

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>

FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL¹

Isabela Thaís Machado de Jesus², Maria Angélica Andreotti Diniz³, Rafaela Brochine Lanzotti⁴, Fabiana de Sousa Orlandi⁵, Sofia Cristina Iost Pavarin⁶, Marisa Silvana Zazzetta⁷

¹ Artigo extraído da dissertação – Fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), 2016.

² Doutoranda do PPGEnf/UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: isabela.machado1@gmail.com

³ Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: maah-diniz@hotmail.com

⁴ Mestranda do PPGEnf/UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: rafaelabrochine@hotmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: forlandi@ufscar.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: sofia@ufscar.br

⁷ Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Gerontologia da UFSCar. São Carlos, São Paulo, Brasil. E-mail: marisam@ufscar.br

RESUMO

Objetivo: avaliar o nível de fragilidade e sua relação com a qualidade de vida de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Método: estudo descritivo, correlacional e de abordagem quantitativa. Foi realizada entrevista individual com a aplicação de um instrumento de caracterização sociodemográfica, a Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref e o Whoqol-old, no período entre 2012 e 2016. Os dados foram submetidos à análise descritiva e de correlação com testes de Kruskal-Wallis e Levin e Fox.

Resultados: participaram do estudo 217 idosos, com média de idade de 68,5 ($\pm 7,35$) anos, casados ($n=91$) e com escolaridade de um a quatro anos ($n=112$). Quanto ao nível de fragilidade, 89 (41%) não apresentaram fragilidade, 46 (21,2%) se apresentaram vulneráveis e 82 (37,7%) estavam frágeis. Quanto à relação da fragilidade com a qualidade de vida dos idosos avaliados, observou-se correlação negativa, de fraca à moderada magnitude, com significância estatística com todos os domínios do Whoqol-bref e old.

Conclusão: diante da relação entre o nível de fragilidade e os escores da qualidade de vida, indicando que os idosos mais frágeis apresentaram pior qualidade de vida, pode-se subsidiar práticas em saúde e políticas públicas para ações de prevenção como forma de erradicar, prevenir e retardar condições de risco.

DESCRIPTORIOS Idoso fragilizado. Qualidade de vida. Assistência à saúde. Vulnerabilidade social. Idoso.

FRAILTY AND QUALITY OF ELDERLY LIVING IN A CONTEXT OF SOCIAL VULNERABILITY

ABSTRACT

Objective: to evaluate the level of frailty and its relation with the quality of life of elderly people enrolled in Reference Centers of Social Care in a city in the interior of the state of São Paulo, Brazil.

Method: descriptive, correlational and quantitative approach study. An individual interview was conducted with the application of a sociodemographic characterization tool, the Edmonton Frail Scale, Whoqol-bref and the Whoqol-old, in the period between 2012 and 2016. Data were submitted to statistical analysis and correlation verified by the Kruskal-Wallis test and by the Levin and Fox tests.

Results: 217 elderly people participated in the study, with an average age of 68.5 (± 7.35) years old, married ($n=91$), and with one to four years of schooling ($n=112$). As to the level of frailty, 89 (41%) did not present frailty, 46 (21.2%) were vulnerable, and 82 (37.7%) were frail. Regarding the relationship between the frailty and the quality of life of the elderly, a negative correlation was observed, from weak to moderate magnitude, with statistical significance with all the Whoqol-bref and old domains.

Conclusion: considering the relationship between the level of frailty and the quality of life scores, indicating that the more frail elderly had worse quality of life, health practices and public policies can be subsidized for prevention actions as way to eradicate, prevent and delay risk conditions.

DESCRIPTORS: Frail elderly. Quality of life. Delivery health care. Social vulnerability. Elderly.

FRAGILIDAD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ANCIANOS EN EL CONTEXTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL

RESUMEN

Objetivo: evaluar el nivel de fragilidad y su relación con la calidad de vida de los ancianos registrados en Centros de Referencia de Asistencia Social en un municipio del interior del estado de São Paulo, Brasil.

Método: estudio descriptivo, correlacional y de abordaje cuantitativo. Se realizó una entrevista individual con la aplicación de un instrumento de caracterización sociodemográfica, la Escala de Fragilidad de Edmonton, Whoqol-bref y el Whoqol-old entre los años 2012 y 2016. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo y de correlación con pruebas de Kruskal-Wallis y Levin y Fox.

