

Fragilidade em idosos comunitários acompanhados na atenção primária à saúde

Frailty in community-dwelling elderly monitored in primary health care

Franciele Santos de Oliveira¹, Ítala da Silva Martins¹, Laize Gabriele de Castro Silva¹, Frankly Eudes Sousa Martins¹,
Aline Patrícia dos Santos Bezerra¹ e Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa¹✉



Avaliar o grau de fragilidade nos idosos acompanhados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde, bem como caracterizar os mesmos quanto às variáveis sociodemográficas, identificar a ocorrência de fragilidade e de cada domínio da EFS. Realizou-se um estudo epidemiológico, observacional, de caráter transversal e abordagem quantitativa. A fragilidade foi avaliada conforme a Edmonton Frail Scale. Foi avaliada a ocorrência da síndrome de fragilidade em 109 idosos com idade média de $71,5 \pm 5,5$ anos. Observou-se que 23% foram classificados como vulneráveis e 10% apresentavam algum grau de fragilidade. Com relação aos domínios da escala de fragilidade, os que apresentaram maior ocorrência foram: baixo desempenho físico, percepção da saúde razoável/ruim, sentir-se triste ou deprimido, dificuldade de controlar o esfíncter e dependência funcional em duas ou mais atividades da vida diária. A escala de fragilidade de Edmonton se constitui como um importante instrumento na investigação da síndrome da fragilidade geriátrica no âmbito da APS, à medida que seus domínios podem ser elencados e identificados pelos profissionais no planejamento e realização do processo de cuidado dos idosos acompanhados.

Envelhecimento. Vulnerabilidade em saúde. Fragilidade. Avaliação geriátrica. Avaliação geriátrica.

To assess the degree of frailty in the elderly assisted by Primary Health Care services, as well as characterize them in terms of sociodemographic variables, identify the occurrence of frailty and each domain of the EFS. An epidemiological, observational, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out. Frailty was assessed using the Edmonton Frail Scale. The occurrence of frailty syndrome in 109 elderly people with a mean age of 71.5 ± 5.5 years was evaluated. It was observed that 23% were classified as vulnerable and 10% had some degree of frailty. Regarding the domains of the frailty scale, those that presented the highest occurrence were low physical performance, fair/poor health perception, feeling sad or depressed, difficulty controlling the sphincter, and functional dependence on two or more activities of daily living. The Edmonton Frailty Scale constitutes an important instrument in the investigation of the geriatric frailty syndrome within the PHC, as its domains can be listed and identified by professionals in the planning and implementation of the care process for the elderly accompanied.

Aging. Health vulnerability. Frailty. Geriatric assessment. Primary health care.

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, apresentando um aumento mais expressivo do que qualquer outra faixa etária nos países em desenvolvimento. No Brasil, essa transição demográfica se dá de forma acelerada e significativa (IBGE, 2010; CRUZ *et al.*, 2017; BRASIL, 2006). Estimativas apontam que 30% da população do país será idosa em 2050, e a magnitude com que esse processo acontece no Brasil, induz a necessidade de compreender as demandas relativas à saúde do idoso (CRUZ *et al.*, 2017; BRASIL, 2006).

O envelhecimento pode ser compreendido por meio de dois processos: a senescência e a senilidade. A senescência é o evento primário ou inevitável que ocorre paulatinamente e é representado pelas alterações físicas, fisiológicas e cognitivas. Enquanto a senilidade é traduzida como um evento secundário, resultante de más condições e maus hábitos de vida, falta de atividade física e de estimulação cognitiva, ocasionando doenças crônicas, isolamento social e limitações físicas e mentais (CIOSAK *et al.*, 2011).

