

## QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE EM IDOSOS QUE RESIDEM EM COMUNIDADES

Maria de Lourdes de Farias Pontes (1); Cleane Rosa da Silva (2); Rayane de Almeida Farias (3); Nivea Maria Izidro de Brito(4)

(1) *Universidade Federal da Paraíba, profa.lourdespontes@gamil.com*

(2) *Universidade Federal da Paraíba, cleane\_rosas@hotmail.com*

(3) *Universidade Federal da Paraíba, farias.almeidarayane@gmail.com*

(4) *Universidade Federal da Paraíba, niveamariaufpb@yahoo.com.br*

### RESUMO

A qualidade de vida em idosos é um conceito subjetivo, amplo e multifatorial, que resulta da interação entre pessoas em mudanças que vivem em sociedade e de suas relações intra, extraindividuais e comunitárias. Trata-se de um estudo transversal, teve por objetivo de averiguar a relação do estado de fragilidade com a qualidade de vida de idosos vulneráveis a fragilidade e os frágeis que vivem em comunidade. A amostra probabilística resultou na participação de 131 idosos residentes em 20 setores censitários do município de João Pessoa – PB. Os dados foram coletados mediante entrevistas domiciliares, utilizando instrumento contendo questões sociodemográficas; Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS); WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados foram analisados pela estatística descritiva. A média de idade foi de 75,4 (DP = 7,7) anos. Houve predominância do sexo feminino (74,0%), cor parda (45,0%), casados (45,0%), analfabetos (29,8%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (31,3%); predominância do estado aparentemente vulnerável à fragilidade entre os idosos (45,8%). O único domínio da qualidade de vida a apresentar diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) com os escores de fragilidade foi o físico. O conhecimento dos níveis de fragilidade favorece a identificação de grupos de riscos, auxiliando na formulação de plano de cuidado para os idosos frágeis, com vistas à promoção da saúde e sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso, Fragilidade, Qualidade de vida, Comunidade.

### ABSTRACT

Quality of life of elderly people is a subjective, broad and multifactorial concept resulting from the interaction of people who live in society undergoing changes, and from their community, intra- and extraindividual relationships. The aim of this cross-sectional study was to assess the quality of life of elderly individuals vulnerable to frailty and that of frail elderly individuals who live in community. The probabilistic sample resulted in the participation of 131 elderly individuals living in 20 census sectors in the municipality of João Pessoa, state of Paraíba. Data were collected by means of home interviews, using an instrument containing sociodemographic questions so as to characterize the elderly and to identify self-reported health care problems, namely: Edmonton Frail Scale (EFS); WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Data were analyzed using descriptive statistics. The average age was 75.4 (SD = 7.7) years. Patients were predominantly female (74.0%), mulatto (45.0%), married (45.0%), illiterate (29.8%), family income 1-2 minimum wages (31.3%); prevalence of apparently vulnerable state to the fragility of the elderly (45.8%). The only area of quality of life to present statistically significant difference ( $p = 0.001$ ) with the fragility of scores was physical. The knowledge of frailty levels favors the identification of risk groups, assisting to

elaborate a care plan towards frail elderly individuals, aimed to promote their health and quality of life.

**Descriptors:** Aged, Frailty; Quality of life; Community.

## INTRODUÇÃO

No Censo de 2010, o Brasil apresentou um total de 20.590.599 de idosos, representando 10,8% da população geral do país<sup>1</sup>. Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam, que em 2025, o Brasil será o sexto país, no mundo, em população idosa absoluta, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas<sup>2</sup>.

Essa mudança na estrutura etária da população brasileira implica a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias inerente à população jovem e o incremento das doenças crônicas, as quais tem maior prevalência entre os idosos. A mudança no perfil epidemiológico tem implicações diretas para os setores de saúde, pois os agravos crônicos estão relacionados aos cuidados de saúde de forma contínua e prolongada, maior número de internações hospitalares, maiores taxas de incapacidades e dependência<sup>3</sup>.

Nos dias atuais, a natureza multidimensional da fragilidade tem se destacado entre os pesquisadores que definem fragilidade como um estado multidimensional, heterogêneo e instável<sup>4</sup>. Outra definição, recentemente desenvolvida enfatiza a contribuição de diversos aspectos na determinação da fragilidade. Definem a fragilidade como um estado dinâmico que atinge o indivíduo, o qual experimenta perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico, social), determinado pela influência de vários fatores e que aumenta o risco de efeitos adversos<sup>5</sup>.