Resultados: participaron del estudio 217 ancianos con un promedio de edad de 68,5 ($\pm 7,35$) años, casados ($n=91$) y con escolaridad de un a cuatro años ($n=112$). En relación al nivel de fragilidad, 89 (41%) no presentaron fragilidad, 46 (21,2%) se mostraron vulnerables y 82 (37,7%) estaban frágiles. En relación a la fragilidad con la calidad de vida de los ancianos evaluados, se observó una correlación negativa de débil a moderada magnitud y con significancia estadística en todos los dominios del Whoqol-bref y old.

Conclusión: ante la relación entre el nivel de fragilidad y los resultados de la calidad de vida, que indican que los ancianos más frágiles presentaron la peor calidad de vida, es posible subsidiar prácticas de salud y políticas públicas para las acciones de prevención como forma de erradicar, prevenir y retardar las condiciones de riesgo.

DESCRIPTORES Anciano fragil. Calidad de vida. Prestación de atención de salud. Vulnerabilidad social. Anciano.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos de maior impacto no cenário mundial e se constitui em um desafio para a sociedade. Demandas refletem no cenário das políticas públicas quando há a necessidade de trabalhar a fragilidade e manter a qualidade de vida dessa população.¹ Essa condição pode se tornar complexa quando idosos, pessoas com 60 anos ou mais,² em situação de fragilidade, apresentam desfechos que contribuem para uma má qualidade de vida, o que pode ser decorrente da área de vulnerabilidade social em que reside.

A vulnerabilidade social é multidimensional, pois afeta de diferentes formas e intensidade os indivíduos. É resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, escolaridade, bem como de enfrentamento de barreiras culturais e imposições violentas.³ A vulnerabilidade se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, no que tange à desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços.⁴

Fatores sociais, como o fato de morar em contextos de maior vulnerabilidade social, com piores condições financeiras, menor acesso à serviços e ausência de suporte social, podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade, o que pode ser notável nas pessoas idosas quando a dependência de apoios sociais aumentam.⁴⁻⁵ O conceito de vulnerabilidade social decorre do acúmulo de múltiplos e variados problemas sociais e têm importância bidirecional, como um fator de risco para cuidados e planejamentos nos serviços.⁶

O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilidade que tem se tornado uma epidemia silenciosa, que afeta as pessoas idosas. A fragilidade é uma síndrome com destaque na

literatura mundial por estar associada com o envelhecimento e apresentar uma heterogeneidade de conceitos com influências culturais, econômicas e clínicas.⁵⁻⁷ A fragilidade pode ser definida como uma condição resultante de efeitos adversos, ausência de doenças, comorbidades, incapacidades e outros fatores que fazem as pessoas se tornar vulneráveis.⁸⁻⁹

Nesse contexto, qualidade de vida é um constructo de diferentes definições por estar relacionada aos aspectos culturais, éticos, religiosos e pessoais, podendo ser subjetiva, compreendida como realização pessoal ou objetiva, compreendida como a satisfação das necessidades básicas em uma dada estrutura social.¹⁰ O *The World Health Organization Quality of Life Group (The Wholqol Group)*¹¹ em 1995, definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e do sistema de valores em que vive em relação às expectativas, padrões e preocupações. Desse modo, qualidade de vida pode sofrer influências de fatores internos e externos.

Estudos de fragilidade e qualidade de vida em contexto de vulnerabilidade social ganham relevância por ser escasso na literatura, dessa forma, conhecer o cenário pode contribuir com ações de intervenção e replanejamento as políticas, redirecionando o monitoramento à população vulnerável e com múltiplas necessidades. Dentre a diversidade que influencia a fragilidade, existe a necessidade da mesma ser vista e estudada por meio de uma perspectiva integrada e abrangente de influências sociais, sendo o contexto social a chave para a compreensão de saúde e doença e interferir na qualidade de vida.¹²⁻¹³ O objetivo do estudo foi avaliar o nível de fragilidade e sua relação com a qualidade de vida de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em um município do interior do

estado de São Paulo, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa de investigação, realizada com idosos cadastrados em quatro Centros de Referência de Assistência Social do município de São Carlos (SP), localizados em áreas urbanas de vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Tais locais corresponderam à vulnerabilidade muito baixa, média e alta.¹⁴

O procedimento para a coleta de dados foi realizado da seguinte maneira: localizaram-se as residências de todos os idosos cadastrados em prontuários físicos, as quais foram visitadas no período de agosto de 2012 à agosto de 2016. As entrevistas foram realizadas de segunda-feira à sábado, em horário comercial. Os avaliadores, após prévio treinamento dos instrumentos, visitaram as casas dos idosos e, após consentimento, iniciaram a entrevista individual no próprio domicílio do participante. O tempo médio gasto para cada entrevista foi de 45 minutos.

Os Centros de Referência de Assistência Social tinham 1355 idosos cadastrados, 1138 não foram avaliados pelos seguintes motivos: havia mudado de endereço (25%); não estava presente no momento da visita (28%); recusa (20%); óbito (12%); o endereço de cadastro era inexistente (8%); idosos que estavam sozinhos e não tinham entendimento em responder aos questionamentos (7%). A amostra por conveniência foi composta por 217 idosos cadastrados nos equipamentos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais, ter cadastro em um dos equipamentos e possuir capacidade de compreensão e comunicação verbal. Os critérios de exclusão foram: apresentar comprometimentos de linguagem ou compreensão que pudessem interferir na veracidade das respostas.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, a Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref e o Whoqol-old. O questionário sócio-demográfico continha informações de gênero, idade, raça, estado civil e escolaridade, construída pelos pesquisadores. A Escala de Fragilidade de Edmonton para identificação da fragilidade, trata-se de instrumento traduzido e validado em 2009.¹⁵ A Escala avalia nove domínios: cognição (por meio do Teste do Desenho do Relógio), estado geral da saúde, independência funcional, suporte social, uso

de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, compreendendo 11 itens. A pontuação máxima é de 17 pontos, que representa o nível mais elevado de fragilidade. Indivíduos que alcançam de 0 a 4 pontos são considerados “não frágeis”, de 5 a 6 “aparentemente vulneráveis”, 7 a 8 “fragilidade leve”, 9 a 10 “fragilidade moderada” e 11 ou mais pontos “fragilidade severa”. Para a avaliação da qualidade de vida, foram utilizados os seguintes questionários: Whoqol-bref e Whoqol-old, instrumentos desenvolvidos pelo *The Whoqol Group* em 1998 e já validados em 2000.¹⁶ O primeiro é um questionário com 26 questões avaliado em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental, que podem atingir até 100 pontos. O segundo é avaliado por 24 questões divididas em seis domínios: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade, sendo pontuação máxima 100 pontos.

Para a análise dos dados foi elaborada uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*® e a análise estatística foi realizada por meio do *Statistical Package for Social Sciences SPSS*® para *Windows*®, versão 22.0. Na estatística descritiva foram calculadas frequências, médias e desvios padrão para as variáveis categóricas: gênero, raça, estado civil, escolaridade, ocupação atual e nível de fragilidade. Após a constatação de ausência de normalidade das variáveis pelo teste Shapiro-Wilk, foi calculado o coeficiente entre os escores da Escala de Fragilidade de Edmonton e as pontuações dos domínios do Whoqol-bref e Whoqol-old e verificada a comparação de médias de fragilidade entre os grupos por meio do teste Kruskal-Wallis. A magnitude das correlações foi verificada por meio do teste de Levin e Fox,¹⁷ no qual foi adotado magnitude <0,3 (fraca), de 0,3 a 0,5 (moderada) e 0,6 a 0,9 (forte). Foi adotado p valor <0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Parecer no. 72.182/2012 sob CAAE 00867312.8.0000.5504.

RESULTADOS

Quanto aos resultados sócio-demográficos, a distribuição dos idosos segundo gênero, idade, raça, estado civil, escolaridade e ocupação atual, estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social, segundo gênero, idade, raça, estado civil, escolaridade e vulnerabilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2016. (n=217)

