

## Factors associated with fragility syndrome in elderly in basic care

## Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos na atenção básica

### ABSTRACT | Introduction:

*The changes in the morbidity and mortality profile of the elderly population brought several challenges for health care services that need to be prepared, articulated and planned based on sociodemographic, clinical and behavioral determinants, which has been associated with Fragility Syndrome.*

**Objective:** *To analyze the factors associated with Frailty Syndrome in the elderly in the context of Primary Care, cooperating in redirecting care practices in health care for the elderly.* **Methods:** *This is a quantitative, population-based, cross-sectional study. The dependent variables were measured using the Clinical Functional Vulnerability Index-20, composed of twenty questions covering age, self-perceived health, activities of daily living, cognition, mood, mobility, communication and multiple comorbidities.* **Results:** *Among the 244 respondents, 36.89% are in the frailty risk group, 36.1% in robust elderly people and 27% are in the frailest group.* **Conclusion:** *It can be concluded that it is essential to implement strategies and actions to stimulate active aging, enabling the early detection of conditions that can generate disabilities.*

**Keywords |** *Frailty; Old Age Assistance; Public Health.*

**RESUMO | Introdução:** As mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população idosa trouxe diversos desafios para os serviços de atenção à saúde que precisam estar preparados, articulados e planejados a partir dos determinantes sociodemográficos, clínicos e comportamentais, o que tem sido associado à Síndrome de Fragilidade. **Objetivos:** Analisar os fatores associados à Síndrome de Fragilidade em idosos no contexto da Atenção Básica, cooperando no redirecionando das práticas assistenciais na atenção à saúde da pessoa idosa. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, de base populacional e corte transversal. As variáveis dependentes foram mensuradas através do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20, composto por vinte questões contemplando idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. **Resultados:** Entre os 244 respondentes, 36,89% estão no grupo de risco de fragilização, 36,1% em idosos robustos e 27% encontram-se no grupo de maior fragilidade. **Conclusão:** Pode-se concluir que é indispensável a implementação de estratégias e ações para estimular o envelhecimento ativo, possibilitando a detecção precoce de condições que possam gerar incapacidades.

**Palavras-chave |** Fragilidade; Assistência a Idosos; Saúde Pública.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco. Recife/PE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O aumento da expectativa de vida no Brasil que marcou no decorrer do século XX, transformou o perfil demográfico da população brasileira. Entre essas mudanças o perfil de morbidade e mortalidade da população, que consequentemente resultou no aumento de número de pessoas idosas, principalmente na faixa etária acima dos 80 anos de idade. Esse processo traz um desafio para os serviços de atenção à saúde que precisam estar preparados, articulados e planejados a partir dos determinantes sociodemográficos, clínicos e comportamentais que comprometem a autonomia e independência do indivíduo idoso, o que tem sido associado à Síndrome de Fragilidade (SF)<sup>1</sup>.

A SF apresenta diversos conceitos e pode ser compreendida como uma síndrome clínica multifatorial, com vulnerabilidades fisiológicas, essas relacionadas à diminuição das reservas de energia e da habilidade de manter ou recuperar a homeostase após um evento que pode limitar o desempenho das atividades voluntárias e resultar na perda da funcionalidade e da autonomia<sup>2</sup>. Sob um outro olhar, a fragilidade pode ser ocasionada devido condições de saúde apresentadas pelo idoso, afetando outros aspectos no qual está inserido, como por exemplo, sobrecarga familiar e de cuidadores, além de aumentar os custos para os serviços de saúde. Esse quadro pode ser evitado quando se associam medidas que promovam a funcionalidade e independência, reduzindo declínios funcionais<sup>3</sup>.

Segundo Freitas<sup>3</sup> (2018), é importante dissociar o envelhecimento do conceito de doença, por essa percepção distanciar a atenção à saúde das reais necessidades, desconsiderando os riscos de comprometimento funcional, estrutural e doenças crônicas não transmissíveis que podem associar-se ao processo de envelhecimento, tornando as pessoas idosas mais susceptíveis a perda da autonomia e independência, fato que ressalta a necessidade de atenção à saúde, na perspectiva da promoção e prevenção de agravos com foco na manutenção da capacidade funcional. Dessa forma é relevante o rastreamento e intervenção precocemente da SF na Atenção Primária de Saúde (APS), podendo evitar prognósticos negativos na saúde funcional do idoso. Nesse contexto é importante um fortalecimento da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, de forma que viabilize para a APS diagnóstico precoce, prevenção de advenços e estratégias que fortaleçam o autocuidado apoiado<sup>4</sup>.

