



FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NO DOMICÍLIO INSCRITAS NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL

FRAILTY IN ELDERLY RESIDENTS IN THE HOUSEHOLD ENROLLED IN A HEALTH UNIT IN NORTHERN PORTUGAL

FRAGILIDAD EN ANCIANOS RESIDENTES EN EL HOGAR INSCRITOS EN UNIDAD DE SALUD EN EL NORTE DE PORTUGAL

Ana Faria⁽¹⁾, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins⁽²⁾, José Alberto Laredo-Aguilera⁽³⁾, Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro⁽⁴⁾, Esmeralda Faria Fonseca⁽⁵⁾, Joana Martins Flores⁽⁶⁾,

(1) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Agrupamento de Centros de Saúde (Aces) Ave/Famalicão, Famalicão, Portugal; (2) Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal; (3) Universidad de Castilla-La Mancha, Cidade Real, Espanha; (4) Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal; (5) Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal; (6) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal;

Descritores

idoso
fragilidade
enfermagem
envelhecimento

Resumo

Introdução: Com o aumento da longevidade e declínio da função física, psicológica e social dos idosos é essencial perceber as condições sociodemográficas e de saúde que concorrem para a fragilidade.

Objetivos: Analisar o perfil de fragilidade dos idosos de uma unidade de saúde do norte de Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal com 173 idosos a residir no domicílio e inscritos numa Unidade de Saúde. Como instrumento de recolha de dados usou-se um inquérito, realizado por telefone, contendo dados sociodemográficos, de saúde e o Índice de fragilidade de Tilburg (TFI).

Resultados: Amostra predominantemente feminina com idade média de 81,11 anos, maioritariamente casados, com diversas comorbilidades e polimedicados. A representação da fragilidade foi de 60,7%, estando essa condição significativamente associada ao género, estado civil, número de doenças crónicas, polimedicação e autoperceção da saúde. Para a maioria dos idosos (83,8%), a condição de fragilidade é influenciada cumulativamente pelas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Conclusão: A fragilidade é uma condição prevalente e o perfil está associado a um conjunto de características nas quais é possível intervir retardando a progressão da fragilidade que ocorre com o envelhecimento.

Descriptors

Elderly
fragility
aging
nursing

Abstract

Introduction: With the increase in longevity and decline in the physical, psychological and social function of the elderly, it is essential to understand the sociodemographic and health conditions that contribute to frailty.

Objectives: To analyze the frailty profile of the elderly in a health unit in northern Portugal and to identify their willingness to join a specific program.

Methods: Descriptive, cross-sectional study with 173 elderly people living at home and enrolled in a Health Unit. As a data collection instrument, a survey was carried out by telephone, containing sociodemographic and health data and the Tilburg frailty index (TFI).

Results: A predominantly female sample with a mean age of 81.11 years, mostly married, with several comorbidities and polymedications. The representation of frailty was 60.7%, with this

condition significantly associated with gender, marital status, number of chronic diseases, polymedication and self-perceived health. For the majority of the elderly (83.8%), the condition of frailty is cumulatively influenced by physical, psychological and social dimensions.

Conclusion: Frailty is a prevalent condition and the profile is associated with a set of characteristics in which it is possible to intervene, slowing the progression of frailty that occurs with aging.

Descritores

Anciano
fragilidade
Envelhecimento
Enfermagem

Resumen

Introducción: Con el aumento de la longevidad y la disminución de la función física, psicológica y social de los ancianos, es fundamental comprender las condiciones sociodemográficas y de salud que contribuyen a la fragilidad.

Objetivos: Analizar el perfil de fragilidad de los ancianos en una unidad de salud del norte de Portugal e identificar su disposición a incorporarse a un programa específico.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal con 173 ancianos domiciliados en una Unidad de Salud. Como instrumento de recolección de datos se realizó una encuesta telefónica, que contenía datos sociodemográficos y de salud y el índice de fragilidad de Tilburg (TFI).

