

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS

Letice Dalla Lana¹
Joseane Trindade Nogueira²
Paulo Emílio Botura Ferreira³
Rodolfo Herberto Schneider⁴

resumo

Identificar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos que buscam assistência em um serviço de pronto atendimento. Estudo quantitativo e transversal desenvolvido com idosos de idade igual ou maior a 60 anos e que apresentassem condições de deambulação com ou sem auxílio. Foram coletados dados sociodemográficos e avaliado os níveis de fragilidade pela Escala de Fragilidade de Edmonton. A análise dos dados ocorreu pela estatística

1 Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Membro do Departamento Científico Gerontólogo da Associação Brasileira de Enfermagem. E-mail: leticedl@hotmail.com.

2 Graduada em Enfermagem. E-mail: joseanenogueira8297@gmail.com.

3 Graduado em Biologia. Doutor em Ciências Biológicas. Professor da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). E-mail: pbotura@gmail.com.

4 Graduado em Medicina. Doutor em Medicina e Ciências da Saúde. Professor da Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul. Membro da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia. E-mail: rodolfo.schneider@pucrs.br.

descritiva e analítica. Dos 163 idosos, a maioria foi classificada como frágil (81,60%), onde 79 (59,40%) idosos apresentavam fragilidade severa. Os fatores de risco para a fragilidade após a análise multivariada foram idade, estado civil, arranjo domiciliar, renda mensal, uso de medicações, doenças infecciosas, neoplasias e internação no último ano. A identificação de um percentual elevado de idosos classificados como frágeis demonstra a importância da avaliação precoce e contínua dos idosos inseridos na sociedade, garantindo uma melhor abordagem sobre o tema na prática clínica e melhores desfechos da fragilidade.

palavras-chave

Idoso. Idoso fragilizado. Enfermagem Geriátrica. Fatores de Risco.

1 Introdução

O Consenso Brasileiro de fragilidade em idosos define a síndrome como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, produzida pela reserva homeostática e capacidade reduzida do organismo de enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde (LOURENÇO *et al.*, 2018). Para outros pesquisadores, essa condição clínica não está atrelada à idade, mas é resultante exclusivo do processo de envelhecimento (BERLEZI *et al.*, 2019). Independentemente da variação conceitual da fragilidade, evidencia-se que intervenções combinadas de exercício, orientação e suplementação nutricional, com ou sem treinamento cognitivo conduzem a melhores desfechos aos idosos pré-frágeis e frágeis (LANA; CROSSETTI, 2019). Assim, a fragilidade é considerada uma síndrome que pode ser prevenida, quando identificada precocemente.

Idosos classificados como frágeis e hospitalizados representam entre 44,81% e 95,2% (CROSSETTI *et al.*, 2018; STORTI *et al.*, 2013), em comparação aos 41,3% frágeis encontrados na comunidade (CARNEIRO *et al.*, 2016) e 40,1% de idosos atendidos em um ambulatório de especialidades (GRDEN *et al.*, 2019). Essa distinção pode estar atrelada à influência dos fatores de risco encontrados em estudos desenvolvidos em diferentes ambientes. A elevada prevalência da fragilidade revela uma condição de saúde pública, principalmente ao ser considerada como uma síndrome clínica progressiva e de risco à população idosa. Deste modo, a identificação precoce e o tratamento de fatores de risco à fragilidade, por meio de intervenções preventivas e/ou terapêuticas, tornam-se essenciais para prevenir desfechos clínicos como hospitalização e morte (LANA; CROSSETTI, 2019).

Embora a literatura reconheça ferramentas, recursos e alguns fatores associados à fragilidade em idosos residentes na comunidade e instituições de longa permanência, ressalta-se a escassez de estudos nacionais que investiguem a fragilidade em idosos internados em pronto atendimento. Ou seja, tem-se a necessidade de identificar os fatores de risco para a fragilidade que predizem a internação hospitalar, com idosos em atendimento hospitalar. Para tal, o objetivo foi identificar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos que buscam assistência em um serviço de pronto atendimento.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido em um Pronto Atendimento (PA) adulto da região sul do Brasil, composto por 27 leitos, sendo 12 particulares e 15 restritamente públicos. Os critérios de inclusão foram: idosos com idade igual ou maior a 60 anos internados no PA. Foram excluídos os idosos que estavam sedados, inconscientes, não aptos para responder aos questionamentos durante a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton, estar com risco eminente de morte, internados a menos de 24 horas na instituição, com restrição ao leito ou em condições de saúde que os incapacitasse de deambular. A amostragem foi definida em 163 idosos, considerando uma ocorrência de 15% e um erro alfa de 5 pontos percentuais. Adotou-se uma ocorrência de 15%, visto as prevalências de fragilidade em diferentes estudos nacionais e internacionais. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2012 e janeiro de 2013, apenas pela pesquisadora principal, por meio de uma entrevista estruturada com o intuito de identificar os fatores sociodemográficos e de saúde, as morbidades e as comorbidades associados à fragilidade do idoso.