Nesse contexto, os idosos podem desenvolver a síndrome da fragilidade que, de alguma forma, está relacionada com a idade e com as comorbidades, embora não seja resultante obrigatoriamente do processo de envelhecimento (CIOSAK *et al.*, 2011; FRIED *et al.*, 2001). Geriatras e gerontólogos inseriram o termo “fragilidade” no âmbito do diagnóstico e do tratamento do envelhecimento patológico, e, especialmente, para descrever uma síndrome clínica caracterizada como sendo de natureza multifatorial, acompanhada pela diminuição das reservas de energia, resistência reduzida aos estressores, e por possuir sinais e sintomas preditores de diversas complicações futuras na saúde do idoso (FRIED *et al.*, 2001; MACIEL *et al.*, 2017).

O diagnóstico é amplo, dinâmico e de difícil precisão, pois essa síndrome nunca é a base para uma queixa principal, sendo muitas vezes sutil ou assintomática (FRIED *et al.*, 2001; 2004; ROLFSON *et al.*, 2006). Porém é consenso na literatura que a fragilidade representa uma condição clínica não ideal e multifatorial a qual leva a um estado de alta vulnerabilidade para incapacidade funcional, dependência, quedas, necessidade de cuidados de longa duração, hospitalização e morte (FRIED *et al.*, 2001; 2004; LOURENÇO *et al.*, 2018).

Pesquisadores norte-americanos definem a síndrome de fragilidade baseada em um tripé de alterações que é formado pela sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, compondo o fenótipo da fragilidade (FRIED *et al.*, 2001; 2004).

Já os pesquisadores do *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) aceitam o modelo do fenótipo de fragilidade norte-americano, mas entendem que essa avaliação não pode ser separada de elementos também importantes como cognição, humor e suporte social, consideram a fragilidade um conceito multidimensional heterogêneo, instável e complexo (ROLFSON *et al.*, 2006; BUCKINX *et al.*, 2015; CESARI *et al.*, 2016). Com isso, a *Edmonton Frail Scale* (EFS) foi proposta como uma ferramenta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas. Trata-se de uma escala abrangente que foi validada e considerada confiável para uso rotineiro (ROLFSON *et al.*, 2006; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009).

Cientes de que idosos frágeis se tornam mais vulneráveis e necessitam de cuidados na saúde, a mensuração da prevalência

de fragilidade nesta população pode contribuir para o planejamento de políticas de saúde e assistência social, contribuindo assim para organizar e gerenciar a saúde do idoso (BRASIL, 2006; DA MATA *et al.*, 2016; ROLFSON *et al.*, 2006).

Dessa forma, considerando a fragilidade a partir do conceito do CIF-A, o presente estudo possuiu como objetivo geral avaliar o grau de fragilidade, segundo escala de fragilidade de Edmonton, em idosos acompanhados pelos serviços de atenção primária à saúde (APS), e como objetivos específicos: caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas, bem como identificar a ocorrência de fragilidade e de cada domínio da EFS nos idosos avaliados.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, de caráter transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Caicó, Rio Grande do Norte (RN), localizado na região do Seridó potiguar, distante 282 km da capital estadual Natal. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 Caicó possuía aproximadamente sessenta e oito mil habitantes e densidade populacional de 54,99 hab./Km², sendo a sétima cidade mais populosa do estado e a 2ª mais populosa do interior do RN. Ainda de acordo com o IBGE, em 2010 Caicó possuía IDH de 0,71, o quarto melhor índice de desenvolvimento humano do estado, além disso, apresentava uma expectativa de vida em torno de 74,4 anos, maior do que a média nacional e uma das maiores dentre os municípios das regiões norte e nordeste (IBGE, 2010).

A população do presente estudo foi composta por idosos com 65 anos ou mais, acompanhados pelas equipes de cinco unidades básicas de saúde (UBS) do município de Caicó. Ao todo, o município apresenta dezoito UBS e totaliza uma cobertura populacional em torno de 95%. A amostra foi obtida por conveniência, de acordo com atuação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte/UFRN. A decisão por considerar a população idosa a partir dos 65 anos, é justificada a partir da compreensão sobre o conceito de fragilidade e pelo estudo da REDE FIBRA, primeiro estudo de dimensão nacional a investigar o fenótipo de fragilidade na população brasileira (SOUZA *et al.*, 2012).

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2018, por uma equipe de três residentes do programa. As três profissionais foram devidamente treinadas para aplicar os instrumentos de coleta e os participantes foram convidados a participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas nos domicílios e nos equipamentos sociais do território (centro de convivência), em datas e horários agendados. A aplicação do instrumento de pesquisa demandou em média vinte minutos. Após a coleta de dados, os idosos foram orientados sobre prevenção de quedas e práticas de vida ativa e saudável.

Para a caracterização dos idosos foi utilizado um questionário com variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele/etnia, estado civil, número de pessoas que vivem na casa) e socioeconômicas (renda do idoso, renda familiar *per capita* e escolaridade). Para avaliar a fragilidade foi utilizada a *Edmonton Frail Scale* (EFS), que foi adaptada, culturalmente, para o português do Brasil em 2008, e é considerada confiável,

válida e de fácil aplicação, podendo ser utilizada inclusive por profissionais não especializados em geriatria ou gerontologia (ROLFSON *et al.* 2006; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; 2013).

A EFS avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A cognição foi avaliada por meio do Teste do Relógio. Os domínios gerais de saúde, independência funcional e suporte social foram avaliados por meio de questões de múltipla escolha (três ou cinco itens de resposta - escala tipo Likert). Os domínios uso de medicamentos, nutrição (perda de peso no último ano), humor (sente-se triste ou deprimido) e continência (dificuldade de controlar o esfíncter) foram avaliados por meio de respostas dicotômicas auto excludentes (sim ou não). O domínio desempenho funcional foi medido por meio do teste Levante e Ande Cronometrado (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; 2013).

Na EFS As respostas possíveis são divididas em três colunas, A, B e C. A coluna “A” representa respostas que expressam condições favoráveis, cuja pontuação é igual a zero. A coluna “B” reúne respostas que demonstram condições intermediárias de fragilidade e valem um ponto. A coluna “C” representa condições severas de fragilidade e que recebem dois pontos. Considera-se que indivíduos com pontuação entre zero e quatro não apresentam fragilidade, entre cinco e seis são aparentemente vulneráveis, de sete a oito apresentam fragilidade leve, de nove a dez fragilidade moderada, e onze ou mais fragilidade severa (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009; 2013).

Os dados foram armazenados e processados no *Statistics Package for Social Science* (SPSS) versão 22.0 para sistema operacional *Windows*. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva com medida de tendência central (média), medida de dispersão (desvio padrão) e frequências absolutas e relativas, para caracterizar a amostra e investigar a ocorrência de fragilidade e dos principais domínios da EFS.

A coleta de dados aconteceu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA/UFRN (Parecer CEP 2.756.715). Foram obedecidas as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras que regem a pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram avaliados um total de 109 idosos, com média de idade de $71,5 \pm 5,5$ anos, A estratificação por faixa etária revela que 45,9% dos idosos tinham de 65 a 69 anos, a maioria do sexo feminino (77,1%), etnia branca (46,8%), que viviam sem companheiros (52,3%), com ensino fundamental incompleto (64,2%), renda mensal menor que dois salários-mínimos (42,2%) e com alguma prática religiosa (92,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 | Dados sociodemográficos dos idosos acompanhados na APS de Caicó/RN incluídos no estudo, 2019.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Faixa etária		
65 a 69 anos	50	45,9
70 a 74 anos	27	24,8
75 anos ou mais	32	29,3
Gênero		
Masculino	25	22,9
Feminino	84	77,1
Estado civil		
Casado	52	47,7
Solteiro	12	11,0
Divorciado	12	11,0
Viúvo	33	30,3
Cor/raça		
Branca	51	46,8
Negra	15	13,8
Parda	36	33,0
Amarela/oriental	6	5,5
Indígena	1	0,9
Escolaridade		
Analfabeto	10	9,2
Fundamental incompleto	70	64,2
Fundamental completo	19	17,4
Médio incompleto	3	2,8
Médio completo	6	5,5
Superior ou mais	1	-,9
Renda mensal		
Menos de 1 Salário	10	9,2
1 salário	26	23,9
> 1 e < 2 salários	20	18,3
Entre 2 e 4 salários	52	47,7
Maior que 4 salários	1	0,9
Pratica alguma religião		
Sim	101	92,7
Não	8	7,3

Nota: Idade = mínimo 65 anos, máximo 88 anos; média $71,5 \pm 5,5$ anos. Fonte: autoria própria.

A partir da avaliação da amostra através do EFS, observou-se que a ocorrência de fragilidade foi de 10% (Tabela 2). Com relação aos nove domínios avaliados pela escala, a maior ocorrência foi do “baixo desempenho físico”, no qual 67% levaram mais de onze segundos para realizar o teste “levantar e andar”, seguido pelo domínio “percepção da saúde”, no qual 66% consideraram seu estado de saúde entre razoável e ruim. Além disso, 36,7% afirmaram se sentir triste ou deprimido, 33% apresentaram alguma dificuldade para controle de esfíncter, 29,4% consideraram ser dependentes para realizar duas ou mais atividades de vida diária (AVDs), e 15,6% responderam ter perdido peso recentemente. Por outro lado, apenas 9,2% apresentaram algum déficit cognitivo e no domínio suporte social, e 85,4% afirmaram que sempre podiam contar com a ajuda de alguém para atender suas necessidades (Tabela 3).

Tabela 2 | Ocorrência de fragilidade em idosos acompanhados na APS de Caicó/RN incluídos no estudo, 2019.

Classificação fragilidade	n	%
Não frágil	73	67,0
Vulnerável	25	23,0
Fragilidade leve	8	7,3
Fragilidade moderada	2	1,8

Fonte de autoria própria.

Tabela 3 | Ocorrência dos domínios da EFS, em idosos acompanhados na APS de Caicó/RN incluídos no estudo, 2019.

Domínios da <i>Edmont Frail Score</i>	n	%
Domínio 1: déficit cognitivo		
Sim	10	9,2
Não	99	90,8
Domínio 2: Estado Geral de saúde		
2.1 Quantidade de internação no último ano		
0	93	85,4
1-2	14	12,8
> 2	2	1,8
2.2 Percepção de saúde		
Excelente/ muito boa	37	34
Razoável	60	55
Ruim	12	11
Domínio 3: dependência funcional nas AVDS		
0-1	77	70,6
2-4	28	25,7
5-8	4	3,7
Domínio 4: suporte social		
Sempre	93	85,4
Algumas vezes	14	12,8
Nunca	2	1,8
Domínio 5: uso de medicamentos:		
5.1 quantidade superior a cinco		
Não	87	79,8
Sim	22	20,2
5.2 Esquece		
Não	72	66,1
Sim	37	33,9
Domínio 6: nutrição - perda de peso		
Não	92	84,4
Sim	17	15,6
Domínio 7: humor - sente-se triste ou deprimido		
Não	69	63,3
Sim	40	36,7
Domínio 8: continência - dificuldade de controlar o esfíncter		
Não	73	67
Sim	36	33
Domínio 9: desempenho físico		
0 a 10"	36	33
11" a 20"	63	57,8
Mais de 20"	10	9,2

Fonte: autoria própria.

Discussão

A ocorrência da fragilidade neste estudo foi de 10%, evidenciando que esses idosos apresentam maior risco de eventos adversos relacionados à saúde (FRIED *et al.*, 2001; 2004). Segundo uma revisão sistemática e meta-análise, na América Latina em média 19,6% dos idosos da comunidade são frágeis, com uma prevalência variando de 7,7% a 42,6% (DA MATA *et al.*, 2016). Esta ampla variação nos estudos sobre a prevalência de idosos frágeis é explicada pelos diferentes modelos teóricos, ou seja, grupos com critérios de seleção da amostra e características diferentes, por vezes abrangendo idosos muito idosos a partir dos setenta e cinco anos, e, conseqüentemente, aumentando a prevalência de fragilidade, visto que o avançar da idade é um fator de risco para o surgimento desta síndrome geriátrica (SOUZA *et al.*, 2012). Vale ressaltar que no presente estudo, a média de idade foi inferior aos de setenta e cinco anos, estando a maioria dos participantes na faixa etária de 65 a 69 anos.

