

FRAGILIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS PELA EDMONTON FRAIL SCALE

Rafaella Felix Serafim Veras (1); Valkênia Alves Silva (1); Ana Paula Feles Dantas (2);
Mayara Muniz Peixoto Rodrigues (3); Jacira dos Santos Oliveira (4)

Universidade Federal da Paraíba, rafafsv@gmail.com

Resumo: A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde de idosos. O objetivo do estudo foi verificar a presença de fragilidade em um grupo de idosos hospitalizado, por meio da aplicação da *Edmonton Frail Scale*. Realizou-se estudo transversal, descritivo, com objetivo de identificar a presença de fragilidade em idosos hospitalizados, através da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmont. Foram entrevistados 81 idosos. Houve predomínio do sexo feminino, faixa etária de 60 a 69 anos de idade, baixa escolaridade e renda própria. Desses, 46,9% apresentaram algum nível de fragilidade entre leve, moderada e severa. Conclui-se que escala é adequada para avaliação de fragilidade podendo contribuir para a identificação precoce dos idosos mais vulneráveis à fragilização.
DESCRITORES: Idoso, Fragilidade, Hospitalização.

Introdução

O aumento de idosos na população mundial promoveu importantes mudanças no perfil de morbimortalidade com predomínio das doenças crônico-degenerativas (DCNT), tal fato, está relacionado à diminuição da taxa de fecundidade e do coeficiente de mortalidade influenciando expressivamente no aumento da expectativa de vida. Essa associação pode influenciar na capacidade funcional do idoso, tornando-o vulnerável, dependente e frágil (OLIVEIRA; NOVAES, 2013; SALMAZO-SILVA et al., 2012).

Corroborando com essa afirmação, Borges et al. (2013) refere que a associação das DCNT com o processo de envelhecimento pode afetar a capacidade funcional do idoso, deixando-o vulnerável e dependente de cuidados, tornando-o frágil.

Para Cruz et al. (2017) a fragilidade pode ser concebida como um conceito em evolução, pois não há definição consensual entre os pesquisadores. Isso implica diferentes ferramentas e formas de avaliação. Pode ser definida como uma síndrome que está relacionada há diminuição da reserva energética e da resistência aos estressores, o que acarreta um declínio dos sistemas fisiológicos e diminuição da eficiência da homeostase em situações de estresse, como, por exemplo, variações no estado de saúde (FRIED et al. 2004). Outros autores consideram importante a inclusão de outros fatores no conceito como como cognição, humor e suporte social, evidenciando o aspecto multidimensional (ROLFSON et al. 2006).

De acordo com Fried et al. (2004), evidencia-se a presença de fragilidade a partir de um tripé de alterações: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, que irão compor o fenótipo da fragilidade.

Entre seus sinais e sintomas físicos, podem estar presentes três ou mais das seguintes características: fadiga, perda de peso sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão reduzida e alteração no tempo da marcha e do equilíbrio, resultando na diminuição das habilidades para executar tarefas da vida diária (FYED et al., 2001).

Assim, a concepção de fragilidade, no contexto da pessoa idosa, implica maiores riscos de incapacidades, de institucionalização, de hospitalização e de morte, cabendo à equipe de saúde realizar a triagem dessa população para os indicadores de risco de fragilidade, (SILVA; SOUZA; D'ELBOUX, 2012).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) os idosos considerados frágeis situam-se dentre os grupos populacionais com maior vulnerabilidade, e que, uma vez reconhecida a condição de fragilidade, sejam utilizados recursos para minorá-la ou revertê-la (BRASIL, 2006).

Dessa forma, torna-se necessário que a identificação precoce da fragilidade seja inserida como parte da avaliação do idoso hospitalizado, para que as incapacidades advindas pela ocorrência desses eventos possam ser tratadas, com melhor prognóstico, quando identificadas nos primeiros meses de seu surgimento (STORTI et al., 2013). Assim, para que essa identificação seja possível faz-se necessário o conhecimento de instrumentos/escalas de fácil entendimento e aplicação por profissionais da saúde, tornando-se possível o desenvolvimento de intervenções clínicas e estratégias que possam prevenir ou minimizar os efeitos dessa síndrome na qualidade de vida do idoso.

Portanto, a PNSPI sugere a utilização de um ferramenta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas, a *Edmonton Frail Scale* (EFS). Trata-se de escala abrangente, uma vez que considera aspectos relativos a cognição, humor e suporte social, que também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos. Essa escala foi validada e considerada confiável para uso rotineiro. (FABRÍCIO-WEHBE, 2008).

De acordo com Jesus et al. (2017), a identificação de idosos frágeis é importante para rastrear a síndrome nas fases iniciais, o que despertará ações para erradicar, prevenir e retardar sua ocorrência de maneira integrada por meio do rastreio tanto nos serviços quanto em pesquisas.

Dessa forma o objetivo do estudo foi verificar a presença de fragilidade em um grupo de idosos hospitalizado, por meio da aplicação da *Edmonton Frail Scale*.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa, que foi desenvolvida entre os meses de fevereiro a agosto de 2018 nas unidades de internação adulta (clínica médica e cirúrgica) de um hospital universitário localizado no município de João Pessoa – PB. A população do estudo foi composta por 81 idosos, obedecendo-se os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, cognição preservada de acordo com o Miniexame do Estado Mental e Fragilidade confirmada por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; FABRÍCIO-WEHBE, 2008).

Para a caracterização dos idosos, utilizou-se um questionário com variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele, estado civil, número de pessoas que vivem na casa) e socioeconômicas (escolaridade, renda do idoso e renda familiar). Para avaliar a fragilidade foi utilizada a *Edmonton Frail Scale*, adaptada culturalmente para a língua portuguesa no Brasil, considerada confiável, válida e de fácil aplicação, mesmo por profissionais não especializados em geriatria ou gerontologia. 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 é avaliada por meio do “Teste do Relógio”. Os domínios ‘estado geral de saúde’, ‘independência funcional’ e ‘suporte social’ são avaliados por meio de questões de múltipla escolha (três ou cinco itens de resposta - escala tipo Likert). Os domínios ‘uso de medicamentos’, ‘nutrição’, ‘humor’ e ‘continência’ são avaliados por meio de respostas dicotômicas autoexcludentes (“sim” ou “não”). O domínio ‘desempenho funcional’ é medido por meio do teste “Levante e Ande Cronometrado”. 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 11 ou mais, fragilidade severa.

Os dados foram processados por meio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences - SPSS versão 20.0*, sendo utilizada a estatística descritiva para análise dos dados e apresentação por meio de tabelas e gráficos.

Foram respeitados os preceitos éticos e legais seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, sob o número de parecer 2457518 e CAAE nº 80975817.0.0000.5183

Resultados e discussão

Quanto à caracterização sociodemográfica dos idosos frágeis, observou-se que a maioria tinha entre 60 e 70 anos (49%); eram do sexo feminino (51,9%); 51 (63%) idosos afirmaram ser casados ou morar junto com seus companheiros. Quanto à religião 62 (76,5%) eram católicos; não alfabetizados 32 (39,5%) e com renda individual mensal \leq a 1 salário mínimo, proveniente da aposentadoria 61 (75,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos, segundo dados sociodemográficos e econômicos. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=81).

Variáveis	n (%)
Idade (em anos)	
60 a 69 anos	49(60,5)
70 a 79 anos	25(30,9)
80 anos ou mais	7(8,6)
Sexo	
Feminino	42(51,9)
Masculino	39(48,1)
Estado civil	
Casado/Morando junto	51(63,0)
Viúvo	14(17,3)
Solteiro	6(7,4)
Separado/Divorciado	10(12,3)
Religião	
Católico	62(76,5)
Evangélico	18(22,2)
Sem religião	01 (1,2)
Escolaridade (em anos)	
Não alfabetizado	32(39,5)

1 a 4 anos	20(24,7)
5 a 10 anos	19(23,5)
Acima de 10 anos	10(12,3)

Renda individual mensal*

≤ 1 SM**	59(72,8)
> 2 SM; ≤ 4 SM	19(23,5)
> 5 SM; ≤ 7 SM	2(2,5)
> 8 SM	1(1,2)

Fonte

Aposentadoria	61(75,3)
Pensão	12(14,8)
Trabalho Próprio	5(6,2)
Outras	3(3,7)

* Renda individual mensal em valor salário mínimo atual, R\$954,00;

**SM: Salário mínimo.

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelham-se às observadas em outros estudos realizados no Brasil, com predominância de mulheres, com baixa escolaridade e que professavam a religião católica e renda mensal de ≤ a 1 salário mínimo (FERNANDES et al., 2013).

De acordo com Oliveira (2013) e Marin et al (2015) mulheres idosas tem maior vulnerabilidade com relação ao seu estado de saúde, associado a risco de quedas, presença de doenças múltiplas, obesidade, pobreza e dependências diversas, quando comparado a homens idosos. Além disso, as mulheres são mais cautelosas em relação ao cuidado com a saúde e procuram por assistência com mais frequência que os homens, tendo a maior taxa de morbidade por doenças crônicas. Já os homens tem a maior taxa de mortalidade por violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas (BORGES et al., 2015).

A baixa escolaridade dos participantes foi evidenciada em 39,5% da amostra e deve ser considerada uma vez que estudos apontam que o nível educacional influencia a percepção espacial, tendo em vista que ao executar tarefas de busca visual, indivíduos com baixo nível educacional necessitam de um tempo maior, cometem mais erros e alcançam menos alvos em comparação aos indivíduos com escolaridade mais elevada (HILL et al., 2009). Além disso, idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, condições

crônicas, além da exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis (AMARAL et al., 2013).

O baixo nível de escolaridade da amostra, pode ser justificado pelas condições de vida dos indivíduos quando estavam na idade escolar e adolescência. De acordo com Santos-Orlandi et al. (2017), no período em que esses idosos nasceram a educação o acesso à escola era difícil, considerando que a maioria vivia em áreas rurais.

No que tange à ocupação atual, nesse estudo houve predominância de idosos aposentados, sendo 61 (75,3%). Aposentadorias, pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população brasileira (WENDT et al. 2015). O status socio-econômico em idosos é um conceito amplo que inclui fatores como a escolaridade, ocupação, renda, riqueza, estilo de vida e comportamentos (JESUS et al. 2017).

Com relação a classificação da fragilidade dos 81 idosos entrevistados, durante os meses de fevereiro a agosto/2018, 38 indivíduos (46,9%) foram classificados como frágeis, 25 (30,9%) vulneráveis 18 (22,2%) sem fragilidade (Tabela 2).

Tabela 2 – Fragilidade em idosos hospitalizados pela *Edmonton Frail Scale*. João Pessoa, Paraíba, 2018. (n=81).

Edmonton Frail Scale	n	%
Sem fragilidade	18	22,2
Vulnerável	25	30,9
Fragilidade leve	19	23,5
Fragilidade moderada	9	11,1
Fragilidade grave	10	12,3
TOTAL	81	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2018

A porcentagem de idosos com algum tipo de fragilidade nessa pesquisa foi superior a outras realizadas no país. Pesquisa realizada por Fhon et al. (2012), 39,1% dos sujeitos apresentaram algum grau de fragilidade. Em outro estudo realizado com idosos atendidos em unidade de saúde da família de um município paulista, a prevalência encontrada foi de 30,1%, além disso 21,4% eram vulneráveis (FERNANDES et al., 2013). No estudo realizado por Jesus et al. (2017) dos 247 idosos participantes, 36,8% apresentavam algum tipo de fragilidade. No estudo de Cruz et al (2017), com 339 idosos, 35,7% foram considerados

frágeis. Tal fato justifica-se por estes estudos serem realizados em ambiente ambulatorial e nesta pesquisa os idosos estavam hospitalizados.