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), adaptada transculturalmente e validada no Brasil (FABRÍCIO, 2008) teve por objetivo avaliar a fragilidade em idosos por meio de nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Sua pontuação varia de zero (não apresenta fragilidade) a 17 (fragilidade severa). 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 severa (FABRÍCIO, 2008). As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias entre os grupos,

o teste *t-student* foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado. Na comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram utilizados. Para controle de fatores de confusão e análise de fatores independentemente associados com a fragilidade, o modelo de Regressão de Poisson foi utilizado. Como medida de efeito, foi calculada a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. Foram inseridas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0.

Para uma melhor análise das variáveis dependentes (escores de fragilidade) e independentes (sociodemográficos e de saúde), os escores de efe foram agrupados em dois grandes grupos, ou seja, “não apresentam fragilidade” e “aparentemente vulnerável” foram classificados no grupo sem fragilidade. Os escores “fragilidade leve”, “fragilidade moderada” e “fragilidade severa” foram classificados como frágil.

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, este estudo foi aprovado por parte do PA, Comissão do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da PUCRS sob o número 139.242 de 31 de outubro de 2012.

3 Resultados

O estudo incluiu 163 idosos, com média de idade de 72,81 ($\pm 8,29$) anos, variando de 60 a 92 anos. Aproximadamente metade da amostra (45,4%) ficou entre 60 e 70 anos, eram casados (41,1%), a maior parte residia com a família (81%), tinham mais de dois filhos (79,7%), renda mensal entre 1 e 3 salários (71,8%) e com doença prévia (87,7%). Em média, cada idoso utiliza 3,81 medicamentos por dia, variando de 0 a 13 fármacos. Em relação ao nível de fragilidade, os idosos pesquisados foram classificados conforme a Escala de Fragilidade de Edmonton, onde 15 (9,20%) idosos eram não frágeis; 15 (9,20%) eram aparentemente vulneráveis; 133 (81,60%) eram frágeis, dos quais 25 (18,80%) apresentaram fragilidade leve, 29 (21,80%) fragilidade moderada e 79 (59,40%) apresentaram fragilidade severa. Na Tabela 1, apresenta-se a associação do perfil dos idosos e os níveis da fragilidade.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficos e de saúde com a presença ou não de fragilidade. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Variáveis	Sem fragilidade (n=30) n (%)	Com fragilidade (n=133) n (%)	Total (n=163)	p**
Idade				0,002
60-70 anos	22 (73,3)*	52 (39,1)	74 (45,4)	
71-80 anos	6 (20,0)	45 (33,8)	51 (31,3)	
≥ 81 anos	2 (6,7)	36 (27,1)*	38 (23,3)	
Gênero				0,704
Masculino	18 (60,0)	72 (54,1)	90 (55,2)	
Feminino	12 (40,0)	61 (45,9)	73 (44,8)	
Plano de saúde				1
SUS	23 (76,7)	104 (78,2)	127 (77,9)	
Convênio	7 (23,3)	29 (21,8)	36 (22,1)	
Mora com				0,086
Família	24 (80,0)	108 (81,2)	132 (81,0)	
Sozinho	6 (20,0)	13 (9,8)	19 (11,6)	
Institucionalizado	0 (0)	12 (9,0)	12 (7,4)	
Cor da pele				0,915
Branca	21 (70,0)	88 (66,2)	109 (66,9)	
Parda	6 (20,0)	29 (21,8)	35 (21,5)	
Negra	3 (10,0)	16 (12,0)	19 (11,6)	
Estado civil				0,002
Casado	17 (56,7)	50 (37,6)	67 (41,1)	
Solteiro	1 (3,3)	4 (3,0)	5 (3,1)	
Divorciado	7 (23,3)*	10 (7,5)	17 (10,4)	
Viúvo	5 (16,7)	69 (51,9)*	74 (45,4)	