Assim, a síndrome da fragilidade aborda os aspectos físicos, psicológicos e sociais do idoso<sup>4,5</sup>. Desta forma, essa síndrome pode ser um componente do estado de saúde do idoso que pode afetar várias dimensões de sua QV. Como a compreensão é multidimensional, reveste-se de grande importância científica e social, uma vez que seus resultados poderão subsidiar o cuidado do enfermeiro e da equipe de saúde na formulação de intervenções que promovam a saúde e, sobretudo, previnam a fragilidade, contribuindo sobretudo para o seu bem-estar.

Considerando todos esses aspectos, o objetivo do presente estudo é averiguar a relação do estado de fragilidade com a qualidade de vida de idosos vulneráveis a fragilidade e os frágeis que vivem em comunidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa observacional, do tipo transversal, realizada na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba – Brasil, cuja amostra foi composta por 240 idosos de 60 anos ou mais. O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerado, de duplo estágio. No primeiro estágio, foram sorteados vinte setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios, entre os 617 setores do município. No segundo, os idosos acima de 60 anos.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a sessenta anos; residir nos setores censitários do município delimitados no processo de amostragem, de ambos os sexos, aparentemente vulnerável ou apresentar algum grau de fragilidade.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio dos idosos, no período de abril a junho de 2011. As variáveis mensuradas nesta pesquisa e os instrumentos utilizados para captar os dados foram: roteiro estruturado contendo questões específicas para identificar variáveis sociodemográficas, idade, sexo, cor da pele, estado civil, renda, escolaridade e arranjo familiar e o número de morbidade. A fragilidade foi avaliada a partir da **Edmonton Frail Scale – EFS**<sup>6</sup>, que é formada por nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os escores para a análise da fragilidade proposto por essa escala são: 0 – 4: não apresentam fragilidade; 5 – 6: aparentemente vulnerável; 7 – 8: fragilidade leve; 9 – 10: fragilidade moderada; 11 ou mais: fragilidade grave. No Brasil, essa escala foi validada e adaptada culturalmente numa população de idosos do município de Ribeirão Preto - São Paulo<sup>(9)</sup>.

A QV foi investigada a partir de dois instrumentos: **WHOQOL-BREF**, instrumento genérico de QV que apresenta fortes correlações entre o escore total do módulo

WHOQOL-100. Foi validado e aplicado na população brasileira<sup>7</sup>. Este instrumento é composto por vinte e seis itens, dois dos quais são gerais e os 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100). As questões formam quatro domínios: o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente. **WHOQOL-OLD** - Instrumento específico para avaliar a QV em idosos, que foi desenvolvido e validado no Brasil<sup>8</sup> com apoio do Grupo WHOQOL<sup>9</sup>. É composto por vinte e quatro itens com resposta por escala tipo Likert de 1 a 5, divididos em seis facetas (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade).

Para a organização dos dados, foi construída uma planilha de dados no Programa Excel, contendo a codificação e um dicionário de todas as variáveis, o qual foi alimentado empregando-se a técnica de validação por dupla digitação. Após essa etapa, todos os dados foram importados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows, versão 19.0 para análise.

Para descrever e analisar os dados, foram calculadas as medidas de distribuição para variáveis qualitativas e utilizado o teste t de Student para comparar as médias entre dois grupos ou seu correspondente não paramétrico, o teste de Mann-Whitney. A análise de variância (Anova) foi utilizada para a comparação de três ou mais grupos ou seu correspondente não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (Processo N° 806/10), em 14 de dezembro de 2010. A pesquisa foi norteadada pela Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde<sup>10</sup>. Saliencia-se que esta pesquisa é parte da Tese da autora intitulada: Qualidade de Vida e Fragilidade em idoso na comunidade, apresentada em 2013, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

## RESULTADOS

Entre os 131 idosos estudados observou-se que 32,1% dos idosos pertenciam à

faixa etária de 80 anos ou mais, com média de 75,4 (DP = 7,7) anos. Entre os entrevistados 74% eram mulheres; de cor da pele parda (59 - 45%) e analfabetos (39 - 29,8%), com uma média de 5,5 anos de estudos (DP = 5,7). Quanto ao estado civil (59 - 45%), eram de casados, com renda familiar oscilou entre um e dois salários mínimos (41 - 31,3%), com uma variação de uma renda mínima de R\$ 250,00 a R\$ 28.000,00 e uma mediana de R\$ 1.200,00; o arranjo familiar mais frequente foi o trigeracional - idoso, filho e neto (42 - 32,1%).

A fragilidade é uma síndrome multidimensional, heterogênea e dinâmica, que se diferencia da incapacidade e do processo de envelhecimento e é amplamente concebida como um estado de vulnerabilidade<sup>11</sup>.