Resultados: Muestra predominantemente femenina con una edad media de 81,11 años, mayoritariamente casada, con varias comorbilidades y polimedicación. La representación de la fragilidad fue del 60,7%, con esta condición asociada significativamente al género, estado civil, número de enfermedades crónicas, polimedicación y salud autopercibida. Para la mayoría de los ancianos (83,8%), la condición de fragilidad se ve influida acumulativamente por dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

Conclusión: La fragilidad es una condición prevalente y el perfil se asocia a un conjunto de características en las que es posible intervenir, frenando la progresión de la fragilidad que se produce con el envejecimiento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade são das maiores conquistas neste século, no entanto também colocam novos desafios aos profissionais de saúde e da área social, que se confrontam com a necessidade de promover o envelhecimento ativo e saudável, retardando a fragilidade e o declínio funcional.

Nas últimas décadas, a temática da fragilidade tem recebido cada vez mais atenção devido à elevada frequência da sua ocorrência e ao peso das suas consequências, não devendo ser encarada como uma condição inevitável do envelhecimento. No mais recente estudo europeu onde foi analisada a prevalência da fragilidade, detetou-se que Portugal apresenta 15,6% de idosos frágeis e 47,6% de idosos pré-frágeis⁽¹⁾.

Apesar do conceito de fragilidade ser universalmente aceite, a sua definição não é consensual. Enquanto uns autores definem a fragilidade como a presença de 3 ou mais dos seguintes critérios: fraqueza muscular, marcha lenta, baixa atividade física, autorrelato de exaustão e perda de peso involuntária⁽²⁾; outros referem que se trata de uma condição resultante do acúmulo de problemas físicos, funcionais, cognitivos ou sociais clinicamente relevantes e relacionados com o envelhecimento⁽³⁾. Outros autores, baseados em estudos mais recentes consideram que a fragilidade é um estado de vulnerabilidade resultante do declínio progressivo das reservas fisiológicas e de uma interação dinâmica e complexa entre fatores físicos, psicológicos e sociais com repercussão na qualidade de vida dos idosos, seus familiares e cuidadores⁽⁴⁾.

O atual estado da arte sugere que apesar das diferentes concetualizações e formas de rastreio, fatores sociodemográficos (idade avançada, género feminino, baixo nível socioeconómico), eventos traumáticos e críticos para a pessoa (morte de uma pessoa significativa, divórcio, acidente, hospitalização), fatores físicos (fadiga, reduzida força de preensão palmar, velocidade da marcha lenta, dificuldade em manter o equilíbrio, baixa atividade física, perda de peso não intencional, dificuldades auditivas e visuais), psicológicos (declínio cognitivo, do humor e coping) e sociais (relações sociais reduzidas) concorrem para a condição de fragilidade nos idosos⁽¹⁻⁶⁾.

Neste contexto, a fragilidade é cada vez mais reconhecida como um problema de saúde pública e, a identificação das condições e os fatores de risco modificáveis que concorrem para esta síndrome, assim como as barreiras que limitam a capacidade funcional, cognitiva e a participação nas atividades básicas e instrumentais da vida diária são primordiais.

É fulcral que os enfermeiros ao nível comunitário identifiquem precocemente a fragilidade nos idosos e intervenham no desenvolvimento de estratégias, gestão de sintomas ou redução do risco da incapacidade e dependência, de forma a alterar potencialmente o estado de fragilidade e assim serem prevenidos resultados adversos como as quedas, a incapacidade e maior risco de institucionalização e mortalidade⁽⁶⁻⁷⁾.

Apesar da fragilidade ser alvo de muitos estudos internacionais, não tem sido uma temática muito explorada pelos enfermeiros de reabilitação na comunidade e, sabendo que esta síndrome indicia risco de perda funcional, fator que afeta significativamente a

qualidade de vida e bem-estar dos idosos, torna-se uma janela de oportunidade para a intervenção dos enfermeiros de reabilitação para que se possam identificar as causas e desenvolver programas de prevenção e intervenção eficazes⁽⁸⁾.

