
AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE DE IDOSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Heloise da Costa Lima Fernandes¹, Jaqueline Correia Gaspar², Cintia Hitomi Yamashita³, Fernanda Amendola⁴, Márcia Regina Martins Alvarenga⁵, Maria Amélia de Campos Oliveira⁶

¹ Mestre em Ciências da Saúde. Gerente do Centro de Estudos e Pesquisas João Amorim. São Paulo, Brasil. E-mail: heloisefernandes@usp.br

² Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES. São Paulo, Brasil. E-mail: jcgaspar@usp.br

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade de São Paulo (USP). Bolsista FAPESP. São Paulo, Brasil. E-mail: cintia.hitomi.yamashita@usp.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, Brasil. E-mail: fernanda_amendola@yahoo.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: marciaregina@uems.br

⁶ Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: macampos@usp.br

RESUMO: A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde de idosos. A *Edmonton Frail Scale*, instrumento multidimensional validado e adaptado culturalmente para o português do Brasil, pode ser usada para avaliá-la. Realizou-se estudo transversal, descritivo, com objetivo de identificar a presença de fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em um município paulista. Os cuidados éticos foram observados. Foram entrevistados 128 idosos. Houve predomínio do sexo feminino, faixa etária de 60 a 69 anos de idade, baixa escolaridade e renda própria. Somente 103 idosos que responderam a todas as questões da escala tiveram o grau de fragilidade avaliado. Desses, 21,4% eram aparentemente vulneráveis e 30,1% apresentavam algum grau de fragilidade, entre leve, moderada e severa. Os 25 que deixaram de responder alguma questão apresentavam vulnerabilidade à fragilidade. Conclui-se que escala é adequada para avaliação de fragilidade na Atenção Básica, desde que adequada às características da população-alvo.

DESCRIPTORIOS: Idoso fragilizado. Programa Saúde da Família. Atenção primária à saúde. Saúde pública.

FRAILTY ASSESSMENT IN THE ELDERLY ASSISTED AT A FAMILY HEALTH UNIT

ABSTRACT: Frailty is an important health status indicator in the elderly. The *Edmonton Frail Scale*, a multidimensional tool validated and culturally adapted into Brazilian Portuguese, may be used for its assessment. A cross-sectional, descriptive study was developed to identify the presence of frailty in the elderly assisted by the Family Health Program in a city in São Paulo, Brazil. All ethical considerations were observed. A sample of 128 older adults was interviewed. There was predominance of female older adults, aged between 60 and 69 years, with low education and personal income. Considering all the older adults who answered all the questions in the scale, 103 had their level of frailty assessed. Of these, 21.4% were apparently vulnerable and 30.1% had some level of frailty, varying among low, moderate and severe. The 25 older adults who failed to answer all questions presented vulnerability to frailty. In conclusion, the scale is suitable for frailty assessment in primary care, as long as it is adjusted to the characteristics of the target population.

DESCRIPTORS: Frail elderly. Family health program. Primary health care. Public health.

EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD DE PERSONAS MAYORES ASISTIDOS POR LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: La fragilidad es un indicador importante del estado de salud de los ancianos. La *Edmonton Frail Scale*, herramienta multidimensional validada y culturalmente adaptada al portugués de Brasil, puede ser usada para su evaluación. Estudio transversal, descriptivo, con el objetivo de identificar la presencia de fragilidad en personas mayores atendidas por la Estrategia de Salud de la Familia en un municipio de Sao Paulo. Todas las consideraciones éticas fueron observadas. Se entrevistaron 128 ancianos. Hubo predominio del sexo femenino, entre 60 y 69 años de edad, bajo nivel educativo y con ingresos propios. Sólo 103 personas mayores que contestaran a todas las preguntas de la escala tuvieron su grado de fragilidad evaluado. De estos, el 21,4% eran aparentemente vulnerables y el 30,1% tenía algún grado de fragilidad, entre leve, moderada y severa. Los 25 que no responderán a todas las preguntas presentaban vulnerabilidad a la fragilidad. Se concluyó que la escala es adecuada para la evaluación de la fragilidad en la Atención Primaria, se adecuada a las características de la población-objetivo.