Além disso, os instrumentos operacionais utilizados para mensurar a fragilidade são diversificados, alguns consideram apenas aspectos biológicos enquanto outros consideram também aspectos psicológicos e sociais. (COLLARD *et al.*, 2012; BUCKINX, 2015; CESARI, 2016; FRIED 2001; 2004).

Em relação ao déficit cognitivo, primeiro domínio investigado na escala, apenas oito idosos apresentaram pontuação que indicava déficit cognitivo. Os estudos de Fernandes e colaboradores (2013) e Grden e colaboradores (2015) identificaram que idosos com algum grau de fragilidade apresentaram déficit cognitivo bem como outro estudo realizado por Leonardo e colaboradores (2014), demonstrou indicativa de que idosos não frágeis com comprometimento cognitivo tinham maior chance de se tornarem frágeis em comparação com aqueles que não possuíam o comprometimento cognitivo. Porém, a baixa ocorrência de pontuação indicativa de déficit cognitivo no presente estudo, pode ter sido influenciada por um viés de seleção, visto que a amostra foi de idosos comunitários, sem histórico de déficit motor ou cognitivo grave, recrutados nas UBS.

No tocante à internação hospitalar, 14,6% dos idosos tiveram uma ou mais internação no último ano. Sabe-se que a população idosa apresenta um maior número de doenças e/ou condições crônicas, as quais demandam mais serviços médicos e hospitalares e por tempo prolongado, sendo notório o alto consumo dos recursos de internação hospitalar no sistema único de saúde (SUS) por esse público (BRASIL, 2006).

Quanto maior o tempo de hospitalização maiores serão os malefícios, pois a internação geralmente é acompanhada por declínio no estado funcional e mudanças na qualidade de vida dos idosos, o que acaba se configurando como um fator agravante da fragilidade (GRDEN *et al.*, 2017; LENARDT *et al.*, 2016). Dessa forma, faz-se necessário a presença de profissionais qualificados para o acompanhamento do idoso na APS, esforçando-se para a redução de internações por causas evitáveis (BRASIL, 2006).

No presente estudo, a maioria dos entrevistados se autodeclararam independentes para realização das atividades de vida diária (AVDs), afirmando necessitar de ajuda para no máximo uma atividade, corroborando com resultados de um estudo em Florianópolis de Fernandes e colaboradores (2013). Por outro lado, 29,4% dos avaliados consideram ser dependentes para realizar duas ou mais AVDs. Idosos com autonomia limitada para a execução das AVDs têm sua

qualidade de vida comprometida e risco aumentado para dependência, institucionalização e morte prematura (BONARDI; AZEVEDO; MORAES, 2007).

Na dimensão suporte social avaliada neste estudo, a maioria dos entrevistados relataram sempre ter com quem contar. Estudos epidemiológicos já identificaram associação entre o apoio social e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde, de forma que, muitos pesquisadores consideram que ausência ou ruptura do apoio e das relações sociais afetam os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que, o indivíduo se torne mais susceptível às doenças (GRDEN *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2012).

Dessa forma, o suporte social costuma estar associado a melhores condições de saúde, pois favorece o enfrentamento de situações de estresse, e faz com que as pessoas se sintam amadas, seguras e tenha melhor autoestima, o que influencia positivamente seu bem-estar psicológico, além de favorecer a participação ativa do idoso na sociedade contribuindo assim na prevenção ou no retardo da fragilidade (FERNANDES *et al.*, 2013; GRDEN *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2012).

Em relação ao uso de medicamentos, sabe-se que os idosos representam 50% dos grupos de pessoas que fazem uso de múltiplos medicamentos (FERNANDES *et al.*, 2013). No presente estudo, 20,2% dos idosos relataram consumir mais de cinco remédios diferentes ao dia e 33,9% relataram esquecer de tomar algum medicamento.

O processo de envelhecimento resulta na diminuição progressiva de reserva funcional dos indivíduos e, associado ao estilo de vida, pressupõe o surgimento de doenças crônicas, as quais requerem longos tratamentos e/ou alteração no estilo de vida, assim como maior complexidade dos esquemas medicamentosos (FERNANDES *et al.*, 2013; PEGORARI; TAVARES, 2014).

A polifarmácia é descrita pelo uso diário de quatro ou mais medicamentos ou a administração de mais medicamentos do que está clinicamente prescrito para o indivíduo, acarretando um fator de risco para a fragilidade dos pacientes idosos (PEGORARI; TAVARES, 2014). Portanto, percebe-se a necessidade de desenvolver ações educativas sobre o uso racional de medicamentos, bem como propor alternativas como a inserção de práticas integrativas e complementares na APS.

No presente estudo, a perda de peso foi relatada por 15,6% dos idosos. Alguns estudos mostram que uma das manifestações clínicas mais observadas na síndrome de fragilidade inclui a perda de peso (FRIED *et al.*, 2001). Tal acontecimento seria decorrente de diversos fatores tais como desregulação energética (BUCKINX *et al.*, 2015), saúde oral prejudicada, problemas dentários, diminuição da salivação, dificuldades na deglutição, diminuição da sensibilidade do paladar e olfato, dor crônica, uso variado de medicações, comprometimento visual, limitações funcionais que dificultam o preparo e o consumo dos alimentos, demência, pobreza, depressão e isolamento social (CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011). Todavia, a perda de peso é um preditor que reflete, dentre outras consequências, na perda de massa e força muscular, causando a fadiga e a diminuição do condicionamento cardiorrespiratório (FRIED *et al.*, 2001).

Quando questionados sobre o humor, 35,8% dos entrevistados relataram sentir-se triste ou deprimido. Os distúrbios depressivos são as formas mais frequentes de alteração do humor em pessoas idosas (VERAS *et al.*, 2007).

Em geral, é difícil o reconhecimento da depressão nos idosos e a razão disto é o fato de que os sintomas são, erroneamente, confundidos com comportamentos esperados em pessoas idosas, sendo muitas das vezes não diagnosticada (VERAS *et al.*, 2007). No entanto, transtornos depressivos apresentam forte relação com fragilidade, à medida que idosos com transtornos depressivos tendem a reduzir o nível de atividade física, a autonomia, a independência na realização das AVDs e a participação social (FRIED *et al.*, 2001; COLLARD *et al.*, 2012; DILLON *et al.*, 2014).

No tocante ao controle esfincteriano, dentre os avaliados, 33% apresentaram problemas em conter a urina. A incontinência urinária é um sinal precoce de fragilidade no idoso, acometendo cerca de 20% das mulheres e 10% dos homens com mais de 60 anos (FERNANDES *et al.*, 2013). A incontinência urinária em idosos frágeis ocorre em virtude da interação de diversos fatores de risco, tais como comorbidades, envelhecimento natural das fibras musculares do assoalho pélvico, fatores obstétricos-ginecológicos, estado hormonal, medicações, tosse crônica, álcool, cafeína, tabagismo, alterações psicológicas e cognitivas relacionadas à idade (DUBEAU *et al.*, 2010).

Ressalta-se a necessidade de prevenção dessa condição em idosos ainda na APS através de ações educativas de forma multidisciplinar, uma vez que a presença de incontinência urinária induz a diminuição da prática de atividades de vida diária, principalmente das atividades instrumentais (FONSECA *et al.*, 2010).