Diante do exposto, sendo este estudo parte do projeto de investigação mais alargado "*Idosos frágeis no domicílio: Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação*" colocamos a seguinte questão de investigação: Qual o perfil de fragilidade dos idosos de uma unidade de saúde do norte de Portugal?

Em consonância com o referido, foi definido como objetivo: analisar o perfil de fragilidade dos idosos de uma unidade de saúde do norte de Portugal.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, transversal e com amostragem probabilística (seleção de 5 em 5 de uma lista de idosos inscritos em uma Unidade de saúde de uma região rural do norte de Portugal)⁽⁹⁾. Foram critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 65 anos, estar inscrito num Agrupamento de Centros de Saúde onde se desenvolve o estudo mais amplo, aceitar após convite participar no estudo de forma voluntária e informada e não possuir défices cognitivos graves, validados no início da entrevista. Foram excluídos idosos que apresentaram compromisso da comunicação, orientação, assim como dependência total nos autocuidados.

Os dados foram colhidos através de entrevistas não presenciais, via telefone, decorrente da situação de pandemia, que se suportavam num inquérito, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021 por 4 investigadores, todos Enfermeiros, previamente treinados e capacitados.

Antes do início das entrevistas foi feita a divulgação do início do estudo pelos padres da região.

Participaram do estudo 173 idosos que responderam de forma coerente e ajustada quer às questões formuladas no início da entrevista quer às questões integrantes do instrumento de colheita de dados da investigação. A amostra foi determinada a partir do cálculo para populações finitas, considerando intervalo de confiança de 90% e erro de amostragem de 5%. Para a colheita de dados foi utilizado um formulário estruturado, o qual se constituiu de questões referentes às variáveis em estudo e assim constituído por: características sociodemográficas (género, estado civil, fonte de rendimento, escolaridade, agregado familiar, cuidador principal), condições de saúde/doença (doenças crónicas, número de medicamentos, antecedentes de quedas) e o Índice de fragilidade de Tilburg (Tilburg Frailty Indicator-TFI). Este instrumento é constituído por 15 questões, distribuídas em três domínios, nomeadamente físico (oito questões), psicológico (quatro questões) e social (três questões). O resultado final varia entre 0 a 15 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é o nível de fragilidade, sendo que um resultado igual ou superior a seis indica que o idoso é frágil. Especificamente o score do domínio físico varia entre zero e oito; o do domínio psicológico entre zero e quatro; e o do domínio social entre zero e três⁽⁴⁾.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, com autorizações por parte do Conselho Diretivo da Unidade de Saúde e respetiva Comissão de Ética (Administração Regional de Saúde do Norte), conforme Parecer nº 24/2020, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Todos os participantes foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos adotados e garantia de anonimato e confidencialidade dos dados referentes à sua identificação.

Os dados foram introduzidos durante a entrevista numa base no aplicativo Excel e posteriormente exportados para o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0 afim de se proceder ao tratamento estatístico, sendo que de acordo com a natureza das variáveis e os objetivos do estudo, recorremos à análise descritiva⁽⁹⁾. As variáveis contínuas foram representadas através de medidas de tendência central, nomeadamente a média (M), a moda (M_0), e a mediana (M_d), e como medida de dispersão foi utilizado desvio padrão (σ). As variáveis nominais foram descritas através da distribuição de frequências, nomeadamente frequências absolutas (N) e relativas (%). A assimetria da amostra foi avaliada através do coeficiente de assimetria de Pearson e análise de diagrama de extremos e quartis.