Variáveis	Sem fragilidade (n=30) n (%)	Com fragilidade (n=133) n (%)	Total (n=163)	p**
Escolaridade				0,483
Analfabeto	1 (3,3)	9 (6,8)	10 (6,1)	
E. Fundamental	10 (33,3)	33 (24,8)	43 (26,4)	
E. Médio	13 (43,3)	73 (54,9)	86 (52,8)	
E. Superior	6 (20,0)	18 (13,5)	24 (14,7)	
Renda mensal				0,075
Menos 1 salário	0 (0)	15 (11,3)	15 (9,2)	
Mais de 1 salário	30 (100)	118 (88,7)	148 (90,8)	
Ocupação				0,048
Com ocupação	13 (43,3)	31 (23,5)	44 (27,2)	
Sem ocupação	17 (56,7)	101 (76,5)	118 (72,8)	
Religião				0,519
Católica	18 (60,0)	80 (60,1)	98 (60,5)	
Evangélica	6 (20,0)	30 (22,6)	36 (22,2)	
Umbandista	4 (13,3)	6 (4,5)	10 (6,2)	
Espírita	1 (3,3)	6 (4,5)	7 (4,3)	
Ateu/Sem religião	1 (3,3)	11 (8,3)	7 (7,4)	
Doença prévia				0,003
Sim	21 (70)	122 (91,7)	143 (87,7)	
Não	9 (30)	11 (8,3)	20 (12,3)	
Filhos – md (P25 – P75)	2 (1 – 4)	3 (2 – 5)	3 (2 – 4)	0,085
Número de medicações				0,005
≤ 4 medicações	25 (83,3)	70 (53,4)	95 (58,5)	
≥ 5 medicações	5 (16,7)	61 (46,6)	66 (41,0)	

Variáveis	Sem fragilidade (n=30) n (%)	Com fragilidade (n=133) n (%)	Total (n=163)	p**
Motivo de internação				
Doença do TGI	5	8	13	0,066
Neoplasia	2	28	30	0,115
Doenças I e P	1	33	34	0,018
Doença do AC	17	48	65	0,061
Número de internações último ano				
Zero	26 (86,7)*	47 (35,3)	73 (44,8)	<0,001
1 – 2 vezes	3 (10,0)	60 (45,1)*	63 (38,7)	
≥ 3 vezes	1 (3,3)	26 (19,5)*	27 (16,6)	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Doença do TGI = Doença do Trato Gastrointestinal, Doenças I e P= Algumas doenças Infeciosas e Parasitárias, Doenças do AC= Doenças do aparelho circulatório.

* Associação significativa pelo Teste de resíduos ajustados a 5% de significância.

** Variáveis contínuas por teste de Mann-Whitney e variáveis categóricas por teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Em relação aos fatores que permaneceram associados com fragilidade após a análise multivariada, foram idade, estado civil, arranjo domiciliar, renda mensal, uso de medicações, doenças infecciosas, neoplasias e internação no último ano (Tabela 2). Idosos acima de 80 anos apresentaram uma prevalência de 21% maior de fragilidade quando comparados com os idosos entre 60 e 70 anos (RP=1,21; IC 95%: 1,03 - 1,42). Ser viúvo aumenta a prevalência em 19% quando comparado com os idosos casados. Ter renda menor que um salário mínimo por mês apresenta uma prevalência de 6% maior quando comparados com os idosos com renda maior ou igual a um salário mínimo (RP=1,06; IC95%:0,94 - 1,20). A presença de doença prévia, independente do tipo, foi um fator associado à fragilidade, significando que os idosos que as tem apresentam uma prevalência de 26% maior para a fragilidade quando comparados aos idosos sem doença prévia (RP=1,26; IC: 95%: 0,88 - 1,80). Idosos que fazem uso de cinco ou mais medicações por dia apresentam prevalência 16% maior de fragilidade quando comparados aos idosos que fazem uso de quatro medicações ou menos (RP=1,16; IC95%:1,02 - 1,31). Internar no PA por doença infecciosa gera prevalência 17% maior para a fragilidade em comparação a idosos que não internam por doença infecciosa (RP=1,17; IC95%:1,03 - 1,32). Internar por

neoplasia apresenta uma prevalência de 22% maior quando internado sem ter neoplasia (RP=1,22; IC95%: 1,06 - 1,42). Internar no último ano de uma a duas vezes ou três vezes ou mais representa uma prevalência de 35% e 30%, respectivamente, quando comparados aos idosos sem nenhuma internação no último ano (RP=1,35; IC95%: 1,15 - 1,58) (RP=1,30; IC95%: 1,10 - 1,53).