Pela sua relevância à saúde funcional da população idosa e as demandas geradas nos serviços de atenção básica devido à fragilidade dessa população, o Ministério da Saúde recomenda uma avaliação clínico funcional, a partir da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável<sup>5</sup>. Dentre as estratégias capazes de avaliar os principais determinantes de saúde do idoso, a avaliação da funcionalidade, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), instrumento que auxilia o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa, pode otimizar a articulação entre os dispositivos de atenção à saúde e profissionais que nesses atuam, auxiliando no acompanhamento da saúde e otimizar o acesso, aumentando a eficácia em um contexto de Rede de Atenção em Saúde (RAS)<sup>5,6</sup>.

Percebe-se que estudos de identificação de fatores que interfere diretamente no processo da SF que podem contribuir com a perda e/ou manutenção da autonomia e independência, pode colaborar com o planejamento da assistência, promoção da saúde e operacionalização da RAS em um cenário de adversidades, contribuindo com ações de intervenção e replanejamento das políticas, redirecionando o monitoramento à população vulnerável e com múltiplas necessidades<sup>7</sup>.

Considerando os impactos da SF e o potencial de resolutividade que Atenção Básica apresenta tanto na prevenção e manejo dessa condição, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores associados de forma multidimensional à SF em idosos no contexto da APS, cooperando com o redirecionamento das práticas assistências na atenção à saúde da pessoa idosa.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo quantitativo, de base populacional e corte transversal. A população do presente estudo foi composta por idosos adscritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São João da Escócia I, III e IV do município de Caruaru (PE), constituída por 777 idosos de acordo dados secundários do e-SUS Atenção Primária. Para definição de amostra, utilizou-se a equação de estudo para população finita, considerando o nível de confiança de 95%, margem de erro de 0,052 e população de 777, sendo definida uma amostra de 244 idosos.

Os critérios de inclusão para participação do estudo foram idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, cadastrados em uma das UBS há pelo menos seis meses, que apresentou a pontuação mínima no Miniexame do Estado Mental na versão brasileira que foram ajustados pontos de corte sugestivos de déficit cognitivo para intervalos com base na educação formal: para analfabetos 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade, 18 pontos; e, para aqueles com alto nível de escolarização, 26 pontos. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência até completar o número da amostra, através de calendário compactuado com o agente comunitário de saúde.

As variáveis dependentes foram mensuradas através do IVCF-20, composto por vinte questões contemplando idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. O instrumento de caráter multidimensional, validado, confiável, fácil e de rápida aplicação na APS (aproximadamente 10 minutos), foi desenvolvido para ser utilizado como instrumento de triagem para avaliação da necessidade de encaminhamento para a atenção especializada.

A coleta de dados foi realizada apenas uma vez com cada idoso em seu domicílio ou na UBS por ocasião de atendimento, através de técnica de entrevista face a face, utilizando para o registro de informação o *google forms* no intuito de evitar contaminação pelo coronavírus e mantendo o distanciamento em pelo menos 1 metro do participante, se aproximando apenas para medidas da circunferência da panturrilha. Na presença de comprometimento cognitivo ou pontuação não alcançada do MEEM, o participante foi excluído respeitando os preceitos éticos.

Para a análise de dados foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics*, versão 20. Sendo calculadas as frequências absolutas e percentuais das distribuições dos fatores avaliados. Posteriormente aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para analisar a distribuição da amostra. Para permanência dos fatores no modelo, foi considerado o nível de significância de 5%, e nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher. Ainda, foram calculados os intervalos de confiança para a razão da prevalência e o teste de Wald na comparação dos riscos entre os níveis das variáveis para a fragilidade.

O presente estudo obedece aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de

Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, da beneficência e da não maleficência, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES/UNITA, parecer nº 4.260.707.

## RESULTADOS |

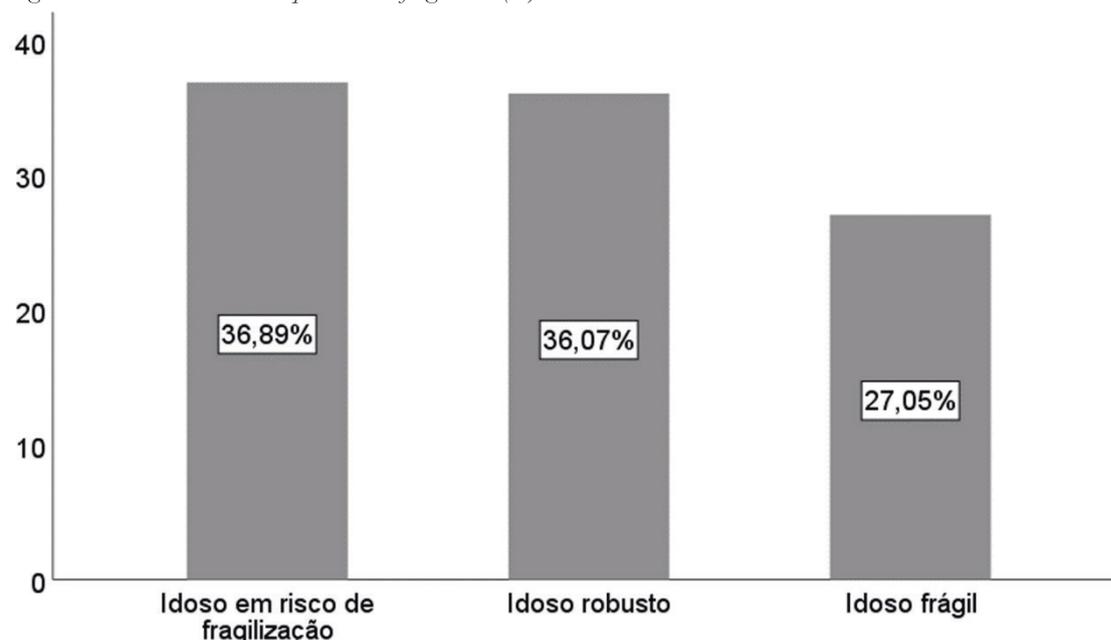
O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) foi calculado para cada respondente na amostra de 244 idosos. O índice classifica os idosos em três categorias específicas: (1) “robustos”, que são aqueles idosos que pontuam entre 0 e 6; (2) aqueles que pontuam entre 7 e 14 são alocados na categoria de “risco de fragilização” e, por fim, (3) idosos que tenham pontuação igual ou maior que 15 são considerados “frágeis”. A tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas do IVCF-20. Na amostra a pontuação varia entre um mínimo de zero e um máximo de 34, tendo média de 10,77 e um desvio-padrão de 7,959.

Em relação à idade, é possível notar que o grupo etário que mais se faz presente na amostra são os indivíduos que têm entre 60 e 74 anos, representando 69,3% dos respondentes. Em seguida, encontram-se os pacientes com 75 a 84 anos, que somam 24,6% do total de respondentes. Por fim, idosos com idade igual ou superior a 85 anos representam apenas 6,1% da amostra.

Nesse contexto apresenta-se a prevalência de fragilidade entre os idosos entrevistados para essa pesquisa. Entre os 244 respondentes, 36,89% estão no grupo de risco de fragilização. Em seguida, 88 respondentes fazem parte do grupo de idosos robustos, que somam 36,07% da amostra analisada neste trabalho. Por fim, apenas 66 idosos (27,05%) encontram-se no grupo de maior fragilidade. A Figura 1 ilustra essas informações.

A fim de identificar a relação existente entre o índice de IVCF-20 e a idade dos entrevistados, realizamos o teste de qui-quadrado – que é uma análise não-paramétrica que indica o nível de associação entre duas variáveis categóricas<sup>8</sup>. A hipótese nula do teste postula que não existe relação entre o grupo etário e os grupos de IVCF-20, a hipótese alternativa sustenta que essa associação existe. Em termos de estatísticas analisadas durante o teste, o valor do qui-quadrado importa: sendo, quanto maior seu valor, maior a dependência entre as variáveis. Outra estatística importante

Figura 1 – Idosos entrevistados por nível de fragilidade (%)



Fonte: Elaboração própria (2020).

nessa análise é o valor de  $\phi$  ( $\Phi$ ): quanto mais próximo de um, mais associadas estão as variáveis. O p-valor indica se podemos ou não rejeitar a hipótese nula.

Para a relação proposta os resultados sustentam que existe uma relação fraca ( $\phi = 0,277$ ), positiva e estatisticamente significativa ( $p\text{-valor} < 0,01$ ) entre o grupo etário e o grupo de IVCF-20. Em outras palavras, respondentes mais idosos tendem a estar classificados em grupos de maior fragilidade. A Tabela 1 sumariza essas informações.

Por sua vez, a Tabela 2 apresenta a frequência dos indicadores cuja avaliação formam o índice de IVCF-20.

Além da análise dos indicadores de vulnerabilidade de forma agregada, torna-se relevante sua observação dentro

dos *clusters* de fragilidade (a saber, idosos robustos, com risco de fragilização e frágeis). Nesse sentido um resultado interessante que deve ser destacado é em relação ao humor dos idosos participantes. As Figuras 2 e 3 apresentam os respondentes que estão classificados nos grupos “frágil” e “em risco de fragilização” com maior frequência de desânimo, tristeza e desesperança (24,18% e 19,67%, respectivamente) do que seus pares que estão classificados como robustos (10,25% do total da amostra).

Dos que apresentaram alteração de humor, apenas no grupo de idosos frágeis houve uma maior prevalência da perda de interesse nas atividades do dia a dia em decorrência da alteração de humor: 15,98% dos frágeis demonstram perda de interesse em atividades prazerosas, enquanto 11,07% informam que não apresentam tal sentimento.