Para análise da associação entre a condição de fragilidade e as condições sociodemográficas e de saúde e atendendo à distribuição assimétrica da amostra foram utilizados os testes Mann Whitney, Kruskal-Wallis, Qui-quadrado e correlação de Pearson, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 173 idosos, sendo 107 (61,8%) mulheres e 66 (38,2%) homens. A idade da população estudada variou de 65 a 97 anos, com idade média de 81,11 ($\pm 7,550$) anos. A idade média das mulheres foi 80,71 \pm 7,816 (65-95 anos) e dos homens foi 81,76 \pm 7,108 (66- 97 anos). Ao nível do estado civil, 59,5% são casados, 35,3% viúvos, 3,5% solteiros e 1,7% divorciados.

Em relação ao grau de escolaridade, a maioria (73,4%) declarou ter o 1º ciclo do ensino básico, 13,9% afirmaram ser analfabetos e 12,7% tinham entre o 2º ciclo do ensino básico e o ensino superior. Relativamente à fonte de rendimento, a maioria (98,8%) vivia com o apoio da reforma. No que concerne ao agregado familiar, a maioria (46,8%) vive apenas com o cônjuge com idade média de 78,92 (\pm 7,101), 13,3% vive só e os restantes têm um agregado entre 3 e 6 pessoas. A maioria (52%) refere não ter cuidador principal, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de idosos (n = 173) – Portugal, 2021

Variáveis	N	%
Género		
Feminino	107	61,8%
Masculino	66	38,2%
Idade		
65-70	17	9,8
71-75	25	14,5
76-80	38	22,0
81-85	40	23,1
>85	53	30,6
Estado civil		
Casado (a)/união de facto	103	59,5%
Viúvo (a)	61	35,3%
Solteiro (a)	6	3,5%
Divorciado (a)	3	1,7%
Fonte de rendimento		
Reforma	171	98,8%
Trabalho	2	1,2%
Cuidador Principal		
Sim	83	48%
Não	90	52%
Escolaridade		
Analfabeto	24	13,9%
1ºciclo	127	73,4%
2ºciclo	8	4,6%
3ºciclo	2	1,2%
Ensino secundário	9	5,2%
Ensino superior	3	1,7%

Em termos de perceção da saúde, 44,5% considera a sua saúde como aceitável, 28,3% boa, 19,7% má, 6,9% muito boa e 0,6% excelente. No que diz respeito à condição de saúde/doença, destacam-se os seguintes processos patológicos: Doença musculoesquelética (79,7%), Doença cardiovascular (56,1%), Doença endócrina (30,7%), Doença psiquiátrica (28,8%) e Doença respiratória (19,7%). Apenas 2,9% não toma medicamentos, sendo que os restantes 97,1% consomem em média 5,24 ($\pm 2,359$) medicamentos. A história de uma ou mais quedas nos últimos 6 meses esteve presente em 29,4% dos idosos.

Relativamente aos determinantes da fragilidade, os idosos referiram que durante o último ano 30,4% passou por uma doença grave em si próprio, tendo que 27,7% recorrer ao Serviço de Urgência e 13,9% esteve internado, 20,1% vivenciou uma doença grave numa pessoa significativa para si e 13,5% assistiu mesmo à morte de uma pessoa querida.

De acordo com o Índice de Tilburg, considerando os critérios definidos no modelo, ou seja, critério de fragilidade se pontuação igual ou superior a seis, passou-se a uma análise da prevalência da fragilidade, tendo-se verificado que 60,7% dos idosos da amostra eram frágeis, conforme gráfico 1.

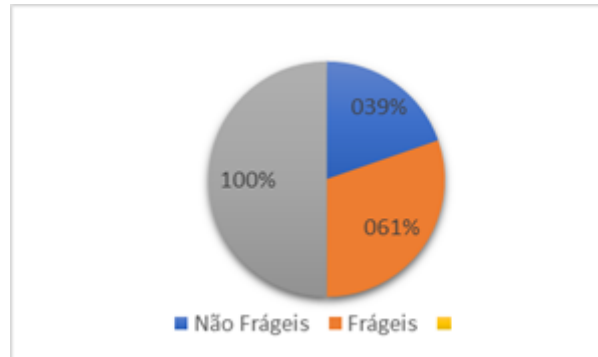


Gráfico 1 - Representação da fragilidade na amostra de idosos (n = 173) – Portugal, 2021