DESCRIPTORIOS: Anciano frágil. Programa salud de la familia. Atención primaria de salud. Salud pública.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil apresenta inúmeros desafios às políticas públicas. No setor saúde, essa pressão faz-se sentir de maneira particularmente intensa, dado que os idosos são segmento populacional que mais utiliza os serviços de saúde, principalmente em razão de doenças crônicas e suas complicações.¹

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) situa as pessoas idosas mais frágeis dentre os grupos populacionais com maior vulnerabilidade² e recomenda que, uma vez reconhecida a condição de fragilidade, sejam utilizados os recursos locais para minorá-la ou revertê-la.

A Política deixa claro que os serviços de cuidados domiciliários ao idoso frágil ainda são em pequeno número e reconhece a família como a grande provedora de cuidados aos idosos no Brasil. Recomenda que a Atenção Básica apoie os cuidadores familiares, oferecendo-lhes suporte adequado para o provimento dos cuidados requeridos pelos idosos, especialmente aqueles com perdas funcionais e dependência.²

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica propõe que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adstrita à Estratégia da Saúde da Família ocorra tanto no âmbito das unidades de saúde quanto nos domicílios e nos espaços comunitários (escolas, associações de bairro, entre outros) e que a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações proporcione assistência humanizada realizada por todos os membros da equipe de Saúde da Família.^{3,4}

A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde de idosos. Entretanto, dada a característica multidimensional do conceito,⁵ sua definição ainda carece de consenso, o que dificulta sua utilização na formulação de estratégias de promoção à saúde. A elaboração de uma definição operacional de fragilidade que possa ser usada na prática dos serviços de saúde ainda representa um desafio a ser superado.

Até o ano de 2010, havia dois grupos internacionais de pesquisa trabalhando na definição do conceito de fragilidade e nos instrumentos para sua operacionalização, um deles nos Estados Unidos⁶ e outro no Canadá,⁷ este último com a colaboração de Israel, Japão e países da Europa.

Os pesquisadores norteamericanos definem fragilidade como uma síndrome em que há diminuição da reserva energética e da resistência aos

estressores, resultado do declínio dos sistemas fisiológicos e da diminuição da eficiência da homeostase em situações de estresse, como, por exemplo, variações no estado de saúde.⁶ Segundo a definição do grupo, a síndrome é baseada em um tripé de alterações que podem ser relacionadas ao envelhecimento: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, que irão compor o fenótipo da fragilidade.

Os pesquisadores do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) aceitam o modelo do fenótipo de fragilidade norteamericano, mas o consideram de utilidade restrita na avaliação da vulnerabilidade relacionada à saúde, pois entendem que essa avaliação não pode ser separada de elementos também importantes, como cognição, humor e suporte social. Consideram a fragilidade um conceito multidimensional que, por ser heterogêneo e instável, é ainda mais complexo que a incapacidade ou o envelhecimento.⁷ Argumentam ainda que a maioria das ferramentas para avaliação da fragilidade não permite avaliações de rastreio, pois utilizam dados clínicos multidimensionais, característicos de uma avaliação geriátrica ampla. Portanto, propõem um ferramenta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas, a *Edmonton Frail Scale* (EFS). Trata-se de escala abrangente, uma vez que considera aspectos relativos a cognição, humor e suporte social, que também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos.⁷ Essa escala foi validada e considerada confiável para uso rotineiro.

No Brasil, há estudos utilizando ambas as escalas, tanto o modelo de fenótipo de fragilidade norteamericano, quanto a EFS.^{8,9} Neste estudo, optou-se pela EFS para avaliação de fragilidade de idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família, já que pode ser utilizada por profissionais que não sejam especialistas na área geriátrica e gerontológica.⁷

OBJETIVOS

Verificar a presença de fragilidade em um grupo de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em uma Unidade de Saúde, por meio da aplicação da *Edmonton Frail Scale*, e a aplicabilidade desta escala na Atenção Básica.

MÉTODOS

Realizou-se estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família de

Embu, município da região metropolitana de São Paulo, cuja escolha levou em consideração Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁰ do ano 2000, tanto do município quanto das regiões em que estava inserida a Unidade de Saúde. No ano 2000, o IPVS de 54,2% da população do município de Embu era de média vulnerabilidade. Para permitir uma visualização do contexto social mais abrangente, foi selecionada uma Unidade localizada no Jardim Dom José, região com IPVS similar.