Nesta pesquisa a maior parte dos idosos era aparentemente vulnerável (60 - 45,8%), seguido daqueles que apresentaram fragilidade leve (39 - 29,8%), moderada (21 - 16%) e a grave (11 - 8,4%). Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa desenvolvida com 240 idosos que residiam na comunidade em Ribeirão Preto - São Paulo, utilizando também a EFS, demonstrando que 24,6% dos idosos eram aparentemente vulneráveis, e 34,1% apresentaram diferentes níveis de fragilidade - 18,3% fragilidade leve, 11,3%, moderada e 9,6%, severa<sup>12</sup>.

Ao comparar os domínios e facetas da qualidade de vida O Domínio "Relações Sociais" apresentou maiores médias dos escores entre os idosos que eram aparentemente vulneráveis a fragilidade, como também naqueles que apresentaram uma fragilidade leve, moderada ou grave. Porém, o "Físico" mostrou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ). Quanto ao WHOQOL-OLD, a Faceta Intimidade apresentou maiores médias entre os aparentemente vulneráveis como para aqueles idosos que apresentaram algum estado de fragilidade. Porém não apresentou nenhuma diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação das médias dos domínios e as facetas da QV segundo os estados de fragilidade. João Pessoa - PB, 2011.

Domínios	Estados de Fragilidade			p-valor
	Aparentemente vulnerável	Fragilidade leve	Fragilidade moderada	
			Fragilidade grave	

	Média (DP)	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)	
<b>WHOQOL-BREF</b>					
Domínio Físico	61,42 (14,53)	53,57 (14,07)	48,97 (18,07)	46,42 (17,78)	0,001*
Domínio Psicológico	63,47 (13,53)	61,43 (12,95)	58,53 (16,10)	53,40 (13,28)	0,120*
Domínio Relações Sociais	68,19 (13,41)	67,52 (14,02)	67,06 (15,69)	71,21 (13,10)	0,934**
Domínio Ambiental	57,18 (12,94)	54,48 (10,84)	54,61 (15,29)	55,96 (13,21)	0,731*
<b>WHOQOL-OLD</b>					
Habilidades Sensoriais	40,72 (17,31)	40,06 (14,81)	44,64 (15,34)	53,40 (17,08)	0,082*
Autonomia	57,60 (15,86)	50,64 (17,95)	48,80 (13,49)	49,43 (11,33)	0,055*
Atividades passado-presente-futuro	60,41 (15,84)	61,69 (11,92)	60,41 (14,02)	57,95 (17,69)	0,989**
Participação Social	57,50 (16,06)	56,89 (14,32)	56,25 (17,67)	45,45 (16,55)	0,169**
Morte e Morrer	24,37 (24,99)	29,64 (26,31)	38,98 (29,96)	32,95 (27,25)	0,207**
Intimidade	64,58 (18,03)	65,06 (16,07)	60,71 (16,43)	62,50 (14,79)	0,452**

(\*) ANOVA 1 Fator

(\*\*) Tese de Kruskal-allis

A relação do Domínio Físico do WHOQOL-BREF com os estados de fragilidade demonstra a importância do componente físico na determinação da QV do idoso frágil ou com risco de fragilidade, que é uma síndrome clínica de desenvolvimento progressivo, que envolve vários fatores e sistemas orgânicos<sup>13</sup>. Uma revisão sistemática realizada, no período 1997 a 2009, com o objetivo de abordar as definições clínicas operacionais, critério de seleção e medidas de severidade de fragilidade, mostrou que os fatores de identificação para a fragilidade mais comum foram: funcionamento físico, velocidade da marcha e cognição<sup>14</sup>.

Em uma pesquisa transversal realizada, em Montreal, Quebec no Canadá, com 83 idosos residentes em comunidades, cujo objetivo foi o de comparar o desempenho de idoso frágeis e não frágeis em relação às variedades de habilidade cognitiva e de QV<sup>15</sup>, os autores utilizaram três dos cinco sintomas de fragilidade<sup>16</sup>: (1) fraqueza muscular, velocidade da caminhada lenta, cansaço, sedentarismos e perda involuntária de peso; (2) uma pontuação de 28 a 36 pontos do Teste de desempenho físico modificado<sup>17</sup>; (3) índice de fragilidade<sup>18</sup>. Para avaliar a QV foi usado o questionário Inventário Sistêmico da QV – QLSI<sup>19</sup>, um instrumento com nove subescalas: saúde física, atividades de lazer, social / familiar, afetividade, cognição, finanças, satisfação conjugal e espiritualidade. Os resultados sugerem que a fragilidade pode afetar significativamente a capacidade física e funcional dos idosos. Quanto à QV, os dados indicam que a fragilidade pode gerar um impacto negativo sobre a autopercepção de saúde física, capacidade geral de saúde, cognição, afetividade. Em outros domínios, como espiritualidade, satisfação conjugal e finanças, não apresentou diferença entre os idosos frágeis e os não frágeis.

