

Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso

Characteristics related to the frailty profile in the elderly

Camila Bitencourt Remor¹, Angelo José Gonçalves Bós², Maria Cristina Werlang³

¹ Enfermeira, Especialista em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Médico Geriatra, PhD In Medicine - Tokai University, School of Medicine. Pós-doutorado no Baltimore Longitudinal Study of Aging. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

³ Farmacêutica, Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESUMO

Objetivos: identificar a presença da fragilidade em idosos participantes de um ambulatório de Geriatria.

Métodos: os dados foram coletados por entrevista e consistiram na caracterização da fragilidade, dados sociodemográficos, dados econômicos e hábitos de vida. A amostra de 100 idosos foi agrupada em três níveis: frágeis, pré-frágeis e não-frágeis. A análise foi realizada no Epi Info e os dados foram descritos em frequência, média e desvio padrão da média. Para as comparações foi utilizado o qui-quadrado e considerando como significativo p menor do que 0,05.

Resultados: verificou-se algum grau de fragilidade em 84% dos idosos, dos quais 31% eram frágeis e 53% pré-frágeis, restando 16% não-frágeis. A fragilidade foi estatisticamente associada com o tipo de moradia (se a moradia era própria, não própria ou instituição de longa permanência para idosos), perda de peso não intencional, fadiga e fraqueza autorreferidas, inatividade, capacidade funcional diminuída, consumo de bebida alcoólica e internações hospitalares no último ano.

Conclusões: a identificação da fragilidade pode contribuir para o estabelecimento de medidas preventivas e a potencialização do cuidado ao idoso.

DESCRIPTORIOS: ENVELHECIMENTO; IDOSO FRAGILIZADO; IDOSO; IDOSO DE 80 ANOS OU MAIS; SAÚDE DO IDOSO; PERFIL DE SAÚDE.

ABSTRACT

Aims: To identify the presence of frailty in elderly attended in a geriatric outpatient clinic.

Methods: Data on characterization of frailty, socio-demographic and economic aspects, and life habits, were collected by interview. A sample of 100 elderly was grouped in frail, pre-frail and non-frail. The analysis was performed using Epi Info and data were described in frequency, mean, and standard deviation of the mean. Chi-square was used for comparisons and p less than 0.05 was considered as significant.

Results: There was some degree of weakness in 84% of participants, of whom 31% were frail and 53% pre-frail, leaving 16% non-frail. The frailty was significantly associated with housing type (if the house was own, not own or a nursing home), unintentional weight loss, fatigue and self-reported weakness, inactivity, decreased functional capacity, consumption of alcohol and hospitalizations in the previous year.

Conclusions: the identification of the frailty may contribute to the establishment of preventive measures and to improve the care to the elderly.

KEY WORDS: AGING; FRAIL ELDERLY; AGED, 80 AND OVER; AGED; HEALTH OF THE ELDERLY; HEALTH PROFILE.

Recebido: março de 2011; aceite: julho de 2011.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem apresentado um crescimento rápido. No Rio Grande do Sul os dados apurados pela

Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) indicam que a população idosa residente no estado representa cerca de 13% da população geral.¹ Ao realizar uma reflexão sobre a demanda gerada por essa população, observa-se a necessidade de um atendimento diferenciado, considerando as necessidades de saúde, peculiares nessa fase do ciclo vital. Lourenço et al.² relatam que entre 10 e 25% da população idosa é portadora de algumas condições clínicas, que podem

Endereço para correspondência/Corresponding Author:
CAMILA BITENCOURT REMOR
Rua Euclides da Cunha, 421/202
CEP 90620-220, Porto Alegre, RS, Brasil
Tel.: (51) 9289-9511
E-mail: camila.remor@gmail.com

colocar esses indivíduos numa característica de fragilidade, necessitando de cuidados intensivos. A fragilidade é considerada muito prevalente, aumenta com a idade e é de alto risco para conferir eventos adversos à saúde, resultando, inclusive, em mortalidade, institucionalização, quedas e hospitalizações.³

A definição mais utilizada sobre a Síndrome da Fragilidade é a de que ela representa uma síndrome biológica caracterizada por diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade de o organismo resistir ao estresse, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos.⁴ O impacto cumulativo desses declínios em múltiplos sistemas poderia constituir a base do que é frequentemente considerada a imagem da fragilidade: a vulnerabilidade aos estressores e o comprometimento da capacidade de manter a homeostase.⁴

As manifestações da Síndrome da Fragilidade representam um conjunto de sintomas que incluem perda de peso, fraqueza, fadiga, inatividade e redução da ingestão alimentar, e, além disso, caracterizam-se por sinais tais como sarcopenia (diminuição da massa e da força muscular), anormalidades no equilíbrio e marcha, descondicionamento e osteopenia⁵. Neste sentido, indivíduos que apresentarem três ou mais desses componentes caracterizariam um idoso frágil, e indivíduos com um ou dois componentes poderiam ser classificados como em um estado de pré-fragilidade, com risco para desenvolver a síndrome.⁶

Conforme o exposto acima, a identificação precoce das características preditoras que definem a Síndrome da Fragilidade pode desencadear medidas que visem melhorar a qualidade de vida de idosos e prevenir eventos adversos. Para tanto, é necessário que profissionais de saúde possam, também em nível ambulatorial, em sua prática clínica, identificar tais sintomas, com o intuito de intervir antes da manifestação da fragilidade, bem como pensar em estratégias que possam minimizar os efeitos sobre a saúde do idoso, quando a fragilidade se faz presente. Assim, este artigo teve como objetivo identificar a presença da fragilidade em idosos participantes de um ambulatório de Geriatria, propondo-se a avaliar se os hábitos de vida e as características sociodemográficas dos mesmos diferem, de acordo com a presença ou não de fragilidade ou pré-fragilidade.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal, no Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS, localizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do

Sul, no primeiro semestre de 2009. Os participantes do estudo foram 100 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, que frequentavam o referido ambulatório.

O convite para participação no estudo ocorreu por conveniência, no momento em que o idoso se apresentava no ambulatório para ser atendido. Após o aceite do convite, os idosos foram entrevistados no próprio ambulatório, utilizando-se um formulário semiestruturado. Tal instrumento compreendeu o levantamento das características que, de acordo com a literatura, indicam a presença de fragilidade (fraqueza e fadiga autorreferidas, perda de peso não intencional acima de 4 kg no último ano precedente à pesquisa, osteopenia, capacidade funcional diminuída, inatividade), dados sociodemográficos e econômicos, tais como idade, estado civil, anos de estudo, moradia (se o idoso reside em uma casa própria, não própria ou em uma instituição de longa permanência para idosos – ILPI), arranjo domiciliar (este se refere às pessoas que residem com o idoso: se são familiares, se reside sozinho ou em conjunto com outros idosos em uma ILPI), ocupação, atividade remunerada no momento da pesquisa, renda pessoal em salários mínimos, internações hospitalares ocorridas nos últimos 12 meses precedentes à pesquisa e hábitos de vida: atividades de lazer, prática de atividade física prévia (considerou-se praticante de atividade física prévia a pessoa que praticou alguma atividade física regular por mais de 10 anos), prática de atividade física atual (considerou-se praticante de atividade física atual a pessoa que pratica alguma atividade física regular nos últimos cinco anos), consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. O formulário foi respondido pelo próprio idoso entrevistado ou/e pelo cuidador principal. Para avaliar a capacidade funcional do idoso, foram empregados o formulário de avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) de KATZ⁸ e a Escala de Lawton, para avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)⁹. Para identificar a capacidade funcional diminuída, foi considerado o idoso que possuía dependência para AVD e AIVD e para inatividade, a dependência para exercer a atividade básica da vida diária “transferência”. As respostas dos participantes foram transcritas e analisadas por meio do programa Epi Info, versão 3.5.1. As variáveis foram categorizadas e descritas em frequência, média e desvio padrão da média, sendo empregado o teste estatístico qui-quadrado, considerando-se como significativo $p < 0,05$. Para a análise dos dados, a amostra foi separada em três grupos, de acordo com a classificação da fragilidade: frágil, pré-frágil e não-frágil.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do

Rio Grande do Sul, sob o protocolo 09/04532. Após terem sido esclarecidos sobre o objetivo do estudo, os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O estudo incluiu 100 idosos, com uma média de idade de 77,5 anos (desvio padrão = 8,42), sendo 82% pertencentes ao sexo feminino. Na população estudada foi identificada a presença da fragilidade em 84% dos idosos. Para fins de análise, a amostra foi separada em três grupos, de acordo com a classificação da fragilidade proposta por Duarte⁶, tendo sido encontrado que 31% dos idosos eram frágeis, 53% possuíam pré-fragilidade e 16% foram classificados como não-frágeis.

O perfil sociodemográfico e econômico de todos os idosos participantes do estudo, assim como o perfil de classificação da fragilidade, encontram-se na Tabela 1. Observa-se que a maioria dos idosos apresentavam menos de 80 anos, não possuíam companheiro, possuíam até quatro anos de estudo, residiam em moradia própria com seus familiares, eram aposentados e/ou pensionistas e tinham uma renda de um salário mínimo. A comparação de tais frequências entre os grupos foi realizada por meio do teste qui quadrado, tendo sido verificadas diferenças entre os resultados apresentados para a variável moradia.

Com relação às comorbidades associadas, estavam presentes na população estudada: hipertensão arterial sistêmica (78%), dislipidemia (40%), osteoartrose (39%), depressão (37%), osteoporose (28%), diabetes mellitus (23%), acidente vascular encefálico (16%), cardiopatia isquêmica (11%), doença pulmonar obstrutiva crônica (11%), neoplasias (11%), insuficiência cardíaca congestiva (11%) e insuficiência renal crônica (4%).

As frequências dos aspectos relacionados à Síndrome da Fragilidade encontram-se descritas na Tabela 2. A maioria dos idosos frágeis apresentava perda de peso não intencional, inatividade e capacidade funcional diminuída, enquanto no grupo dos idosos pré-frágeis, identificou-se maior frequência de osteopenia, fadiga autorreferida e de idosos que não relataram fraqueza. A comparação dessas frequências entre os grupos foi realizada com o qui-quadrado, verificando-se diferenças entre os resultados apresentados para as variáveis perda de peso não intencional, fraqueza e fadiga autorreferida, inatividade e capacidade funcional diminuída.

O perfil de hábitos de vida entre os idosos frágeis, pré-frágeis e não-frágeis também foi levantado pelo presente estudo e encontra-se descrito na Tabela 3. Ao serem comparados os resultados encontrados entre os três grupos, verifica-se maior prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e maior número de internações hospitalares prévias entre os idosos frágeis. Para as demais variáveis não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico de 100 idosos que frequentavam o Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS no primeiro semestre de 2009.

Variáveis		Amostra total n (%)	Frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Não-frágeis n (%)	<i>p</i>
Distribuição etária	60 a 79 anos	60 (60,0)	15 (25,0)	36 (60,0)	9 (15,0)	0,6091
	≥ 80 anos	40 (40,0)	16 (40,0)	7 (17,5)	7 (17,5)	
Estado civil	Possui companheiro	32 (32,0)	8 (25,0)	19 (59,4)	5 (15,6)	0,6340
	Não possui companheiro	68 (68,0)	23 (33,8)	34 (50,0)	11 (16,2)	
Anos de estudo	Analfabeto	17 (17,0)	6 (35,3)	10 (58,8)	1 (5,9)	0,4139
	4 anos	56 (56,0)	18 (32,1)	26 (46,4)	12 (21,4)	
	≥8 anos	27 (27,0)	7 (25,9)	17 (63,0)	3 (11,1)	
Moradia	Não própria	15 (15,0)	5 (33,3)	8 (53,3)	2 (13,3)	0,0484
	ILPI*	4 (4,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Própria	81 (81,0)	22 (27,2)	45 (55,6)	14 (17,3)	
Arranjo domiciliar	Reside com familiares	69 (69,0)	20 (29,0)	39 (56,5)	10 (14,5)	0,0842
	Reside só	27 (27,0)	7 (25,9)	14 (51,8)	6 (22,3)	
	Reside em ILPI	4 (4,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Ocupação	Aposentado/pensionista	95 (95,0)	28 (29,5)	52 (54,7)	15 (15,8)	0,2778
	Sem rendimento	5 (5,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (6,3)	
Atividade remunerada	Sim	11 (11,0)	4 (36,4)	6 (54,5)	1 (9,1)	0,7831
	Não	89 (89,0)	27 (30,3)	47 (52,8)	15 (16,9)	
Renda pessoal (s.m.**)	Sem renda	5 (5,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0,0829
	1	56 (56,0)	22 (39,3)	30 (53,6)	4 (7,1)	
	2	26 (26,0)	4 (15,4)	14 (53,8)	8 (30,8)	
	≥ 3	13 (13,0)	2 (15,4)	8 (61,5)	3 (23,1)	

* ILPI = Instituição de Longa Permanência para Idosos; ** s.m. = salário mínimo; *p* = nível de significância calculado pelo Teste Estatístico Qui-Quadrado.

Tabela 2. Aspectos relacionados à Síndrome da Fragilidade em 100 idosos que frequentavam o Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS no primeiro semestre de 2009.

Variáveis	Amostra total n (%)	Frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Não-frágeis n (%)	<i>p</i>
Osteopenia	9 (9,0)	1 (11,1)	8 (88,9)	0 (0,0)	0,0725
Perda de peso não intencional	26 (26,0)	21 (80,8)	5 (19,2)	0 (0,0)	< 0,001
Fraqueza autorreferida	46 (46,0)	25 (54,3)	21 (45,7)	0 (0,0)	< 0,001
Fadiga autorreferida	71 (71,0)	24 (33,8)	47 (66,2)	0 (0,0)	< 0,001
Inatividade	16 (16,0)	16 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,001
Capacidade funcional diminuída	11 (11,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,001

p = nível de significância calculado pelo Teste Estatístico Qui-Quadrado.

Tabela 3. Hábitos de vida e saúde de 100 idosos que frequentavam o Ambulatório de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS no primeiro semestre de 2009.

Variáveis	Amostra total n (%)	Frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Não-frágeis n (%)	<i>p</i>
Lazer	49 (49,0)	12 (24,5)	29 (59,2)	8 (16,3)	0,3655
Atividade física prévia	34 (34,0)	6 (17,6)	23 (67,6)	5 (14,7)	0,0780
Atividade física atual	23 (23,0)	4 (17,4)	14 (60,9)	5 (21,7)	0,2530
Consumo de bebida alcoólica	17 (17,0)	10 (58,8)	6 (35,3)	1 (5,9)	0,0220
Tabagismo					
	Fumante	3 (3,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	0,0780
	Ex-fumante	32 (32,0)	11 (34,4)	15 (46,9)	
	Nunca	65 (65,0)	19 (29,2)	37 (56,9)	
Internações no último ano	Nenhuma	73 (73,0)	16 (21,9)	45 (61,6)	0,0037
	1 vez	20 (20,0)	9 (45,0)	7 (35,0)	
	≥ 2 vezes	7 (7,0)	6 (85,7)	1 (14,3)	

p = nível de significância a partir de comparação estatística por teste estatístico qui-quadrado.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados verifica-se que a maioria dos idosos pertencia ao sexo feminino e estava na faixa de 60 a 79 anos (60%). Não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à presença da fragilidade na proporção de idosos por grupo etário, nas faixas de 60 a 79 anos e maior de 80 anos.

Observou-se que a maioria dos idosos que não possuíam renda eram frágeis e a maioria dos que recebiam um salário mínimo foram considerados pré-frágeis. Mais da metade dos idosos aposentados e/ou pensionistas eram pré-frágeis e a grande maioria não exercia atividade remunerada no momento da pesquisa. Dos analfabetos, em torno de um terço eram frágeis, contrastando com quase a metade dos idosos que possuíam quatro anos de estudo, que eram pré-frágeis. Embora a comparação dessas frequências, observadas entre os idosos frágeis, pré-frágeis e não-frágeis, não tenha apresentado diferenças estatisticamente significativas, os resultados parecem estar de acordo com um estudo prévio de Fried et al.,³ pois, segundo esses autores, mulheres e/ou pessoas com menor

nível socioeconômico, tem maior probabilidade de se tornarem frágeis. No estudo em que Fried et al.³ propuseram um fenótipo padrão de fragilidade em idosos, foi evidenciado que o sexo feminino estava associado a uma fragilidade intrínseca, devido ao risco de as mulheres possuírem massa magra e força menor que os homens, além do fato de que as mulheres também poderiam ter uma maior vulnerabilidade sobre os efeitos extrínsecos da fragilidade, tais como a sarcopenia, pois as mulheres mais velhas possuem maior probabilidade de realizar uma ingestão nutricional inadequada, em comparação aos homens, por viverem sozinhas com maior frequência.³

Todos os idosos que relataram residir em ILPI eram frágeis, o que está de acordo com a literatura, que sugere a institucionalização como desfecho frequente para idosos nessa condição.³ Em um estudo de Veras et al.,¹⁰ que buscou identificar indicadores de fragilidade geradores de dependência e internação hospitalar em idosos de um Centro de Convivência, constatou-se que 45% dos avaliados apresentavam indicadores de fragilidade. No presente estudo, verificou-se um percentual elevado de idosos com domicílio próprio, que viviam com seus familiares e, destes, mais da

metade possuíam características que os definiam como pré-frágeis. Os dados referentes ao arranjo domiciliar desses idosos se assemelhavam ao estudo de Paskulin e Vianna¹¹ sobre o perfil sociodemográfico de idosos de Porto Alegre. Nesse estudo, as autoras buscaram avaliar a associação entre sexo e grupo etário, variáveis socioeconômicas e de saúde do idoso, observando, também, maior frequência de idosos residindo acompanhados, principalmente por seus familiares.¹¹

Embora a presença de comorbidades associadas não seja sempre acompanhada da fragilidade, essa presença poderia também indicar um aumento do risco de eventos adversos à saúde,⁴ levando o idoso a uma maior probabilidade de tornar-se frágil, devido às limitações físicas que podem ocorrer com o surgimento das doenças. A hipertensão arterial sistêmica esteve presente em 78% dos idosos avaliados neste estudo, em conjunto com a dislipidemia, osteoartrose e depressão, as quais são fortemente preditoras de incapacitação.

No estudo de Gallucci et al.¹² a fragilidade é apresentada como uma síndrome multissistêmica, de redução significativa da reserva funcional, não apenas relacionando-a com um distúrbio específico. No presente estudo, ao serem observadas as manifestações que caracterizam a Síndrome da Fragilidade, verificou-se que apenas os idosos frágeis possuíam inatividade e capacidade funcional diminuída, além de uma maior frequência de perda não intencional de peso. Já a fadiga autorreferida foi mais frequente em idosos pré-frágeis, o que verifica uma relação direta do relato da fadiga com o início do surgimento da fragilidade no idoso. A escolha dos dados a serem avaliados para a identificação dessa síndrome e elaboração do instrumento baseou-se na literatura referente ao tema proposto por Fried^{3,4} a fim de que fosse possível a elaboração de um instrumento de fácil aplicabilidade e baixo custo, para ser respondido tanto pelo idoso como por seu cuidador principal, podendo ser utilizado nos serviços de saúde para rastreamento de idosos com probabilidade de se tornarem frágeis. Estes resultados indicam que as variáveis apresentadas ao longo deste estudo – osteopenia, perda de peso não intencional, fadiga e fraqueza autorreferidas, inatividade e capacidade funcional diminuída – podem ser utilizadas como instrumento diário de identificação de idosos frágeis e com probabilidade de desenvolverem a síndrome. Ao serem visualizados idosos com pré-fragilidade na comunidade, os profissionais de saúde podem desenvolver medidas preventivas com o intuito de promover ou restabelecer a condição de saúde do indivíduo fragilizado, bem como evitar ou prolongar um declínio da sua saúde.

A frequência de idosos que praticavam alguma atividade de lazer e/ou atividade física entre os idosos

frágeis e pré-frágeis não se mostrou diferente quando testada estatisticamente. Todavia, a literatura indica que muitos idosos frágeis podem diminuir a atividade social, por possuírem incontinência e declínios na mobilidade⁵; como neste estudo não houve associações dessas variáveis com a presença de fragilidade, não é possível afirmar que as mesmas estejam ligadas, embora a literatura indique a diminuição da atividade social e descontinuidade da participação do idoso nas atividades, como um possível indicador do risco do idoso tornar-se frágil.¹³ Da mesma forma, dentre os idosos que relataram ter praticado atividade física por mais de dez anos, apenas 17,6% foram considerados frágeis, estando a maioria no grupo dos pré-frágeis. Embora este estudo não tenha detectado diferenças significativas nestas variáveis, este dado nos leva a sugerir estudos mais amplos para verificar a possível associação desta variável com a presença da fragilidade.

No estudo de Lima-Costa et al.¹⁴ sobre os fatores associados à autoavaliação de saúde de idosos da cidade de Bambuí, foi identificada relação entre os comportamentos relacionados à saúde e consumo de álcool nos últimos 12 meses. No presente estudo, a maioria dos idosos afirmou não consumir bebida alcoólica, porém dentre os que relataram o uso, verificou-se maior frequência entre os frágeis. Com relação à presença da fragilidade, também foram encontradas associações significativas com o consumo de álcool.

A maior parte dos idosos deste estudo relatou nunca ter fumado, achado semelhante ao do estudo de Paskulin e Vianna,¹¹ no qual a maioria dos entrevistados não eram fumantes. O percentual de idosos fumantes foi o mesmo para os três grupos, não sendo identificada nenhuma associação com a fragilidade.

Estrella et al.¹⁵ realizaram um estudo sobre detecção do risco para internação hospitalar em uma população idosa, que identificou que 24% do grupo avaliado enquadrava-se nas categorias entre médio e alto risco para hospitalização, que corresponderia à proporção de idosos frágeis na comunidade. Neste estudo, ao avaliarmos a associação entre a Síndrome da Fragilidade e as internações hospitalares nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, verificamos que a maior parte dos idosos que internaram mais que duas vezes eram frágeis (85,7%), assim como aqueles que internaram apenas uma vez (45,0%), dado considerado significativo ($p=0,0037$). Estes dados estão em conformidade com a literatura, que indica o alto índice de internações como critério de fragilização.¹⁶

A partir destes resultados, verifica-se que a identificação de sinais e sintomas preditores da fragilização no idoso auxilia no desenvolvimento de intervenções e estratégias para minimizar efeitos desfavoráveis à saúde

do idoso, as quais representam uma etapa essencial na busca pela melhoria da qualidade de vida destes idosos. Buscou-se identificar a presença da fragilidade em idosos participantes de um ambulatório de Geriatria, revelando que grande parte possuía características que os colocavam em uma condição de fragilidade. A partir dos resultados apresentados, foi possível estabelecer indicadores para a fragilização no idoso, os quais podem clarear as manifestações desta síndrome aos profissionais de saúde.

Identificar os sinais preditores da fragilidade, e o momento em que estes surgem, ainda constitui uma tarefa difícil para todos os profissionais. Para isso, é preciso que sejam desenvolvidos mais estudos nesta temática, com o objetivo de esclarecer a presença dos componentes da Síndrome da Fragilidade aos profissionais de saúde que trabalham com idosos.

Dentre as estratégias para qualificar o cuidado à saúde do idoso está a sensibilização dos profissionais de saúde que trabalham com idosos e seus cuidadores. Essa medida contribui para a identificação de fatores de risco para fragilização do idoso na comunidade, assim como para o estabelecimento de medidas preventivas, a fim de evitar ou mesmo prolongar o surgimento de eventos que possam ser adversos à sua saúde. Além disso, é importante observar as necessidades dos cuidadores de idosos, assim como sua presença quando esta se faz necessária.

O cuidado ao idoso fragilizado, bem como ao idoso que esteja na condição de pré-fragilidade, pode ser potencializado com o envolvimento de uma equipe interdisciplinar, que deve estar orientada para identificar e intervir nos problemas de saúde associados à fragilidade no idoso. O trabalho interdisciplinar objetiva não apenas atuar na reabilitação, mas também na promoção e educação em saúde, de forma a contribuir para a melhora das condições de saúde do idoso e seus familiares. Além do estabelecimento de medidas preventivas, é importante priorizar o cuidado àqueles acometidos pela síndrome, visando à busca por sua autonomia e funcionalidade, com vistas a uma melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [Estudos & Pesquisas Informação Demográfica e Sócio Econômica, n. 26]. [252 p.]. [acesso: 2011 jul 18]. Disponível em: http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=53&func=fileinfo&id=287
2. Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública. 2005;39:311-8.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56:M146-56.
4. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass J, Halter JB, et al. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. Nova York: MacGraw-Hill; 2003. p. 1487-502.
5. Hekman PR. O idoso frágil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2^a ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. p. 926-9.
6. Duarte YAO. Indicadores de fragilização na velhice para o estabelecimento de medidas preventivas. A Terceira Idade: estudos sobre o envelhecimento. 2007;18(38):7-24. [Seminário Velhice Fragilizada. São Paulo: SESC; Nov 2006]. [10 p.]. [acesso: 2011 jul 18]. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/velhice-fragilizada.html>
7. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto Enferm. 2006;15:570-7.
8. Katz S, Down TD, Cash HR, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970;10:20-30.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.
10. Veras RP, Caldas CP, Coelho FD, et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2007;10:355-70. [acesso 2011 jul 18]. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300008&lng=pt
11. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública 2007;41:757-68.
12. Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, et al. Frailty, disability and survival in the elderly over of seventy: evidence from “The Treviso Longeva (TRELONG) Study”. Arch Gerontol Geriatr. 2009;48:281-3. [acesso 2011 jul 18]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T4H-4S4J6GK-1-1&_cdi=4975&_user=685977&_pii=S0167494308000484&_origin=&_coverDate=06%2F30%2F2009&_sk=999519996&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkzk&md5=8aed5923d04a4332dca47f7dde33401d&ie=/sdarticle.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Fragilidade em idosos. In: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: O Ministério; 2006. [192 p.] Cadernos de Atenção Básica, 2006; n. 19. p. 50-5. [Série A: Normas e Manuais Técnicos]. [acesso 2009 jul 9]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf
14. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev Saúde Pública. 2004;38:827-34.
15. Estrella K, Oliveira CEF, Sant’Anna AA, et al. Detecção do risco para internação em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. Cad Saúde Pública. 2009;25:507-12.
16. Negri LSA, Ruy GF, Collodetti JB, et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9:1033-46. [acesso 2011 jul 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a24v9n4.pdf>