Variável	n	%
Gênero		
Feminino	176	81,1
Masculino	41	18,9
Idade		
60-69	140	64,5
70-79	56	25,9
80-89	17	7,8
> 90	4	1,8
Raça		
Branca	125	57,6
Negra	63	29
Parda	28	12,9
Amarela	1	0,5
Estado civil		
Casado	91	41,9
Solteiro	5	2,3
Viúvo	85	39,2
Separado	19	8,8
Divorciado	17	7,8
Ocupação atual		
Aposentados	120	55,3
Não aposentados	97	44,7
Escolaridade		
Analfabeto	38	17,5
Alfabetizado s/escolarização	22	10,1
1-4 anos de estudo	112	51,6
5- 8 anos de estudo	34	15,7
9 anos ou +	11	5,1
Vulnerabilidade		
CRAS* I e III (Alta)	114	52,5
CRAS IV (Média)	56	25,8
CRAS II (Muito baixa)	47	21,7
Total	217	100

* Centro de Referência de Assistência Social

A média de idade dos participantes foi de 68,5 anos, com desvio padrão 7,3. A idade máxima atribuída foi de 94 anos. Dos entrevistados, 176 (81,1%) eram mulheres, 125 (57,6%) brancas, 91 (41,9%) casadas e 112 (51,6%) tinham de um a quatro anos de estudo. No que se refere à ocupação atual, 120 (55,3%) eram aposentados e 97 (44,7%) não eram aposentados.

Em relação à vulnerabilidade da região dos Centros de Referência de Assistência Social, havia 114 idosos cadastrados que contemplavam regiões com vulnerabilidade alta, 56 em vulnerabilidade média e 47 em vulnerabilidade baixa.

Quanto ao nível, de fragilidade verifica-se na tabela 2 que 82 (37,7%) dos idosos apresentaram algum nível de fragilidade (leve, moderada ou severa).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo escores para identificação do nível de fragilidade da Escala de Fragilidade de Edmonton. São Carlos, SP, Brasil, 2016. (n=217)

Variável	n	%
Não apresenta fragilidade (0-4)	89	41
Aparentemente vulnerável (5-6)	46	21,2
Fragilidade leve (7-8)	46	21,2
Fragilidade moderada (9-10)	27	12,4
Fragilidade severa (>11)	9	4,2
Total	217	100

Verifica-se na tabela 3 que no Whoqol-bref, o domínio relação social apresentou maior pontuação média (67,6; ±14,3) e o domínio meio ambiente obteve o escore médio mais baixo (56; ±12,9). Quanto à aplicação do Whoqol-old, observa-se que o domínio morte e morrer alcançou pontuação média mais elevada (72, ±26,1) e o domínio atividades passadas, presentes e futuras obteve o escore médio mais baixo (61,7; ±13,9).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo domínios dos instrumentos Whoqol-bref e Whoqol-old. São Carlos, SP, Brasil, 2016. (n=217).

	Média (±DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Whoqol-bref				
Domínio físico	60,4 (±18)	67,9	0	103,6
Domínio participação social	64,3(±14,6)	62,5	4,2	95,8
Domínio relação social	67,6(±14,3)	75	0	100
Domínio meio ambiente	56,1(±12,9)	56,3	15,6	90,6
Whoqol-old				
Domínio funcionamento do sensório	64,9(±22,4)	69	6	100
Domínio autonomia	64,7(±15,5)	69	19	100

	Média (\pm DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Domínio atividades presentes, passadas e futuras	61,7(\pm 13,9)	63	25	94
Domínio participação social	64(\pm 15,6)	69	13	100
Domínio morte e morrer	72(\pm 26,1)	81	0	100
Domínio intimidade	64,4(\pm 18,8)	75	0	100

Tabela 4 - Análise da correlação de Spearman entre Escala de Fragilidade de Edmonton e domínios do Whoqol-bref e Whoqol-old. São Carlos, SP, Brasil, 2016. (n=217)

Escala de Fragilidade de Edmonton	r*	p-valor†
Whoqol-bref		
Domínio físico	-0,392	<0,001
Domínio participação social	-0,151	0,026
Domínio relação social	-0,199	0,003
Domínio meio ambiente	-0,226	0,001
Whoqol-old		
Domínio funcionamento do sensório	-0,282	<0,001
Domínio autonomia	-0,251	<0,001
Domínio atividades presentes, passadas e futuras	-0,192	0,005
Domínio participação social	-0,43	<0,001
Domínio morte e morrer	-0,153	0,024
Domínio intimidade	-0,231	0,001

*coeficiente de correlação de Spearman; †p-valor <0,005.