A população foi composta por idosos cadastrados em uma das Unidades da Estratégia Saúde da Família. Para definição da amostra foi levantado, via Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o número de idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde selecionada. Esse número foi confrontado com a relação das famílias que possuíam membros com 60 anos e mais, buscando identificar o número real de idosos atendidos, tentando evitar erros amostrais. O levantamento no SIAB identificou uma população de 485 idosos. Porém, na relação das famílias que possuíam membros com 60 anos e mais havia 432 idosos, valor considerado como a população de referência.

A amostra foi calculada estimando-se a proporção de idosos frágeis na população estudada, já consideradas as devidas correções para população finita. Adotou-se 95% de confiança e 5% de erro amostral. Como a proporção de fragilidade não era conhecida, admitiu-se uma proporção de 0,5,¹¹ o que resultou em uma amostra de 128 idosos. Os participantes foram escolhidos por meio de amostragem aleatória simples.

Os critérios de inclusão foram: ser idoso com 60 anos completos ou mais, morar na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde no momento da pesquisa, ser capaz de se comunicar e estar presente em casa em até três visitas consecutivas. O critério de exclusão foi não aceitar participar da pesquisa.

Quanto aos procedimentos éticos, os participantes foram informados dos objetivos da investigação e da confidencialidade dos dados, nos termos da Resolução 196/96 e, ao concordar livremente em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi cadastrado sob o n. 915/2010 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A coleta de dados aconteceu após aprovação do Comitê de Ética, entre os meses de junho e julho de 2010. Foram agendadas datas e horários para realização das entrevistas, que ocorreram em

domicílio. Os agentes comunitários de saúde, previamente orientados sobre os objetivos da pesquisa, acompanharam todas as visitas domiciliares.

Para a caracterização dos idosos, utilizou-se um questionário com variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele, estado civil, número de pessoas que vivem na casa) e socioeconômicas (escolaridade, renda do idoso e renda familiar *per capita*).

Para avaliar a fragilidade foi utilizada a *Edmonton Frail Scale*, adaptada culturalmente para a língua portuguesa no Brasil, considerada confiável, válida e de fácil aplicação, mesmo por profissionais não especializados em geriatria ou gerontologia.¹²

A EFS avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A cognição é avaliada por meio do "Teste do Relógio". Os domínios 'estado geral de saúde', 'independência funcional' e 'suporte social' são avaliados por meio de questões de múltipla escolha (três ou cinco itens de resposta - escala tipo Likert). Os domínios 'uso de medicamentos', 'nutrição', 'humor' e 'continência' são avaliados por meio de respostas dicotômicas autoexcludentes ("sim" ou "não"). O domínio 'desempenho funcional' é medido por meio do teste "Levante e Ande Cronometrado".

As respostas possíveis são divididas em três colunas, A, B e C. A coluna A representa respostas que expressam condições favoráveis, cuja pontuação é igual a zero. A coluna B reúne respostas que demonstram condições intermediárias de fragilidade e valem um ponto. A coluna C representa condições severas de fragilidade e que recebem dois pontos. Considera-se que indivíduos com pontuação entre zero e quatro não apresentam fragilidade, entre cinco e seis são aparentemente vulneráveis, de sete a oito, apresentam fragilidade leve, de nove a dez, fragilidade moderada e 11 ou mais, fragilidade severa.¹²

No modelo utilizado na análise dos resultados foi considerado como variável resposta a presença de fragilidade em idosos. Para isto foi definido um escore dicotomizado em que se considerou como ponto de corte sete ou mais pontos para definir o indivíduo portador de fragilidade do tipo leve, moderada ou severa. As variáveis demográficas e socioeconômicas que não se apresentavam na forma dicotômica, também foram dicotomizadas a saber: sexo (masculino e feminino), idade (60 a 69 e 70 anos e mais), cor da

pele (branca e parda ou preta), situação conjugal (casado e solteiro/divorciado/viúvos), escolaridade (alfabetizado e analfabeto), religião (católico e evangélico), renda do idoso (mais que um salário mínimo e até um salário mínimo), renda familiar *per capita* (mais que dois salários mínimos e até dois salários mínimos) e pessoas na família (mais que três e até três).

O plano de análise consiste na apresentação das frequências de todas as variáveis em relação ao desfecho. Na abordagem analítica foi realizada análise univariada, sendo que a magnitude das associações foi estimada através do *odds ratio*, razão de chance (prevalência nos expostos dividida pela prevalência dos não expostos), bem como seu intervalo de confiança. Para calcular a significância estatística das associações foi utilizado o teste de χ^2 de Pearson com correção de Yates. Finalmente, realizou-se análise multivariada através do método de regressão logística para verificar se conjuntamente as variáveis estudadas eram suficientes para prever a fragilidade em idosos.

RESULTADOS

Do total de 128 idosos entrevistados, 25 (19,5%) não responderam a todas as questões. Destes, 24 (96,0%) não responderam ao teste do relógio, que avalia cognição, alegando que não tinham interesse ou não se sentiam capazes de realizá-lo e, no caso de uma pessoa, não foi possível obter

resposta na questão que avaliava o humor. Assim, para essas 25 pessoas, não foi possível calcular o índice de fragilidade. Entretanto, dado que essas pessoas haviam respondido as demais questões, optou-se por comparar as dimensões avaliadas pela Escala entre o grupo que respondeu e o que não respondeu todas as questões.

Dados demográficos

Dos 128 idosos pesquisados, 86 (67,2%) eram do sexo feminino, 77 (60,2%) tinham entre 60 e 69 anos, variando 60 a 103 anos [média de 68,9 (dp±7,8) e mediana 67 anos], 52 (40,6%) declaram-se brancos, 69 (53,9%) casados, 72 (56,3%) não haviam concluído o ensino fundamental e 68 (53,1%) proferiram a religião católica.

Dentre os 103 que responderam a todas as questões, 64 (62,1%) eram do sexo feminino, 65 (63,1%) tinham entre 60 e 69 anos, com idades variando entre 60 e 103 anos [média 68,4 (dp±7,8)], 43 (41,7%) declararam-se brancos, 58 (56,3%) casados, 63 (61,2%) não haviam concluído o ensino fundamental e 51 (49,5%) eram católicos.

Em relação aos 25 entrevistados que deixaram de responder alguma questão, 22 (88%) eram do sexo feminino, 12 (48,0%) tinham entre 60 e 69 anos, com idades variando entre 60 e 83 anos [média 71 (dp±7,7)], 09 (36,0%) declararam-se brancos, 11 (44,0%) casados, 13 (52,0%) analfabetos e 17 (68,0%) católicos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos entrevistados quanto às condições demográficas. Embu-SP, 2010

Variável	Número	Fragilidade (%)	Razão de chances	IC95%	P
Sexo					0,449
Masculino	42	23,8	1,0		
Feminino	86	30,2	1,378	(0,60; 3,23)	
Idade					0,620
60-69	77	26,0	1,0		
70-mais	50	30,0	1,22	(0,55; 2,69)	
Cor da pele					0,067
Branca	52	19,2	1,0		
Parda ou preta	76	34,2	2,184	(0,95; 5,04)	
Situação conjugal					0,873
Casado	69	27,5	1,0		
Solteiro, D. V.	59	28,8	1,065	(0,49; 2,31)	
Escolaridade*					0,115
Alfabetizado	78	23,1	1,0		
Analfabeto	50	36,0	1,88	(0,86; 4,10)	
Religião					0,965
Católico	68	29,4	1,0		
Evangélico	47	29,8	1,02	(0,45; 2,30)	

Variável	Número	Fragilidade (%)	Razão de chances	IC95%	P
Renda do idoso					0,357
Mais que 1 SM	28	21,4	1,0		
Até 1 SM	92	30,4	1,60	(0,59; 4,39)	
Renda familiar					0,182
Mais que 2 SM	51	21,6	1,0		
Até 2 SM	77	32,5	1,75	(0,77; 3,97)	
Pessoas na família					0,740
Mais que 3	38	26,3	1,0		
Até 3	89	29,2	1,16	(0,49; 2,72)	

A tabela 1 apresenta as variáveis demográficas e socioeconômicas que se mostraram relacionadas com a fragilidade do tipo leve, moderado ou grave. A cor da pele parda ou preta constitui um fator de risco marginalmente significativo na fragilidade em idosos. As demais variáveis não apresentaram evidências suficientes e, portanto, não é possível afirmar que constituem fator de risco para a fragilidade em idosos.

Os resultados apresentados na tabela 1 serviram para determinar as variáveis que foram introduzidas na análise de regressão múltipla, ou seja, todas que tiveram $p < 0,2$. O resultado dessa análise não foi apresentado, pois nenhuma das variáveis estudadas permaneceu no modelo com coeficiente estatisticamente significativo.

Avaliação pela Escala de Fragilidade de Edmonton

Do total de 103 idosos que responderam a todas as questões, 72 (69,9%) foram reprovados com erros significativos no teste do relógio, 87 (84,5%) não haviam sofrido nenhuma internação nos últimos 12 meses, 56 (54,4%) consideraram seu estado geral de saúde como excelente, muito bom ou bom, 66 (64,1%) informaram requerer

ajuda para realizar, no máximo, uma atividade, 82 (79,6%) afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades, 81 (78,6%) referiram não usar cinco ou mais remédios diferentes receitados por médico, 67 (65,0%) afirmaram não se esquecer de tomar seus remédios, 76 (73,8%) não tinham perdido peso recentemente, 65 (63,1%) afirmam que não se sentiam deprimidos com frequência, 74 (71,8%) não tinham problema em conter urina e 67 (65,0%) não tiveram problemas em realizar o teste "levante e ande".

Entre os 25 idosos que não responderam a todas as questões, 20 (80,0%) não haviam sido internados nos últimos 12 meses, 14 (56,0%) consideraram seu estado geral de saúde como razoável, 17 (68,0%) requeriam ajuda para no máximo uma atividade, 18 (72,0%) afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades, 20 (80,0%) referiram não usar cinco ou mais remédios diferentes receitados pelo médico, 17 (68,0%) disseram que não se esqueciam de tomar seus remédios, 19 (76,0%) não haviam perdido peso recentemente, 12 (50,0%) afirmaram que não se sentiam deprimidos com frequência, 15 (60,0%) não tinham problema em conter urina e 15 (60,0%) não apresentaram problemas em realizar o teste "levante e ande".

Tabela 2 - Descrição das respostas obtidas nos domínios avaliados pela aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton. Embu-SP, 2010

Domínio/Item	Respostas possíveis (pontuação)	Respostas completas		Respostas incompletas	
		n=103	%	n=25	%
Cognição Teste do desenho do relógio*	Aprovado (0)	25	24,3	--	--
	Reprovado - erros mínimos (1)	7	6,8	--	--
	Reprovado - erros significativos (2)	71	68,9	1	100,0
Estado geral de saúde Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)?	Zero (0)	87	84,5	20	80,0
	1-2 (1)	16	15,5	5	20,0
	>2 (2)	-	-	-	-
De modo geral, como você descreveria a sua saúde?	Excelente, muito boa ou boa (0)	56	54,4	9	36,0
	Razoável (1)	35	34,0	14	56,0
	Ruim (2)	12	11,7	2	8,0

Domínio/Item	Respostas possíveis (pontuação)	Respostas completas		Respostas incompletas	
		n=103	%	n=25	%
Independência funcional	0-1 (0)	66	64,1	17	68,0
Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?†	2-4 (1)	20	19,4	3	12,0
	5-8 (2)	17	16,5	5	20,0
Suporte social	Sempre (0)	81	78,6	18	72,0
Quando você precisa de ajuda, pode contar com a ajuda de alguém disposto e capaz de atender as suas necessidades?	Algumas vezes (1)	9	8,7	4	16,0
	Nunca (2)	13	12,6	3	12,0
Uso de medicamentos	Não (0)	81	78,6	20	80,0
Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)?	Sim (1)	22	21,4	5	20,0
Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?	Não (0)	67	65,0	17	68,0
	Sim (1)	36	35,0	7	28,0
Nutrição	Não (0)	76	73,8	19	76,0
Você tem perdido peso recentemente, de forma que suas roupas estão mais folgadas?	Sim (1)	27	26,2	6	24,0
Humor	Não (0)	65	63,1	12	50,0
Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência?	Sim (1)	38	36,9	12	50,0
Continência	Não (0)	74	71,8	15	60,0
Você tem problemas de perder o controle de urina sem querer?	Sim (1)	29	28,2	9	36,0
Desempenho funcional	0-10 segundos (0)	67	65,0	15	60,0
Teste "levante e ande" cronometrado	11-20 segundos (1)	18	17,5	10	40,0
	>20 segundos (2)	18	17,5	-	-