Analisando o perfil dos idosos frágeis, verificou-se que a condição de ser frágil prevaleceu em 67,6% das mulheres e 32,4% dos homens, com associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p= 0,025$). Também o estado civil se correlaciona significativamente com a fragilidade ($p= 0,010$), tendo-se verificado maior score no Índice de Tilburg entre os solteiros ($11,17 \pm 1,94$), seguindo-se os viúvos ($7,33 \pm 3,797$), casados ($6,69 \pm 3,62$) e divorciados ($3,67 \pm 2,08$).

Relativamente à idade, verificou-se que a maioria (26,7%) dos idosos classificados como frágeis tinham idade superior a 85 anos, sendo que 24,8% tinham entre 81 e 85 anos, 21,9% entre 76 e 80 anos e os restantes idade inferior a 75 anos.

A perceção de saúde também se correlacionou significativamente com a fragilidade ($p < 0,001$), tendo-se verificado maior score no Índice de Tilburg entre os idosos com pior perceção de saúde, ou seja, má perceção de saúde ($9,92 \pm 2,76$), seguindo-se aceitável perceção de saúde ($8,31 \pm 3,23$), boa perceção de saúde ($4,16 \pm 2,25$), muito boa perceção de saúde ($2,58 \pm 1,38$) e excelente perceção de saúde (2 ± 0).

Também o número de doenças e o número de medicamentos se correlacionou com a fragilidade ($p < 0,001$ em ambas), tendo-se verificado que os idosos frágeis descrevem em média $4,21 (\pm 1,66)$ doenças crónicas e 73,3% consomem 5 ou mais medicamentos, conforme tabela 2.

Tabela 2- Características dos idosos associadas à fragilidade (n = 173) – Portugal, 2021

Variáveis	Correlação com a Fragilidade
	p*
Género feminino	0,025
Estado civil solteiro	0,001
Maior número de medicamentos	<0,001
Maior número de doenças	<0,001
Pior Perceção de Saúde	<0,001

p* - teste Kruskal-Wallis; $p < 0,05$ - Estatisticamente significativo

A pontuação média total do Índice de Tilburg da amostra foi de $7,0173 (\pm 3,72)$, enquanto que para os idosos frágeis foi de $9,5048 (\pm 2,38635)$, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Pontuação do Índice de Tilburg (n = 173) - Portugal, 2021

Pontuação	Total		Frágeis		Correlação
	M	σ	M	σ	p*
Dimensão Física	3,89	2,21	5,23	1,58	<0,001
Dimensão psicológica	2,20	1,39	3,0	0,93	<0,001
Dimensão social	0,92	0,81	1,24	0,79	<0,001
Total	7,02	3,72	9,50	2,39	

Kruskal-Wallis; $p < 0,05$ - Estatisticamente significativo

A maioria dos idosos frágeis (83,8%) sofreu influência cumulativa das dimensões física, psicológica e social e, analisando detalhadamente cada uma das dimensões verificou-se que a maioria sente cansaço físico (88,6%) e que não está fisicamente saudável (73,3%), tem dificuldade na visão (81%), em manter o equilíbrio (74,3%), em andar (66,7%) e dificuldade na audição (55,2%). A falta de força nas mãos também é prevalente nos idosos frágeis (55,2%).

Relativamente à dimensão psicológica, verificamos que a perceção de sentir-se em baixo e ansioso no último mês foi bastante frequente, 92,4% e 85,7% respetivamente. Com relação à dimensão social, destacamos o relato da sensação de ter falta de pessoas à sua volta (83,8%).