Tabela 1 - Teste de qui-quadrado entre grupo do IVCF-10 e grupo etário

Grupo etário	Grupo de IVCF-20			Total
	Idoso em risco de fragilização	Idoso frágil	Idoso robusto	
<b>60 a 74 anos</b>	59 (34,9%)	39 (23,1%)	71 (42%)	169 (100%)
<b>75 a 84 anos</b>	26 (43,3%)	17 (28,3%)	17 (28,3%)	60 (100%)
<b>Igual ou maior que 85 anos</b>	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0 (0%)	15 (100%)

\*Qui-quadrado 18,694 ( $p\text{-valor} < 0,01$ ); \*\* V de Cramer 0,196 ( $p\text{-valor} < 0,01$ ); \*\*\*  $\phi = 0,277$  ( $p\text{-valor} < 0,01$ ). Fonte: Elaboração própria (2020).

Tabela 2 – Frequência de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional

		Frequência	Porcentagem
Idade	60 a 74 anos	169	69,3%
	75 a 84 anos	60	24,6%
	Igual ou maior que 85 anos	15	6,1%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Autopercepção de saúde	Excelente, muito boa ou boa	93	38,1%
	Regular ou Ruim	151	61,9%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Deixou de fazer compras?	Não ou não por outros motivos	178	73,0%
	Sim	66	27,0%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Deixou de controlar dinheiro?	Não ou não por outros motivos	201	82,4%
	Sim	43	17,6%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Deixou de fazer trabalhos domésticos?	Não ou não por outros motivos	198	81,1
	Sim	46	18,9
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Deixou de tomar banho sozinho?	Não ou não por outros motivos	221	90,6
	Sim	23	9,4
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Alguém tem notado esquecimento em você?	Não	149	61,1
	Sim	95	38,9
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Esse esquecimento tem piorado?	Não	183	75,0
	Sim	61	25,0
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
O esquecimento tem impedido de realizar atividades do dia a dia?	Não	182	74,6%
	Sim	62	25,4%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Desânimo, tristeza ou desesperança?	Não	112	45,9%
	Sim	132	54,1%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
No último mês, você deixou de querer fazer atividades prazerosas?	Não	163	66,8%
	Sim	81	33,2%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Você é incapaz de elevar os braços acima dos ombros?	Não	214	87,7%
	Sim	30	12,3%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
Você é incapaz de manusear objetos pequenos?	Não	224	91,8%
	Sim	20	8,2%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>

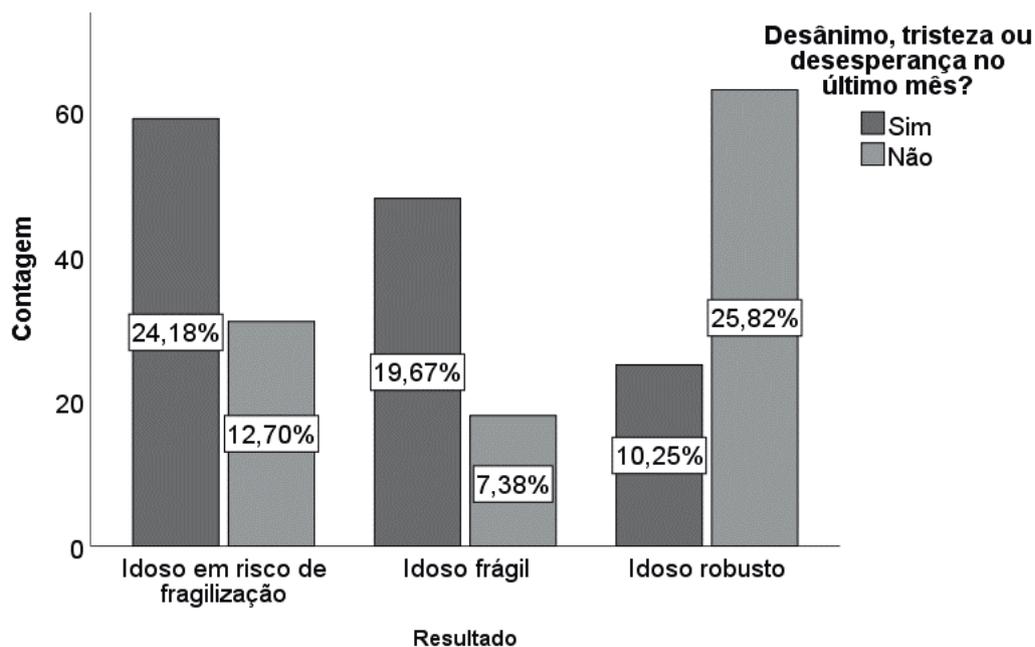
\*continua.