A presença de fragilidade pôde ser relacionada a variáveis socioeconômicas em pesquisas anteriores. A idade avançada, o sexo feminino, os baixos níveis de escolaridade e renda estão presentes em alguns estudos (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009; STORTI et al., 2013; DUARTE et al., 2013), corroborando com outros que trabalharam com a mesma temática e relatam que esses dados socioeconômicos são os mais encontrados nos idosos frágeis (NERI et al., 2013; VIEIRA et al., 2013).

Dessa forma, é importante reconhecer a fragilidade como uma prioridade pública, uma vez que o déficit cognitivo e dependência funcional presentes no idoso frágil limitam e afetam negativamente sua qualidade de vida. Partindo dessa perspectiva, consideramos a EFE um instrumento particularmente útil para o rastreamento e o gerenciamento sistemáticos da fragilidade dos idosos.

De acordo com Cruz et al. (2017), a identificação dos grupos vulneráveis e a compreensão dos fatores associados à fragilidade são ferramentas primordiais para a elaboração e implementação de ações de promoção da saúde.

Conclusões

A Avaliação da fragilidade em idosos é um tema importante para verificar aqueles que mais necessitam de atenção médica e assistencial, o que acarreta no desenvolvimento de estratégias de prevenção no contexto em que o indivíduo está inserido. . Nesse contexto, o enfermeiro deve buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através da prestação de um cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco para desenvolvê-la.

Neste estudo foi possível identificar que 46,9% da amostra apresentavam algum grau de fragilidade, justificando-se este dado pelo fato de serem idosos hospitalizados, ou seja, apresentam sinais e sintomas de descompensação de alguma doença.

Como limitação assinala-se a natureza transversal do estudo, este não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito. Além disso, o tamanho reduzido da amostra não permite generalizações dos resultados para esta população. Portanto, outras investigações devem ser realizadas a fim de aprofundar o conhecimento sobre o tema.

Referências

AMARAL, F. L. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 18, n. 6, p. 1835-1846, 2013.

BRASIL. **Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): MS; 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 mar 2017.

BORGES, C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta paulista de enfermagem**. vol. 26, n.4, 2013.

BORGES, C. L.; SILVA, M. J.; CLARES, J. W. B.; NOGUEIRA, J.M.; FREITAS, M. C. **Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: contribuições para o cuidado de enfermagem**. Revista de enfermagem da UERJ, **Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 381-387, 2015**. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a15.pdf>. Acesso em:

DUARTE, M. C. S. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev. bras. enferm.** v. 66, n. 6, p. 901-906, 2013.

FABRÍCIO-WEHBE SCC. **Adaptação cultural e validação da “Edmonton Frail Escale” (EFS)- escala de avaliação de fragilidade em idosos** Tese (Doutorado – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem entre Escolas de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008.

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. 423-3, 2013.

FOLSTEIN, M. FOLSTEIN, S. MCHUGH, P. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatr Res**. v. 12, n. 3, p. 189-198, 2009.

FHON, J.R.S et al, Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 4, p. 589-594, 2012.

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

HILL, A. M. et. al. Evaluation of the effect of patient education on rates of falls in older hospital patients: Description of a randomised controlled trial. **BMC Geriatrics.** v. 9, n. 14, p. 1-9, 2009.

JESUS, I. T. M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017.

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S.; CECILÍO, L. C. O. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 47-52, 2015.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. saúde pública.** v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioepidemiológico, econômico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.18, n. 4, p. 1069–1078, 2013.

ROLFSON, D. B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing.** v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

SALMAZO-SILVA, H. et. al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 97-116, 2012.

SANTOS-ORLANDI, A. A. et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Escola Anna Nery.** v. 21, n. 1, 2017.

SILVA, V.A; SOUZA, K.L; D'ELBOUX, M.J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Texto & Contexto Enferm.** v. 21, n. 2, p. 338-347, 2012.

STORTI, L. B. et. al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 452-459, 2013.

VIEIRA R. A, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad. saúde pública*. [Internet]. 2013 [cited 2014 MAR 2];29(8):1631-1643.

WENDT, C. J. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 3, p, 406-413, 2015.