



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Elderly frailty in a social center

Fragilidade de idosos em um centro de convivência
Fragilidad de ancianos en un centro social

Sarah Giulia Bandeira Felipe¹, Camila Evangelista de Sousa Oliveira², Cynthia Roberta Dias Torres Silva³, Maria do Livramento Fortes Figueiredo⁴, Márcia Teles de Oliveira Gouveia⁵

ABSTRACT

Objective: to evaluate the clinical-functional fragility of elderly people participating in a community center. **Methodology:** it is a cross-sectional study with 216 elderly people from a community center in Teresina - PI. Data collection took place from April to August 2018, using a questionnaire for sociodemographic and clinical characterization, Edmonton's frailty scale, Health Self-perception scale. The study followed the rules of no. 466/2012, under opinion N°. 3,131,094 / 2019, of the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí-UFPI. **Results:** it was found that 30.1% of the elderly are apparently vulnerable, 11.6% have mild frailty, 1.4% moderate frailty and 2.3% have severe frailty. Sociodemographic characteristics (individual income and family income) were associated with clinical-functional weakness ($p = 0.001$). **Conclusion:** The results of this study demonstrated that the majority of the elderly assessed by regulars in the social groups were classified as non-fragile, which is mostly due to the healthy habits adopted by the studied community, such as the practice of regular physical activity and the non-adoption of harmful health behaviors. **Descriptors:** Aging. Old man. Fragility. Geriatric nursing. Primary health care.

RESUMO

Objetivo: avaliar a fragilidade clínico-funcional de idosos participantes de um centro de convivência. **Metodologia:** estudo com delineamento transversal, com 216 idosos de um centro de convivência em Teresina - PI. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2018, por meio do uso de um questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, escala de fragilidade de Edmonton, escala de Autopercepção de Saúde. O estudo obedeceu às normas da n°. 466/2012, sob parecer n° 3.131.094/ 2019, do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí-UFPI. **Resultados:** constatou-se que 30,1% dos idosos são aparentemente vulneráveis, 11,6% possuem fragilidade leve, 1,4% fragilidade moderada e 2,3% apresentam fragilidade grave. As características sociodemográficas (renda individual e renda familiar) associaram-se a fragilidade clínico-funcional ($p=0.001$). **Conclusão:** Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos idosos avaliados frequentadores do grupos de convivência foram classificados como não frágeis, o que se deve em maior parte pelos hábitos saudáveis adotados pela coletividade estudada, tais como a prática de atividade física regular e a não adoção de comportamentos nocivos a saúde. **Descritores:** Envelhecimento. Idoso. Fragilidade. Enfermagem geriátrica. Atenção primária à saúde.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la fragilidad clínico-funcional de las personas mayores que participan en un centro comunitario. **Metodología:** estudio transversal con 216 personas mayores de un centro comunitario en Teresina - PI. La recopilación de datos se realizó de abril a agosto de 2018, utilizando un cuestionario para la caracterización sociodemográfica y clínica, la escala de fragilidad de Edmonton, la escala de autopercepción de salud. El estudio siguió las reglas del no. 466/2012, en virtud del dictamen n.o 3.131.094 / 2019, del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí-UFPI. **Resultados:** se encontró que 30.1% de los ancianos son aparentemente vulnerables, 11.6% tienen fragilidad leve, 1.4% fragilidad moderada y 2.3% tienen fragilidad severa. Las características sociodemográficas (ingreso individual e ingreso familiar) se asociaron con debilidad clínico-funcional ($p = 0.001$). **Conclusión:** Los resultados de este estudio demostraron que la mayoría de los ancianos evaluados por los clientes habituales en los grupos sociales se clasificaron como no frágiles, lo que se debe principalmente a los hábitos saludables adoptados por la comunidad estudiada, como la práctica de actividad física regular y la no adopción de comportamientos nocivos para la salud.

Descriptores: Envejecimiento. Ancianos. Fragilidad. Enfermería geriatric. Atención primaria de salud.

¹Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: sarinhagbf@hotmail.com

²Enfermeira. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: camisevangelista@outlook.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem - UFPI. Universidade Federal do Pernambuco. Docente do curso de Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: cynthiarobertatorres@gmail.com

⁴Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem - UFPI. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí - Brasil. E-mail: liff@ufpi.edu.br

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem- UFPI. Universidade Federal do Piauí. Docente do curso de Enfermagem. Teresina, Piauí - Brasil. E-mail: marcia06@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento humano é considerado um fenômeno mundial, marcante dentro das sociedades contemporâneas, e apresenta importantes impactos para a sociedade e para os sistemas de saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde, considera o indivíduo idoso, aquele com 60 anos ou mais. Entretanto, não há marcadores cronológicos ou fisiológicos precisos que delimitem o início desse processo⁽¹⁾.

Projeções estimam que até 2025 o Brasil esteja entre os dez países que possuem maior número de idosos, totalizando 33,8 milhões de pessoas nessa faixa etária, com sua proporção evoluindo de 2,7% em 1990 para 14,7% da população total. No Piauí, estima-se uma progressão do número de idosos de 5,5% para 9,4% no intervalo do ano 2000 a 2025⁽²⁾.

Nesse contexto, com aumento da expectativa de vida e do número de idosos, acarreta-se também, uma modificação no perfil epidemiológico, com crescimento de doenças crônico-degenerativas que afetam a autonomia e independência, e contribuem para um elevado grau de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Com isso, espera-se uma maximização do número de idosos em situação de risco de fragilidade ou idosos frágeis, que reordenam a atenção a saúde do idoso⁽³⁾.

A fragilidade, em seu aspecto multidimensional, refere-se a dificuldade na manutenção da reserva homeostática ou de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas conseqüências. A condição, portanto, não está associada somente ao envelhecimento e presença das síndromes geriátricas (demência, incapacidades, imobilidade), mas sim ao declínio funcional resultante do efeito acumulado das alterações multifatoriais, incluindo as interações de cunho biológico, psicológico e social no curso de vida⁽⁴⁻⁵⁾.

A síndrome da fragilidade é física ou psicológica ou uma combinação dos dois componentes e possui um caráter dinâmico que pode melhorar ou piorar com o tempo. Além disso, existem duas abordagens populares para a definição de fragilidade física, uma utiliza a soma de deficiências e condições para obter um Índice de Fraqueza, e a outra é baseada na definição de um fenótipo físico específico, com a avaliação de cinco quesitos: perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão e redução de atividade física. Ambas as definições são usadas atualmente para classificar um idoso frágil, pré-frágil e não frágil⁽⁶⁻⁷⁾.

Nesse contexto, a fragilidade é um bom indicador da condição de saúde do idoso por apresentar associação direta com desfechos negativos em saúde tais como: incapacidades funcionais, limitações e alterações no padrão psicológico que impõe um aumento na demanda de cuidados familiares e por profissionais da saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Dessa forma, reforça-se a importância desse estudo pela ausência de pesquisas acerca da fragilidade no âmbito do estado do Piauí e pela produção de dados que podem subsidiar políticas públicas e estruturar estratégias específicas para essa condição. Além disso, servirá de orientação para

profissionais de saúde na detecção precoce e avaliação integral do idoso.

Assim, tem-se como objetivo deste estudo avaliar a fragilidade clínico-funcional de idosos participantes de um centro de convivência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em um centro de convivência de idosos do município de Teresina-PI, associado ao Núcleo de Promoção da Terceira Idade (NPTI). Atualmente, atende cerca de 450 idosos advindos de todas as áreas urbanas do município e oferece oficinas e ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, durante os turnos matutino e vespertino.

Foi adotada a amostragem de conveniência e estabeleceram-se como critérios de inclusão: estar cadastrado no centro de convivência, ter idade igual ou superior a 60 anos no momento da coleta de dados e possuir capacidade cognitiva preservada, segundo os parâmetros do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) propostos por Brucki e seus colaboradores (2003)⁽²¹⁾.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2018, por meio de questionário para caracterização sociodemográfica e clínica adaptado de um instrumento criado e validado para pesquisa com idosos após queda⁽¹⁰⁾, composto por 28 questões, contempladas pelas seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele, estado civil, arranjo familiar, escolaridade, renda, chefe familiar, etilismo, tabagismo, comorbidades, prática de exercício físico, quedas, hospitalização e uso de recurso para andar ou enxergar melhor; Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) e escala de autopercepção de saúde. A coleta foi realizada enquanto os idosos aguardavam ou após a realização das atividades do centro, por pesquisadores previamente treinados.