\*continuação.

<b>Capacidade aeróbica e muscular</b> Perda de peso não intencional ou IMC < 22 kg/m <sup>2</sup> ou circunferência da panturrilha < 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha de 4 m > 5 seg.	Não	136	55,7%
	Sim	108	44,3%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Dificuldade de caminhar que prejudique atividades do dia a dia?</b>	Não	160	65,6%
	Sim	84	34,4%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Você caiu mais de duas vezes, no último ano?</b>	Não	197	80,7%
	Sim	47	19,3%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b>	Não	217	88,9%
	Sim	27	11,1%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Problemas de visão que impedem atividades do dia a dia?</b>	Não	134	54,9%
	Sim	110	45,1%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Problemas de audição que impedem atividades do dia a dia?</b>	Não	183	75,0%
	Sim	61	25,0%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>
<b>Comorbidades múltiplas</b> Cinco ou mais doenças crônicas ou uso diário de 5 ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos 6 meses	Não	167	68,4%
	Sim	77	31,6%
	<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0%</b>

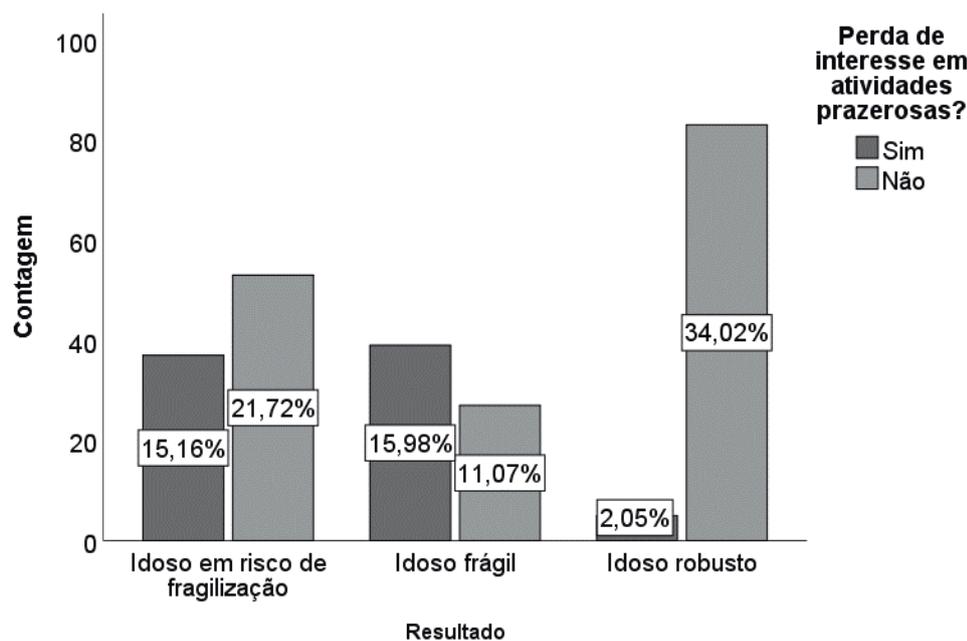
Fonte: Elaboração própria (2020).

Figura 2 - Humor por grupo de ICVF-20 (%)



Fonte: Elaboração própria (2020).

Figura 3 – Perda de interesse em atividades prazerosas por grupo de ICVF-20 (%)



Fonte: Elaboração própria (2020).

## DISCUSSÃO |

Os idosos em risco de fragilização e frágeis, no presente estudo, associado à faixa etária entre 74 anos a 84 anos, 85 ou mais corrobora com estudos nacionais e internacionais<sup>9,10,11,12</sup>. A literatura aponta o processo de envelhecimento como predisponente de fragilização, devido a mudança e declínio nos aspectos estruturais e funcionais de múltiplos sistemas decorrentes da interação de mecanismos fisiológicos e condições patológicas, em interação com riscos atuais e acumulados à saúde e à funcionalidade. O estresse oxidativo celular acumulado com o aumento da idade é uma das hipóteses que justificam a maior prevalência de fragilidade nos grupos etários mais avançados<sup>13</sup>.

Entretanto acredita-se que a SF apresente características mais acentuadas comparada ao envelhecimento fisiológico. Por isso torna-se necessário entender que nem todos os idosos entre as faixas etárias citadas, apresentarão um quadro de fragilidade sugerindo vias comuns, mas, não idênticas entre si<sup>13</sup>. Assim, os idosos com idade avançada devem ser acompanhados regularmente por visitas periódicas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) tendo em vista que apresentam maior vulnerabilidade para a SF.