Em síntese o perfil dos idosos frágeis inscritos nesta Unidade de saúde é do género feminino, solteiro, reformado, com 1º ciclo de escolaridade, com comorbilidades, polimedicados, baixa perceção de saúde e influenciado pelas condições físicas, psicológicas e sociais de cada pessoa.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados anteriormente expostos, verificamos que esta é uma amostra predominantemente do género feminino, com uma média de idades de 81,11, casados e com o primeiro ciclo de escolaridade, corroborando vários estudos internacionais que referem que a fragilidade tem maior incidência nas mulheres idosas, com idade mais avançada e com grau de escolaridade menor^(5,10-11).

Vários autores referem que a síndrome de fragilidade parece ter maior incidência em mulheres idosas pela maior perda fisiológica de massa muscular, que pode estar relacionada à redução dos níveis de testosterona, terem menor massa magra e ingestão nutricional inadequada, potenciando o desenvolvimento de sarcopenia e a síndrome de fragilidade⁽¹²⁻¹³⁾. Também as condições experimentadas pelas mulheres idosas ao longo de suas vidas, como o desempenho de tarefas domésticas, vida social circunscrita e pouca independência económica potenciam a condição de fragilidade⁽¹⁴⁾.

A associação encontrada neste estudo entre o estado civil, maioritariamente solteiros e viúvos e a fragilidade não difere de muitos estudos. Num estudo com idosos taiwaneses de 65 anos de idade ou mais, o estado civil solteiro/viúvo apresentou-se como fator de risco para a fragilidade⁽¹⁵⁾. Um estudo com 958 idosos brasileiros observou maior proporção de idosos frágeis a viver sós⁽¹⁶⁾. A presença de um companheiro e a retaguarda familiar são fatores protetores da fragilidade social, apoiando na situação económica, resolução de problemas, promoção da saúde e gestão do processo de envelhecimento. Porém, os idosos que optam por morar sozinhos podem ser menos frágeis⁽¹¹⁾.

As multimorbilidades e a polimedicação, mais concretamente 5 ou mais medicamentos, também estiveram associadas à condição de fragilidade, o que vai de encontro com diversos estudos internacionais^(10,16-17). Sabe-se também que uma elevada utilização de medicamentos pode afetar negativamente a qualidade de vida do idoso devido à maior probabilidade de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas. Contudo, estes mesmos medicamentos são os que muitas vezes ajudam a prolongar a longevidade⁽¹⁸⁾. Relativamente às comorbilidades, diversos estudos têm demonstrado que idosos que apresentam comorbilidades são mais propensos a serem frágeis. Não só as doenças crónicas como a sua sintomatologia podem ampliar o risco de fragilidade^(1-2,10).

Quanto à representação da fragilidade é evidente o impacto desta na população, em que 60,7% foram considerados frágeis, corroborando com a literatura internacional que tem encontrado grandes prevalências de fragilidade em idosos. Num estudo com idosos holandeses de 75 anos ou mais residentes no domicílio foi detetado uma prevalência de 47% de fragilidade⁽⁴⁾.

A percepção do estado de saúde associou-se à condição de fragilidade, corroborando estudos prévios⁽¹⁹⁾. A literatura enfatiza que os idosos frágeis apresentam menor qualidade de vida relacionada com a saúde e por isso pior a percepção do estado de saúde⁽²⁰⁾.

Relativamente às dimensões que contribuem para a fragilidade verificou-se que a maioria dos idosos sofre influência cumulativa das dimensões física, psicológica e social, o que vai de encontro ao descrito num estudo recente que refere que as queixas psicológicas dos idosos frágeis contribuem para um maior risco de desenvolver doenças físicas, sendo que estas agravam a fragilidade psicológica e, o suporte e a rede social influenciam as dimensões física e psicológica da fragilidade⁽⁵⁾.

A dificuldade em andar foi frequentemente descrita no autorrelato dos idosos frágeis, corroborando vários autores que descrevem este foco de atenção como um importante marcador da fragilidade^(5,20). Neste sentido, a intervenção do enfermeiro de reabilitação torna-se primordial.