O domínio “Físico” do WHOQOL-BREF avalia o impacto da dor e do desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho<sup>7</sup>. Vale ressaltar que todos estes aspectos estão inter-relacionados a síndrome de fragilidade, o que pode colaborar mais ainda com o declínio da QV do idoso frágil. Nesta perspectiva, um cuidado que contemple a avaliação do estado funcional dos idosos, previna e controle as morbidades crônicas, promova incentivo às atividades físicas, ao autocuidado, à autonomia e ao incentivo a atividades sociais contribuirá com a melhoria da QV desses indivíduos.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, constatou-se que o estado de fragilidade influencia significativamente o Domínio Físico da qualidade de vida dos idosos pesquisados, avaliado pelo WHOQOL-BREF. Tal achado demonstrando a importância do componente físico na determinação da QV do idoso frágil ou com risco de fragilidade.

O conhecimento da dinâmica dos estados de fragilidade ao longo do tempo favorece a identificação de grupos de riscos e auxilia no planejamento de plano de cuidado para os idosos frágeis, com vistas à promoção de sua saúde e à prevenção de resultados adversos, o que contribui com a qualidade de vida desses, conseqüentemente, com a diminuição dos gastos públicos do sistema de saúde.

Tendo em vista a abordagem utilizada, acredita-se que este estudo tem implicações e desdobramentos para a pesquisa gerontológica e a prática de enfermagem. Em relação à pesquisa, os resultados deste estudo servirão para nortear novos estudos, com outros grupos de idosos, em outros contextos, buscando-se assim, contribuir para a construção do conhecimento sobre diversos aspectos da QV na fase do envelhecimento e sua relação com a fragilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/perfilidoso/>; 2010.
2. World health organization (Who). Active ageing: a policy framework. Geneve, 2002.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
4. Rolfson DB, Tsuyuki RT, Tahir A, Rochwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing, v. 35, p. 526-529, Jun. 2006. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/526.full.pdf+html>. Acesso em: 3 mar. 2012.
5. 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., Hagerstown, v. 11, n. 5, p. 338-43, 2010.
6. Fabrício-wehbe SSC. Adaptação cultural da “Edmonton Frail Scale” (EFS): escala da avaliação de fragilidade em idosos. 2008. 165. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Revista Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-83.
8. Chachamovich E, Fleck MP, Trentini C. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MPA. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 102-11.
9. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995; 41(10): 1403-9.
10. Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.
11. Hogan D, Macknight C, Bergman H. Models, definitions and criteria of frailty. Aging



- Clin. Exp. Res., Milano, v. 15, p. 1–29, 2003. Supplement 1.
12. Fhon JRS. A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional, 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
13. Xue QL. The frailty syndrome: definition and natural history. Clin. Geriatr. Med., Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 1–15, Feb. 2011. WALSTON, J. et al. Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities. Arch. Intern. Med., Chicago, v. 162, n. 20, p. 2333 - 41, 2002.
14. Sternberg AS, Wershof SA, Karunanathan S, Bergman H, Mark CA. The identification of frailty: a systematic literature review. J. Am. Geriatr. Soc., Malden, v. 59, n. 11, p. 2129–38, 2011.
15. Langlois F, Vu TT, Kergoat MJ, Chassé K, Dupuis G, Bherer L. The multiple dimensions of frailty: physical capacity, cognition, and quality of life. Int. Psychogeriatr., Cambridge, v. 24, n. 9, p. 1429–36, 2012.
16. Fried, LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci., Washington, DC, v. 56, n. 3, p. 46-57, Mar. 2001.
17. Brown, M, Sinacore DR, Binder EF, Kohrt WM. Physical and performance measures for the identification of mild to moderate frailty. J. Gerontol. A Med. Sci., Washington, DC, v. 55, n.6, p. 350–5, 2000.
18. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. J. Am. Geriatr. Soc., Malden, v. 53, n. 6, p. 1069, 2005.
19. Duquette RL, Dupuis G, Perrault J. A new approach for quality of life assessment in cardiac patients: rationale and validation of the Quality of Life Systemic Inventory. Can. J. Cardiol., Oakville, v. 10, n. 1, p. 106–12, 1994.