A autopercepção em saúde é um bom preditor de morbimobilidade em idosos, fazendo necessário a promoção de saúde do idoso na Atenção Básica, realizando as necessidades, aspirações e manutenção da capacidade funcional. Essas estratégias compreendem a sensação de bem-estar, qualidade de vida e a funcionalidade, fatores determinantes na autopercepção de saúde desses indivíduos<sup>14</sup>. No presente estudo, a maioria dos idosos entrevistados (61,9%) percebem-se sua saúde de forma regular ou ruim. Esses resultados estão em consonância com outros estudos, os quais são enfatizados que a percepção regular ou ruim em saúde, podem estar associados, principalmente, à perda de autonomia e ao declínio funcional<sup>14</sup>.

Sendo assim, na atenção básica a avaliação da autopercepção de saúde dos idosos se constitui em uma ferramenta estratégica relevante para minimizar a vulnerabilidade do idoso, consistindo em uma avaliação de forma multiprofissional<sup>15</sup>. Como citado que a autopercepção em saúde pode estar associada à perda de capacidade funcional, na avaliação sobre as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), os idosos respondentes apresentam-se com boa capacidade funcional e autonomia, e com a condição de realizar suas atividades de forma independente, necessitando de ajuda somente para algumas AIVDs, como

por exemplo fazer compras (27% dos idosos necessitam de ajuda para realizar suas compras).

Embora os resultados sobre ABVDs e AIVDs corroborem com outros estudos, esse dado não só se torna um forte fator de predisposição de incapacidade e mortalidade, como para a estratégia em saúde pode servir como mediador nos efeitos da comorbidade e na capacidade de realizar exercícios que exigem esforço físico, configurando como uma medida subjetiva válida para identificar sinais de vulnerabilidade à fragilidade em idosos<sup>15,16</sup>. A partir do momento que haja estímulos para manter esse perfil de capacidade funcional na atenção básica através da promoção, prevenção e o controle dos fatores de risco que evitam o surgimento da condição de fragilidade nos idosos, as condições fisiológicas e crônicas do envelhecimento podem não impedir que eles realizem as suas ABVDs e AIVDs.

Os aspectos cognitivos apresentam uma prevalência maior em relação à literatura, 38,9% relatam que familiares ou amigos próximos percebem esquecimento, 25% descrevem piora do quadro cognitivo e 25,4% afirmam ter atividades do cotidiano comprometidas devido ao declínio cognitivo<sup>17</sup>. A alta prevalência encontrada pode ser justificada pelo fato de idosos com baixo nível educacional e condições econômicas desfavoráveis estão associadas à maior ocorrência de comprometimento cognitivo, fatores estes comuns na atenção básica<sup>18</sup>. Nesse contexto essa prevalência pode estar relacionada ao menor acesso a estímulos bem como a dificuldades de acesso à assistência de saúde, consumo alimentar adequado e prática de atividade física, culminando numa menor preservação da cognição<sup>18</sup>.

A avaliação do humor é outro fator importante para identificar a SF nos idosos, em sua maioria essas manifestações se tornam invisíveis perante os profissionais de saúde por julgarem sinais decorrentes do envelhecimento. Os idosos em risco de fragilização sinalizam em sua maioria (24,18%) o sentimento de tristeza, desânimo ou desesperança e 15,16% relatam perda de interesse em atividades antes prazerosas. Os idosos frágeis apresentam esses sinais em sua maioria, considerando um fator de risco para o desenvolvimento e persistência de sintomas depressivos<sup>19</sup>. Nesse cenário, os profissionais podem apresentar dificuldades de ações e intervenções na Atenção Básica, devido à falta de aprofundamento e compreensão dessas relações.

O rastreio de idosos com mudanças de comportamento, atividade e compromisso social como apresentado nos gráficos, podem culminar declínio funcional e a fragilidade ocasionando uma maior demanda para os serviços de saúde<sup>20</sup>. Sendo assim, os profissionais devem investigar em suas avaliações aspectos subjetivos, como aspectos sociais, emocionais e funcionais favorecendo a autonomia e a independência do idoso. Por isso a importância da construção de uma relação entre instituição de saúde e indivíduo através do acolhimento e construção de um plano de cuidado integral específico para cada indivíduo<sup>21</sup>.

A capacidade aeróbica e muscular no presente estudo, apresenta 44,3% da amostra que relatam perda de peso não intencional ou lentidão na marcha, o que pode ocasionar dificuldade de equilíbrio ou de caminhar afetando atividades do dia-a-dia (34,4% relatam ter essa dificuldade). A literatura corrobora com os achados e afirmam que dados como esses podem desenvolver uma fragilidade antecipada e de vulnerabilidade nesses idosos, necessitando de acompanhamento por serem considerados marcadores para a SF associados à perda de massa muscular ocasionando perda de força de preensão e velocidade da marcha<sup>22,23,24</sup>.

Uma estratégia para reverter esses indicadores poderá ser realizada através da suplementação nutricional, principalmente a suplementação de forma proteica para o aumento da proporção magra e o ganho de força muscular, potencializando os benefícios dos exercícios físicos, no qual devem ser estimulados pelos profissionais da atenção básica para o manejo de prevenção da SF<sup>25</sup>. Dessa forma pode ocorrer uma melhora na capacidade funcional como velocidade da marcha, equilíbrio, estabilidade ao sentar-se e ao subir degraus, amplitude de movimento de membros superiores e inferiores para a realização de suas ABVDs e AIVDs e diminuindo o risco de queda. Além de realizar alterações endócrinas e imunológicas capazes de minimizar os efeitos da sarcopenia, melhorando o perfil funcional<sup>26</sup>.

A prevalência de idosos com dificuldades de visão e audição deve ser discutido devido nem sempre serem corrigidos pelo uso adequado de órteses, aumentando o risco de quedas. Os resultados são semelhantes segundo Amaral<sup>27</sup> (2017), sendo assim sugere-se ao menos uma vez anualmente que seja realizadas campanhas de busca ativa no território onde estão adscritos para renovação de receitas, de exames, prescrição de órteses e monitoramento acerca da polimedicação que pode ter como efeitos

adversos problemas de acuidade visual, diversos trabalhos relacionados a essa população trazem reflexões sobre a necessidade de reavaliações e realizar novos esquemas terapêuticos quando não existirem evidências de melhoras clínicas em relação aos efeitos adversos<sup>28</sup>.

As comorbidades múltiplas que representam cinco ou mais doenças crônicas, e/ou uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes, e/ou internação nos últimos 6 meses apontam 31,6% da amostra. Esse dado foi observado em investigações internacionais e nacionais, devido esses fatores aumentar a prevalência e incidência da SF em idosos residentes na comunidade<sup>9,10,29,30</sup>. As reações adversas, o uso indiscriminado de medicamentos, podem acentuar essa condição potencializando o desenvolvimento ou a progressão de doenças crônicas, alterando algum mecanismo responsável pela homeostase, como processos inflamatórios e o equilíbrio dos sistemas simpático e parassimpático<sup>29</sup>.

## CONCLUSÃO |

Através deste estudo pode-se concluir que é indispensável a implementação de estratégias e ações para compreender as dimensões do processo de envelhecimento, dar visibilidade para os aspectos acerca da SF, estimulando o envelhecimento ativo, possibilitando a detecção precoce de condições que possam gerar incapacidades. Diante do exposto, a Atenção Básica é um forte cenário para identificação desses marcadores de fragilidade devido à assistência longitudinal individuais ou coletivas, capazes de atenuar os fatores associados à fragilidade.

Além das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde que citam estratégias sobre a fragilidade, é fundamental a criação e/ou fortalecimento das redes de atenção ao idoso para lidar com a complexidade e garantir a atenção continuada de forma integral e principalmente resolutivas. Tendo em vista que um indivíduo apresentando SF pode também apresentar possíveis alterações no contexto familiar, dado uma situação de dependência e redução da capacidade funcional por envolver questões de natureza não só biológica ou física, mas também emocional e social.

Torna-se necessário que os profissionais de saúde alcancem aspectos além das alterações físicas e fisiológicas advindas do processo de envelhecimento, mostrando que, além da

definição científica encontrada nos universos reificados, a fragilidade pode ser ressignificada e construída dentro de universos consensuais. O IVCF-20 mostra-se favorável à identificação desses aspectos, sendo recomendado na Atenção Básica como uma alternativa prática e rápida para rastreamento no contexto da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), realizando novas práticas e reflexões para os profissionais que atuam no nível básico de saúde.

Ademais, esse estudo pode direcionar o aperfeiçoamento das ações e protocolos de cuidados ao idoso na Atenção Básica, permitindo que haja um enfoque maior nas demandas apresentadas em cada grupo etário, atuando sempre de forma multiprofissional (fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, educadores físicos, agentes comunitários de saúde e outros), fazendo com que melhore os indicadores apresentados nesse trabalho.

O presente estudo tem como limitação a ausência dos fatores associados e predisponentes que contribuíram com a SF no público-alvo. Nesse contexto de pandemia da COVID-19 alguns dos indicadores como os de sentimentos depressivos, a realização de ABVDs e AIVDs podem ter sido exacerbados. Por isso, é importante a realização de futuros estudos de caráter longitudinal que possam correlacionar melhor o conhecimento do estado de saúde do idoso comunitário compreendendo a epidemiologia da SF.

Os resultados desta investigação contribuem para aprofundar o conhecimento da SF entre idosos brasileiros e podem fornecer subsídios para o planejamento e implementação de intervenções e ações de cuidados direcionados a essa condição, no intuito de prevenir, reverter ou impedir a sua progressão.