Também a exaustão foi outro dos sintomas associados à fragilidade nesta amostra, indo de encontro aos relatos de vários autores que referem que a fadiga e a exaustão nos idosos frágeis são variáveis muito prevalentes^(1,21-22).

Relativamente aos problemas sensoriais verificou-se que os problemas de audição e visão potenciam o risco de fragilidade, corroborando vários estudos que denotam que a diminuição da acuidade visual e auditiva em idosos está associada ao desenvolvimento de fragilidade e quedas⁽²²⁻²³⁾.

Contudo, apesar da influência das várias dimensões da fragilidade, verificou-se que cada idoso apresenta diferentes necessidades e problemas, alvo da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Enquanto uns necessitam de maior intervenção na promoção da independência funcional, outros necessitam de aprender a gerir o stress, a ansiedade e o isolamento social.

Esta singularidade justifica uma intervenção individualizada do enfermeiro de reabilitação no domicílio dos idosos frágeis atendendo às necessidades específicas de cada um, sem expor os receios ou medos dos idosos em contexto de grupo, tal como alguns autores referem⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Apontam-se como limitações do estudo o fato de ser do tipo transversal, realizar-se num contexto geográfico específico, bem como utilizar informações de autorrelato. Investigações longitudinais são necessárias para tornar mais robustas as inferências quanto aos fatores preditores da fragilidade.

CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação encontrou uma representação da fragilidade de 60,7% dos idosos. Os idosos frágeis apresentaram um perfil marcado pelas comorbilidades, polimedicação e a autopercepção de saúde deficitária. Os problemas sensoriais, como a dificuldade de visão e audição, a percepção de sentir-se em baixo, com cansaço físico, com sintomatologia de ansiedade, assim como a dificuldade no equilíbrio, no andar e a falta de força nas mãos foi bastante prevalente na população de idosos frágeis.

A compreensão dos fatores associados à fragilidade, considerando sua natureza multifatorial, são ferramentas primordiais para o diagnóstico e intervenção precoce, prevenção, reabilitação e promoção da saúde. Desta maneira, recomenda-se a avaliação da fragilidade nos cuidados de saúde primários a fim de aprimorar a saúde da população idosa.

Apesar das limitações referidas, este estudo pode contribuir para a melhor compreensão da epidemiologia da fragilidade nesta população e demonstra a necessidade dos idosos serem acompanhados por enfermeiros de reabilitação para melhorar as condições de risco de fragilidade ou as condições que contribuem para a fragilidade.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: ACAF; MMM; JALA; OMPRL

Metodologia: ACAF; MMM; JALA; OMPRL

Validação: ACAF; MMM; JALA; OMPRL

Análise formal: ACAF; MMM; JALA; OMPRL

Investigação: ACAF; MMM; JALA; OMPRL; EFF; JMF

Tratamento de dados: ACAF; MMM; OMPRL

Preparação do rascunho original: ACAF; MMM; JALA; OMPRL; EFF; JMF

Redação e edição: ACAF; MMM; JALA; OMPRL; EFF; JMF

Revisão: ACAF; MMM; JALA; OMPRL; EFF; JMF

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (Parecer nº 24/2020)

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado para publicar este trabalho foi obtido por todos os participantes.

Agradecimentos:

Os autores agradecem ao Aces Ave/Famalicão e a todos os participantes do estudo.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.