Para a avaliação da fragilidade, foi utilizada a EFE, que avalia nove domínios, representados por 11 itens: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A pontuação máxima dessa escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade, 5-6 aparentemente vulnerável, 7-8 fragilidade leve, 9-10 fragilidade moderada, 11 ou mais fragilidade grave⁽¹¹⁾.

Já a escala de autopercepção de saúde é constituída por cinco perguntas: 1. “Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é...?” 2. “Em relação ao cuidado com a sua saúde, o (a) senhor (a) diria que ele é, de uma forma geral...?” Estas duas primeiras questões terão como opções de resposta bom, regular ou ruim. 3. “Quando o (a) senhor (a) compara a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?” 4. “Em comparação há um ano atrás, o (a) senhor (a) considera a sua saúde hoje como...?” 5. “Em comparação há um ano atrás, como o (a) senhor (a) diria que está o seu nível de

atividade? ". As três últimas questões terão como opções de resposta: igual, melhor ou pior. Caso o idoso não saiba responder ou se recuse a responder, as opções "não sei" e "não respondeu", respectivamente, serão assinaladas⁽¹²⁾.

Para análise estatística houve a codificação das variáveis com posterior dupla digitação dos dados no Microsoft Excel, e a análise ocorreu mediante a utilização do Software IBM SPSS versão 21.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA). Utilizou-se estatística descritiva com cálculo de frequências, porcentagens, médias, desvio-padrão, medianas e amplitude interquartilica. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov, em que observou-se que as variáveis quantitativas apresentaram uma distribuição não normal ($p=0,073$ para idade, $p=0,000$ para renda individual, renda familiar e pontuação total na escala de fragilidade de Edmonton, no teste mencionado anteriormente). Em virtude deste resultado optou-se pela realização de testes não paramétricos para análise bivariada. Para análise da associação entre as variáveis quantitativas independentes com a variável dependente do estudo, optou-se por utilizar o Coeficiente de Correlação de Spearman. Na interpretação da força das correlações (valores de "p"), foi utilizada a classificação que considera valores de 0,00 a 0,20 de correlação muito baixa; 0,21 a 0,39 de correlação baixa; 0,40 a 0,69 de correlação moderada; 0,70 a 0,89 de correlação alta; 0,90 a 1,00 correlação muito alta e igual a 1 como correlação perfeita. Para comparação entre as médias foi utilizado o teste de Mann-Whitney⁽²²⁾.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo o disposto na resolução n°. 466/2012, sob parecer n° 3.131.094/2019, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 216 idosos, com idade média de 70,5 ($\pm 5,874$) e mediana de 70,0 (intervalo interquartil [IQR] 66,2; 70,0; 74,0) anos. Verificou-se ainda a predominância do sexo feminino 86,6% ($n=187$), pardos 59,7% ($n=129$), casados/união estável 44,4% ($n=96$), que residiam com familiares 78,7% ($n=170$). Quanto à escolaridade, 83,3% ($n=180$) afirmaram saber ler e escrever. Em relação aos aspectos econômicos, 93,5% ($n=202$) afirmaram ter renda própria, sendo 82,9% ($n=179$) proveniente de aposentadoria. A renda individual obteve média de R\$ 1537,3 ($\pm 1188,045$), mediana de R\$ 954,0 (intervalo interquartil [IQR] 937,0; 954,0; 1900,0) e a renda familiar R\$ 2799,7 ($\pm 2542,142$), mediana de R\$ 1980,0 (intervalo interquartil [IQR] 1025,0; 1980,0; 3168,5).

Em relação às características clínicas dos idosos, destaca-se que a maior parte não faz uso de bebidas alcoólicas 89,4% ($n=193$), afirmaram não fumar 98,6% ($n=213$) e, relataram a presença de alguma comorbidade 84,3% ($n=182$), sendo as doenças cardiovasculares e osteomusculares citadas por 90,8% e 34,3% dos idosos, respectivamente. A prática de exercício físico foi referenciada por 99,5% ($n=215$) dos idosos com uma frequência semanal maior que

Elderly frailty in a social center duas vezes por semana 88,9% ($n=192$). No tocante à presença de quedas, 35,2% ($n=76$) responderam que caíram no último ano, sendo que a causa por um fator extrínseco foi referida por 27,3% ($n=59$) dos idosos e por um fator intrínseco 17,1% ($n=37$). Dos idosos pesquisados 89,4% ($n=193$) não precisaram ser hospitalizados no último ano. O uso do recurso auxiliar foi citado por 87,5% ($n=189$) dos idosos, sendo os óculos de grau mencionado por 85,2%.

No que se refere a autopercepção de saúde dos idosos 63,9% avaliaram sua saúde como boa, 78,2% citaram a mesma resposta para a pergunta relacionada ao cuidado com sua saúde. Ao comparar a saúde do idoso com a de outras pessoas da mesma idade, 65,7% avaliaram sua saúde como melhor. Quanto ao ano anterior, 50,5% dos idosos afirmaram melhorar seu nível de atividade, 45,8% dos idosos consideraram sua saúde melhor em relação ao ano anterior.

Em consideração aos indicadores de fragilidade segundo a Edmonton Frail Scale (EFE), 123 (56,9%) idosos apresentaram reprovação com erros significantes no teste do desenho do relógio (TDR). A maioria referiu não ter sido internado no último ano 195 (90,3%), percebeu sua saúde como excelente, muito boa e boa 142 (65,7%) e afirmou dependência para realização de pelo menos uma das seguintes tarefas: preparar refeição, transporte, cuidar da casa, administrar o dinheiro, fazer compras, usar o telefone, lavar a roupa e tomar remédios 197 (91,2%).

Em relação ao suporte social, 152 (70,4%) idosos relataram "sempre" contar com a ajuda de alguém quando necessário. No que diz respeito ao uso de medicamentos, 64 (29,6%) idosos responderam usar cinco ou mais medicamentos de forma regular, e 82 (38%) afirmaram esquecer-se de tomar seus medicamentos prescritos. No tocante a nutrição-perda de peso, 34 (15,7%) perderam peso recentemente e 160 (74,1%) referiram se sentirem tristes ou deprimidos com frequência. Sobre o tempo do teste "Levante e ande", maioria 154 (71,3%) dos idosos desempenhou o percurso entre 11 e 20 segundos.

No que diz respeito a pontuação total na EFE obteve-se média de 4,62 ($\pm 2,302$) e mediana 4,0 (Intervalo interquartil [IQR] 3,0; 4,0; 5,0) pontos. E no tocante à classificação da fragilidade investigada, 118 (54,6%) não apresenta fragilidade, 65 (30,1%) são aparentemente vulneráveis, 25 (11,6%) possuem fragilidade leve, 3 (1,4%) fragilidade moderada e 5 (2,3%) apresentam fragilidade grave.

Ao verificar a correlação entre a pontuação na escala de fragilidade de Edmonton as variáveis sociodemográficas, foram encontradas correlações estatisticamente significantes baixas, com a variável renda individual ($p=0,000$) e renda familiar ($p=0,001$). Entretanto, ao correlacionar a variável idade em anos completos com a pontuação na escala de fragilidade de Edmonton não se observou correlação estatística ($p=0,653$).

Tabela 1 - Caracterização em relação à autopercepção em saúde de idosos em um Centro de Convivência. Teresina, 2019.

Variáveis	N	%
Saúde em geral		
Boa	138	63,9%
Regular	71	32,9%
Ruim	7	3,2%
Total	216	100%
Cuidado com a saúde em geral		
Boa	169	78,2%
Regular	42	19,4%
Ruim	5	2,3%
Total	216	100%
Saúde comparada com a de outras pessoas da sua idade		
Melhor	142	65,7%
Igual	57	26,4%
Pior	17	7,9%
Total	216	100%
Nível de atividade atual comparado ao do ano anterior		
Melhor	109	50,5%
Igual	79	36,6%
Pior	28	13%
Total	216	100
Saúde comparada a do ano anterior		
Melhor	99	45,8%
Igual	91	42,1%
Pior	26	12%
Total	216	100%

DISCUSSÃO

A prevalência do gênero feminino deve-se ao processo de feminização da velhice e uma menor exposição das mulheres a fatores de mortalidade, tais como: menor exposição à acidentes de trabalho e morte por causas externas, menor consumo de tabaco e álcool e maior procura de serviços de saúde^(7,13).

A média de idade encontrada corrobora com estudos realizados com idosos no estado de São Paulo e Paraíba, nos anos de 2015 e 2017, respectivamente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esses dados justificam-se pela maior independência funcional nessa faixa etária e pela menor inserção desses idosos no mercado de trabalho⁽¹⁶⁾.

Nesse estudo, a maioria dos participantes se autodeclararam pardos, o que diverge de outros estudos realizados no Brasil^(4,7), em que há predominância da cor branca⁽⁸⁾. No que se refere ao estado civil houve predominância de idosos casados e em convívio com parceiro, isso reflete uma maior qualidade de vida quando comparados com idosos viúvos ou solteiros⁽⁷⁾.

Ao avaliar o arranjo familiar, observou-se a predominância de idosos que residiam com outros familiares. Esse dado reforça a importância de vínculos afetivos, em especial para o matrimônio, pois este interfere e contribui no envelhecimento saudável⁽¹⁷⁾.

O baixo nível de escolaridade dos idosos apresentado nessa pesquisa pode ser explicado pela desigualdade social presente no Brasil e pelas precárias políticas de educação das décadas de 30 e 40, em que o acesso à escola era difícil⁽¹⁵⁾.

No que diz respeito à ocupação, a maioria dos idosos não trabalha mais, visto que, aposentadorias, pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população

brasileira. Dessa forma, esses idosos usufruem de mais tempo livre para realizar outras atividades⁽¹⁴⁾.

Em relação à renda individual dos idosos, esta obteve média acima da renda per capita para o estado do Piauí no ano de 2018 (817 reais). Entretanto, a mesma renda foi inferior quando comparada à renda individual no cenário nacional em mesmo período (1273 reais)⁽¹⁸⁾.

À respeito do uso de drogas lícitas (álcool e tabaco), a maioria negou ser usuária, o que corrobora com outro estudo brasileiro⁽¹⁷⁾. Este dado possui impacto positivo na saúde do idoso, pois esses hábitos nocivos quando associados ao uso frequente de medicamentos podem agravar o quadro clínico e dificultar sua reabilitação e retorno à sociedade^(4,9).

Houve predominância dos idosos que autodeclararam a presença de comorbidades, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a patologia mais referida, seguida da Diabetes Mellitus (DM) e Osteoporose, este resultado foi semelhante ao de um estudo realizado com idosos no estado do Rio Grande do Norte, em que 97,8% relataram HAS e 24,4% DM⁽¹⁹⁾.

Em relação à prática de atividade física a maioria dos idosos relatou possuir esse hábito, e praticá-lo mais de duas vezes na semana. Tal resultado constitui um achado importante, porque a atividade física quando realizada de forma regular gera benefícios referentes à prevenção de doenças e melhora da capacidade cardiorrespiratória⁽¹⁷⁾.

Dos idosos pesquisados, a maioria relatou que não caiu no último ano. Tal fato constitui resultado positivo do presente estudo e pode ser justificado pela prática regular de exercício físico, que contribui na melhora e manutenção do equilíbrio, mobilidade e percepção⁽¹⁵⁾. Da mesma forma, a maior parte dos idosos relataram não terem tido internação no ano

Tabela 2- Indicadores de fragilidade de acordo com a Edmonton Frail Scale (EFE) de idosos em um centro de convivência. Teresina, 2019.

Variáveis	\bar{X}^a (dp) ^b	Min-Max ^c	Mediana [Intervalo Interquartil]	N	%
Teste de cognição					
desenho do relógio					
Aprovado				44	20,4%
Reprovado com erros mínimos				49	22,7%
Reprovado com erros significantes				123	56,9%
Total				216	100%
Internação no último ano					
0				195	90,3%
1-2				19	8,8%
>2				2	0,9%
Total				216	100%
Percepção de saúde					
Excelente, muito boa, boa.				142	65,7%
Razoável				67	31,0%
Ruim				7	3,2%
Total				216	100%
Dependência Funcional					
0-1				197	91,2%
2-4				15	6,9%
5-8				4	1,9%
Total				216	100%
Suporte social					
Sempre				152	70,4%
Algumas vezes				57	26,4%
Nunca				7	3,2%
Total				216	100%
Uso de cinco ou mais medicamento					
Sim				64	29,6%
Não				152	70,4%
Total				216	100%
Esquecer-se de tomar Medicamentos					
Sim				82	38%
Não				13	62%
Total				216	100%
Nutrição-perda de peso					
Sim				34	15,7%
Não				182	84,3%
Total				216	100%
Humor Deprimido					
Sim				56	25,9%
Não				160	74,1%
Total				216	100%
Incontinência					
Sim				51	23,6%
Não				165	76,4%
Total				216	100%
Tempo do teste “levante e ande”					
0-10 seg.				35	16,2%
11-20 seg.				154	71,3%
> 20 segs.				27	12,5%
Total				216	100%
Pontuação EFE^d	4,62(2,302)	0-17	4,00 [3,00; 4,00; 6,00]		

Legenda: a. Média b. Desvio padrão c. Mínimo- Máximo.d. Edmonton Frail Scale (EFE)

Em relação ao recurso auxiliar, houve predominância do uso de recurso para andar e enxergar melhor, sendo o óculos de grau o mais relatado. Devido ausência de estudos sobre a variável no mesmo cenário, tornou-se necessário a comparação com a pesquisa realizada em um hospital

de Curitiba (PR), em que dos 127 idosos, 66,1% faziam uso de no mínimo óculos com grau⁽²⁰⁾.

A autopercepção de saúde é um importante indicador das condições gerais de saúde da população (PAGOTTO *et al.*, 2016). Na pesquisa em questão, a maioria dos idosos percebeu sua saúde como positiva,

tal resultado justifica-se pela independência funcional dos idosos pesquisados, que participavam ativamente no grupo de convivência, praticando atividades físicas, cognitivas e sociais⁽¹³⁾.

Entretanto, alguns autores que realizaram pesquisas em locais diferentes, evidenciam a autopercepção de saúde dos idosos entrevistados como ruim ou regular^(7,17). Esses dados podem ser explicados pelas diferenças entre os contextos estudados quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos que podem interferir na autopercepção de saúde.

Quanto à autopercepção de saúde comparada com outros idosos da mesma idade, obteve-se um percentual maior de idosos que perceberam sua saúde como melhor. Resultado este, que está em consonância com outro estudo realizado em Mato Grosso do Sul, em que 66,03 % dos pesquisados, responderam que consideravam sua saúde melhor quando comparada a outras pessoas da mesma faixa etária^(12,20).

No tocante ao cuidado com a saúde em geral, a maior parte dos idosos referiram ter um bom cuidado com a sua saúde, o que revela que os idosos que frequentam centros de convivência, possuem maior acesso a informação e a atividades que contribuem para o autocuidado e redução das vulnerabilidades⁽¹⁵⁾.

No que se refere a avaliação da fragilidade, na realização do teste desenho do relógio (TDR), a maioria dos idosos obteve resultado com erros significativos. Em um estudo realizado com idosos da comunidade no município de Maringá-PR, foi evidenciada a mesma dificuldade da presente pesquisa, pois 28,57% dos idosos não conseguiram desenhar o relógio⁽¹⁴⁾.

Em relação a realização de atividades básicas de vida diária (AVBD), a maior parte dos participantes referenciaram que recebiam ajuda em até uma atividade, o que reforça que a vida ativa dos idosos do centro contribuiu para a manutenção dos bons níveis de autonomia, além de melhorar e manter o desempenho das atividades cotidianas⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito ao suporte social, a maior parte dos idosos referiu sempre contar com a ajuda de alguém quando necessário, evidenciando o processo de interação do idoso com a sociedade, capaz de promover o suporte material, emocional e afetivo fundamentais para o envelhecimento saudável⁽¹³⁾.

Além disso, a maior parte dos idosos investigados negou fazer uso de cinco ou mais medicamentos de modo regular. Este dado é positivo, posto que, o uso de muitos fármacos pode expor o idoso à vulnerabilidade a eventos estressores e aumentar o risco para as iatrogenias e perdas funcionais^(8,15).

Em concordância com outros estudos no Brasil^(6,8), a grande maioria dos idosos referiu não se esquecer de tomar seus medicamentos prescritos. Este resultado é decorrente das habilidades de memória e raciocínio apresentados pelos idosos desta pesquisa e está associado a um menor fator de risco para fragilidade e menor dependência funcional⁽¹⁹⁾.

Houve predominância dos idosos que referiram não perder peso recentemente. Essa perda de peso relaciona-se com a diminuição da massa muscular, e

Elderly frailty in a social center é importante aspecto para analisar o estado nutricional do idoso, pois a perda de peso possui correlação com a vulnerabilidade, já que este é um fator que contribui para o aumento do número de quedas, fraturas e interfere de forma negativa na manutenção da independência e qualidade de vida^(17,20).