Quanto à relação entre a fragilidade e a qualidade de vida dos idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social, observa-se na tabela 4 que os escores da Escala de Fragilidade de Edmonton se correlacionam negativamente com a pontuação dos domínios do Whoqol-bref e Whoqol-old com significância estatística. Em relação à magnitude das correlações, observa-se na tabela 4 que houve de fraca à moderada magnitude.

Observa-se na tabela 5 que os idosos não frágeis apresentaram melhores escores de qualidade de vida. Na comparação dos escores de qualidade de vida segundo os níveis de fragilidade, os maiores escores obtidos foram funcionamento do sensório, autonomia, participação social e intimidade. Percebe-se que houve correlação dos níveis de fragilidade em relação aos domínios avaliados de qualidade de vida.

Tabela 5 - Comparação do nível de fragilidade da Escala de Fragilidade de Edmonton e domínios do Whoqol-bref e Whoqol-old. São Carlos, SP, Brasil, 2016. (n=217)

Nível fragilidade	Whoqol-bref					Whoqol-old				
	DF†	DP‡	DRS§	DMA	DFS¶	DA**	DAP-PF††	DPS‡‡	DMM§§	DI
Não apresenta fragilidade	71,3	58,8	67	58,3	63,8	72,7	68,8	64	69,1	73,8
Aparentemente vulnerável	66,7	55	61,4	55,5	59,6	60,2	65,5	62,6	65,5	74,7
Fragilidade leve	63,1	56,2	59,4	52,6	57,8	59,6	63,9	53,3	64,3	73,2
Fragilidade moderada	51,8	57,6	53	51,5	53,5	58	54,7	56,5	51,8	63,6
Fragilidade severa	33,3	45,8	65,7	51	49	61,8	57,6	61,1	41,8	57,6
p-valor*	<0,001	0,052	0,04	0,012	0,001	0,002	0,110	0,000	0,367	0,028

*p-valor <0,005; †domínio físico, ‡domínio participação social, §domínio relação social, || domínio meio ambiente, ¶domínio funcionamento do sensório, **domínio autonomia, ††domínio atividades presentes, passadas e futuras, ‡‡domínio participação social, §§domínio morte e morrer; ||| domínio intimidade.

DISCUSSÃO

No presente estudo notou-se a predominância do gênero feminino, com média de idade de 68,5 anos, brancos, casados, baixa escolaridade e aposentados. Esta média foi encontrada em outros estudos que utilizaram a Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref e Whoqol-old para avaliar idosos da comunidade no contexto brasileiro.¹⁸⁻²¹

A prevalência do gênero feminino nesse estudo corrobora com o conceito de feminização da velhi-

ce. De fato, as mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos ocupacionais, consomem menos tabaco e álcool e procuram por serviços de saúde e social em comparação aos homens.²² Quanto à escolaridade, evidências apontam que os anos de estudo é fator preditor para efeitos adversos à saúde das pessoas idosas podendo ocasionar problemas de saúde mental e condições crônicas.²³ Além disso, idosos com baixa escolaridade podem sofrer exclusão social e possuir menor acesso

às informações, condições estas desfavoráveis que consequentemente pioram a qualidade de vida.²⁴

No que tange à ocupação atual, aposentadorias, pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população brasileira²⁵ o que corrobora com os achados do presente estudo. Ressalta-se que em contextos vulneráveis verifica-se uma realidade em que o idoso é a fonte de renda de seu núcleo familiar.²⁶

Nesse estudo houve prevalência de idosos não frágeis (41%), dado semelhante ao encontrado em uma pesquisa realizada com idosos da comunidade no interior paulista, em serviço de atendimento básico que apresentou 48,5% de idosos não frágeis e média de idade de 68,9 anos.¹³ Outro estudo realizado com 686 idosos da comunidade registrou que 58,7% dos entrevistados não apresentou fragilidade, com média de idade de 74 anos.²⁷

Nesse estudo embora os idosos não apresentassem fragilidade, possuíam média de idade não avançada, apresentaram de um a quatro anos de estudo e eram em sua maioria mulheres, fatores esses que podem prevenir risco para a fragilidade. A relação da fragilidade com fatores associados tem sido temática para pesquisadores fomentarem estudos na tentativa de planejarem intervenções imediatas aos efeitos adversos nos serviços públicos.^{6,28} Além disso, no presente estudo a fragilidade foi verificada por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton, um questionário que avalia condições clínicas e sociais, utilizado com maior frequência em estudos brasileiros mostrando-se como uma escala adequada à população pesquisada por ser objetiva e estar em conformidade com o contexto estudado, diferentemente quando se avalia a fragilidade por meio do Fenótipo de Fried, a qual depende de medidas fisiológicas e funcionais.²⁹

Investigada a qualidade de vida nesse estudo, obteve-se maior pontuação no domínio relação social, média de 67,6 pontos no Whoqol-bref e melhor pontuação no domínio morte e morrer, 72 pontos no Whoqol-old. Um estudo realizado com 76 idosos da comunidade, com idade média de 76,5 anos, o domínio mais bem pontuado no Whoqol-bref foi relação social, com uma média de 67,8 pontos.³⁰ Outro estudo realizado com 238 idosos, com média de idade de 69,1 anos, encontrou melhor pontuação no Whoqol-bref no domínio relação social, com média de 68,7 pontos.³¹

O domínio relação social avalia a satisfação do idoso quanto aos amigos, parentes, conhecidos, colegas e atividade sexual.¹⁶ Esse domínio abrange o apoio e suporte social que o idoso recebe interno

e externamente, o que possibilita a uma rede de contatos ativa. Por meio desse questionário evidencia-se que os idosos avaliados no presente estudo possuíam boa percepção de suas relações internas e externas no contexto em que vivem, promovendo qualidade de vida.

Uma pesquisa realizada com 239 idosos da comunidade com média de idade de 64 anos encontrou melhor domínio pontuado para morte e morrer, média de 17 pontos, no Whoqol-old.³² Estudo multicêntrico realizado com 100 idosos, com média de idade de 84 anos, obteve melhor pontuação no domínio morte e morrer, média de 72,7 pontos, no Whoqol-old.³³ O domínio morte e morrer evidencia a capacidade de enfrentamento em relação à morte, sendo observada preocupação maior com o risco de sofrimento que a antecede.¹⁶ Nesse estudo, a população investigada se mostrou com medo da morte, talvez pelo contexto vulnerabilidade social em que residem. Ressalta a importância de investigar a qualidade de vida em populações residentes em áreas vulneráveis, considerando que a mesma pode sofrer influência de indicadores de moradia, taxas de violência, acesso aos serviços de saúde, nível de educação e atividades de lazer,³⁴⁻³⁵ características estas de regiões com alta vulnerabilidade em que a privação se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, sendo um conceito adequado para a compreensão da dinâmica do processo de desigualdade social nos países em desenvolvimento.⁴

No presente estudo, foi analisada a correlação da Escala de Fragilidade de Edmonton com domínios da qualidade de vida. Para o domínio psicológico do Whoqol-bref e atividades presentes, passadas e futuras do Whoqol-old se correlacionaram fortemente. O domínio psicológico trata de sentimentos positivos, negativos, memória e espiritualidade, e apresentou correlação com fragilidade.¹⁶ Evidencia-se que o domínio psicológico na população de estudo elucidou percepção positiva da vida e percepção subjetiva da saúde dos idosos em termos psicológicos. As atividades presentes, passadas e futuras podem ter inferência na satisfação dos idosos em realizações, conquistas e objetivos na vida.¹⁶ Nesse estudo essa subjetividade evidencia que os idosos ainda possuem a perspectiva de conquistar o que desejam.

Uma revisão sistemática realizada com estudos prospectivos em contexto internacional verificou a associação entre fragilidade e qualidade de vida de idosos na comunidade. Foram utilizados diferentes instrumentos para verificar fragilidade e qualidade de vida e o estudo contou com a análise

de 11 artigos. Houve associação entre fragilidade e pior qualidade de vida para os pré-frágeis e frágeis para os domínios físico e mental, independentemente dos instrumentos utilizados,³⁶ o que confirma os achados desse estudo em que os idosos não frágeis tiveram melhores pontuações nos instrumentos que avaliaram a qualidade de vida.

Quando realizada a comparação da média entre os níveis de fragilidade com os domínios do Whoqol-bref e Wholqol-old, pode se perceber que os idosos que não apresentaram fragilidade tiveram melhores pontuações no domínio meio ambiente e funcionamento do sensório. O meio ambiente abrange questões em relação à satisfação quanto ao local em que vive, cuidados de saúde, participação em eventos da comunidade, ou seja, contextos que podem demonstrar percepção e autonomia do idoso em relação ao local em que reside.³⁷ Nesse estudo ressalta-se que os idosos entrevistados possuíam uma percepção positiva quanto à segurança, recursos financeiros, ambiente físico e transporte. Em relação ao domínio funcionamento do sensório, o mesmo teve correlação com fragilidade, o que, de fato às perdas sensoriais (olfato, tato, paladar, visão e audição), podem afetar a vida diária, a participação em atividades e a interação com outras pessoas, podendo tornar o idoso dependente, fator de risco para se tornar frágil.³⁸⁻³⁹

Considerando o contexto, destaca-se que à curto e médio prazo pode ocorrer mudanças no status da fragilidade e sobrecarregar os serviços públicos. Há a necessidade de readequar os equipamentos de atendimento primário que assistam populações vulneráveis para as questões que envolvem o cuidado, uma vez que com o envelhecimento demandas podem ser transformadas e ocasionar eventos adversos às condições de saúde.⁴⁰⁻⁴¹ Sugere-se por parte do serviço assistencial orientação à todos os atores envolvidos no processo de envelhecimento e fragilização, com vistas à melhor qualidade de vida na velhice.

O presente estudo apresenta algumas limitações. O recorte transversal não permite estabelecer causalidade entre as variáveis. O tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados. Sugere-se a realização de novos estudos em áreas de vulnerabilidade social com idosos que correlacione fragilidade com qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O estudo teve como objetivo avaliar o nível de fragilidade e sua relação com a qualidade de vida

de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social. A maioria dos entrevistados não apresentou fragilidade e foi verificada relação entre o nível de fragilidade e os escores de qualidade de vida, indicando que os idosos mais frágeis apresentaram pior qualidade de vida.

Pesquisar fragilidade e qualidade de vida em idosos pode conduzir para ações de prevenção como forma de erradicar, prevenir e retardar condições de risco. Devido à interação sistemática de diferentes fatores que contribuem para a determinação da situação, sugere-se que intervenções sejam promovidas por meio dos serviços de atenção à saúde e assistência ao idoso através de equipes multidisciplinares, incluso enfermeiros, gerontólogos, assistentes sociais e psicólogos. Há a necessidade que a prestação de atenção ao público idoso seja centrada, considerando suas peculiaridades e pautada na atenção e proteção básica, de modo que se intensifique o serviço comunitário como forma de estratégia de abordagem de cuidado à longo prazo, focando especialmente em idosos residentes em regiões com vulnerabilidade social.

O desenvolvimento de novos estudos nessa temática se faz necessária, tendo em vista a importância da detecção precoce da fragilidade, além de fomentar discussões e reformulações nas políticas públicas e a adoção de estratégias integradas e continuadas, com vistas à promover melhor qualidade de vida na velhice.

REFERÊNCIAS

1. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [2017 Aug 08]; 28(4):361-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061>
2. Brasil. Lei No. 10.741, de 1º de outubro de 2003: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1o de outubro de 2003
3. Souza RA, Alvarenga MRM, Amendola F, Silva TMR, Yamashita CH, Oliveira MAC. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [2017 Aug 08]; 68(2):244-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i>
4. Rinco MLA, Domingues MA. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2012 [2017 Aug 08]; 15(6):79-95. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/17288>