* 24 pessoas não responderam. Porcentagem calculada para os respondentes; †as atividades consideradas foram: preparar refeição (cozinhar), transporte (locomoção de um lugar para outro), cuidar da casa (limpar/arrumar casa), fazer compras, usar telefone, lavar roupa, cuidar do dinheiro, tomar remédios; ‡uma pessoa não respondeu. Porcentagem calculada para os respondentes.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelham-se às observadas em outros estudos realizados no Brasil,¹³⁻¹⁴ com predominância de mulheres, com baixa escolaridade e que professavam a religião católica.

Entre os idosos que responderam ao Teste do Relógio, a maioria apresentou pontuação indicativa de déficit cognitivo. Esse grupo negou dificuldades para compreensão ou execução do teste. Porém, os 24 (18,8%) indivíduos que se recusaram a fazer o Teste alegaram desinteresse ou dificuldades para sua compreensão e/ou execução. Tanto o baixo desempenho verificado no Teste do Relógio como a recusa em realizá-lo podem estar associados à baixa escolaridade, uma vez que para compreensão e leitura das horas é necessário o conhecimento dos números. Entre o grupo de pessoas que não fez o teste, 16 (54,0%) eram analfabetos ou apenas escreviam/liam o próprio nome.

Em uma revisão de literatura de 108 artigos publicados entre 1980 a 2001 sobre a aplicabilidade desse Teste para rastreamento de déficit cognitivo,

identificou-se, na maior parte dos estudos que, quanto maior a idade e menor a escolaridade, pior o desempenho no Teste. Os autores dessa revisão chegaram à conclusão que o Teste do Relógio não deve ser usado como único critério diagnóstico da função cognitiva, mas associado a outros testes de avaliação.¹⁵ Entretanto, o Teste tem se mostrado eficiente para o rastreamento de alterações cognitivas em populações com oito anos e mais de estudo.¹⁶

A autoavaliação de saúde foi predominantemente positiva entre os entrevistados que responderam a todas as questões. Cabe observar que na Escala de Fragilidade de Edmonton as alternativas de respostas a essa questão são predominantemente positivas e os que avaliam sua saúde como "boa", "excelente" ou "muito boa" recebem pontuação idêntica. A avaliação regular do estado de saúde foi a mais citada entre os idosos que não responderam a todas as questões (56%).

A autoavaliação de saúde é uma medida global que capta o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. É um bom preditor de desfechos indesejados, como a dependência funcional e mortalidade em idosos, pois reflete a percepção do indivíduo sobre sua condição. É considerada

um indicador importante para o monitoramento das condições de saúde da população e, por esse motivo, amplamente recomendada.¹⁷ Alguns estudos verificaram correlação significativa entre educação e autopercepção de saúde: idosos com maior escolaridade avaliam melhor a própria saúde.¹⁸ É possível que a baixa escolaridade verificada entre os idosos que não responderam a todas as questões tenha refletido na maneira como percebiam a própria saúde.

Em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados requeria ajuda para no máximo uma atividade diária. Estudo de revisão indica que a capacidade funcional está relacionada significativamente com a autopercepção de saúde.¹⁸ No presente estudo observou-se uma proporção um pouco maior de pessoas que requeria ajuda para cinco a oito atividades e pior autoavaliação de saúde no grupo que não respondeu a todas as questões. Idosos com autonomia limitada para a execução das AVD têm sua qualidade de vida comprometida e risco aumentado para dependência, institucionalização e morte prematura.¹⁹

Na dimensão suporte social, a maioria dos entrevistados referiu “sempre ter com quem contar”, em ambos os grupos. O suporte social costuma estar associado a melhores condições de saúde, pois favorece o enfrentamento de situações de estresse que impactam na saúde mental, como a perda do cônjuge, crises financeiras e problemas de saúde. Permite que as pessoas sintam-se amadas e seguras e tenham melhor autoestima, o que influencia positivamente seu bem-estar psicológico. Porém, o suporte social pode produzir efeitos negativos quando os idosos sentem que são uma carga para aqueles a quem amam. Esse sentimento pode levar a diminuição da autoestima, insatisfação, estresse e depressão.²⁰

Os idosos representam 50% dos grupos de pessoas que fazem uso de múltiplos medicamentos. No presente estudo, entretanto, em ambos os grupos a maioria afirmou não tomar mais que cinco remédios diferentes ao dia e tampouco esquecer o horário das medicações. Isso não significa que não tomem nenhuma medicação ou não tenham dificuldades em sua administração.

Nesse grupo etário, as principais dificuldades relacionam-se a adesão à terapêutica, mais comprometida em situações que requerem longos tratamentos e/ou alteração no estilo de vida, maior complexidade dos esquemas medicamentosos, diminuição da acuidade visual e destreza manual, esquecimento e falta de compreensão da prescrição

por baixa escolaridade, que isoladamente ou em conjunto contribuem para o aumento dos erros de medicação.²¹

Em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados não perdeu peso nos meses que antecederam a pesquisa. A perda de peso parece ser o componente menos frequente em pessoas que se tornam frágeis, porém, como resulta da desregulação energética ocasionada por alterações neuroendócrinas e musculoesqueléticas, desnutrição, inflamação e doenças que comprometem o catabolismo das células musculares e diminuem a massa muscular, é utilizada como referência para avaliar o risco dos outros componentes.²²

Quando questionados sobre o humor, predominaram sentimentos positivos entre os idosos que responderam todas as questões. Porém, entre os 25 que não responderam a todas as perguntas, metade referiu sentir-se deprimida com frequência. Os sintomas depressivos estão associados significativamente a uma pior autopercepção de saúde.¹⁸ A maior proporção de pessoas com sintomas depressivos no grupo que não respondeu a todas as questões pode ser atribuída ao fato de ser majoritariamente feminino, com idade mais avançada e menor escolaridade, o que coincide com os achados de outros estudos. A escolaridade é um fator protetor para a ocorrência de sintomas depressivos e a literatura destaca maior média sintomas depressivos em mulheres e em pessoas mais idosas.²³

Nos dois grupos, a maioria dos entrevistados não apresentou problemas em conter urina. Uma proporção ligeiramente maior de pessoas com problemas de continência foi encontrada no grupo que não respondeu a todas as questões. Há evidências de que a incontinência urinária é um sinal precoce de pré-fragilidade e fragilidade no idoso, acometendo cerca de 20% das mulheres e 10% dos homens com mais de 60 anos, dadas as modificações funcionais e estruturais no sistema urinário, previsíveis com o avanço da idade, e que leva ao declínio funcional. Para um diagnóstico adequado é importante avaliar a condição cognitiva (se os idosos são capazes de descrever os sintomas e impacto dos mesmos na qualidade de vida), a presença de obesidade e a mobilidade, de modo a eleger o tratamento mais adequado.²⁴⁻²⁵

A mobilidade é requisito importante para a independência funcional. Neste estudo, revelou-se boa para a maioria dos idosos pesquisados, indicando menor risco de queda. Com o envelhecimento, há perda de força e massa muscular, o

que afeta especialmente os membros inferiores, comprometendo a amplitude dos movimentos e predispondo a quedas e incapacidade funcional. Estudos indicam menor severidade e duração da incapacidade funcional em idosos entre 65 e 74 anos.¹⁹

Em investigação realizada no município de Ribeirão Preto, São Paulo, que também utilizou a Escala de Fragilidade de Edmonton,¹² de 137 idosos, 31 (30,1%) foram considerados frágeis, porcentagem semelhante à encontrada no presente estudo. No estudo SABE, realizado no município de São Paulo e que utilizou o fenótipo de fragilidade de Fried,²⁶ a prevalência de fragilidade, que era de 14,1% em 2006, elevou-se para 45,0% apenas dois anos depois²⁷, demonstrando que o aumento da fragilidade está relacionado ao avanço da idade, que deve ser levada em conta na avaliação da qualidade de vida do idoso e sua família.²⁸

Na amostra estudada, os idosos que não responderam ao Teste do Relógio não puderam ser classificados quanto ao grau de fragilidade, mas apresentaram piores escores nas outras dimensões analisadas. Apesar dessa limitação e da análise de regressão realizada não ter permitido identificar preditores de fragilidade em idosos, os dados apontam para a aplicabilidade e a utilidade da Escala na avaliação de fragilidade de idosos assistidos na Atenção Básica, pois permite identificar determinantes e condicionantes envolvidos no desenvolvimento da síndrome e viabilizar ações preventivas, desde que sejam considerados outros critérios diagnósticos para função cognitiva, a depender da população de estudo.