No domínio do humor, houve um maior número de idosos que responderam não terem humor deprimido. A prática regular de atividade física dos idosos participantes do centro, promove o controle ou redução dos sintomas de alteração do humor, pois o exercício é responsável pela melhora da interação social, desenvolvimento da autonomia e independência, fatores protetores contra a depressão⁽¹⁷⁾.

Em relação à incontinência, verificou-se predomínio de idosos que não perdiam urina sem querer. Esse resultado pode ser decorrente da prática regular de atividade física pelos idosos, tendo em vista que a incontinência é caracterizada pela diminuição da potência e força da contração muscular devido a redução da atividade física e perda da massa muscular^(8,15).

Dos idosos pesquisados, a maioria obteve tempo de 11-20 segundos no teste levante e ande. A literatura evidencia que apesar da prática regular de atividade física, o idoso pode apresentar um tempo elevado no teste, devido à sua baixa sensibilidade e especificidade^(16,20).

No presente estudo, predominaram idosos classificados como não frágeis. Essa classificação é explicada pelo estilo de vida adotado pelos participantes da pesquisa, posto que, a literatura evidencia que hábitos saudáveis, como a prática de atividade física regular acarretam em benefícios na saúde do idoso que são capazes de evitar ou reverter o processo de fragilização, melhorando a mobilidade, balanço, força muscular e reduzindo o número de quedas⁽¹⁵⁾.

A realização de intervenções eficazes como exercícios físicos podem não só conter o avanço da síndrome, como revertê-la quando já instalada. A atividade física reduz o risco de fragilidade e promove benefícios para a saúde, incluindo melhor qualidade de vida e risco reduzido para doenças crônicas⁽⁸⁾.

A fragilidade está associada a fatores de risco como a idade, sexo feminino e cor da pele preta, condições socioeconômicas como a escolaridade e renda, condições de saúde com destaque para doenças cardiovasculares, número de comorbidades e doenças associadas, incapacidade funcional, autoavaliação de saúde ruim, declínio na função cognitiva e estilo de vida envolvendo álcool e tabaco⁽²³⁾. Na pesquisa em questão não foram evidenciados a presença de muitos desses fatores de risco, o que reduz a produção de estímulos para a instalação da fragilidade, tal fato também explica o resultado com maioria de idosos não frágeis.

Apesar dos resultados positivos encontrados, o rastreamento de idosos vulneráveis e frágeis é de suma importância para subsidiar a elaboração de políticas públicas voltadas para a implementação de estratégias de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, de modo a garantir a integralidade do cuidado

e o suporte social para o idoso e a família. Além disso, a detecção precoce da fragilidade devem estar no planejamento das equipes de estratégia da saúde da família, com vistas a manter o idoso na comunidade e reduzir a internação hospitalar e manter a capacidade funcional para realização de atividades básicas e instrumentais^(9,11).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a maioria dos idosos avaliados frequentadores do grupos de convivência foram classificados como não frágeis, o que se deve em maior parte pelos hábitos saudáveis adotados pela coletividade estudada, tais como a prática de atividade física regular e a não adoção de comportamentos nocivos a saúde. Entretanto, mesmo inseridos em um centro de promoção da saúde, uma pequena parcela dos idosos apresentou fragilidade grave, o que sugere a necessidade de detecção precoce da síndrome na prática clínica e elaboração de estratégias de prevenção e reabilitação visando a manutenção da funcionalidade e bem-estar do idoso.

Além disso, destaca-se a importância dos centros de convivência como espaços transformadores e favoráveis ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde. Estes locais corroboram para a preservação da autonomia e independência do idoso e o fortalecimento dos vínculos afetivos e comunitários, prevenindo o isolamento social, a solidão e a incapacidade funcional.

REFERÊNCIAS

1. Lourenço, RA, Moreira VG, Banhato EFC, Guedes DV, Silva KCAD, Delgado FEDF, Marmora CHC. Prevalência e fatores associados à fragilidade em uma amostra de idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil: estudo FIBRA-JF. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2019; 24: 35-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>
2. IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. Estimativa Populacional 2016. [Acesso em: 26/09/2019]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
3. Lira DB, Ferreira ISS, Pouza MB, Melo Borges S. Correlação entre Síndrome da Fragilidade e Internação nos Últimos 12 Meses em Idosos da Comunidade. In: *Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação* [internet]; 2018. Disponível em: <https://periodicos.unisantia.br/index.php/ENPG/articloe/view/1574/1288>
4. Campos DM, Felipe LA. Perfil da Fragilidade em Idosos Participantes de um Centro de Convivência em Campo Grande-MS. *J Health Sci* [internet]. 2016; 18(4): 224-8. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/4511>
5. Moraes, EN. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2016.

6. Morley JE *et al.* Frailty Consensus: A call to Action. *J Am Med Dir Assoc* [internet]. 2013; 14(6): 392-7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jamda.2013.03.022>
7. Andrade JM, Duarte YADO, Alves LC, Andrade FCD, Souza PRBD, Lima-Costa MF, Andrade FBD. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública* [internet] 2018; 52(Supl 2): 1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000616>
8. Duarte YADO, Nunes DP, Andrade FBD, Corona LP, Brito TRPD, Santos JLFD, Lebrão ML. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev. bras. Epidemiol* [internet]. 2019; 21(Supl 2): e180021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>
9. Araújo Júnior FB, Machado ITJ, Santos-Orlandi AAD, Pergola-Marconato AM, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. *Cien Saude Colet* [internet]. 2019; 24(8): 3047-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>
10. Sá GGDM, Santos AMRD. Independência funcional de idosos que sofreram queda: estudo de seguimento. *Rev. bras. enferm*, [internet]. 2019; 72(6): 1715-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0845>
11. Cruz DT, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017; 51: 1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007098>
12. Torres JL, Dias RC, Silva SLA. Associação entre autopercepção da saúde e síndrome da fragilidade em idosos. *Geriatr. Gerontol. Aging* [internet] 2012; 6(3): 246-53. Disponível em: <http://ggaging.com/details/188/pt-BR/association-between-self-rated-health-and-frailty-in-elderly>
13. Jesus ITM, dos Santos Orlandi AA, da Silva Grazziano E, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul. Enferm.* [internet] 2017; 30(6), 614-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
14. Andrade NB, Novelli MMPC. The Cognitive and Functional Profile of the elderly that frequent the Community Center for the Elderly in the municipality of Santos, Sao. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [internet] 2015; 23(1): 143-52. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO396>
15. Barbosa KTF, Costa KNDFM, Pontes MDLDF, Batista PSDS, Oliveira FMRLD, Fernandes MDGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da

16. Vey APZ, Janeisa Franck Virtuoso JF, Braz MM, Pivetta HMF, Mazo GZ. Profile of the elderly participants of a coexistence group. *Fisioter Bras.* [internet] 2019; 20 (1): 27-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i1.2155>

17. Araújo ICD, Toretto GS, Toledo TAC, Oliveira MJ, Ferreira AD, Oliveira WGA. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de idosos de um centro de referência do idoso do oeste paulista. In *Colloquium Vitae* [internet] 2019; 11 (1): 17-23. Disponível em: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/2833>

18. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativa da população residente 2018. [Acesso em: 26 out. 2019] Disponível em: www.ibge.gov.br

19. Santos Júnior EBD, Oliveira LPABD, Silva RARD. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. *Rev. Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [internet] 2017; 6(2): 516-24. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3301/pdf_1235

20. Vaccari É, Lenardt MH, Willig MH, Betiolli SE, Andrade LAS. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. *Cogitare enferm* [internet] 2016; 21(5): 1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562>

21. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [internet] 61(3B), 777-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

22. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. Edições Silabo, Lisboa, 2003.

23. Berlezi EM, Gross CB, Pimentel JJ, Pagno AR, Fortes CK, Pillatt AP. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2019; 24(11):4201-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2019/10/03

Accepted: 2020/04/26

Publishing: 2020/07/16

Corresponding Address

Cynthia Roberta Dias Torres da Silva.
Universidade Federal do Piauí, Campus Universitário
Ministro Petrônio Portella.
Departamento de Enfermagem.
Avenida Universitária, Bairro Ininga. Teresina-PI,
Brasil.
CEP: 64049-550, Piauí (PI), Brazil.
E-mail: cynthiarobertatorres@gmail.com

Como citar este artigo:

Felipe SGB, Oliveira CES, Silva CRDT, Figueiredo MLF, Gouveia MTO. Fragilidade de idosos em um centro de convivência. *Rev. Enferm. UFPI* [Internet]. 2020 [acesso em: dia mês abreviado ano];9:e9559.
DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v9i0.9559>