5. Andrew MK, Mitnistki A, Rockwood K. The impact of social vulnerability on the survival of the fittest older adults. *Age Ageing* [Internet]. 2012 Mar [2017 Aug 08]; 41(2):161-5. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afr176>
6. Andrew MK. Frailty and social vulnerability. *Interdiscipl Top Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015 [2017 Aug 08]; 41:186-95. Available from: <https://doi.org/10.1159/000381236>
7. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013 [2017 Aug 08]; 14(6):392-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
8. Rodríguez-Manás L, Féart C, Mann G, Chatterji S, Bergman H, Beland F, et al. Searching for an operational definition of frailty: a delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013 Jan [2017 Aug 08]; 68(1):62-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/gls119>
9. Koller K, Rockwood K. Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. *Cleve Clin J Med*. 2013 [2017 Aug 08]; 3(80):168-74. Available from: <https://www.mdedge.com/ccjm/article/95949/geriatrics/frailty-older-adults-implications-end-life-care>
10. Zhan, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*. 1992; 17(7):795-800.
11. World Health Organization Quality of Life Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
12. Andrew MK, Keef J. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatrics*. 2014; 14(1):90.
13. Fernandes HDCL, Gaspar JC, Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Frailty assessment in the elderly assisted at a Family Health Unit. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [2017 Aug 08]; 22(2):423-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200019>
14. Fundação Seade. Distribuição da população, segundo grupos do IPVS. São Paulo (sp): SEADE; 2013.
15. Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Haas VJ, Diniz MA, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(6):1330-6.
16. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000; 21(1):19-28.
17. Levin JA, Fox JA. *Elementary Statistics in Social Research*. 12 ed. Dallas (US): Pearson; 2014.
18. Grden CRB, Barreto MFC, Sousa JAV, Chuertniek JA, Reche PM, Borges PKO. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [2017 Aug 08]; 16(3):391-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v16i3.2809>
19. Orlandi, F, Gesualdo GD. Assessment of the frailty level of elderly people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Acta Paul Enferm* 2014 [2017 Aug 08]; 27(1):29-34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400007>
20. Leonardo, KC, da Silva Talmelli LF, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues, RA. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciênc, Cuid Saúde*. 2014; 13(1):120-7.
21. Santos P, Marinho A, Mazo G, Hallal P. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2014; 19(4):494-503.
22. Storti LB, Fabrício-Wehbe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Frailty of elderly patients admitted to the medical clinic of an emergency unit at a general tertiary hospital. *Texto Contexto Enferm*. 2013 [2017 Aug 08]; 22(2):452-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022>
23. Gutierrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. How to include the social factor for determining frailty? *J Frailty Aging*. 2012;1(1):13-7.
24. Amaral FLJS, Guerra RO, Nascimento AFF, Maciel ÁCC. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(6):1835-6.
25. Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [2017 Aug 08]; 64(3):406-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680305i>
26. Duarte MCS, Fernandes MDGM, Rodrigues RAP, Nóbrega MML. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016 [2017 Aug 08]; 24(2):e6801. Available from: <https://doi.org/10.12957/ruerj.2016.6801>
27. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RPA. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4):589-94.
28. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Chua BY, Shafie S, Chiam PC. Prevalence of frailty and its association with sociodemographic and clinical characteristics, and resource utilization in a population of Singaporean older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 [2017 Aug 08];17(10):1444-54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ggi.12891>
29. Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same

- coin. *Front Aging Neurosci.* 2014 Jul [2017 Aug 08] 28; 6:192. Available from: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00192>
30. Carneiro, JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMGD, Costa FMD, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Rev Bras Enferm.* 2016 [2017 Aug 08]; 69(3):435-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>
31. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.* 2015; 64(2):122-31.
32. Freitas CV, Sarges EDSNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(1):119-28.
33. Oliveira A, Santos VLC. Responsividade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida de Ferrans e Powers: uma revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(6):839-44.
34. Vitorino, LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2013; 21:3-1.
35. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2013.
36. Kojima G, Iliffe S, Jivraj S, Walters K. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2016 [2017 Aug 08]; 70(7):716-21. Available from: <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206717>
37. Reis SP, Abrahão GS, Cortes RM, de Carvalho EEV, Abdalla DR, Abdalla GK. Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. *J Ciênc Bioméd Saúde* 2015;1(2):56-60.
38. Rocha RE, Mineiro L, Boscatto EC, Mello MF. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. *J Phys Educ [Internet].* 2016 [2017 Aug 08]; 27(1):2725. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/jphyseduc.v27i1.2725>
39. Gonçalves LTH, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC, Biasuz S, Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013; 16(2):315-25.
40. Almeida VC, Meira SS, Gomes FV, Souza MC, Santos VC, Anjos KF. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas. *Rev APS.* 2014; 17(4):530-6.
41. Alves Pereira A, Silva Arbex Borim F, Libaresso Neri A. Risk of death in elderly persons based on the frailty phenotype and the frailty index: a review study. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2017 [2017 Aug 08]; 20(2):274-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160102>

Correspondência: Isabela Thaís Machado de Jesus
Rua Abrahão João, 488
13562-150 - Jardim Bandeirantes, São Carlos, SP, Brasil
E-mail: isabela.machado1@gmail.com

Recebido: 12 de dezembro de 2016
Aprovado: 23 de agosto de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).