Referências

- Manfredi G, Midão L, Paúl C, Cena C, Duarte M, Costa E. Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(8):723-729. <https://doi.org/10.1111/ggi.13689>
- 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):146-56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 30; 173(5):489-95. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
- Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(5):338-43. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.09.015>.
- Gobbens RJJ, Van der Ploeg T. The Development of Multidimensional Frailty Over Seven Years A longitudinal study among Dutch community-dwelling older people using the Tilburg Frailty Indicator. *Archives Gerontol Geriatrics*. 2021;95:104393. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104393>.
- Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent progression of pre-frailty and frailty in older adults: a systematic review. *JBISIRIR-2017-003382*. <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003382>.
- Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 2019; 23(9):771-87. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>.
- Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 2016;387(10033):2145-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4).
- Negas E. Estatística descritiva - Explicação teórica, casos de aplicações e exercícios resolvidos. 2ª ed. Lisboa: Sílabo; 2021.
- Setiati S, Laksmi PW, Aryana IGPS, Sunarti S, Widajanti N, Dwipa L, et al. Frailty state among Indonesian elderly: prevalence, associated factors, and frailty state transition. *BMC Geriatrics*. 2019;19(1):182. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1198-8>.
- Souza D, Berlese D, Cunha G, Cabral S, Santos G. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. *Psic., Saúde & Doenças*, 2017, 18 (2), 420-433. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180211>.
- Gordon EH, Hubbard RE. Differences in frailty in older men and women. *Med J Aust*. 2020; 212(4):183-8. <http://dx.doi.org/10.5694/mja2.50466>.
- Rivas-Ruiz F, Machón M, Contreras-Fernández E, Vrotsou K, Padilla-Ruiz M, Díez Ruiz AI, et al. Prevalence of frailty among community-dwelling elderly persons in Spain and factors associated with it. *European Journal of General Practice*. 2019; 25(4):190-6. <https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1635113>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.12114>.
- Pegorari MS, Tavares DMS. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2014;22(5):874-82. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0213.2493>.

16. Pagno AR, Gross CB, Gewehr DM, Colet CdF, Berlezi EM. Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2018; 21:588-96. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180085>.
17. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(7):1432-1444. <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.13590>.
18. Júnior W, Carneiro J, Coqueiro R, Santos K, Fernandes M. Pré-fragilidade e fragilidade de idosos residentes em município com baixo índice de desenvolvimento humano. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* 2014, 22(4), 654-661. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-3169.3538.2464>.
19. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):448-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>.
20. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Augustijn H, Goumans M, van der Ploeg T. Prediction of Mortality by the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Journal of the American Medical Directors Association.* 2021;22(3): 607.e1-.e6. <https://doi.org/10.1016/j.ja>.
21. Sousa-Santos AR, Afonso C, Moreira P, Padrão P, Santos A, Borges N, et al. Weakness: The most frequent criterion among pre-frail and frail older Portuguese. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018; 74:162-168. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.10.018>.
22. Calado LB, Ferriolli E, Moriguti JC, Martinez EZ, Lima NK. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. *Sao Paulo Med J.* 2016; 134(5): 385-392. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0078180516>.
23. Kamil RJ, Betz J, Powers BB, et al. Association of Hearing Impairment With Incident Frailty and Falls in Older Adults. *J Aging Health.* 2016;28(4):644-660. <https://doi.org/10.1177/0898264315608730>.
24. Miu DKY. Visual Impairment Contributes to Frailty among a Group of Healthy Community Dwelling Older Population. *J Geriatr Med Gerontol.* 2018; 4:041. <https://doi.org/10.23937/2469-5858/1510041>.
25. Danilovich M, Corcos D, Eisenstein A, Marquez D, Hughes S. The Impact of Strong for Life on the Physical Functioning and Health of Older Adults Receiving Home and Community-Based Services. *Aging Soc.* 2017;7(2):1-10. <https://doi.org/10.18848/2160-1909/CGP/v07i02/1-10>.
26. Henwood T, Hetherington S, Purss M, Rouse K, Morrow J, Smith M. active@home: Investigating the Value of a Home Care Worker-Led Exercise Program for Older Adults With Complex Care Needs. *J Aging Phys Act.* 2019 Apr 1;27(2):284-289. <https://doi.org/10.1123/japa.2017-0443>.



Este trabalho encontra-se publicado com a [Licença Internacional Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Direitos de Autor (c) 2021 Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação