) frágeis e 120 (51,1%) pré-frágil⁴⁴. Dentre 550 idosos residentes de um

community-dwelling em Massachusetts, 38% foram considerados pré-frágil e 9% frágil⁴⁵. Um estudo desenvolvido na Austrália com idosos internados numa instituição hospitalar identificou 14 (45,16%) idosos frágeis frente a 17 (54,84%) não frágeis por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton⁴⁶.

Um a pesquisa desenvolvida com idosos residentes na área de cobertura de um Programa de Saúde da família de Minas Gerais identificou um percentual de 174 de idosos frágeis (40%)³⁸. Outro estudo desenvolvido na cidade de Frederico Westfhalen no Rio Grande do Sul identificou em 62 idosos (39,2%) a presença da síndrome da fragilidade do idoso por meio da EFE. Os estudos brasileiros identificam também os idosos considerados frágeis. Dentre eles, podemos citar o estudo que validou a EFE no Brasil com 134 idosos residentes que identificou 55,8% de sujeitos com ou vulnerável a fragilidade, sendo 20,9% aparentemente vulnerável, 16,4% com fragilidade leve, 9% com fragilidade moderada e 4,5% com fragilidade severa⁴². Outro estudo desenvolvido no Brasil com 391 idosos residentes na zona urbana do Rio Grande do Norte identificou 67 idosos (17,1%) com fragilidade⁴⁸. Já um estudo desenvolvido num ambulatório de Geriatria da Capital do Rio Grande do Sul, identificou 84% dos idosos, dos quais 31% eram frágeis e 53% pré-frágeis, restando 16% não-frágeis⁴⁹.

Estudos desenvolvidos no âmbito hospitalar, mais especificamente em unidade de internação clínica e cirúrgica, foram identificados uma prevalência de 104 (26,3%) de idosos aparentemente vulneráveis, 82 (20,8%) com fragilidade leve, 53 (3,4%) com fragilidade moderada, e 42 (10,6%) com fragilidade severa. Ressalta-se que este estudo identificou a Síndrome da Fragilidade do Idoso por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton⁵⁰.

A fragilidade pode ser mensurada em idosos internados em instituições hospitalares, casa de repouso, em seu próprio ambiente familiar ou em grupos de atenção à saúde. Contudo, cada local pode ter sua particularidade em decorrência do estado de saúde do usuário, bem como o meio aonde reside.

A literatura atual embasa os níveis de fragilidade do idoso em estudos cuja realização ocorreu em unidades de internação hospitalar, ambulatórios, instituições de longa permanência ou na comunidade, deixando uma lacuna de conhecimento em relação às unidades de pronto atendimento, que tem

características de emergência e urgência. Desta forma, é importante demonstrar a necessidade de mostrar maior visibilidade na prevalência de fragilidade nos idosos internados em unidades de pronto atendimento, visto que nestes ambientes existe um maior número de óbitos nas primeiras 24hs. Além disso, também é importante ressaltar o significado de fragilidade na visão do familiar cuidador e dos profissionais que atendem estes idosos.

2.3 O enfermeiro e o idoso frágil

Tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida, nas últimas décadas, a assistência de saúde ao idoso passou a ter prioridade. Para a enfermagem tornou-se necessário revelar os cuidados específicos para esta parcela da população, bem como revelar o foco a enfermagem, perante o conhecimento sobre o significado da fragilidade no Idoso.

Para Waldow⁵¹ o foco da enfermagem é o cuidado, enquanto que para Kurganct⁵² é a gerência do cuidado, no qual é entendido como um sistema, inserido em uma organização que tem uma entrada, um processo e uma saída, que tem como elementos as finalidades e os objetivos e a razão da sua própria existência. O processo de cuidado utiliza diversos instrumentos que potencializam uma assistência mais eficiente, eficaz e convergente aos requerimentos do ser cuidado, durante as 24 horas por dia que atua diante do paciente, sendo provedora de grande parcela dos cuidados nas instituições hospitalares e está diretamente ligada a qualidade dos serviços prestados:

O enfermeiro é o profissional responsável pela avaliação, identificação e intervenção de enfermagem em indivíduos, pautadas por conhecimentos científicos próprios⁵³. Ele utiliza a liderança, o trabalho em equipe e os conhecimentos científicos para gerenciar, coordenar e intervir no cuidado nas diferentes fases da vida e do processo saúde-doença, devendo ter domínio intelectual da dinâmica da unidade e, inclusive, do contexto da prática⁵⁴.

As diversas atividades exercidas pelo enfermeiro acarretam, em suas interfaces, responsabilidades específicas. Entretanto, todas essas ações são interligadas e sobrepostas, sendo o cuidado ao ser humano o foco do trabalho

assistencial. A atuação do profissional enfermeiro junto ao idoso deve primar o ato de cuidado, seja na gerência quanto na assistência. Contudo, cabe ao profissional ter conhecimento sobre os princípios básicos do envelhecimento, bem como da fragilidade que o idoso é vulnerável. Assim, o enfermeiro deve identificar, avaliar e propor medidas de promoção diante das fragilidades levantadas no idoso.

A Síndrome da Fragilidade do Idoso contempla as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas. Tal fato predispõe o enfermeiro a atuar diante de um leque de dimensões, porém, o básico para contemplar essas dimensões demandam o cuidado humanizado e contextualizado com o intuito de abordar além das dimensões culturais e políticas do envelhecimento.

Contudo, o enfermeiro deve agregar a sua atuação os demais profissionais para que o cuidado seja multidimensional e unidimensional, a fim de contemplar ambos os conceitos de fragilidade.

Assim, o enfermeiro e demais profissionais envolvidos, devem atuar junto ao idoso e seus familiares, apoiando suas decisões, ajudando-os a aceitar as alterações na imagem corporal quando existentes, num processo educativo e congruente às necessidades individuais. O trabalho que incorpora a família representa a possibilidade de ampliar o próprio círculo de cuidado da enfermagem, o que, conseqüentemente transforma o processo de trabalho em algo mais interessante, eficiente e humanizado⁵⁵.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite identificar os problemas dos idosos de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação. Contudo, o profissional deve ter conhecimento prévio dos critérios, características e conseqüências de ser um idoso frágil, visto a necessidade de implementar intervenções de enfermagem centradas na definição multidimensional e unidimensional de fragilidade. Mais especificamente, o profissional de enfermagem seja do âmbito hospitalar ou da comunidade, deve ter compreender que a síndrome de fragilidade é preditora de eventos adversos no idoso, como maior risco de queda, acometimento por morbidades, piora do declínio funcional, institucionalização, hospitalização e até a morte^{20,17,43}.

Conforme estudos o conhecimento sobre os eventos que resultam a condição de fragilidade são limitados⁵⁶ impossibilitando ações de educação em saúde mais eficazes e eficientes. Ou seja, o conceito de fragilidade não é novo, mas é recente a sistematização das informações que impossibilitam a observação de que um idoso está frágil e, conseqüentemente, vulnerável aos efeitos adversos de estresses considerados de menor impacto.

Os profissionais da área da saúde, especialmente da enfermagem, devem identificar, avaliar e propor medidas de promoção e prevenção da saúde diante das fragilidades do idoso. Conforme um estudo realizado com profissionais da gerontologia e geriatria, 69% dos participantes concordam que os conceitos de fragilidade e de pessoas idosas frágeis são clinicamente úteis, 15% discordam e 16% indicaram posição neutra⁵⁷.

Outro estudo conduzido por Teixeira³⁶ mostrou que 48% dos profissionais relacionou fragilidade à capacidade funcional e 50% indicou que a presença ou mesmo a predisposição para condições clínicas seria uma característica de fragilidade. Além disso, os profissionais da área da gerontologia e geriatria relacionam a fragilidade a diferentes entidades, incluindo: envelhecimento, comorbidade, incapacidade, dependência funcional, institucionalização, déficit cognitivo, psicopatologias, sintomas depressivos, condição socioeconômica desfavorável e solidão. Desta forma, há um fator de confusão de que não há definição consensual de fragilidade, pois há noção de subjetividade associada ao conceito de fragilidade. Assim, a fragilidade implica um estado de vulnerabilidade, a síndrome é multidimensional e envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual. Definir fragilidade será útil para medidas preventivas de declínio funcional e para indicar prioridades no atendimento de saúde da população idosa brasileira.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Detectar a presença da síndrome de fragilidade nos idosos internados e a definição de fragilidade na percepção do profissional de enfermagem no Pronto Atendimento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em relação ao idoso:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e de saúde nos idosos internados no Pronto Atendimento;

- Verificar a presença e níveis de fragilidade do idoso internado no Pronto Atendimento;

- Verificar a associação entre os fatores de risco para a fragilidade com a presença ou não de fragilidade;

- Identificar os fatores de risco e a sua relação com fragilidade a partir do perfil socioeconômico e de saúde.

Em relação aos enfermeiros do Pronto Atendimento:

- Caracterizar de acordo com as variáveis sexo, idade, tempo de serviço e formação profissional;

- Descrever a opinião dos profissionais sobre a definição de fragilidade nos idosos, as características de ser idoso frágil, os critérios para a definição de fragilidade em idosos e as consequências da fragilidade em idosos.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa.

4.2 Local da pesquisa

O local deste estudo foi o Pronto Atendimento do Hospital São Lucas da PUCRS (HSL-PUCRS).

O Pronto Atendimento (PA) é uma unidade do Hospital São Lucas onde ocorre o atendimento de pacientes externos na qual há um direcionamento para a resolução de uma queixa dirigida aguda e também onde estes pacientes ficam em observação por um tempo máximo de 24 horas, podendo evoluir para alta ou internação hospitalar. A internação hospitalar torna-se obrigatória após a estada de 24 horas em observação do usuário de saúde, conforme legislação vigente^{67,68}. O HSL-PUCRS tem o PA do Sistema Único de Saúde (Pronto SUS) e o Pronto PUC, que realiza o atendimento a pacientes particulares e portadores de convênios de saúde. O PA é composto por 27 leitos (15 no Pronto SUS e 12 no Pronto PUC).

4.3 Sujeitos da pesquisa

A população do estudo contou com idosos internados e pelos profissionais enfermeiros alocados no Pronto Atendimento do HSL.

Os critérios de inclusão dos idosos foram: estar internado no Pronto Atendimento do HSL, ser idoso (indivíduo com 60 anos de idade ou mais), ser capaz de responder aos questionamentos durante a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton, apresentar condições de deambulação com ou sem auxílio.

Os critérios de exclusão foram os idosos que estavam sedados, inconsciente, não apto para responder questões pertinentes da pesquisa, estar

com risco eminente de morte ou em condições de saúde que o incapacite de deambular.

Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais enfermeiros foi ser profissional do Pronto Atendimento. E os critérios de exclusão foram: ser profissional do Pronto Atendimento no mínimo à 30 dias, estar em férias ou licença para tratamento em saúde (LTS).

A amostragem referente aos sujeitos idosos participantes foi calculada considerando uma ocorrência de 15% e um erro alfa de 5 pontos percentuais, o que define a amostra em 163 idosos internados na unidade de Pronto Atendimento. Adotou-se uma ocorrência de 15%, visto que as prevalências de fragilidade em diferentes estudos variam de 6,9 à 17% nos estudos norte-americanos e nos estudos brasileiros entre 13,2 à 13,27%^{17,26,58,59}.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados deu-se nos meses de dezembro de 2012 e Janeiro de 2013 nas dependências do HSL. O único sujeito que participou da coleta de dados foi a autora deste trabalho, o que assegurou maior confiabilidade nos dados.

4.4.1 Coleta de dados com o idoso internado no Pronto Atendimento

A metodologia utilizada foi uma entrevista estruturada, por meio de questões fechadas com o intuito de identificar o perfil socioeconômico do idoso e suas morbidades e comorbidades (APÊNDICE A). As questões na qual o idoso apresentava dúvida na resposta era consultadas no prontuário por parte do pesquisador.

Em seguida foi aplicado a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (ANEXO A), adaptada transculturalmente e validada no Brasil^{40,42}. A EFE tem por objetivo avaliar a fragilidade em idosos por meio de nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional,

investigados através de 11 itens. Sua pontuação varia de zero (não apresenta fragilidade) a 17 (fragilidade severa). Os escores para análise da fragilidade são: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa⁴⁰.

4.4.3 Coleta de dados com os profissionais enfermeiros do Pronto Atendimento

A coleta de dados com a equipe de enfermagem foi no próprio ambiente de trabalho. Desta forma, inicialmente este profissional foi convidado a participar da pesquisa através de uma abordagem informal.

A entrevista contemplou dois instrumentos. O primeiro foi constituído de questões referentes ao perfil do profissional enfermeiro (APÊNDICE B) e o outro objetivou identificar a opinião dos profissionais sobre o significado de fragilidade (ANEXO B). Este questionário foi adaptado de Teixeira³⁶ em sua dissertação de Mestrado, e teve como objetivo investigar as definições de fragilidade em idosos sobre a perspectiva de 12 profissionais de saúde de um Ambulatório de Geriatria de um Hospital Universitário. Este instrumento é de cunho quantitativo.

Neste instrumento não se considerou respostas erradas e certas, mas considerou respostas mais esperadas e menos esperadas, visto que a fragilidade ainda não tem sua definição consensual, bem como as dimensões que a cercam.

4.5 Análise dos dados

4.5.1 Análise estatística

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias entre os grupos, o teste t-student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado.

Na comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados.

Para controle de fatores de confusão e análise de fatores independentemente associados com a fragilidade, o modelo de Regressão de Poisson foi utilizado. Como medida de efeito foi calculada a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. Foram inseridas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0.

4.6 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e aprovado na data de 06 de Agosto de 2012 (ANEXO C). Após foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS sob o número 139.242 de 31 de outubro de 2012.

Tanto os idosos como os profissionais enfermeiros foram convidados para participar deste estudo, sendo informados sobre os objetivos do estudo, de acordo com a Resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C e APÊNDICE D) que foi lido individualmente e imediatamente antes de iniciar a aplicação dos instrumentos da pesquisa.

5. RESULTADOS

O presente estudo incluiu uma amostra total de 163 idosos e 12 enfermeiros.

Os idosos participantes tinham idade igual ou superior a 60 anos com média de $72,81 \pm 8,29$ anos, variando de 60 a 92 anos. Aproximadamente metade da amostra (45,4%) ficou entre 60 e 70 anos, é casada (41,1%), a maior parte reside com a família (81%), é do sexo masculino (55,2%), é de cor branca (66,9%), tem mais de 2 filhos (79,7%), possui ensino médio completo (52,8%), renda salarial entre 1 e 3 salários (71,8%), é aposentado ou pensionista (72,4%) e portador de doença prévia (87,7%). Em média cada idoso utiliza 3,81 medicamentos por dia, variando de 0 à 13 fármacos utilizados. Na tabela 1 estão descritas as características socioeconômicas e de saúde dos idosos internados no Pronto Atendimento do HSL.

Tabela 1. Características gerais dos idosos participantes

Variável	N (163)	% (100)
Idade		
60-70	74	45,4
71-80	51	31,3
81-92	38	23,3
Sexo		
Masculino	90	55,2
Feminino	73	44,8
Cor da pele		
Branca	109	66,9
Parda	35	21,5
Negra	19	11,7
Escolaridade		
Analfabeto	10	6,1
Ensino Fundamental	43	26,4
Ensino Médio	86	52,8
Ensino Superior	24	14,7
Estado civil		
Casado	67	41,1
Viúvo	74	45,4
Divorciado	17	10,4
Solteiro	5	3,1
Reside com		
Família	132	81,0
Sozinho	19	11,6
Institucionalizado	12	7,4

Filhos		
média (máx-min)	3,166	(13-0)
0-1	33	20,3
2-3	65	39,9
Mais de 4 filhos	65	39,8
Ocupação		
Aposentado	105	64,4
Pensionista	13	8,0
Não aposentado e com ocupação	39	23,2
Aposentado e com ocupação	5	3,1
Não respondeu	1	0,6
Renda		
Menos de 1 salário mínimo	15	9,2
1 salário	61	37,4
2 salários	56	34,4
3 salários ou mais	30	18,4
Não informou	1	0,6
Religião		
Católica	98	60,5
Evangélico	36	22,2
Umbandista	10	6,1
Espírita	7	4,3
Ateu / Sem religião	12	7,4
Doença prévia		
Sim	143	87,7
Não	20	12,3
Número de medicações		
média (máx-min)	3,7	(13-0)
Zero	32	19,6
1-4	59	36,2
5 ou mais	66	40,5
Não sabiam responder	6	3,7
Número de internação último ano		
Zero	73	44,8
Menos de três vezes	63	38,7
Três vezes ou mais	27	16,6
Motivo que internou		
Doença do Trato Gastrointestinal	13	8,0
Neoplasia	30	18,4
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	34	20,9
Doença do aparelho circulatório	65	39,9
Plano de saúde		
Privado	36	22,1
Público	127	77,9

Fonte: Elaborado pela Autora (2013).

A Tabela 2 descreve os níveis de fragilidade encontrados na amostra por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton. A maior parte dos idosos (66,26%) está situada na faixa classificada como fragilidade moderada e severa.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo os níveis de fragilidade

Variável	N = 163	100%
Não apresenta fragilidade	15	9,20
Aparentemente frágil	15	9,20
Fragilidade leve	25	15,34
Fragilidade moderada	29	17,79
Fragilidade severa	79	48,47

Fonte: Elaborado pela Autora (2013).

Para uma melhor análise das variáveis dependentes (escores de fragilidade) e independentes (socioeconômicas e de saúde), os escores de fragilidade (Escala de Edmonton) foram agrupados em dois grandes grupos, ou seja, “não apresentam fragilidade” e “aparentemente frágil” foram classificados no grupo sem fragilidade. Os escores “fragilidade leve”, “fragilidade moderada” e “fragilidade severa” foram classificados como tendo a síndrome da fragilidade.

Os dados demonstraram que os idosos considerados frágeis são mais prevalentes naqueles com mais idade, ou seja, quanto mais idoso mais suscetível ele estará à fragilidade. Também revela que residir com a família, ser casado, ter um ou mais filhos, usar uma ou mais medicações por dia e estar internado no hospital uma ou mais vezes no último ano, torna o idoso mais suscetível a ser frágil como mostrado na tabela 3.

Tabela 3. Variáveis socioeconômicas e de saúde com a presença ou não de fragilidade

Variáveis	Sem fragilidade (n=30) n (%)	Com fragilidade (n=133) n (%)	Total (n=163)	p**
------------------	---	--	--------------------------	------------

Idade				0,002
60-70 anos	22 (73,3)*	52 (39,1)	74 (45,4)	
71-80 anos	6 (20,0)	45 (33,8)	51 (31,3)	
≥ 81 anos	2 (6,7)	36 (27,1)*	38 (23,3)	
Sexo				0,704
Masculino	18 (60)	72 (54,1)	90 (55,2)	
Feminino	12 (40)	61 (45,9)	73 (44,8)	
Plano de saúde				1
SUS	23 (76,7)	104 (78,2)	127 (77,9)	
Convênio	7 (23,3)	29 (21,8)	36 (22,1)	
Mora com				0,086
Família	24 (80)	108 (81,2)	132 (81)	
Sozinho	6 (20)	13 (9,8)	19 (11,6)	
Institucionalizado	0 (0)	12 (9)	12 (7,4)	
Cor da pele				0,915
Branca	21 (70)	88 (66,2)	109 (66,9)	
Parda	6 (20)	29 (21,8)	35 (21,5)	
Negra	3 (10)	16 (12)	19 (11,6)	
Estado civil				0,002
Casado	17 (56,7)	50 (37,6)	67 (41,1)	
Solteiro	1 (3,3)	4 (3,0)	5 (3,1)	
Divorciado	7 (23,3)*	10 (7,5)	17 (10,4)	
Viúvo	5 (16,7)	69 (51,9)*	74 (45,4)	
Escolaridade				0,483
Analfabeto	1 (3,3)	9 (6,8)	10 (6,1)	
E. Fundamental	10 (33,3)	33 (24,8)	43 (26,4)	
E. Médio	13 (43,3)	73 (54,9)	86 (52,8)	
E. Superior	6 (20)	18 (13,5)	24 (14,7)	
Renda salarial				0,075
Menos 1 salário	0 (0)	15 (11,3)	15 (9,2)	
Mais de 1 salário	30 (100)	118 (88,7)	148 (90,8)	
Ocupação				0,048
Com ocupação	13 (43,3)	31 (23,5)	44 (27,2)	
Sem ocupação	17 (56,7)	101 (76,5)	118 (72,8)	
Religião				0,519
Católica	18 (60,0)	80 (60,1)	98 (60,5)	
Evangélica	6 (20,0)	30 (22,6)	36 (22,2)	
Umbandista	4 (13,3)	6 (4,5)	10 (6,2)	
Espírita	1 (3,3)	6 (4,5)	7 (4,3)	
Ateu/Sem religião	1 (3,3)	11 (8,3)	7 (7,4)	
Doença prévia				0,003
Sim	21 (70)	122 (91,7)	143 (87,7)	
Não	9 (30)	11 (8,3)	20 (12,3)	
Filhos – md (P25 – P75)				0,085
Número de medicações				0,005
≤ 4 medicações	25 (83,3)	70 (53,4)	95 (58,5)	
≥ 5 medicações	5 (16,7)	61 (46,6)	66 (41,0)	

Motivo que internou				
Doença do TGI	5	8	13	0,066
Neoplasia	2	28	30	0,115
Doenças I e P	1	33	34	0,018
Doença do AC	17	48	65	0,061
Número de internações último ano				
Zero	26 (86,7)*	47 (35,3)	73 (44,8)	<0,001
1 – 2 vezes	3 (10,0)	60 (45,1)*	63 (38,7)	
≥ 3 vezes	1 (3,3)	26 (19,5)*	27 (16,6)	

Fonte: Elaborado pela autora (2013)

Doença do TGI = Doença do Trato Gastrointestinal, Doenças I e P= Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do AC= Doenças do aparelho circulatório.

* Associação significativa pelo Teste de resíduos ajustados a 5% de significância.

** Variáveis contínuas por teste de Mann-Whitney e variáveis categóricas por teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Em relação aos fatores que permaneceram associados com fragilidade após a análise multivariada foram idade, estado civil, uso de medicações, doenças infecciosas, neoplasias e internação no último ano (Tabela 4).

Idosos acima de 80 anos apresentaram uma prevalência 21% maior de fragilidade quando comparados com os idosos entre 60 e 70 anos (RP=1,21; IC 95%:1,03 – 1,42). Ser viúvo aumenta a prevalência em 19% quando comparado com os idosos casados. Ter renda salarial menor que 1 salário mínimo por mês apresenta uma prevalência de 6% maior quando comparados com os idosos com renda salarial maior ou igual a 1 salário mínimo (RP=1,06; IC95%:0,94 - 1,20).

A presença de doença prévia, independente do tipo, foi um fator associado à fragilidade, significando que os idosos que as têm apresentam uma prevalência de 26% maior para a fragilidade quando comparados aos idosos sem doença prévia (RP=1,26; IC: 95%: 0,88 - 1,80).

Idosos que fazem uso de cinco ou mais medicações por dia apresentam prevalência 16% maior de fragilidade quando comparados aos idosos que fazem uso de 4 medicações ou menos (RP=1,16; IC95%:1,02 – 1,31).

Internar no pronto atendimento por doença infecciosa gera prevalência 17% maior para a fragilidade em comparação a idosos que não internam por doença infecciosa (RP= 1,17; IC95%:1,03 – 1,32). Internar por neoplasia

apresenta uma prevalência de 22% maior quando internado sem ter neoplasia (RP= 1,22; IC95%: 1,06 – 1,42).

Internar no último ano de uma a duas vezes ou três vezes ou mais representa uma prevalência de 35% e 30%, respectivamente, quando comparados aos idosos sem nenhuma internação no último ano (RP=1,35; IC95%: 1,15 – 1,58) (RP= 1,30; IC95%: 1,10 – 1,53).

Tabela 4. Análise multivariada de Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados a fragilidade do idoso

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Idade		
60-70 anos	1,0	
71-79 anos	1,11 (0,94 – 1,30)	0,224
≥ 80 anos	1,21 (1,03 – 1,42)	0,022*
Arranjo domiciliar		
Familiar	1,06 (0,92 – 1,22)	0,347
Institucionalizado	1,0	
Sozinho	0,89 (0,66 – 1,20)	0,455
Estado civil		
Casado	1,0	
Solteiro/divorciado	1,05 (0,79 – 1,39)	0,746
Viúvo	1,19 (1,02 – 1,38)	0,024*
Renda mensal		
< 1 salário min.	1,06 (0,94 – 1,20)	0,344
≥ 1 salário min.	1,0	
Presença de doença prévia		
Não	1,0	
Sim	1,26 (0,88 – 1,80)	0,208
Uso de medicações		
≤ 4 medicações	1,0	
≥ 5 medicações	1,16 (1,02 – 1,31)	0,016*
Motivo de internação		
Doença infecciosa		
Sim	1,17 (1,03 – 1,32)	0,016*
Não	1,0	
Neoplasia		
Sim	1,22 (1,06 – 1,42)	0,007*
Não	1,0	
Internação último ano		
Zero	1,0	
1 – 2 vezes	1,35 (1,15 – 1,58)	<0,001*
≥ 3 vezes	1,30 (1,10 – 1,53)	0,003*

Fonte: Elaborado pela Autora (2013).

Conforme os domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton, foi identificado que 55 idosos possuem boa cognição, 73 (44,8%) idosos não ficaram internados no último ano, 95 (58,3%) descrevem sua saúde como ruim, 100 (61,3%) apresentam dificuldades entre 5 e 8 atividades da vida diária, 92 (56,6%) possuem suporte social, 66 (41,0%) usam cinco ou mais medicações, 86 (52,7%) referem que esquecem de tomar as medicações de uso contínuo prescritas, 110 (67,5%) perderam peso corporal de forma não intencional, 103 (63,2%) sentem-se deprimidos, 111 (68,1%) apresentam incontinência urinária e 110 (67,5%) apresentam nível de desempenho funcional ruim (Tabela 5).

Tabela 5. Domínios equivalentes da Escala de Fragilidade de Edmonton

Domínio	n = 163 (100%)		
	A n (%)	B n (%)	C n (%)
Teste de cognição	54 (33,1)	55 (33,8)	54 (33,1)
No último ano, quantas vezes você ficou internado?	73 (44,8)*	60 (36,8)**	30 (18,4)***
Como descreve sua saúde	22 (13,5)	46 (28,2)	95 (58,3)
Número de atividades que realiza sem auxílio?	15 (9,2)	48 (29,5)	100 (61,3)
Suporte social	92 (56,5)	54 (33,1)	17 (10,4)
Usa cinco ou mais medicações	66 (41,0) ⁺	97 (59,0) ⁺⁺	-
Esquece-se de tomar as medicações	77 (47,3) ⁺	86 (52,7) ⁺⁺	-
Perdeu peso de forma não intencional	53 (32,5) ⁺	110 (67,5) ⁺⁺	-
Sente-se deprimido	60 (36,8) ⁺	103 (63,2) ⁺⁺	-
Apresenta incontinência	52 (31,9) ⁺	111 (68,1) ⁺⁺	-
Nível de desempenho funcional	18 (11)	35 (21,5)	110 (67,5)

A= Resposta equivalente ao valor 0 (ótimo) conforme EFE. B= Resposta equivale ao valor 1 (bom) conforme EFE. C= Fonte: Resposta equivale ao valor 2 (ruim) conforme EFE. *0 internação. 1-2 internações. mais de 2 internações. 1-2 atividades. 2-4 atividades. entre 5 e 8 atividades. ⁺ Resposta equivalente a não. ⁺⁺ Resposta equivalente a sim. Elaboração da Autora (2013).

Em relação à amostra dos 12 profissionais enfermeiros, verificou-se uma idade média de $29 \pm 3,3$ anos, variando entre 23 e 34 anos. A maior parte é do sexo feminino (83,3%), solteira (58,3%), natural de Porto Alegre (66,7%), sem filhos (58,3%), com formação universitária (75,0%), sem pós graduação

concluída (58,3%), com menos de um ano de experiência na profissão e também no hospital São Lucas, sem outro vínculo empregatício (75,0%) e perfazendo 40 horas de carga horária semanal (75,0%). A tabela 6 descreve o perfil dos enfermeiros participantes do estudo.

Tabela 6. Caracterização dos enfermeiros conforme sexo, idade, tempo de exercício e formação profissional.

Variável	n (12)	% (100)
Sexo		
Masculino	2	16,7
Feminino	10	83,3
Estado civil		
Solteiro	7	58,3
Casado	5	41,7
Filhos		
Nenhum	7	58,3
1 filho	3	25,0
2 filhos	2	16,7
Formação universitária		
Privada	9	75,0
Publica	3	25,0
Pós-graduação		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Tempo de exercício		
Menos de 1 ano	7	58,3
1-5 anos	2	16,7
6-10 anos	3	25,0
Tempo exercício no HSL		
Menos de 1 ano	8	66,7
1-5 anos	3	25,0
6-10 anos	1	8,3
Exerce atividade em outra instituição		
Sim	3	25,0
Não	9	75,0
Carga horária semanal		
40 horas	9	75,0
60 horas	1	8,3
80 horas	2	16,7
Naturalidade		
POA	4	33,3
Outras cidades	8	66,7

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

A Tabela 7 apresenta as respostas para o critério de fragilidade na opinião dos enfermeiros. Para melhor análise das respostas agrupou-se as respostas “concorda plenamente” e “concorda” num grupo que concorda com a resposta e agrupou “discordo plenamente” e o “discordo” num grupo que discorda com a indagação descrita no instrumento de pesquisa. Desta forma, os grupos de resposta contemplaram concordam, neutro, e discordam.

Os critérios mais prevalentes, na opinião dos enfermeiros, para ser classificado como frágil, é estar vulnerável aos estresses ambientais, às patologias e quedas (100%), apresentar comorbidades (91,7%), ter idade avançada (83,4%), realizar poucas atividades sociais (75%). Foi observado que alguns dos enfermeiros que discordam como critério de fragilidade a dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDS) (50%), número de internações hospitalares (16,7%), institucionalização (33,3%) e poucas atividades sociais (25%).

Tabela 7. Opinião dos enfermeiros sobre os critérios utilizados para a definição de fragilidade em idosos.

Critérios de fragilidade	Concordo plenamente n (%)	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
Dependência nas AVDs e nas AIVDS	4 (33,3)	2 (16,7)	0	6 (50)	0
Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas	6 (50)	6 (50)	0	0	0
Comorbidades	8 (66,7)	3 (25)	1 (8,3)	0	0
Idade avançada	8 (66,8)	2 (16,6)	2 (16,6)	0	0
Número de internações hospitalares	5 (41,6)	2 (16,7)	3 (25)	2 (16,7)	0
Institucionalização	3 (25)	2 (16,7)	3 (25)	0	4 (33,3)
Poucas atividades sociais	5 (41,7)	4 (33,3)	0	3 (25)	0

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

Na tabela 8 é descrita a opinião dos enfermeiros sobre as características de ser um idoso frágil, onde 100% dos entrevistados acreditam que a perda de peso não intencional, o auto-relato de fadiga (75%), a diminuição da força de preensão palmar (66,7%), redução das atividades físicas (91,7%), déficit cognitivo (83,3%), apresentar depressão (100%) e diminuição das relações sociais (100%) são características de ser um idoso frágil.

Tabela 8. Características de ser um idoso frágil na opinião dos enfermeiros.

Características da fragilidade	Concordo plenamente n (%)	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
Perda de peso não intencional	7 (58,3)	5 (41,7)	0	0	0
Auto relato de fadiga	4 (33,3)	5 (41,7)	3 (25)	0	0
Diminuição da força de preensão	6 (50)	2 (16,7)	4 (33,3)	0	0
Redução das atividades físicas	10 (83,4)	1 (8,3)	1 (8,3)	0	0
Diminuição na velocidade da marcha	7 (58,3)	5 (41,7)	0	0	0
Déficit cognitivo	9 (75)	1 (8,3)	2 (16,7)	0	0
Depressão	11 (91,6)	1 (8,3)	0	0	0
Diminuição das relações sociais	6 (50)	6 (50)	0	0	0

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

A tabela 9 refere-se às consequências da fragilidade nos idosos conforme a opinião dos enfermeiros. Todos os enfermeiros concordam que as consequências da fragilidade envolvem o declínio da capacidade funcional (100%). Também foi observado que 58,3% acreditam que a hospitalização, a incapacidade (58,3%) e o óbito (58,3%) são consequências da fragilidade.

Tabela 9. Consequências da fragilidade conforme a opinião dos enfermeiros.

Consequências da fragilidade	Concordo plenamente n (%)	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------------------------

Declínio da capacidade funcional	4 (33,3)	8 (66,7)	0	0	0
Hospitalização	4 (33,3)	3 (25)	5 (41,7)	0	0
Institucionalização	4 (33,3)	1 (8,4)	3 (25)	4 (33,3)	0
Incapacidade	4 (33,3)	3 (25)	5 (41,7)	0	0
Óbito	4 (33,3)	3 (25)	5 (41,7)	0	0

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

A figura 1 descreve a definição de fragilidade por parte dos enfermeiros. Ressalta-se que nesta questão, os enfermeiros não tinham conhecimento prévio sobre a definição unidimensional e multidimensional adotada por Fried e Bergamn, respectivamente. Diante das definições citadas anteriormente, 11 enfermeiros (91,7%) responderam a definição unidimensional e 12 enfermeiros (100%) responderam a definição multidimensional. Apenas um enfermeiro (8,3%) ficou neutro quanto à definição unidimensional.

Duas definições sobre fragilidade				
1. “Síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.*				
Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
3 (25)	8 (66,7)	1 (8,3)	0	0
2. “Síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”**. **				
Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
6 (50)	6 (50)	0	0	0
Qual grau de importância você indica para uma definição consensual de fragilidade em idosos na sua prática clínica?				
Muito importante	Importante	Indiferente	Importância mínima	Sem importância alguma
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
12 (100)	0	0	0	0

Figura 1. Opinião dos enfermeiros sobre a definição unidimensional e multidimensional de fragilidade.

Duas definições sobre fragilidade				
1. “Síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.*				
Concordo plenamente n (%)	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
3 (25)	8 (66,7)	1 (8,3)	0	0
2. “Síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.**				
Concordo plenamente n (%)	Concordo n (%)	Neutro n (%)	Discordo n (%)	Discordo totalmente n (%)
6 (50)	6 (50)	0	0	0
3. Qual grau de importância você indica para uma definição consensual de fragilidade em idosos na sua prática clínica				
Muito importante n (%)	Importante n (%)	Indiferente n (%)	Importância mínima n (%)	Sem importância alguma n (%)
12 (100)	0	0	0	0

* Definição de fragilidade unidimensional conforme Fried et al (2004). ** Definição de fragilidade dimensional conforme Bergman et al (2004)

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

Conforme a opinião dos enfermeiros sobre a relação de diferentes variáveis presentes no idoso e a sua relação com fragilidade, os dados revelaram que a fragilidade é sempre decorrente da idade mais avançada (75%), da patologia presente (91,6%) e da idade e da patologia (75%) de forma associada, incapacidade é causa da fragilidade (66,7%), a fragilidade causa comorbidade (66,7%), a comorbidade causa fragilidade (75%). A metade dos sujeitos entrevistados (50%) foi incerta quanto à fragilidade e à incapacidade representarem a mesma entidade clínica (Tabela 11).

Tabela 11. Fragilidade, comorbidade e incapacidade.

	Sempre n (%)	Algumas vezes n (%)	Incerto n (%)	Não n (%)
A fragilidade é decorrente	9 (75)	0	3 (25)	0

da idade?				
A fragilidade é decorrente da patologia?	11 (91,7)	0	1 (8,3)	0
A fragilidade é decorrente da idade e da patologia?	9 (75)	0	3 (25)	0
Fragilidade e incapacidade representam a mesma entidade clínica?	4 (33,3)	0	6 (50)	2 (16,7)
A incapacidade é causa da fragilidade	8 (66,7)	4 (33,3)	0	0
A fragilidade é causa de incapacidade?	3 (25)	1 (8,33)	8 (66,7)	0
Fragilidade e comorbidade representam a mesma entidade clínica?	4 (33,3)	0	5 (41,6)	3 (25)
A fragilidade causa comorbidade?	8 (66,7)	4 (33,3)	0	0
A comorbidade causa fragilidade?	9 (75)	1 (8,3)	2 (16,6)	0

Fonte: Elaborado pela Autora (2013)

6. DISCUSSÃO

O idoso frágil tem sido foco da atenção na literatura visto que é uma condição associada a um maior grau de dependência e cuidados, elevando o risco de morbimortalidade.

A amostra deste estudo identificou quase a metade dos idosos com idade entre 60 e 70 anos, condição semelhante observada por Caberlon⁶⁰ em um estudo desenvolvido nos atendimentos de urgências e emergências do Rio Grande do Sul e que identificou 2790 (42,5%) idosos com idade entre 60 e 70 anos, no entanto, este não avaliou idosos frágeis. Outros estudos que investigaram o perfil dos idosos com síndrome da fragilidade identificaram uma média etária aproximada entre 74 e 75 anos^{2,61,42} corroborando com a média encontrada no nosso estudo que foi de aproximadamente 72 anos.

Fato que merece destaque é que mais da metade dos participantes no nosso estudo foi do sexo masculino. Estudos realizados no âmbito da comunidade ou em grupos de convivência^{62,63} revelam um maior percentual de mulheres, apontando que o aumento de mulheres na população brasileira ocorre devido a diferentes fatores entre elas, a busca por atividades de lazer, autocuidado e convivência, mostrando assim, uma melhor condição de saúde associada ao sexo feminino. Outro estudo desenvolvido no âmbito hospitalar, identificou um maior percentual de idosos do sexo masculino, na faixa etária entre 60 e 70 anos⁶⁴, mostrando que os homens apresentam um número maior de morbidades, o que auxilia a explicar esta maior prevalência de idosos masculinos nas unidades (ProntoPuc e ProntoSus) avaliadas em nosso estudo.

No que se refere à cor da pele, constatou-se que mais da metade da amostra era da cor branca. Este resultado aproxima-se dos dados apontados pelo IBGE¹⁰ visto que dos 190,75 milhões de habitantes, 91 milhões se declaram brancos, representando 49% de toda a população brasileira.

Quanto ao perfil sociodemográfico, mais da metade da amostra apresentava como nível de escolaridade o Ensino Médio. Este dado é divergente dos dados do IBGE¹⁰ que apontam 50,2% de idosos com menos de 4 anos de estudo. Também é divergente ao estudo realizado por Fabricio-Webhe que traduziu e validou a EFE no Brasil, já que 75 (54,8%) dos

pesquisados possuíam tempo médio de estudo formal de um a quatro anos. Porém, a taxa de analfabetismo encontrada por Fabricio-Webhe⁴² é de 26 (19%) sujeitos, sendo superior à encontrada no nosso estudo, que representou 6,1% do total da amostra. Outro fator de divergência é o percentual de 3,7% de sujeitos com 17 a 20 anos de estudo⁴², frente ao nosso percentual de 14,7% com ensino superior.

Quanto à renda salarial, nosso estudo é consonante com o estudo de Argenta⁴⁷ e de Souto⁶¹, que identificaram, respectivamente, 62,1% e 75,3% de idosos com renda salarial entre 1 e 2 salários mínimos. Contudo, são divergentes aos dados do IBGE¹⁰, que apontam 43,2% dos idosos com renda menor a 1 salário mínimo por mês.

O nosso estudo mostrou que 39 (23,2%) sujeitos apresentam ocupação remunerada, inferindo que o sexo masculino mantém-se mais ativo que as mulheres, como revelado em um projeto multicêntrico sobre saúde e bem-estar de pessoas idosas em sete centros urbanos da América Latina e Caribe⁶⁵, onde 40,6% dos homens são ativos. Também foi visto na nossa pesquisa que mais da metade dos idosos estudados são aposentados e não exercem outra atividade remunerada, o que difere da pesquisa realizada por Paskulin e Vianna⁶⁶ desenvolvida na região de Porto Alegre onde 174 (60,4%) idosos estavam nesta condição, porém aproxima-se do Censo do IBGE, onde 60% dos idosos são aposentados¹⁰.

Quanto ao estado civil, os dados revelam 45,5% de idosos viúvos e 41,1% de casados, aproximando-se do perfil identificado no estudo de Fabricio e Rodrigues⁴², que validou a EFE e identificou 42,3% de viúvos e 38,7% de casados.

Um estudo com idosos desenvolvido no norte do Rio Grande do Sul identificou que todos apresentam uma crença religiosa, o que converge com os resultados encontrados em nosso estudo, onde a maioria dos idosos declarou seguir uma religião⁶⁷. Além disso, Monteiro⁶⁸ afirma que o maior percentual de idosos que seguem uma religião está diretamente ligado com o avançar da idade onde há um aumento da espiritualidade, sendo então uma fonte de grande importância no que diz respeito ao suporte emocional, repercutindo nas áreas da saúde física e mental.

A média de filhos encontrados na nossa amostra foi de 3 filhos por sujeito, sendo o mínimo zero e o máximo 13 filhos. Conforme IBGE¹⁰ a média de filhos na população brasileira está decaindo, visto que em o número de nascimentos por mulher na década de 60 foi de 6,3 filhos e em 2010 passou para 1,86 filhos, o que demonstra uma redução da taxa de fecundidade. Contudo, podemos inferir que este percentual mais elevado era comum nas famílias constituídas nos períodos anteriores à década de 70.

Nosso estudo revelou que a maioria dos idosos utiliza o serviço de saúde pública. Um estudo realizado por Baldoni⁶⁹ com 1000 pacientes constatou que 84% dos idosos dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde, tanto para consultas como para internações hospitalares.

Nosso estudo identificou que a maioria dos idosos reside com familiares, seja filho, esposa ou irmãos, indo ao encontro do estudo desenvolvido por Paskulin e Vianna⁶⁶ sobre o perfil sociodemográfico de idosos de Porto Alegre. Nesse estudo, as autoras buscaram avaliar a associação entre sexo e grupo etário, variáveis socioeconômicas e de saúde do idoso, observando também, maior frequência de idosos residindo acompanhados, principalmente por seus familiares.

Conforme os dados encontrados no nosso estudo, a média de fármacos utilizados por cada idoso foi de 3,7 fármacos. Para Santos e Nitrini⁷⁰, este número pode estar associado ao menor tempo disponível para a consulta médica, ocorrendo uma maior prescrição medicamentosa, porém com menor tempo de orientação ao usuário, principalmente sobre o tempo de uso do medicamento, bem como a forma correta de usá-lo. Neste aspecto, estudo desenvolvido por Baldoni⁶⁹ para identificar o ponto de vista do sistema público de saúde em relação à epidemiologia farmacológica identificou uma média de sete fármacos por idoso, entre os medicamentos prescritos pelo médico e não prescritos (utilizados sem prescrição médica). A quantidade de medicamentos ingeridos por dia demonstrou que usar medicamentos predispõe à fragilidade, inferindo que utilizar fármacos já é uma condição de dependência e está associada com a presença de comorbidades^{81,82}.

Em relação à presença de doença, detectou-se no nosso estudo um grande percentual dos idosos com história positiva para doença prévia. Um estudo realizado em um Centro de Convivência de Campina Grande (PB) verificou que um total de 69,5% dos idosos afirmou possuir ao menos uma doença crônica e, destes, 82,0% tomam pelo menos um fármaco para doença crônica⁶³. Outro estudo brasileiro realizado por Pinelli e colaboradores⁷¹, em um ambulatório de odontologia de Araraquara (SP), identificou uma prevalência de 66,0%. Outro estudo realizado em João Pessoa (PB)⁷² mostrou que 82,1% dos idosos possuem pelo menos uma doença prévia, o que foi próximo aos resultados identificados no nosso estudo.

No que tange as internações prévias, verificou-se um terço dos idosos internaram avaliados por nós haviam internado ao menos três vezes no último ano e que 44,8% apresentaram histórico de internação prévia no último ano. Conforme Fried et al¹⁷ a internação hospitalar é um marcador para fragilidade, visto que o idoso ao internar apresenta algum risco de saúde e, eminentemente, passará a contemplar algum risco para a fragilidade. Já em relação à necessidade de internação hospitalar atual, esta teve maior percentual para as doenças do aparelho circulatório, seguidos das doenças infecciosas e neoplasias. Em um estudo realizado com idosos no Estado do Rio de Janeiro mostrou que o diagnóstico de internação mais prevalente foi em decorrência das doenças cardiovasculares (30,5%), seguidos das doenças oftalmológicas e/ou otorrinolaringológicas (17,60%), das doenças do trato geniturinário (13,20%), neoplasias (9,9%), doenças do trato gastrointestinal (9,90%) e pneumopatias (4,80%)⁷³. Um estudo desenvolvido em hospital universitário do estado de Minas Gerais identificou como motivo de internação entre os idosos as doenças do aparelho respiratório (18,5%), doenças do aparelho circulatório (18,1%), doenças do aparelho digestivo (17,4%), doença do aparelho geniturinário (11,6%), doenças infecciosas e parasitárias (9,1%) e neoplasias (8,3%)⁷⁴. Já outro estudo mais recente desenvolvido por Alves e colaboradores⁷⁵ aproximou-se dos nossos dados, visto que os autores identificaram que as doenças cardiovasculares se apresentam como a primeira causa de internação, seguida por doenças do aparelho respiratório, sendo que as demais causas aparecem na terceira posição.

Quanto à prevalência de fragilidade nos idosos internados, identificamos um percentual elevado com fragilidade, principalmente na categoria de fragilidade severa. Estudo desenvolvido nos Estados Unidos por Fried e colaboradores³¹ verificou uma prevalência de 6,9% de Síndrome da Fragilidade do Idoso (SFI), consistindo em uma prevalência menor desta síndrome, embora avaliada por meio do fenótipo de fragilidade proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF-A), e que inclui perda de peso não intencional, autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha. Já outro estudo desenvolvido no Brasil com idosos vinculados à Estratégia da Saúde da Família do município de Uberaba (MG) identificou uma prevalência de fragilidade de 19,9%, sendo 19,7% para homens e 20% para as mulheres⁷⁶. Esta diferença de valores na prevalência da fragilidade nos estudos, pode estar associada às diferenças metodológicas adotadas ou pela composição da amostra em relação à etnia, local do estudo e tamanho da amostra avaliada, na qual existe uma maior dificuldade para a comparação direta com os demais autores analisados.

O estudo que validou a EFE no Brasil com 134 idosos residentes, identificou 20,9% destes como aparentemente vulneráveis, 16,4% com fragilidade leve, 9% com fragilidade moderada e 4,5% com fragilidade severa⁴². Outro estudo que utilizou a EFE numa comunidade no interior do Rio Grande do Sul identificou 62 idosos (49,3%) com fragilidade⁴⁷. Já um estudo desenvolvido no âmbito hospitalar com a EFE identificou 44,8% de idosos frágeis, sendo 82 (20,8%) com fragilidade leve, 53 (13,4%) com fragilidade moderada e 42 (10,6%) com fragilidade severa⁵⁰. Autoras como Souto⁶¹, Erichsen² e Costa⁷⁷ utilizaram a EFE para avaliar a SFI em idosos hospitalizados, tendo as autoras concluído uma prevalência, respectivamente, de 6,4%, 26,2% e 20% dos sujeitos com a SFI.

Entre os idosos sem fragilidade, identificamos que 73,% destes têm idade entre 60 e 70 anos e apenas 2 sujeitos com 80 anos ou mais não apresentam fragilidade. Este dado mostra que os idosos com idade mais avançada tem maior risco para desenvolver fragilidade, como identificado em

outros estudos no âmbito nacional e internacional, na comunidade ou em instituições hospitalares^{17,47,43,61}.

No aspecto relacionado ao gênero, não foi detectada uma grande discrepância entre os idosos do sexo feminino e masculino, com ou sem fragilidade. Porém, observa-se que idosos do sexo masculino sem fragilidade ou na presença de fragilidade, é maior, sendo divergente com outro estudo desenvolvido por Fried et al¹⁷ na qual as mulheres são mais vulneráveis à fragilidade, visto nestas a quantidade de massa magra e de força muscular é menor em relação ao sexo masculino da mesma idade. Também em relação ao aspecto fragilidade, a raça branca atingiu os maiores percentuais, tanto nos idosos com fragilidade como os sem fragilidade. Tal resultado, não foi encontrado em outros estudos, visto que evidenciaram maior fragilidade em idosos na cor não branca^{77,2,47}.

Quanto ao nível de escolaridade, percebe-se que quanto menor a escolaridade maior a vulnerabilidade para fragilidade, já que esta variável pode torna-se um fator limitante ao acesso da informação, fazendo os idosos de menor escolaridade depender de outras pessoas ou meios para atingirem melhores condições de vida. Nossa amostra identificou um percentual elevado de idosos analfabetos frágeis, contrastando com outro estudo que identificou em torno de um terço de analfabetos frágeis⁴⁹. Contudo, os estudos concordam que quanto mais escolaridade o idoso apresenta menor o risco para desenvolver fragilidade.

Os idosos viúvos atingiram os maiores percentuais de fragilidade. Conforme um estudo sobre fragilidade em idosos conduzido por Silva e colaboradores⁷⁸, o fato de não ter companheiro faz com que ocorra um maior percentual para SFI, corroborando com nosso resultado que identificaram mais idosos casados e sem fragilidade.

Em relação à presença de familiares morando com o idoso, identificamos que todos idosos provenientes de instituições de longa permanência foram considerados frágeis, o que está de acordo com a literatura, que sugere que a institucionalização é um desfecho frequente para idosos nessa condição^{78,61,17,79}. Além disso, a portaria 2.568 do Ministério da Saúde^{4,5} considera o idoso em situação de fragilidade como aquele que vive

em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPS) com 75 anos ou mais.

Ao analisar os idosos com fragilidade detectamos que 81,0% residem com a família, demonstrando que o estado de saúde atual do idoso frágil pode influenciar na funcionalidade e, conseqüentemente, suas AVDs, para a qual necessita de um suporte familiar⁷⁹.

Quanto à renda mensal identificamos que todos os idosos que relataram ter ao menos um salário mínimo são frágeis, mostrando que esta variável pode estar relacionada diretamente com a fragilidade. Estudos revelam que as condições socioeconômicas, renda insuficiente, pobreza, estilo de vida insalubre e problemas de saúde são compatíveis com o surgimento da síndrome da fragilidade^{16,61,79}. Também chama a atenção que entre os considerados frágeis, há um maior número de inativos. Desta forma, deduz-se que os idosos aposentados ou pensionistas, por apresentarem algum fator adverso de saúde, apresentam a fragilidade.

Em relação às doenças envolvidas como motivo de internação hospitalar, nosso estudo identificou as doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias e doenças do trato gastrointestinal como as mais comumente envolvidas nesta situação. Um estudo desenvolvido em um hospital universitário para identificar o perfil de idosos que necessitam permanecer internados no âmbito hospitalar encontrou cinco principais diagnósticos presentes, que são as doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário e doenças infecciosas e parasitárias⁷⁴. Já estudos com idosos frágeis internados no âmbito hospitalar, aproximam-se destes resultados gerais, pois identificaram nas neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho geniturinário e doenças do aparelho digestivo² como as principais envolvidas nesta condição. Também neste aspecto e conforme a Tríade da Fragilidade apresentada por Fried e Waltons⁵⁶, as neoplasias, doenças infecciosas, depressão e insuficiência cardíaca congestiva são causas diretamente envolvidas para a Síndrome Clínica da Fragilidade do Idoso.

Nosso estudo identificou a idade, o estado civil, uso de medicações, internação hospitalar no último ano e internações por doenças infecciosas e

neoplasias como fatores de risco potenciais para fragilidade. Sabe-se que o processo de envelhecimento caracteriza-se pela vulnerabilidade e baixa capacidade de tolerar fatores de estresse, o que resulta em uma maior susceptibilidade a doenças e, ainda, quando associados à SFI são compreendidos e caracterizados pela presença de doenças crônicas, declínio clínico, queda⁸³, hospitalizações, consumo de medicamentos⁸¹ e idade avançada³¹.

Em um estudo desenvolvido com idosos pertencentes a uma comunidade do nordeste do Brasil, foram identificados como fatores potenciais de risco para fragilidade a idade avançada, presença de comorbidades, dependência em AVDs ou AIVDs e como fatores protetores a auto-percepção do estado de saúde⁴⁸. Já outro estudo realizado no interior do RS identificou como fatores de risco para fragilidade a idade, não convivência social, ter fraqueza no corpo, relato de queda no último ano e apresentar morbidades crônicas⁴⁷. Os achados similares descritos anteriormente sustentam os achados do nosso estudo.

Segundo Fried e Walston⁵⁶ a *American Medical Association* estima que entre 10 e 25% dos idosos com 65 anos ou mais possuam a SFI, sendo que esta prevalência aumenta proporcionalmente com a idade, chegando a mais de 40% naqueles com mais de 80 anos. Do mesmo modo, Rolfson et al⁴¹, afirmam existir correlação significativa entre resultados da aplicação da escala de EFE e a idade avançada. Argenta⁴⁷ também afirma que a idade é risco associado para fragilidade, corroborando com nosso estudo que identificou.

Para Fried, Tangen e Walston¹⁷ a cada faixa etária de cinco anos a mais de vida do idoso, ocorre um aumento de 7% a mais de prevalência da SFI, mostrando, dessa forma, que a SFI está associada à idade avançada, embora possa estar associada ao processo de envelhecimento, a maior parte dos idosos não se torna frágil obrigatoriamente.

Perante o estado civil, ser viúvo aumenta a prevalência de fragilidade em 19% quando comparado com idosos casados. Esse resultado mostra a importância que os idosos dão às relações conjugais, mostrando que a convivência diária com algum parceiro está associada como fator protetivo para fragilidade. Desta forma, ser viúvo pode ser um fator que predispõem a

fragilidade, já que ser casado é um fator de proteção para fragilidade porque ter um companheiro permite a troca de carinho, experiências, sentimentos, conhecimentos e troca permanente de afeto. Além disso, a perda de um ente querido ou o luto pode estar associado a um estresse e/ou desafio ambiental que leva à redução da capacidade do organismo de suportar ou resistir, entendendo a SFI como um estado de vulnerabilidade fisiológica^{17,56}.

A literatura mostra que ser portador de mais de uma doença crônica, que demanda tratamento medicamentoso contínuo, pode alterar o estado cognitivo do idoso, alterar o equilíbrio e desestabilizar a marcha aumentando, com isso, o risco do idoso sofrer quedas, que podem levar a fraturas e, conseqüentemente hospitalização²⁶, corroborando este achado com o nosso estudo que revelou correlação positiva entre fragilidade e uso de medicações.

Possivelmente os idosos são a faixa etária de maior consumo de fármacos, visto o crescente consumo destes com a idade e também por constituírem item importante da atenção à saúde do idoso⁸⁴. Desta forma, os idosos são mais vulneráveis a eventos adversos decorrentes das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento, que podem interferir na farmacocinética e farmacodinâmica⁸⁵. Esses fatores podem ser ainda maiores quando os idosos apresentam alguma dificuldade física ou psicológica e acabam ingerindo doses aumentadas de medicação ou esquecem-se de tomar os fármacos nos horários estipulados. Um estudo identificou através do relato dos próprios idosos residentes em uma comunidade que eles não solicitam auxílio para tomar os medicamentos porque afirmam conseguir ingerir sozinhos os fármacos, porém, assumem que tomam as medicações apenas quando lembram e que não conseguem ler as informações que constam na bula, não solicitando auxílio para obter informações sobre possíveis reações adversas, que podem ocorrer⁸⁶.

Um estudo desenvolvido no Brasil em relação a potenciais interações medicamentosas envolvendo idosos de São Paulo (SP) identificou que 54,9% destes estavam expostos a pelo menos uma potencial interação e identificaram outras 125 potenciais interações diferentes, das quais 70,4% apresentavam gravidade classificada como moderada⁸⁷. O mesmo estudo também mostrou que 64,8% dos idosos receberam uma orientação adequada para o uso de

fármacos considerados de boa qualidade. Além disso, foi identificado um potencial aumentado de interação medicamentosa quando o número de medicamentos excede a cinco⁸⁷.

No nosso estudo foi constatada uma significativa correlação entre fragilidade e hospitalização por doenças infecciosas e também por neoplasia. A literatura mostra uma tríade de alterações relacionadas ao próprio processo de envelhecimento (senescência), que incluem as alterações neuromusculares (sarcopenia e osteopenia), desregulação do sistema neuroendócrino (eixo hipotálamo) e disfunção do sistema imunológico (inflamação e imunidade)⁵⁶. Assim, as doenças infecciosas e as neoplasias podem exercer um papel importante no processo de envelhecimento, pois indicam a presença de fragilidade.

Um estudo desenvolvido em uma unidade de internação clínica identificou que idosos considerados frágeis internam em maior número em decorrência de doenças do aparelho circulatório (64,2%), doenças endócrinas e nutricionais (72,7%), doenças do aparelho respiratório (75%) e por neoplasias (64,3%)⁶¹. Já outro estudo desenvolvido em uma unidade cirúrgica identificou a neoplasia (34,21%) como fator principal de internação em idosos frágeis, seguida das doenças do aparelho geniturinário (13,15%), doenças do aparelho digestivo (10,52%) e doenças do aparelho circulatório (18,42%)².

Conforme revisão integrativa sobre fragilidade em idosos, cinco (8,8%) autores analisados identificam a fragilidade como resultante de infecções, sarcopenia, osteoporose e fraturas, com envolvimento de quedas¹². Conforme Ahmed, Mandel e Fain¹³ a fragilidade pode piorar ou levar a maior condição de fragilidade devido à desregulação do metabolismo corporal. Tal fato é corroborado por Hubbard e Woodhouse⁸⁸, que afirmam existir uma relação positiva entre a desregulação do sistema imune e fragilidade nos idosos, porém esta associação ainda não está bem estabelecida. Este resultado infere a importância de realizar medidas de prevenção e promoção da saúde, entre elas, podemos destacar a vacinação dos idosos, pois estes estão no grupo de maior risco.

Outra associação encontrada em nosso estudo foi em relação à fragilidade e internação hospitalar prévia no último ano, revelando que quanto

mais internação o idoso apresentou no último ano mais suscetível ele se torna para desenvolver a SFI. Essa associação deve ser valorizada, pois esta condição predispõe a estresse ambiental, social e psicológico. Tal fato pode ser evidenciado na revisão integrativa sobre fragilidade em idosos, pois três (5,3%) dos artigos analisados dão enfoque a co-variáveis demográficas, psicossociais e fatores relacionados ao estresse causado pela internação hospitalar, principalmente em internações prolongadas e também sucessivas¹². Desta forma, ocorre a premissa de que a fragilidade no idoso é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que sofre prejuízos em diversos domínios de funcionamento humano: físico, psicológico e social¹⁶.

No estudo desenvolvido por Estrella et al⁸⁹ sobre a detecção do risco para internação hospitalar em uma população idosa, o autor identificou que nos 12 meses anteriores à pesquisa, a maior parte dos idosos que internaram mais de duas vezes eram frágeis (85,7%), bem como aqueles que internaram apenas uma vez (45,0%), dado considerado significativo.

Diante dos dados referentes a amostra dos enfermeiros, ressaltamos que a amostra contemplou apenas os enfermeiros que prestam assistência no Pronto Atendimento. Considera-se que o enfermeiro assistencial é aquele cujo objeto de trabalho é o cuidado exercido a pessoas e suas famílias, grupos e coletividades nas dimensões física, psicológica, social e espiritual, utilizando seus instrumentos próprios⁹¹. Além disso, as ações do enfermeiro assistencial contemplam a supervisão dos membros de diferentes níveis de formação que compõem a equipe de enfermagem e a realização de procedimentos invasivos e complexos nos usuários de saúde⁵³. Desta forma, as suas intervenções visam atingir a finalidade do subprocesso assistir/cuidar, a melhora do estado de saúde do paciente⁵³.

Nossa amostra identificou um percentual elevado de mulheres, estando de acordo com a literatura, que identifica mais de 90% de mulheres enfermeiras⁹². Contudo, esse mesmo estudo alerta que existirá um novo cenário do sexo masculino na profissão⁹², ou seja, com maior participação masculina na profissão.

No nosso estudo foi visto que mais da metade da amostra é solteira e não tem filhos, caracterizando profissionais adultos jovens, principalmente diante da

média aproximada de 29 anos. Também mostra que estes profissionais são recém-formados, como comprovado nos resultados onde mais da metade se formou há menos de um ano e não apresenta pós-graduação concluída.

Conforme Farias⁹³, o Pronto atendimento a pacientes adultos e/ou infantis é um dos setores mais desgastantes dos hospitais, visto a demanda por procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para conforto e socorro ao paciente e seus familiares. E para tal, deveria apresentar em seu quadro de funcionários, profissionais mais experientes, pois normalmente são mais resolutivos diante das condições clínicas instáveis que os usuários de saúde apresentam na sua chegada à esta unidade.

Um estudo desenvolvido em Pronto Socorro (PS) evidenciou que 53,8% dos profissionais enfermeiros e 53,9% apresentavam especialização ou mestrado ou doutorado⁹⁴, divergindo do nosso estudo que identificou menos da metade com especialização concluída. Além disso, podemos lembrar o ambiente da UCE na qual os usuários de saúde utilizam equipamentos com ventilação mecânica, drogas vasoativas e sedativas, caracterizando uma unidade de cuidado intensivo de saúde. Para tal, este estudo demonstra a necessidade de repensar o quadro de enfermeiros que incluem esse serviço, no sentido destes terem mais experiência profissional.

A variável carga horária demonstra que os 3 (25%) profissionais que possuem outro vínculo empregatício, apresentam maior carga horária, sendo 1 (8,3%) com carga horária de 60 horas e os outros 2 (16,7%) trabalham 80 horas semanais. Vale destacar que a dupla jornada de trabalho, pode levar a estresse físico e psicológico em comparação com enfermeiros que atuam em um único vínculo empregatício⁹⁵. Além disso, podemos retomar que o PA é um dos ambientes mais estressantes no âmbito hospitalar e quando associado à dupla jornada de trabalho, pode agravar a qualidade da assistência prestada, bem como o andamento da assistência liderada pelo enfermeiro.

Trazendo para o tema principal deste estudo, idoso fragilizado, podemos observar que nenhum profissional faz ou fez especialização na área da geriatria ou gerontologia, podendo influenciar nos achados deste estudo. Contudo, vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que se encontra em vigor desde outubro de 2006⁵, aborda sobre a fragilidade e

para tal deve ser de conhecimento geral dos profissionais da saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa afirma que os indivíduos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas AIVD, são considerados com potencial risco para desenvolver fragilidade e por isso devem receber atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Quanto aos critérios de fragilidade na opinião dos enfermeiros, podemos perceber que apenas a vulnerabilidade aos estresses ambientais, patologias e quedas foram de consenso para todos, já que as demais alternativas avaliadas por parte do pesquisador tiveram respostas do tipo neutro, discordo e discordo totalmente. Conforme a literatura existe três critérios utilizados nas definições de fragilidade, que são vulnerabilidade, dependência nas AVDs e comorbidades¹⁶. A fragilidade é um estado dinâmico que afeta um indivíduo que sofre prejuízos em vários domínios: físico, psicológico e social¹⁶, e para tal reforça que o critério de fragilidade contemple a vulnerabilidade aos estresses ambientais, patologias e quedas. Autores afirmam que a fragilidade aumenta o risco de quedas, incapacidade funcional, institucionalização, sendo também altamente relacionada a comorbidades^{26,96,97,12}.

Metade dos participantes discordou como critério de fragilidade a dependência nas AVDs e nas AIVDs. Este achado mostra que o conhecimento sobre a capacidade funcional nas atividades de vida é limitado para alguns dos enfermeiros participantes, já que influencia outros critérios que predispõem a fragilidade. A perda da capacidade funcional está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade¹⁷. Traz complicações ao longo do tempo e gera cuidados de longa permanência e alto custo, em virtude da necessidade de assistência médica e risco de hospitalização, podendo contribuir de forma importante para a atual crise no sistema de saúde¹.

Apenas 2 (16,7%) e 3 (25%) dos enfermeiros discordaram como critério de fragilidade, o número de internações hospitalares e a pouca atividade social, respectivamente. Esse achado conflita com a resposta assinalada pelos participantes em relação à vulnerabilidade aos estresses ambientais, que contemplou a totalidade das respostas efetuadas, pois a internação hospitalar

pode ser um ambiente estressor para o idoso. Estudo comprova que o ambiente hospitalar torna-se desagradável para qualquer indivíduo uma vez que exige mudanças nos seus hábitos de vida, o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais, bem como a invasão de sentimentos de impotência diante do adoecer tornando-se mais passivo para ser cuidado⁹⁸. Dentre os conflitos que permeiam a hospitalização, destaca-se o confinamento no leito, a falta de estímulo para atividades físicas e mentais, dificuldade para adaptar-se ao novo ambiente, devido às alterações visuais e auditivas, o estresse imposto pela enfermidade, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, afastamento dos laços religiosos ou culturais, além da sensação de proximidade da morte e medo da doença. Cabe salientar que a hospitalização e o repouso no leito de forma intermitente podem determinar o agravamento da situação de saúde, tornando mais frágil a saúde do idoso.

Em nosso estudo identificamos que 4 (33,3%) dos profissionais não citam a institucionalização como critério de fragilidade, demonstrando que esses profissionais apresentam maior conhecimento sobre a sua área de atuação, ou seja, não tem conhecimento sobre outros ambientes de atuação da enfermagem na qual os idosos estão inseridos. Contudo, vale lembrar que são profissionais recém-formados que poderiam não ter este conhecimento já adquirido. Além disso, poderiam associar que o espaço limitado pelo qual o transita em sua vida diária por suas próprias limitações, aumenta o risco de desenvolver a fragilidade e o risco de mortalidade⁹⁹, onde a falta do convívio diário com seus familiares pode incrementar o risco para fragilidade⁹⁶, que a realização de poucas atividades na sociedade pode agravar a fragilidade⁴⁷ e que a mudança no estilo de vida na instituição pode potencializar sensações desagradáveis no idoso, causar estresse e maior risco para a fragilidade.

Vale destacar que a institucionalização é motivada por uma série de fatores, dentro dos quais se destaca a idade avançada, problemas financeiros da família, necessidade crescente de cuidado por parte do idoso e problemas físicos e mentais¹⁰⁰. Isto demonstra que nem sempre é vontade do idoso ser institucionalizado, o que poderia acarretar em maior risco para fragilidade.

Conforme Bandeira¹² as características levantadas pelos enfermeiros incluem o fator de risco biológico, que inclui a diminuição da velocidade da

marcha e perda de peso, fatores psicológicos, que incluem depressão, fator de risco social, que inclui pouca participação em atividades sociais e voluntárias e os fatores ambientais, que incluem o espaço de vida reduzido do idoso.

A perda de peso não intencional, diminuição na velocidade da marcha, depressão e diminuição das relações sociais são características da fragilidade na opinião dos enfermeiros, sendo essas características também descritas na literatura^{17,56,42}. A perda de peso não intencional (5kg nos últimos cinco anos), auto relato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade da marcha (lentidão) caracterizam a presença do fenótipo da fragilidade. E, quando o indivíduo apresenta uma ou duas dessas características, são consideradas de alto risco para o desenvolvimento da SFI¹⁷.

A depressão em idosos é associada com os declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade, uso de medicações e comorbidades¹⁰¹. Além disso, os idosos residentes em ILPIs são os que têm maior escore para depressão em relação aos idosos que residem na comunidade e os que estão hospitalizados.

Alguns enfermeiros assinalaram através de uma resposta neutra o auto-relato de fadiga, a diminuição da força de preensão palmar, redução das atividades físicas e déficit cognitivo para simbolizar as características da fragilidade. Os parâmetros, redução da velocidade da marcha, perda de peso e diminuição da força de preensão palmar, são três dos cinco componentes do fenótipo de fragilidade operacionalizada por Fried et al¹⁷, que inclui a redução das atividades físicas e relato de fadiga. Syddall et al⁴³ demonstram uma associação significativa entre a força de preensão palmar e marcadores da fragilidade em idosos, sugerindo que esse fator possa ser mais útil clinicamente do que a idade cronológica.

Na opinião de todos os enfermeiros apenas o domínio declínio da capacidade funcional foi uma consequência da fragilidade. Desta forma, podemos deduzir que os profissionais conseguem associar a área social como uma das consequências da fragilidade, pois a capacidade funcional é considerada uma condição que o indivíduo possui de viver de maneira

autônoma e de conviver em seu meio, onde a falta desta condição, tem relação com maior risco de institucionalização e quedas¹⁰².

Dentro da amostra avaliada, quatro (33,3%) dos enfermeiros não relatam a institucionalização como consequência da fragilidade, sendo este achado discordante aos achados na literatura^{17,56,61,41,42,47}. Esse fato demonstra que os profissionais enfermeiros não associam a institucionalização com a capacidade funcional diminuída nesses sujeitos e que tem relação muito próxima com a fragilidade.

A dependência e a incapacidade analisadas em idosos institucionalizados identificaram mais da metade da amostra com necessidade de auxílio na realização das AVDs, como tomar banho, caracterizando esses sujeitos como dependentes em maior e menor grau, reforçando que essas duas variáveis resultam em enfermidades, perda da atividade física, fatores sociais e presença da fragilidade, como a vida em asilo. Além disso, outro autor relata que os idosos são sedentários e nunca realizam algum tipo de atividade física⁸⁴, reforçando os altos índices de fragilidade em idosos institucionalizados.

Outro estudo mostra que a capacidade funcional é um dos importantes marcadores do envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos¹⁰². A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, gerando cuidados de longa permanência¹⁰³. Assim, considera-se que a institucionalização pode resultar em declínio funcional e fragilidade.

Alguns enfermeiros optaram por uma resposta neutra ao indicar as consequências da fragilidade com hospitalização, institucionalização, incapacidade e óbito. De modo geral, o envelhecimento traz consigo a vulnerabilidade para os agravos de longa duração, sendo essa uma das causas da alta incidência de (re)hospitalizações. Em outras palavras, quando o idoso é exposto a longos fatores de estresse, como hospitalizações prolongadas, fica mais suscetível à fragilidade, confirmando que esta é uma consequência do envelhecimento.

Perante a definição de fragilidade percebe-se que todos os profissionais concordam com a definição de Bergman et al³⁵, onde a fragilidade é definida

como “Síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”. Desta forma, podemos deduzir que os participantes do nosso estudo reconhecem a necessidade de atuação multiprofissional, visto que contempla, além das condições biológicas. Além disso, podemos deduzir que os profissionais enfermeiros reconhecem o cuidado ampliado de saúde aos idosos, indo ao encontro da Política Nacional da Pessoa Idosa, que preconiza a integralidade de ações diante do enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde, além da promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção⁴.

A pesquisa de Teixeira³⁶, que buscou uma definição de fragilidade frente à definição adotada por Bergman³⁵ e Fried¹⁷, revelou uma analogia entre a definição unidimensional de Fried et al³¹ e o conceito ultrapassado de saúde como sendo ausência de doença, afirmando que existe uma provável definição de fragilidade que não deve estar restrita ao domínio físico, mas precisa incluir fatores psicossociais no contexto individual de história de vida, como acesso aos serviços de saúde e condições de trabalho e alimentação.

Além disso, o estudo de Woo et al.⁷⁹ detectou uma correlação entre idosos frágeis e finanças inadequadas, baixo nível de atividade física, contato inadequado com familiares e não participação em atividades religiosas, demonstrando assim que outros fatores, além do físico, são importantes ao se avaliar a síndrome da fragilidade em idosos.

Os enfermeiros concordaram que a fragilidade causa comorbidades e que a incapacidade é causa da fragilidade. A fragilidade não causa apenas comorbidades, visto que a fragilidade é uma síndrome clínica onde o idoso já apresenta uma concomitância de situações adversas prévias³¹. Outro fator a ser destacado é que os idosos considerados frágeis apresentam uma ou mais doenças crônicas, o que indica a relação de fragilidade em idosos com este perfil^{47,34,17,26}. A comorbidade pode ser um fator que predispõe à fragilidade, bem como a incapacidade. Conforme Silva et al⁷⁸, a frequência de fragilidade foi diferente entre os grupos de idosos frágeis e não frágeis, indicando que os mais frágeis apresentavam maior incapacidade para atividades de vida diária e

mais medo de cair, como revelado em outro estudo similar²⁶. Desta forma, a incapacidade e presença de comorbidades são marcadores da fragilidade^{17,56}.

Dentro da amostra de enfermeiros, 3 (25%) e 2 (16,6%) profissionais discordam que fragilidade e incapacidade representam a mesma entidade clínica e que a fragilidade e comorbidades representam a mesma entidade clínica. Este percentual reduzido de profissionais está consonante com a literatura, pois comorbidades, incapacidade e fragilidade são três entidades clínicas distintas em idosos. Para Fried et al³¹, a comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas por diagnóstico médico, sendo esse alcançado com base em critérios firmemente estabelecidos. Incapacidade refere-se à dificuldade e dependência no desempenho de atividades essenciais para a vida, incluindo as atividade de autocuidado e aquelas consideradas importantes para que o indivíduo mantenha sua vida com qualidade. Fragilidade é um estado de alta vulnerabilidade levando a condições adversas de saúde, incluindo quedas, incapacidade, cuidados por período prolongado e mortalidade. Tal fato indica que a definição de cada entidade pode melhorar a compreensão de problemas de saúde dos idosos e, provavelmente, melhora a assistência prestada.

Desta forma, os resultados do nosso estudo sugerem que os enfermeiros desconhecem as características do que é um idoso frágil, os critérios para a definição de fragilidade em idosos e as consequências da fragilidade em idosos, visto que nem todos os achados foram condizentes com a literatura, mesmo diante do conceito unidimensional e multidimensional.

8. CONCLUSÃO

Em relação ao estudo envolvendo idosos internados em Pronto Atendimento pode-se concluir que:

- A maior parte dos idosos está situada na faixa classificada como fragilidade moderada e severa;
- Os fatores associados à fragilidade foram a idade, estado civil, uso de medicações, doenças infecciosas, neoplasias e internação no último ano.

Em relação às considerações efetuadas sobre fragilidade em idosos por parte dos profissionais enfermeiros que atuam no Pronto Atendimento pode-se concluir que:

- Para ser classificado como frágil, deve ter o critério vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e quedas, apresentar comorbidades, ter idade avançada e realizar poucas atividades sociais;
- Quanto às características para fragilidade apresentar perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, redução da atividade física, déficit cognitivo, depressão e diminuição das relações sociais;
- As consequências da fragilidade envolvem o declínio da capacidade funcional, hospitalização, incapacidade e óbito.

REFERÊNCIAS

1. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev. Bras. Est. Pop. 2006; 23(1): 5-26.
2. Erichsen CG. Evidências para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem "Síndrome da Fragilidade no Idoso" e fatores de risco para o diagnóstico de "Risco para a fragilidade no idoso" em unidades de internação cirúrgica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, 2011.
3. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1):115-22.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília. Editora MS, 2006.
6. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.
7. Gordilho A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 90p. 2000.
8. Farias RG, Santos SMA dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Rev. Texto & Contexto. 2012; 21(1):167-176.
9. Tannure MC, Alves M, Sena RRde, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. Rev. Bras.de Enf. 2010 set-out; 63(5): 817-22.

10. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília, 2011.
11. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*. 2010 Out; 11(5): 547-563.
12. Bandeira IC, Crossetti MGO. Síndrome da fragilidade em Idosos: uma revisão integrativa. TCC (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2010.
13. Ahmed N, Mandel R, Fain M. Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. *The American Journal of Medicine*. 2007; 120(9): 748-753.
14. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003; 19(3): 735-743.
15. Chaimowicz F. Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editors. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro Guanabara; 2006. p. 106-30
16. Gobbens, Rt *et.al*. Determinants of Frailty. *The Journal of the American Medical Association*. Chicago. Jun, 2010. 11(1): 356-364.
17. Fried LP, Tangen CM., Walston J. *et al*. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal Of Gerontology*, Baltimore. 2001; 56(3): 146-156.
18. Truppel TC, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. 2009; 62(2): 221-227.
19. Bergman H., et al. Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm – Issues and Controversies. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2007; 62(7): 731-737.

20. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, São Paulo. 2008; 33(3): 177-184.
21. Lang PO, Micjel JP, Zekry D. Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process. *Gerontology*. 2009; 55(1): 539–549.
22. Oliveira AM, Garcia PA. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosas participantes e não-participantes de atividades comunitárias ligadas à igreja. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2011; 22(2): 153-161.
23. Veras R, Caldas CP, Coelho FD, Sánchez MA, Chaves PH. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequências da explosão populacional dos idosos no Brasil. São Paulo: Gráfica Morganti, 2005. P.5-66.
24. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento bem-sucedido da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 19(3): 725-733, 2003.
25. Araujo TC, Alvez MI. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos Envelhecimento*. Rio de Janeiro. 2000; 3(3).
26. Fhon JRS. A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.
27. Rafani SM, Santana CS, Prado KCG. O cuidado ao indivíduo idoso em contexto de internação: a intervenção da terapia ocupacional na enfermaria de geriatria do HCFMRP – USP. In: Uchoa- Figueiredo LR, Negrini SBM. *Terapia ocupacional: diferentes práticas em hospital geral*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. P 279-288.
28. Paschoal SM, Franco RP, Salles RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In Papaleo Netto M. *Tratado de gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007. P. 39-56.
29. Hansen EO, Tavares STO, Cândido AS, Pimenta FAP, Moraes EN, Rezende NA. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e

- prognóstico médico em pacientes idosos. Rev Med Minas Gerais 21(1): 55-60, 2011.
30. Carvalho Filho ET de. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 60-70.
31. 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.
32. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP: Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2006, 54(6):991-1001.
33. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública. 19(3):793-8, 2003.
34. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS). 2011 jun;32(2):385-93.
35. Bergman H, Beland F, Karunanathan s, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Developing d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. Gerontologie et société, v. 109, p.15-29, 2004.
36. Teixeira IN. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [Dissertação] Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (SP), 2006.
37. Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Sci Med, Porto Alegre; 17(3): 138-144, 2007.

38. Andrade WJ, Araújo A, Campos KFC. Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 1(4):470-481, out/dez; 2011.
39. Guilley E, Armi F, Ghiletta P, Spini D, Lalive D'Epinay C. Vers une définition opérationnelle de la fragilité. *Médecine e Hygiène.* 2003; 61(2459): 2256-2261.
40. Fabricio-Wehbe SCC. *et. al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo,* 2009. 17(6): 12-15.
41. Rolfson DB, Majmdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006; 35(5269).
42. Fabricio SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre Síndrome da fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista RENE. Fortaleza,* 9(2): 113-9, abr/jun. 2008.
43. Syddall H, Roberts HC, Evandrou M, Cooper C, Bergman H, Sayer AA. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age and Ageing.* 2010; 39(6): 197-203.
44. Marjan J. Faber, Ruud J. Bosscher, Marijke J. Chin A Paw, Piet C. van Wieringen, effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: a multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil Vol 87,* July 2006.
45. Kang HG, Costa MD, Priplata AA, Starobinets MV, Goldberger AL, Peng CK, Kiely DK, Cupples A, Lipsitz LA. Frailty and the Degradation of Complex Balance Dynamics During a Dual-Task Protocol *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009 Vol. 64, No. 12, 1304–1311
46. Hilmer, Sn Kim Tran, Rubie P, Wight J, Gnjdic D, Mitchel SJ, Matthews S, Carrol P. Gentamicin pharmacokinetics in old age and frailty *1Br J Clin Pharmacol* 224–231.

47. Argenta C. Fatores de risco para a síndrome da fragilidade no idosos> contribuições para a elaboração de diagnósticos de enfermagem. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RB, 2012.
48. De Albuquerque Sousa ACP, et al., Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. Arch. Gerontol. Geriatr. (2011), doi:10.1016/j.archger.2011.08.010
49. Remor CB, Bós AJG, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; 21(3): 107-112.
50. Antunes, Michele. Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “Risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso”. Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Escola de Enfermagem da UFRGS, 2012
51. Waldow VR. Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2008.
52. Kurgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
53. Danski MTR, Oliveira LW, Mingorance P, Pedrolo E, Lazzari LSM, Johann DA. Características do processo de trabalho do enfermeiro em pronto-atendimento. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):104-9
54. Lima MJ. O que é enfermagem. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.
55. Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Unicamp, Campinas. Mimeo, 2003.
56. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass J, Halter JB, et al. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. Nova York: MacGraw-Hill; 2003.p. 1487-502.

57. Wagner LM, Capezutti E, Escova BL, Clevenger C, Boltz M, Renz S. Contractures in frail nursing home residents. *Geriatr Nurs*. 2008; 29(4):259-66.
58. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr* 2006; 83(5):1142–8.
59. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(6):675–81.
60. Caberlon, IC. Prevenção de quedas e fraturas na atenção à saúde do idoso no Rio Grande do Sul, Brasil / Iride Cristofoli Caberlon. Porto Alegre: PUCRS, 2012.
61. Souto GD. Fragilidade em idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso” e “risco para fragilidade no idoso”. TCC (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2011.
62. Do Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Pesq*. 2011;18(1): 17-22 *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-22, jan/mar. 2011
63. Silva ADL, Catão MHCV. Doenças sistêmicas em idosos não institucionalizados. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 299-303, jul./set. 2012.
64. Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(4):226-230
65. Lebrão ML, Duarte IA, SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento- O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana, 2003

66. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública* 2007;41:757-68.
67. Leite MT, Hildebrandt LM, Gonçalves LHT, Falcade BL, Biasuz S, Heisler EV, Ghedini KP. Caracterização e condições de saúde de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 71-79, 2010
68. Monteiro DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al., organizadores. *Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.
69. Baldoni AO, Pereira LRL. Estudos de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
70. Santos V, Nitrini SMOO. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(6):819-26.
71. Pinelli LAP. et al. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, v. 20, n. 47, p. 69-74, jan./mar. 2005.
72. Cavalcanti CL. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revista Salud Pública*, Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.
73. Motta LB da. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 2001
74. Rabelo LPO, Vieira MA, Caldeira AP, Costa SM. Perfil de idosos internados em um hospital universitário. *REME – Rev. Min. Enferm.*;14(3): 293-300, jul./set., 2010

75. Alves IAL, Lira PO, Reppetto MA, Hupsel ZN. Idosos em um hospital universitário e em um hospital geriátrico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2011; 56(1): 7-11
76. Tribess S. Estudo da associação entre o índice de fragilidade e variáveis demográficas de saúde e comportamentais em idosos. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2012
77. Costa, VM. Fatores de risco para a síndrome de fragilidade em idosos de uma instituição informal. TCC (Trabalho de conclusão de curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. 2011
78. 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. *Fisioterapia e Pesquisa*. São Paulo, v.16, n.2, p.120-5, abr./jun. 2009
79. Woo J., *et.al.* Social Determinants of Frailty. *Gerontology*. Hong Kong, v. 5, p. 402-408, 2005.
80. Rosset-Cruz I. Avaliação geriátrica global dos idosos mais velhos residentes em Riberão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para o envelhecimento longo. 2009. 156f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
81. Sarkisian CA, Gruenewald TL, Boscardin WJ, Seeman TE. Preliminary evidence for subdimensions of geriatric frailty: the Macarthur study of successful aging. *J. Am. Geriatr. Soc.* 56, 2292–2297, 2008.
82. Hackstaff, L. Factors associated with frailty in chronically ill older adults. *Soc. Work Health Care* 48, 798–811, 2009
83. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, São Paulo, jan./mar. 2008, 19(1), 81-94

84. Fochat RC, Horsth RBO, Sette MS, Raposo NR, Chicourel EL. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*; 33(3):447-454, 2012.
85. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc Saúde Coletiva*;15(6):2899-905, 2010
86. Teixeira JJV, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):207-213
87. Secoli SR, Figueras A, Lebrão ML, Lima FD, Santos JLF. Risk of Potential Drug-Drug Interactions among Brazilian Elderly. *Drugs Aging*. 2010;27(9):759-70.
88. Hubbard RE, Woodhouse KW. Frailty, inflammation and the elderly. *Biogerontology*, v. 11, n. 5, p. 635-641, out 2010.
89. Estrella K, Oliveira CEF, Sant'Anna AA, et al. Detecção do risco para internação em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:507-12.
90. Hybels CF, Pieper CF, Blazer DG, Fillenbaum GG, Steffens DC. Trajectories of mobility and IADL function in older patients diagnosed with major depression. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 25, 74–81, 2010.
91. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):221-4.
92. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem *Enfermagem em Foco* 2012; 3(3): 119-122
93. Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento *Rev Esc Enferm USP*; 45(3):722-92011
94. Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rickli HC, Marcon SS. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em

pacientes de pronto-socorro. Esc Anna Nery (impr.)2012 out -dez; 16 (4):767-774

95. Pafaro RC, Martino MMF. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas Rev Esc Enferm USP 004; 38(2):152-60.
96. Puts M, Visser M, Twisk J, Deeg D, Lips P. Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. *Clinical Endocrinology* 63 (s/n): 403-11, 2005.
97. Polidoro A, Dornbusch, T, Vestri A, Di Bona S, Alessandri C. Frailty and disability in the elderly: A diagnostic dilemma. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010.
98. Freitas DF, Wanderley KS. A hospitalização como agente desencadeador do desamparo no paciente idoso internado. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 258-266, maio/ago. 2010.
99. Xue QL, Fried LP, Glass TA, Laffan A, Chaves PHM. Life-Space constriction development of frailty, and the competing risk of mortality. *American Journal of Epidemiology*, 167(2):28-30, set, 2007.
100. PRAIDI - Programa de Assistência ao Idoso Institucionalizado. Prêmio Saúde Brasil. Universidade de São Paulo, junho, 2003.
101. Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, da Silva DG, Chivers- Wilson K. The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto Enferm.* 2009;18(1):155-64
102. Lenardt MH, Carneiro MHK. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm.* Jan/Mar; 18(1):13-20, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E COMORBIDADES DO IDOSO INTERNADO NO PRONTO ATENDIMENTO

Data: ____/____/2012.

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Nome _____

1.2. Idade _____ anos

1.3. Reside em qual bairro? _____

1.4. Cobertura: () PSF () UBS

1.5. Raça:

1.5.1.1. () Branca 1.5.2 () Preta 1.5.3 () Parda

1.6. Sexo: 1.6.1 () Feminino 1.6.2 () Masculino

1.7. Estado civil:

1.7.1. () Casado 1.7.3 () Solteiro

1.7.2. () Divorciado 1.7.4 () Viúvo

1.8. Você tem filhos:

1.8.1 () Nenhum 1.8.3 () 2 a 4 filhos

1.8.2 () 1 filho 1.8.4 () mais de 5 filhos

1.9. Grau de instrução

1.9.1. () Analfabeto

1.9.2. () E. Fundamental 1.9.4 () E. Superior

1.9.3. () E. Médio 1.9.5 () Pós-Graduação.

1.10. Renda média mensal

1.10.1. () < 1 salário 1.10.3 () Entre 2 e 3 Salários

1.10.2. () Entre 1 e 2 Salários 1.10.4 () 4 Salários

1.11. Profissão/ Ocupação

1.11.1. _____

1.11.2. () Ativa

1.11.3 () Inativa

1.12. Religião

1.12.1. () Católica

3.12.5 () Protestante

1.12.2. () Sem religião

3.12.6 () Espírita

1.12.3. () Umbandista

3.12.7 () Evangélica

1.12.4. () Ateu

3.12.8 () Outra: _____

1.13. Você tem alguma doença?

1.13.1. () Sim. Qual? _____

1.13.2. () Não

1.14. Você toma algum medicamento?

1.14.1. () Sim. Qual? _____

1.14.2. () Não

1.15. Porque motivo procurou atendimento no HSL

_____.

1.16. Última hospitalização foi em _____, motivo:

_____.

Código do pesquisador: _____

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Muito obrigada por participar desta pesquisa. Este instrumento tem o objetivo de caracterizar os profissionais da enfermagem nas variáveis sexo, idade, formação, escolaridade, procedência e assuntos referentes há sua profissão.

Ressalto, que os dados que você fornecerá não serão fornecidos à terceiros e após a análise dos dados, não haverá exposição das suas características de modo individual.

Identificação e escolaridade

1) Nome (opcional): _____

2) Endereço atual:

() Cidade de POA

(_____) Cidade

3) Naturalidade:

4) Idade:

() anos

5) Sexo:

() Feminino

() Masculino

4) Estado civil:

() Casado

() Solteiro

() Divorciado

() Viúvo

5) Filhos:

() Nenhum

() 1

() 2

() 3

() Mais de 3

6) Formação universitária:

() Pública

() Privada

7) Pós-graduação:

() Sim () Não

Em caso positivo, especifique:

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o idoso

Fragilidade no idoso internado: o significado de fragilidade para os familiares cuidadores e equipe de enfermagem

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa e para tal é importante a leitura deste documento para compreender porque e como este estudo está sendo realizado.

O objetivo principal deste estudo é investigar a definição de fragilidade na percepção do cuidador familiar e para o profissional da enfermagem, frente a ocorrência de fragilidade nos idosos internados no Pronto Atendimento de um hospital. O estudo se justifica, pois pretende investigar a construção do significado de fragilidade nos idosos e os índices de idosos frágeis no Pronto Atendimento do Hospital São Lucas.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados com a definição de fragilidade no idoso e a contribuição sobre a prevalência de fragilidade em idosos. Este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos ao cuidado de idosos frágeis.

Será realizada uma entrevista contendo perguntas que poderão durar cerca de 20 minutos. Nesta entrevista serão abordadas questões sobre os seus dados pessoais, como idade, motivos da internação, escolaridade e a aplicação de um teste para ver se o senhor(a) é um(a) idoso(a) frágil. Junto com esta entrevista, o senhor(a) será submetido a um teste de caminhada para avaliar o estado de equilíbrio.

Todos os aspectos levantados anteriormente terão um risco mínimo ou desconfortos emocionais de quaisquer tipos, porém os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados e publicados. Serei informado dessas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código, o que garantirá o sigilo de todos os dados. Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha privacidade.

Compreendi que não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras. A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Caso eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar a cobrar para os pesquisadores Rodolfo Herberto Schneider (51) 99854806 e Letice Dalla Lana (51) 92531166. Informações adicionais poderão ser obtidas no Comitê de ética em Pesquisa.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a

Rubricas

propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS no telefone (51)-3320-3345 ou cep@pucrs.br.

Porto Alegre/RS _____, _____ de 2012.

Nome do participante: _____.

Assinatura: _____

*Uma cópia deste documento será guardada pelos pesquisadores e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Este documento foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Equipe de Enfermagem

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Fragilidade no idoso internado: o significado de fragilidade para os familiares cuidadores e equipe de enfermagem”.

Trata-se de um estudo transversal sobre a prevalência de idosos com fragilidade, a percepção de fragilidade para o cuidador familiar e o significado para os profissionais da enfermagem. Os participantes desta pesquisa serão os idosos internados, seus cuidadores familiares e os profissionais de enfermagem do Pronto Atendimento de um hospital.

O objetivo geral deste estudo é investigar a definição de fragilidade na percepção do cuidador familiar e para o profissional da enfermagem, frente à prevalência de fragilidade nos idosos internados no Pronto Atendimento do Hospital São Lucas da PUCRS. Assim, os objetivos específicos com os profissionais de saúde são: caracterizar o profissional de saúde que atuam nesta unidade e descrever o significado de fragilidade em idosos, as características de idoso frágil, as consequências da fragilidade em idosos na perspectiva do profissional de enfermagem.

Serão aplicados dois instrumentos de pesquisa por meio de uma entrevista individual, onde o primeiro aborda questões referentes à idade, sexo, escolaridade e formação profissional e que irão caracterizar o profissional da enfermagem no Pronto Atendimento. O outro instrumento contempla questões sobre a fragilidade do idoso com questões abertas e fechadas. O segundo instrumento será aplicado na presença do pesquisador, pois apresenta questões abertas que serão gravadas para posteriormente serem transcritas visando mais fidedignidade nos depoimentos. Para o preenchimento dos instrumentos serão necessários aproximadamente 20 minutos.

A sua vivência com idosos no Pronto Atendimento e seu entendimento irá contribuir com esta pesquisa.

Este estudo não apresenta nenhum risco físico, porém as questões da entrevista podem mobilizar sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, os pesquisadores estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em eventos científicos da área de saúde e/ou publicações em revistas científicas. No entanto, ressalta-se que o seu nome não serão informados e serão mantidos em sigilo. Sua identificação através de um código.

Destacamos que a participação no estudo é voluntária e, portanto, não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Assim, fica livre para decidir sair da pesquisa em qualquer etapa.

Caso eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar a cobrar para os pesquisadores Rodolfo Herberto Schneider (51) 99854806 e Letice Dalla

Rubricas

Lana (51) 92531166. Informações adicionais poderão ser obtidas no Comitê de ética em Pesquisa.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS no telefone (51)-3320-3345 ou cep@pucrs.br.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados e estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012

Assinatura do participante da pesquisa

Atenciosamente,

Pesquisador responsável

*Uma cópia deste documento será guardada pelos pesquisadores e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

APÊNDICE E

Declaração da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia de recebimento do Artigo “Síndrome de Fragilidade no Idoso: uma revisão integrativa”



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Sub-reitoria de Extensão e Cultura
Universidade Aberta da Terceira Idade
Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento - CRDE

DECLARAÇÃO - ARTIGO EM AVALIAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o artigo indicado, registrado sob o nº 12-162, foi recebido e está sendo avaliado para publicação na **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, ISBN 1809-9823, após aprovação. Esta declaração não impõe o compromisso de publicação, que fica sob a condição do artigo ser aprovado.

Título do artigo:

Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão integrativa

Fragility syndrome in elderly: a review integrative

Autores:

Letice Dalla Lana

Rodolfo Herberto Schneider

Rio de Janeiro, 03 de outubro de 2013.

Conceição Ramos de Abreu
Editora Executiva

APÊNDICE F

Cópia do Artigo “Síndrome de Fragilidade no Idoso: uma revisão integrativa” encaminhada para a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SÍNDROME DE FRAGILIDADE NO IDOSO: UMA REVISÃO

INTEGRATIVA

FRAGILITY SYNDROME IN ELDERLY: A REVIEW CURRENT

SÍNDROME DE LA FRAGILIDAD EN ANCIANOS: UNA REVISIÓN ACTUAL

Letice Dalla Lana¹

Rodolfo Herberto Schneider²

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram ausência de conflitos de interesse.

Suporte financeiro: Letice Dalla Lana possui bolsa de mestrado da ProBolsa da PUCRS.

RESUMO

O presente estudo se propôs a realizar uma revisão sobre a temática da Síndrome da Fragilidade no Idoso, visto que a literatura ainda carece de uma unanimidade quanto à conceituação desta mesma. Esta síndrome envolve múltiplas dimensões e pode ser influenciada por fatores ligados ao próprio

¹ Enfermeira. Especialista. Mestranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), RS, Brasil. Endereço: R. Silveiro 30 apt 301. Bairro Menino Deus. CEP: 90850-000. Porto Alegre, RS. Email: leticedl@hotmail.com. Participou na coleta e análise dos dados, redação do manuscrito.

² Médico Geriatra, Doutor em Medicina-Área de Concentração em Medicina, Professor Adjunto do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Av. Ipiranga, 6690, 3º andar do Hospital São Lucas. Bairro Jardim Botânico. CEP: 90610-000. Porto Alegre, RS. Email: rodolfo.schneider@puccrs.br. Participou da redação e revisão do manuscrito.

indivíduo ou fatores externos. Foi realizado um levantamento bibliográfico nos meses de Maio e Junho de 2012 por meio dos descritores *frailty*, *aged*, *frail elderly* e *aging* e seus respectivos correspondentes em português. A amostra contemplou artigos publicados entre o período de 1990 a 2012, resultantes de pesquisas primárias quantitativas, qualitativas e estudos teóricos. Os artigos revisados demonstraram diferentes instrumentos metodológicos para identificar e quantificar a presença de fragilidade nos idosos. Demonstrando que a fragilidade no idoso envolve múltiplas dimensões e pode ser influenciada por fatores ligados ao próprio indivíduo ou fatores externos, nos quais resultam em diferentes conceitos da Síndrome da Fragilidade no Idoso. Conclui-se que os pesquisadores nesta área estão investindo na geração de conhecimento com o intuito de elaborar uma única definição que possa contemplar com maior propriedade o conceito da síndrome de fragilidade no idoso, contribuindo na mudança de desfechos adversos, podendo intervir na prevenção e promoção de saúde nestes idosos.

Palavras-chaves: Fragilidade. Idoso. Idoso fragilizado. Envelhecimento.

ABSTRACT

The present study aims to conduct a review on the topic of Fragility Syndrome in the Elderly, as the literature still lacks a consensus about the conceptualization of the same. This syndrome involves multiple dimensions and can be influenced by factors related to the individual or external factors. We conducted a literature review in the months of May and June 2012 by means of descriptors *frailty*, *aged*, *frail elderly* and *aging* and their equivalents in Portuguese. The sample included articles published between the period 1990 to

2012, resulting from primary research quantitative, qualitative and theoretical studies. The reviewed papers showed different methodological tools to identify and quantify the presence of frailty in the elderly. Demonstrating that frailty in the elderly involves multiple dimensions and can be influenced by factors related to the individual or external factors in which result in different concepts of Fragility Syndrome in the Elderly. We conclude that researchers in this area are investing in the generation of knowledge in order to develop a single definition that can include more appropriately the concept of frailty syndrome in the elderly, contributing to the change of adverse outcomes, may intervene in the prevention and promotion these elderly health.

Key words: Frailty. Aged. Frail elderly. Aging.

Introdução

A crescente expectativa de vida da população tem revelado um aumento significativo no número de idosos, o que se reflete nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais.¹ Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil está em processo de mudança visto ao acelerado crescimento no envelhecimento populacional, redução na taxa de fecundidade e reestruturação da pirâmide etária.² Tal mudança está gerando grandes desafios para a sociedade que precisa ser capaz de promover o envelhecimento saudável e ativo, bem como a viabilização de recursos sociais e econômicas em todo o mundo.^{3,4}

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo

ao meio ambiente, bem como uma maior prevalência de processos patológicos que demonstram maior incapacidade com as inúmeras perdas, incluindo papel social, renda, posição social, independência e estrutura anatômica.^{5,6} Desta forma, o envelhecimento leva a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, que predispõem o risco de morbimortalidade.

Neste contexto, pode ocorrer o desenvolvimento da fragilidade no idoso, caracterizada como uma síndrome clínica, cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações futuras na saúde do idoso, o que torna esta condição um importante problema de saúde pública.^{7,8}

Autores afirmam que a fragilidade no idoso caracteriza-se pela presença de sinais e sintomas como perda de peso não intencional (5kg nos últimos cinco anos), auto relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade da marcha (lentidão) e diminuição das relações sociais.^{7,8,9} Demonstrando que a fragilidade abrange os domínios físico, psicológico e social, como afirmado por Gobbens e colaboradores¹⁰.

A forma de rastreamento e identificação da predisposição da presença de fragilidade pode ser mensurada por diferentes métodos. Contudo, a falta de profissionais habilitados e a dificuldade de uma avaliação ampliada da saúde, rompendo a fragmentação do cuidado, despertam maiores estudos com os idosos frágeis.¹¹

A literatura em gerontologia e geriatria, tem mostrado a importância da síndrome da fragilidade entre os idosos, pois impulsiona ao risco a quedas, incapacidade, hospitalização e morte.¹² Deste modo, o presente estudo se

propôs a realizar uma revisão narrativa sobre a temática Síndrome da Fragilidade no Idoso.

Metodologia

Para realizar este levantamento bibliográfico foram consultadas nos meses de Maio e Junho de 2012, referências sobre a temática Síndrome da Fragilidade no Idoso, nas bases LILACS, MEDLINE, Scielo e PubMed. Adicionalmente, foram consultados livros de Geriatria, Gerontologia da Biblioteca Irmão José Ótão, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), além do banco de dissertações e teses da CAPES. Para tanto, foram utilizados os seguintes descritores: *frailty*, *aged*, *frail elderly* e *aging* e seus respectivos correspondentes em português. Também foram acessadas as bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram revisados artigos publicados entre o período de 1990 a 2012 nas bases de dados analisados, resultantes de pesquisas primárias quantitativas, qualitativas e estudos teóricos. Definiu-se este período de publicação, 20 anos, pela possibilidade de inclusão de um número maior de artigos, visto que se constatou, em busca preliminar, que o tema fragilidade no idoso ainda tem sido pouco estudado. A inclusão dos artigos na presente revisão foi realizada de acordo com o que os autores julgaram relevantes e não repetitivo, norteadas pelos seguintes critérios: estudos realizados no Rio Grande do Sul e estudos de revisão publicados em revistas de maior impacto relacionadas ao envelhecimento.

RESULTADOS

O termo fragilidade teve início em meados de 1980, quando Whoodhouse propôs o conceito de fragilidade nos indivíduos com 65 anos ou mais e que dependiam de outras pessoas para poderem realizar as atividades cotidianas. Desta forma, os autores associavam a fragilidade à perda da autonomia e dependência para realizar as atividades de vida diária (AVD).¹³⁻¹⁷

Essa definição foi repensada por Brocklehurst, que criou um modelo de fragilidade que contemplava o componente biológico, social e psicológico. A partir desta abordagem, identificou-se que a fragilidade pode se manifestar em qualquer faixa etária, podendo estar presente não apenas na velhice.^{17,18} No entanto, quando associada ao envelhecimento, tem sido amplamente aceita como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição das reservas de energia e da habilidade de manter ou recuperar a homeostase após um evento desestabilizante.^{19,20} Nesta linha, Teixeira mostrou que o conceito de fragilidade seria um modelo unidimensional, visto que agrega a vulnerabilidade e baixa resposta aos fatores de estresse, bem como uma maior suscetibilidade a doenças e à presença de síndromes geradoras de incapacidade.²¹⁻²³

Contudo, observa-se que o termo fragilidade ainda não apresenta uma definição consensual entre os pesquisadores, pois alguns autores revelam o constructo multidimensional da fragilidade.²⁴⁻²⁶ Este constructo multiprofissional salienta a etiologia da síndrome dependente da história de vida do indivíduo, pois pode ser modificado diante dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, resultando em déficits individuais em cada contexto particular.^{21,25,26}

Além disso, outros estudos afirmam que o início e o curso da síndrome da fragilidade é afetado não somente por fatores pessoais de natureza cognitiva, psicológica, espiritual, cognitivos, sociais e físicos, mas também por fatores ambientais de ordem financeira, interpessoal, legal e institucional, que culminam em um maior risco de desfechos clínicos adversos, entre eles o declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.^{7,27-30} No entanto, pode ser evitada ou postergada quando identificada precocemente com base em seus indicadores, pois leva à deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde.^{30,31} Para tanto, o conceito de fragilidade pode ser compreendido como uma síndrome de múltiplas dimensões e que envolvem diferentes definições.³²

A definição mais utilizada sobre a Síndrome da Fragilidade é que ela representa uma síndrome biológica caracterizada por diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade do organismo de resistir às intempéries, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos.²⁰ Assim, o resultado cumulativo desses declínios em múltiplos sistemas do corpo humano poderia constituir a base do que é frequentemente considerado o fenótipo da fragilidade: a vulnerabilidade aos fatores estressores e o comprometimento da capacidade de manter a homeostase, bem como a incapacidade, dependência parcial ou total em atividades da vida diária (AVD), da maior presença de comorbidades ou de idosos mais debilitados e vulneráveis.^{20,33,34} Neste contexto e, de encontro a outros autores, Costa e Heckman conceituam fragilidade como uma síndrome associada à idade e caracterizada por manifestações como perda de peso e massa muscular, diminuição da força,

fadiga, instabilidade postural e redução da ingestão de alimentos, aumentando o risco para uma evolução desfavorável diante das agressões externas e das doenças agudas.^{21,35,36}

Como não há um consenso sobre a sua definição, existem diferentes instrumentos utilizados pelos profissionais da saúde para identificar e quantificar a presença da síndrome da fragilidade no idoso, tanto no âmbito da pesquisa como também na prática clínica, para avaliar os declínios decorrentes em idosos.

Observa-se que o fenótipo da fragilidade é um método de identificação e mensuração da fragilidade nos idosos onde utilizam, como critérios integrantes da síndrome, a perda de peso não intencional (pelos menos 5Kg no último ano), exaustão avaliada por auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão da mão dominante, baixo nível de atividade física e baixa velocidade ao caminhar (lentidão).²⁰

Ainda dentro dos critérios componentes da síndrome da fragilidade, outros estudos tem mostrado marcadores adicionais ao fenótipo proposto por Fried et al para a mensuração da fragilidade em idosos com a inclusão da Escala de Katz, que avalia as atividades básicas da vida diária (AVD), a Escala de Lawton, para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), a escala internacional de eficácia de quedas, o mini exame do estado mental, a medida de independência funcional, que avalia o desempenho e a capacidade funcional de idosos.^{20,37-41}

Porém, um fato a ser considerado, é que as diferentes escalas não enfocam a temática em questão, a fragilidade do idoso, como é demonstrado na Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), visto que a fragilidade pode

deteriorar a qualidade de vida do idoso. E para tal, sabe-se que independente do conceito ideal de qualidade de vida, esta constitui pela busca constante do bem-estar de forma indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras.

A EFE é considerada um instrumento mais complexo, pois é constituída de nove domínios que evidenciam, com maior nitidez, a fragilidade no idoso, que são: Cognição, Estado Geral de Saúde, Independência Funcional, Suporte Social, Uso de Medicamentos, Nutrição, Humor, Continência e Desempenho Funcional. Essa escala tem como autoria principal Darryl B. Rolfson, que é docente da Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá.⁴²

A EFE foi traduzida e validada culturalmente para utilização no Brasil em 2008, onde foi aplicada em uma amostra de 137 idosos residentes de uma comunidade no município de Ribeirão Preto, São Paulo.⁴² De acordo com o autor, 16,4% dos entrevistados apresentaram fragilidade leve; 9% fragilidade moderada e 4,5% apresentaram fragilidade severa. Juntamente com a aplicação da escala outros dados foram levantados através de instrumentos que avaliaram o perfil sócio demográfico, cognitivo e a independência funcional dos idosos. Os resultados identificaram que a maior prevalência de fragilidade está entre os idosos mais velhos, ou seja, acima de 80 anos, que apresentam déficit cognitivo e do sexo feminino.^{18,40}

A prevalência de fragilidade foi de 6,9% em idosos que vivem em uma comunidade norte americana na qual os autores associaram positivamente o sexo feminino, etnia afro-americana, situação socioeconômica mais precária, baixo nível de escolaridade, pior estado de saúde, morbidades preexistentes

(DCNT) e incapacidades à maior presença da síndrome.²⁰ Outros estudos, envolvendo idosos de outros centros internacionais, identificaram uma prevalência de fragilidade que oscila de 7%, em idosos comunitários acima de 65 anos a 17%, em idosos com fenótipo para a fragilidade em um estudo desenvolvido em 10 países europeus.⁴³⁻⁴⁵

Em uma comunidade de idosos de Belo Horizonte foi encontrada uma prevalência de 13,2%, onde os indivíduos frágeis estavam situados em um grupo etário mais velho, com menor renda e nível educacional, viúvos, com maior número de morbidades, maior dependência nas AVDs e AIVDs e com pior auto-percepção de saúde.⁴⁶ Remor et al identificou, em um ambulatório de gerontologia de uma capital brasileira, 31% de idosos frágeis, 53% pré-frágeis e 16% não-frágeis. Neste estudo, a fragilidade foi significativamente associada ao tipo de moradia, perda de peso não intencional, fadiga e fraqueza autorreferidas, inatividade, capacidade funcional diminuída, consumo de bebida alcoólica e internações hospitalares nos últimos anos.³⁷ Já outro estudo desenvolvido em uma comunidade da cidade de São Paulo, que avaliou a Síndrome da Fragilidade em idosos por meio da EFE, identificou 39,1% de idosos frágeis, sendo que 18,3% com fragilidade leve, 11,3% com fragilidade moderada e 9,6% com fragilidade severa.²³

Além da maior prevalência de fragilidade constatada em estudos brasileiros, outras características associadas têm sido observadas e que poderiam explicar estes achados. Marin et al, em um estudo com idosos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de São Paulo constatou que 61,8% são mulheres, 68,1% são analfabetos ou têm o primeiro grau incompleto, 36,9% vivem sem o companheiro, 72,4% são considerados pobres ou muito

pobres e 161 (53,5%) vivem apenas da aposentadoria.⁴⁷ Já outro estudo realizado com idosas inscritas em um Programa de Saúde da Família de Macéio, identificou que 48,5% viviam com menos de um salário mínimo per capita, apresentavam uma a duas morbidades, 12,7% apresentaram dependência parcial para as AIVDs e 50,7% eram sedentárias ou insuficientemente ativas.⁴⁸ Outro estudo com idosos vinculados à Estratégia da Saúde da Família do município de Uberaba (MG) identificou uma prevalência de fragilidade de 19,9%, sendo 19,7% para homens e 20% para as mulheres.⁴⁹

Adicionalmente, um estudo conduzido por Castro Borges et al identificou que os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) prestam um cuidado domiciliar ao idoso dependente quando o mesmo já se encontra em um estágio mais avançado de comprometimento da capacidade funcional. Desta forma, as orientações em saúde são efetuadas quando alguns sinais de declínio já estão presentes, principalmente, pelo fato de 56% dos idosos entrevistados durante a visita domiciliar já apresentavam mobilidade física prejudicada (acamados).⁵⁰

A limitação encontrada neste estudo refere-se a metodologia adotada pelos estudos analisados, visto que sem um instrumento único e padronizado para mensurar a fragilidade no idoso não auxilia na comparação entre os dados. Inferindo a necessidade de implementar uma método unificado de rastreamento e identificação da fragilidade do idoso.

CONCLUSÃO

O presente estudo, através desta revisão acerca da fragilidade no idoso, verifica que diferentes autores estão investindo na geração de conhecimento

no sentido de elaborar uma definição que possa contemplar com maior propriedade o conceito da síndrome de fragilidade no idoso, bem como as características mais prevalentes desta.

Perante os dados levantados identificamos que o perfil dos idosos frágeis pode estar associado à etnia, tipo de instrumento, local do estudo e tamanho da amostra avaliada, na qual expõe uma maior dificuldade para a comparação direta com os demais autores analisados. Evidenciando uma abrangência ampla na prevalência de idosos frágeis no âmbito da comunidade, hospitalar e nas instituições de longa permanência. Contudo, os estudos revelam que os idosos de maior idade, com menor escolaridade, com doença crônica prévia, institucionalizado, em uso contínuo de medicações, com queda da própria altura nos últimos anos e ter poucas relações sociais estão presentes entre os idosos considerados frágeis.

Pela importância do tema e pela necessidade de modificar desfechos adversos ocasionados pela presença da síndrome da fragilidade, os autores concluem que uma padronização conceitual deve ser atingida objetivando a elaboração de condutas voltadas à prevenção e promoção de saúde nestes idosos, visto que a síndrome de fragilidade é complexa e demanda ações isoladas para prevenir, retardar ou impedir a progressão desta no envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Parahyba MI, Simões CCS. Disability prevalence among the elderly in Brazil. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(4):967–74.

2. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.
3. Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
4. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF); 2005.
5. Carvalho Filho ETde. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 60-70.
6. Eliopoulos C. Modificações comuns do envelhecimento. In: Enfermagem Gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 74-91.
7. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2011 jun;32(2):385-93.
8. Bergman H, Ferruci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. J Gerontol 2007;62(7):731-7.
9. Fabricio SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre Síndrome da fragilidade e sua relação com o envelhecimento. Revista RENE. Fortaleza, 9(2): 113-9, abr/jun. 2008.
10. Gobbens RJJ, Assen MALMV, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols MGA. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. DOI:10.1016/j.jamda.2009.11.003 . JAMDA – June 2010
10. Veras Renato Peixoto, Caldas Célia Pereira, Coelho Flávia Dantas, Sanchez Maria Angélica. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência:: identificando indicadores de fragilidade em idosos

independentes Indicadores de fragilidade em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [periódico na Internet]. 2007 [citado 2013 Jul 23]; 10(3): 355-370.

11. 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 march; 59(3):255-63.
12. Woodhouse KW. Frailty and ageing. Age and Ageing. 1997; 26: 245-246.
13. Gillick M. Pinning down frailty. J Gerontol Med Sci 2001;56: M134-35.
14. Morley J, Perry H, Miller D. Something about frailty. The Journals of Gerontol 2002;57(11):M698-709.
15. Morley J. Developing novel therapeutic approaches to frailty. Current Pharmaceutical Design 2009;15(1): 3384-95.
16. Fabricio-Wehbe, SC C. Adaptação Cultural e Validação da "Edmonton Frail Scale". Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008.
17. Fulop T, Larbi A, Witkowski JM, McElhaney J, Loeb M, et al. Aging, frailty and age-related diseases. Biogerontol 2010 out; 11(5): 547-63.
18. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the american geriatrics society/national institute on aging research conference on frailty in older adults. J Am Geriatr Soc. 2006;54(6):991-1001.

19. Fried L, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals of Gerontology* 2001; 56^a(3): M146-M156.

20. Teixeira IN. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2006.

21. Carvalho Neto N. Envelhecimento bem sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Guias de medicina ambulatorial hospitalar: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Manole; 2005. p. 9-25.

22. Fhon JRS. A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.

23. Maciel AC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(2): 178-89.

24. Bergman H, Beland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Developpement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et société* 2004; 109(1): 15-29.

25. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirica challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 2003; 31(1): 285-93.

26. Rockwood K, Hogan D, Macknigh C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drug Aging* 2000; 17:295-302.

27. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006 June; 35:526-9.
28. Teixeira INDO, Neri AL. A Fragilidade no Envelhecimento: Fenômeno Multidimensional, Multideterminado e Evolutivo. In: Freitas EVde; et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. P. 32-77.
29. Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM. Transitions between states of disability and independence among older persons. *Am J Epidemiol* 2005 March;161(6):575-84.
30. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med*. 2002;347(14):1068-74.
31. Duarte YAO. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas, visando o estabelecimento de medidas preventivas. *Boletim do Instituto da Saúde*. São Paulo. 2009; 47:49-52.
32. Rockwood K, Howlett SE, Mackinigh C. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the canadian study of health and aging. *The Journals of Gerontol* 2004; 59(12):10-29.
33. Santos EGS. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal. [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
34. Costa EFA. Idoso frágil. In: Hargreaves LHH. *Geriatria*. Brasília. Editoração e publicações do Senado Federal; 2006. p.171-178.
35. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciências da Saúde*, São Paulo 2008; 33(3): 177-84.

36. Remor CB, Bós AJG, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica* 2011; 21(3): 107-112.
37. Kawasaki K, Diogo M. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica* 2005; 12(2): 55-60.
38. 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. São Paulo.* 2009;16(2): 125-29.
39. Farias CA. Fragilidade e desempenho cognitivo em idosos clientes de uma operadora de saúde da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: URJ; 2011.
40. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(1): 178-189.
41. Fabricio-Wehbe SC C, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2009;17(6):1-7.
42. Cesari M, Leeuwenburgh C, Lauretani F, Onder G, Bandinelli S, Maraldi C et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. *Am J Clin Nutr* 2006; 83(5):1142–8.
43. Ávila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, Le Goff M, Raoux N, Ritchie K et al. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *JAGS* 2009, 57 (3): 453-461.

44. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(6):675–81.

45. Santos EGS. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.

46. Marin MJS, Cecílio LCO. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009; 12(1):63-76

47. Santos AB, Ribeiro AS. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [online] 2011; 14(4): 613-23.

48. Tribess S. Estudo da associação entre o índice de fragilidade e variáveis demográficas de saúde e comportamentais em idosos. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2012.

49. Castro Borges MMM de, Telles JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(3): 349-60.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

EFS – VPC - 1

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON¹

EXAMINADO POR:	
DATA:	
PONTUAÇÃO:	
Coluna B ____ x 1 pt = ____	
Coluna C ____ x 2 pt = ____	
Pontos Totais: _____ /17	

--

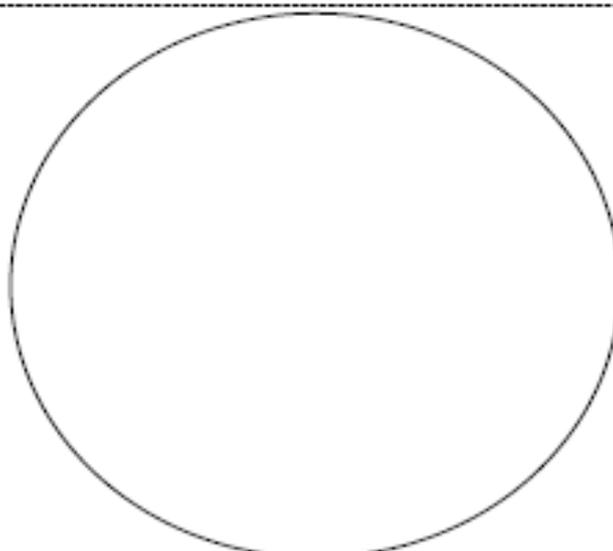
INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se não houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não passe no 'teste do desenho do relógio', solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

A. Cognição

TESTE DO DESENHO DE UM RELÓGIO (TDR):
"Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluisse os ponteiros de forma a indicar a hora 'onze e dez'." (Veja o Método de Pontuação TDR)

A	B	C
<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros mínimos	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros significantes

Dobre na linha pontilhada para esconder elementos de distração, antes de pedir ao paciente para começar.



B. Estado Geral de Saúde

- | | A | B | C |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| a) No ano que passou, quantas vezes você foi internado (a)? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1-2 | <input type="checkbox"/> >2 |
| b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa) | <input type="checkbox"/> Excelente,
<input type="checkbox"/> Muito boa
<input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Ruim |

C. Independência Funcional

- | | A | B | C |
|--|--|------------------------------|------------------------------|
| Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda? | <input type="checkbox"/> 0-1 | <input type="checkbox"/> 2-4 | <input type="checkbox"/> 5-8 |
| <ul style="list-style-type: none">• Preparar Refeição• Transporte• Cuidar da Casa• Administrar o dinheiro | <ul style="list-style-type: none">• Fazer Compras• Usar o Telefone• Lavar a Roupa• Tomar Remédios | | |

D. Suporte Social

- | | A | B | C |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------|
| Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém disposto e capaz de atender as suas necessidades? | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Algumas vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

E. Uso de Medicamentos

- | | A | B |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Você usa, cinco ou mais remédios prescritos, de modo regular? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios prescritos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

F. Nutrição

- | | A | B |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você tem perdido peso recentemente, de forma que suas roupas estão mais folgadas? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

G. Humor

- | | A | B |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

H. Continência

- | | A | B |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

I. Desempenho Funcional

FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como >20 segundos se:

1. o indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste
2. Para a realização do teste o paciente necessita usar cinto de segurança, andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Depois, quando eu disser ‘VA’, por favor, fique em pé e caminhe com passo seguro e confortável até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente”. (Se for omitir este item, exclua a coluna C)

TEMPO TOTAL: _____ segundos

0-10 seg. 11- 20 seg. >20 seg.

Método de Pontuação TDR da EFE

O escore do TDR na EFE seguirá as instruções de escore originais. Os participantes recebem uma folha com um círculo desenhado padrão com 10 cm de diâmetro e as seguintes instruções são passadas: “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar a hora ‘onze e dez’”.

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

A. Aprovado. Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.

B. Reprovado com erros mínimos. Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:

- a. algum número está posicionado no meio do círculo.
- b. há mais ou menos de três números em qualquer um dos quatro quadrantes.

ANEXO B

Definição de Fragilidade na percepção do profissional de saúde

Muito obrigada por participar desta pesquisa. Este questionário é um dos instrumentos de coleta de dados que tem por finalidade conhecer a opinião dos profissionais da enfermagem sobre as definições de fragilidade. Portanto, não há resposta correta ou incorreta. As questões abertas podem ser respondidas verbalmente, para às quais será utilizado um gravador de voz.

1. Por favor, assinale a opção que melhor corresponde aos seus pacientes internados no Pronto Atendimento

- Menos de 25% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
- Entre 25% e 50% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
- Entre 51% e 75% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
- Acima de 75% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.

CÓDIGO PARA CONTROLE DO PESQUISADOR: _____

2. Os itens desta questão apresentam os critérios utilizados para a definição de fragilidade. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada critério.

Critérios	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
1.1 Dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)	1	2	3	4	5
1.2 Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas	1	2	3	4	5
1.3 Comorbidades	1	2	3	4	5
1.4 Idade avançada	1	2	3	4	5
1.5 Número de internações hospitalares	1	2	3	4	5
1.6 Institucionalização	1	2	3	4	5
1.7 Poucas atividades sociais	1	2	3	4	5
Diante dos critérios que você circulou, <u>justifique oralmente</u> as suas respostas					

3. Os itens desta questão apresentam características de idosos frágeis. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada característica.

Características	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
2.1 Perda de peso não intencional	1	2	3	4	5
2.2 Auto-relato de fadiga	1	2	3	4	5
2.3 Diminuição da força de preensão	1	2	3	4	5
2.4 Redução das atividades físicas	1	2	3	4	5
2.5 Diminuição na velocidade da marcha	1	2	3	4	5
2.6 Déficit cognitivo	1	2	3	4	5
2.7 Depressão	1	2	3	4	5
2.8 Diminuição das relações sociais	1	2	3	4	5
Por favor, justifique oralmente as suas respostas e se necessário acrescente as características de idosos frágeis que não contemplam este estudo.					

4. Os itens questão apresentam as consequências da fragilidade nos idosos. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada consequência.

Consequências	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
3.1 Declínio da capacidade funcional	1	2	3	4	5
3.2 Hospitalização	1	2	3	4	5
3.3 Institucionalização	1	2	3	4	5
3.4 Incapacidade	1	2	3	4	5
2.5 Óbito	1	2	3	4	5
Por favor, justifique as suas respostas e se achar necessário, acrescente as consequências da fragilidade nos idosos que não estão descritas neste instrumento.					

5. Nesta questão, apresento duas definições de fragilidade em idosos. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre a definição.

5.1 Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e musculoesquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”

	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
	1	2	3	4	5

5.2 Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.

	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
	1	2	3	4	5

6. Por favor, indique o grau de importância de uma definição consensual de fragilidade em idosos na sua prática clínica.

	Muito importante	Importante	Indiferente	Importância mínima	Sem importância alguma
	1	2	3	4	5

Diante da definição de fragilidade, qual a sua definição de fragilidade?

--

6. Por favor, selecione a opção que melhor corresponda à sua opinião e após justifique.

Com relação ao indivíduo idoso, você considera que:	Algumas vezes	Sempre	Não	Incerto (a)
6.1 A fragilidade é decorrente da idade?				
6.2 A fragilidade é decorrente da patologia?				
6.3 A fragilidade é decorrente da idade e da patologia?				
6.4 Fragilidade e incapacidade representam a mesma entidade clínica?				
6.5 A incapacidade é causa da fragilidade				
6.6 A fragilidade é causa de incapacidade?				
6.7 Fragilidade e comorbidade representam a mesma entidade clínica?				
6.8 A fragilidade causa comorbidade?				
6.9 A comorbidade causa fragilidade?				

Justifique porque respondeu as seguintes afirmações acima que correspondem à fragilidade do idoso?

Muito obrigada pelas informações.

ANEXO C

Carta de aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 06 de agosto de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) Letice Dalla Lana,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "FRAGILIDADE NO IDOSO INTERNADO: O SIGNIFICADO DE FRAGILIDADE PARA OS FAMILIARES CUIDADORES E EQUIPE DE ENFERMAGEM".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,


Profa. Carla Helena Augustin Schwanke
Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO D

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - Plataforma Brasil

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FRAGILIDADE NO IDOSO INTERNADO: O SIGNIFICADO DE FRAGILIDADE PARA OS FAMILIARES CUIDADORES E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Rodolfo Herberto Schneider

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 06566412.0.0000.5336

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 139.242

Data da Relatoria: 31/10/2012

Apresentação do Projeto:

O tema é atual, o projeto, de uma forma geral, está muito bem estruturado. Apresenta coerência e lógica entre objeto, método e instrumentos de coleta de dados. Tem por objetivo investigar a definição de fragilidade na percepção do cuidador familiar e do profissional de enfermagem, frente a presença de Síndrome Fragilidade de idosos internados em Pronto Atendimento. Estudo com 198 idosos, seus cuidadores familiares e profissionais do Serviço de Pronto Atendimento.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e adequadamente apresentados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta o risco dos voluntários sentirem-se desconfortáveis ao responderem as perguntas da entrevista (idosos e profissionais) ou do grupo focal (cuidadores). Os resultados do estudo poderá subsidiar o processo de cuidar de idosos e a capacitação de cuidadores familiares e profissionais para a identificação e intervenção mais qualificada no que se refere à fragilidade da população idosa.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@puccrs.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Atende os critérios de aprovação metodológica para um estudo de abordagem quanti-quali, utilizando três grupos de sujeitos: idosos, cuidadores e profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados, incluindo três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para cada um dos grupos de sujeitos voluntários.

Recomendações:

Atendeu todas as recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de aprovado

PORTO ALEGRE, 06 de Novembro de 2012

Assinador por:
Caleo Coelho Marques
(Coordenador)