## REFERÊNCIAS |

1. Souza RA, Alvarenga MRM, Fernanda A, Silva TMR, Yamashita CH, Oliveira MAC. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev bras enferm.* 2015; 68(2):244-252. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i>.
2. Fried, LP, Walston, JM. Frailty and failure to thrive. In: Hazard, W. R. et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2003.

3. Freitas FFQ. Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção básica [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.
4. Fernandes MTO. A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Saudável. Brasília, 2017.
6. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. saude publ* 2016; 50(81):1-10. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>.
7. Andrew MK. Frailty and social vulnerability. *Interdiscipl Top Gerontol Geriatr* [Internet]. 2017 [cited 2020 nov 2]; 41:186-95. Available from: <https://doi.org/10.1159/000381236>
8. Paranhos R, Figueiredo Filho DB, Rocha EC, Silva Junior JA. Corra que o survey vem aí. Noções básicas para cientistas sociais. *Rev latinoam metodol investig soc* 2013; 7-24.
9. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, *et al*. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública* 2013;29(8):1631-43. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126312>.
10. Sousa AC, Dias RC, Maciel AC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;54(2):e95-e101. <https://doi:10.1016/j.archger.2011.08.010>.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, *et al*. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146-56. <https://doi:10.1093/gerona/56.3.m146>.
12. Sánchez-García S, Sánchez-Arenas R, García-Peña C, Rosas-Carrasco O, Avila-Funes JA, Ruiz-Arregui L, *et al*. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int* 2013;14(2):395-402. <https://doi:10.1111/ggi.12114>.
13. Brigola A, Rossetti ES, Santos BR., Neri AL, Zazzetta MS, Inouye KPSC. Relationship between cognition and frailty in elderly. *Dement. neuropsychol.* [Internet]. 2015 [cited 12 Dec 20]; 9(2), 110- 119. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000005>.
14. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 12 Dec 20];33(4):302-10. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a10v33n4>.
15. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Self-perceived health and clinicalfunctional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 dec 20];71(suppl 2):860-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>.
16. Barbosa BR, De Almeida JM, Barbosa MR, RossiBarbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3317-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
17. Carvalho, RDP. Déficit cognitivo e fatores associados em idosos de município polo do Vale do Jequitinhonha [tese]. Diamantina: Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha; 2020.
18. Dias EG, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadern de Saúde Pública* 2015; 31(8):1623-1635. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>.
19. Feng L, Nyunt MS, Feng L, Yap KB, Ng TP. Frailty predicts new and persistent depressive symptoms among community-dwelling older adults: findings from Singapore longitudinal aging study. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(1):76.e7-76.e12. <https://doi.org/10.101/j.jamda.2013.10.001>.
20. Silva GEM, Pereira SM, Guimaraes FG, Perrelli JGA, Santos ZC. Depression: knowledge of elderly attended in

- units of Family health of the city of Limoeiro, PE. Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [cited 2020 dec 13]; 18(1):82-7. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/en\\_v18n1a07.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/en_v18n1a07.pdf).
21. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. 5ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.
22. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. Cad. Saúde Pública 2014; 30(6):1143-1168. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148213>.
23. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(6):1917-1924. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17232014>.
24. Moretto MC, Alves RMA, Neri AL, Guariento ME. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. Rev Soc Bras Clín. Méd. 2012; 10(4):267-271.
25. Morley JE, Vellas B, Kan GAV, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, *et al.* Frailty Consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc 2013; 14(6):392-397. <https://10.1016/j.jamda.2013.03.022>.
26. Camara LC, Bastos CC, Volpe EFT. Exercício resistido em idosos frágeis: uma revisão da literatura. Fisioter mov 2012; 25(2):435-443. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200021>.
27. Amaral, SIS. Fragilidade Fenotípica em Idosos num Concelho do Distrito de Bragança [tese]. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico, Bragança; 2017.
28. Monterroso L, Joaquim N, Sá L. Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. Revista de Enfermagem Referência 2015; IV(5):9-16. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>.
29. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004;59(3):255-63. <https://doi.org/10.1093/gerona/59.3.m255>.
30. Sánchez-García S, Sánchez-Arenas R, García-Peña C, Rosas-Carrasco O, Avila-Funes JA, Ruiz-Arregui L, *et al.* Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. Geriatr Gerontol Int. 2013;14(2):395-402. <https://doi.org/10.1111/ggi.12114>.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Victor Vieira Assis**

Rua General Vargas, 219, apto 101,

Iputinga, Recife/PE, Brasil

CEP: 50670-430

E-mail: [victormedufpe@gmail.com](mailto:victormedufpe@gmail.com)

Recebido em: 26/05/2021

Aceito em: 04/08/2021