Neste estudo, o domínio “levantar-se e andar” foi o que apresentou maior ocorrência, corroborando com estudos realizados com a população brasileira, os quais encontraram o item lentidão da marcha como o critério mais frequente, em idosos frágeis (CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011; FONSECA *et al.*, 2010). Com o envelhecimento, ocorrem alterações neuromusculares, visuais, vestibulares e proprioceptivas que culminam na sarcopenia, redução do equilíbrio e velocidade da marcha, perda de força e massa muscular especialmente nos membros inferiores, predispondo às quedas e à incapacidade funcional (LENARDT *et al.*, 2016).

Diante dos eventos adversos relacionados a fragilidade, esta acaba sendo considerada onerosa para o paciente e para a sociedade (BRASIL, 2006; BUCKINX *et al.*, 2015; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2009). Com isso, para garantir a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde, melhorar a qualidade do atendimento prestado, as práticas de cuidados às pessoas idosas exigem abordagem global e multidisciplinar (CESARI *et al.*, 2016; FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2013).

Como visto, o conceito de fragilidade é amplo e envolve aspectos biomédicos e psicossociais (ROLFSON *et al.*, 2006), sendo uma condição progressiva que começa com um estágio pré-clínico, oferecendo a possibilidade de detecção precoce e, portanto, de prevenção (BRASIL, 2006; ROLFSON, *et al.*, 2006; BUCKINX *et al.*, 2015).

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa a meta de toda ação de saúde consiste em promover um envelhecimento ativo com manutenção da capacidade funcional e autonomia de cada indivíduo (BRASIL, 2006). E esta meta é possível ser alcançada com o envolvimento dos profissionais da APS, identificando idosos em vulnerabilidade, incorporando a utilização de instrumentos validados por Fabrício-Wehbe *et al.* (2009) para rastreamento nessa população, bem como com a implementação e execução de atividades preventivas e/ou

intervenções que favoreçam uma vida ativa com independência funcional e participação social (FABRÍCIO-WEHBE *et al.*, 2013; CAMERON *et al.*, 2013).

Partindo dessa perspectiva, infere-se que a escala de fragilidade de Edmonton é um instrumento capaz de contribuir para a integralidade do cuidado com a pessoa idosa, uma vez que traz em seu constructo uma abordagem multidimensional, a qual leva em consideração a grande interação de fatores físicos, psicológicos e sociais, além de ser de fácil aplicação e poder ser incorporada no acompanhamento do idoso na APS.

Conclusão

Conclui-se que a escala de fragilidade de Edmonton se constitui como um importante instrumento na investigação da síndrome da fragilidade geriátrica no âmbito da APS. Com relação aos domínios da escala, os idosos estudados apresentaram maior ocorrência nos domínios de “baixo desempenho físico”, “percepção da saúde razoável/ruim”, “sentir-se triste ou deprimido”, “dificuldade de controlar o esfíncter” e “dependência funcional em duas ou mais atividades da vida diária”.

Tendo em vista que os nove domínios investigados são considerados condições sensíveis à atenção primária à saúde, infere-se que eles podem ser elencados e identificados pelos profissionais das equipes de saúde da família, de forma a subsidiar o planejamento e realização de processo de cuidado capaz de prevenir e tratar complicações e/ou outros eventos adversos que acometem a independência funcional e autonomia dos usuários idosos acompanhados pelos serviços.

Todavia, é válido considerar algumas limitações do presente estudo, dentre as quais, destaca-se a seleção amostral ter sido por conveniência, tendo como principal viés os idosos que frequentam as unidades de saúde e majoritariamente do sexo feminino. Outra importante limitação refere-se à análise estatística meramente descritiva sem testes com poder analítico entre as possíveis variáveis de associação e controle das variáveis de confusão.

Referências

ANDRADE, N. A. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 748-58, out./dez. 2012.

BONARDI, G.; AZEVEDO, V. B. A.; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Sci Med.*, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 24 set 2018.

BUCKINX, F. *et al.* Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health.*, v. 73, n. 1, 2015.

CAMERON, I. D. *et al.* A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Geriatr.*, v. 11, n. 11, 2013.

CARMO, L. V. C.; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, P. M. M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 17-22, 2011.

CESARI, M. *et al.* Frailty: an emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc.*, v. 17, n. 3, p. 188-192, 2016

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.*, v. 45, n. 2, p. 1763-178, 2011.

COLLARD, R. M. *et al.* Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.*, v. 60, n. 8, p. 1487-92, 2012.

CRUZ, D.T. *et al.* Fatores associados a fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev Saude Publica.*, v. 51, n. 106, p. 1-13, 2017.

DA MATA, F. A. *et al.* Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.*, v. 11, n. 8, e0160019, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160019>.

DILLON, C. *et al.* Geriatric depression and its relation with cognitive impairment and dementia. *Arch Gerontol Geriatr.*, v.59, n.2, p. 450-6, 2014.

DUBEAU, C. E. *et al.* Incontinence in frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn.* v.29, n.1, p. 165-78, 2010.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. *et al.* Adaptação cultural e validade da edmonton frail scale – efs em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latino-am Enfermagem.*, v. 17, n. 6, 2009.

FABRÍCIO-WEHBE *et al.* Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton Frail Scale for elderly living in the community. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 21, n. 6, p. 1330-6, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2933.2371>

FERNANDES, H. C. L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 423-423, 2013.

FONSECA, M. G. U. P. *et al.* Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica.*, v. 44, n. 1, p. 159-165, 2010.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Med Sci.*, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, v. 59, n. 3, 2004.

GRDEN, C. R. B. et al. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. *Rev Rene.*, v. 16, n. 3, p. 391-397, maio/jun., 2015.

GRDEN, C. R. B. et al. Fatores associados à síndrome da fragilidade em mulheres idosas. *Rev Rene.*, v. 18, n. 5, p. 695-701, set./out, 2017.

IBGE. *Censo de 2010*. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 set, 2018.

LEONARDO, K. C. et al. Avaliação do estado cognitivos e fragilidade em idosos mais velhos residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude.*, v. 13, n. 1, p. 120-127, 2014.

LENARDT, M. H. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. *Rev Bras Enferm.*, v.69, n. 3, p. 478-83, 2016.

LOURENÇO, R. A. et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics Gerontology and Age*, v. 12, n. 2, 2018.

MACIEL, G. M. C. et al. Frailty assessment and its association with sociodemographic and health characteristics in community elderly. *Int Arch Med.*, v.10, n.134, 2017.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 874-82, 2014.

ROLFSON, D. B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*, v. 35, n. 525, p. 526-9, 2006.

SOUSA, A. C. et al. Frailty syndrome and associated factors in community dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.*, v. 54, n. 2, p. 95-10, 2012.

VERAS, R. P. et al. Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 10, n. 3, p. 355-370, 2007.

Apêndice

Reimpressões e permissões

Informações sobre reimpressões e permissões estão disponíveis no site da RBCEH.

Informações da revisão por pares

A RBCEH agradece ao(s) revisor(es) anônimo(s) por sua contribuição na revisão por pares deste trabalho. Relatórios de revisores por pares estão disponíveis no site da RBCEH.

Resumo do relatório

Mais informações sobre o desenho da pesquisa estão disponíveis no site da RBCEH, vinculado a este artigo.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Contribuições dos autores

Conceituação: F.S.O. e A.C.P.A.S.; Escrita (primeiro rascunho): F.S.O.; redação (revisão e edição): L.G.C.S.; análise: F.E.S.M.; software: F.S.O. E A.C.P.A.S.; visualização: I.S.M. e A.P.S.B.; supervisão: A.P.S.B.

Correspondência

A correspondência e os pedidos de materiais devem ser endereçados a A.P.S.B | acapas@gmail.com.

Vínculo institucional

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó/RN, Brasil.