CONCLUSÃO

Neste estudo, em que predominaram idosos não-frágeis, a Escala de Fragilidade de Edmonton mostrou-se de fácil aplicação, o que recomenda sua utilização na Atenção Básica, especialmente na avaliação domiciliária, uma vez que requer apenas fita métrica, caneta e o instrumento impresso. Porém, por não possuir uma pontuação diferenciada para grupos populacionais com baixa ou nenhuma escolaridade, que podem apresentar dificuldade em responder ao Teste do Relógio, sua aplicabilidade pode ser reduzida nesses grupos.

O profissional que atua na Atenção Básica, especialmente na Estratégia Saúde da Família, deve estar atento não apenas para as diretrizes do Ministério da Saúde sobre a fragilidade e as alterações advindas do processo de envelhecimento,

mas também aos aspectos subjetivos da pessoa idosa e sua dinâmica familiar, posto que a redução da capacidade funcional decorrente da fragilidade pode resultar em dependência, comprometendo a qualidade de vida do idoso e afetando também sua família.

REFERÊNCIAS

1. 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. *Cad Saúde Pública*. 2003 Jun; 19(3):735-43.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [página na internet]. Brasília (DF): MS; 2006a [acesso 2010 Mar 27]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006.
4. Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jun; 20(2):301-9.
5. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Jun; 53(6):1069-70.
6. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Mar; 59(3):255-63.
7. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006 Set; 35(5):526-9.
8. Nunes DP. Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2011.
9. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*. 2012 Jul; 25(4):589-94.
10. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) [página na Internet]. São Paulo (SP); 2008 [2008 Feb 18; acesso 2010 Nov 16]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/producao/ipvs/>
11. Martins GA. Estatística geral e aplicada. 3ª ed. São Paulo (SP): Atlas; 2005.

12. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Latino-am Enferm*. 2009 Dez; 17(6):1043-9.
13. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 Set; 17(3):187-94.
14. Lemos M, Souza NR, Mendes MMR. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2006 Jul-Set; 10(3):218-25.
15. Fuzikawa CS, Uchôa E, Lima-Costa MF. Teste do relógio: uma revisão da literatura sobre este teste para rastreamento de déficit cognitivo. *J Bras Psiquiatr*. 2003 Maio-Jun; 52(3):223-35.
16. Lourenço RA, Ribeiro-Filho ST, Moreira IFH, Paradelo EMP, Miranda AS. The Clock Drawing Test: performance among elderly with low educational level. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Dez; 30(4):309-15.
17. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Set; 16(9):3689-96.
18. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica. Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2008.
19. Bonardi G, Azevedo e Souza VB, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Sci Med*. 2007 Jul-Set; 17(3):138-44.
20. Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002 Jan-Jun; 4(7):156-75.
21. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jul; 24(7):1545-55.
22. Nunes DP. Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2010.
23. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004 Jun; 38(3):365-71.
24. DuBeau CE, Kuchel GA, Jhonson T 2nd, Palmer MH, Wagg A. Incontinence in frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010 Jan; 29(1):165-78.
25. Silva VA, Souza KL, D'Elboux MJ. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Jun; 45(3):672-8.
26. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar; 56(3):M146-56.
27. Castro F. Cada vez mais frágeis. Agência FAPESP [online]. 2010 [acesso 2011 Nov 27]. Disponível em: <http://www.agencia.fapesp.br/materia/11717/especiais/cada-vez-mais-frageis.htm>
28. Oliveira LPBA, Menezes RMP. Representações de fragilidade para idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Jun; 20(2):301-9.

Correspondência: Cintia Hitomi Yamashita
Escola de Enfermagem da USP
Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
E-mail: cintia.hitomi.yamashita@usp.br

Recebido: 16 de Novembro de 2011
Aprovação: 12 de Setembro de 2012