Tabela 2 – Análise multivariada de Regressão de Poisson para avaliar fatores de risco a fragilidade do idoso. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Idade		
60-70 anos	1,0	
71-79 anos	1,11 (0,94 – 1,30)	0,224
≥ 80 anos	1,21 (1,03 – 1,42)	0,022
Arranjo domiciliar		
Familiar	1,06 (0,92 – 1,22)	0,347
Institucionalizado	1,0	
Sozinho	0,89 (0,66 – 1,20)	0,455
Estado civil		
Casado	1,0	
Solteiro/divorciado	1,05 (0,79 – 1,39)	0,746
Viúvo	1,19 (1,02 – 1,38)	0,024
Renda mensal		
< 1 salário min.	1,06 (0,94 – 1,20)	0,344
≥ 1 salário min.	1,0	
Presença de doença prévia		
Não	1,0	
Sim	1,26 (0,88 – 1,80)	0,208

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Uso de medicações		
≤ 4 medicações	1,0	
≥ 5 medicações	1,16 (1,02 – 1,31)	0,016*
Motivo de internação		
Doença infecciosa		
Sim	1,17 (1,03 – 1,32)	0,016*
Não	1,0	
Neoplasia		
Sim	1,22 (1,06 – 1,42)	0,007*
Não	1,0	
Internação último ano		
Zero	1,0	
1 – 2 vezes	1,35 (1,15 – 1,58)	<0,001*
≥ 3 vezes	1,30 (1,10 – 1,53)	0,003*

Fonte: Elaborado pela Autora (2020).

Nota: Associação significativa a 5% de significância.

4 Discussão

A prevalência de fragilidade encontrada nesse estudo apresenta é elevada quando comparada com estudos desenvolvidos a partir do fenótipo de Fried *et al.* (2001), que evidenciam 17,7% a 43,41% de idosos frágeis (BERLEZI *et al.*, 2019; LLANO *et al.*, 2019). O diferencial existente entre as prevalências da fragilidade assegura a influência dos fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, ambientais e sociais vivenciados pelo idoso ao longo da vida no diagnóstico da síndrome. Deste modo, pressupõe-se que a EFE é mais abrangente em seus itens avaliativos em relação aos critérios fisiológicos de Fried.

Estudo semelhante desenvolvido na capital do Rio Grande do Sul, que classificou a fragilidade a partir da Escala de Edmonton, identificou uma prevalência de 44,81% de idosos frágeis internados em unidades clínicas e cirúrgicas (CROSSETTI *et al.*, 2018). A variabilidade na prevalência existente entre o estudo desenvolvido em diferentes setores hospitalares reforça os dados desta pesquisa, pois os fatores de risco modificáveis para a fragilidade

são capazes de reduzir a resistência imunológica do idoso, levando a busca por serviços de pronto atendimento em virtude de doenças infecciosas. Outrossim, ambos estudos sustentam que os idosos, internados ou que buscam atendimento hospitalar, com doenças infecciosas, tem associação significativa para a fragilidade (CROSSETTI *et al.*, 2018). Outro aspecto relevante que, em parte, sustenta a prevalência da fragilidade no pronto atendimento é a instabilidade do quadro clínico do idoso ao buscar assistência médica. A prevalência durante os dias de internação hospitalar infere que a condição de saúde se encontra estável e sem sinais ou sintomas, quando comparado aos idosos que buscam por atendimento. Corroborando com o conceito de fragilidade multidimensional, a qual inclui a avaliação das características pessoais, condição clínica e de vida do idoso (ROHRMANN, 2020).

A amostra deste estudo identificou quase a metade dos idosos entre as faixas etárias de 60 e 70 anos. A tendência esperada por esse estudo, em relação à faixa etária, seria de que a proporção de idosos longevos (80 anos ou mais) aumenta-se, tendo em vista o avanço dos níveis da fragilidade com a idade, bem como pelas redes de atenção biopsicossocial ao idoso disponibilizados no município. No entanto, esse achado pode estar relacionado com o despertar dos idosos para as alterações geradas pela fragilidade e/ou para as novas limitações impostas pelo processo de envelhecimento, que influenciam na execução das atividades de vida diária. Independente do maior número de idosos jovens sendo atendidos no PA, os resultados revelam que a fragilidade tem relação com a idade avançada, condizendo com os dados evidenciados na comunidade e no âmbito hospitalar (DUARTE *et al.*, 2019; DÍAZ-TORO *et al.*, 2017; FRIED *et al.*, 2001). A literatura sustenta que a prevalência de fragilidade aumenta consideravelmente entre os longevos, independente do instrumento de avaliação da fragilidade (ROHRMANN *et al.*, 2020).

A associação significativa da fragilidade com o baixo nível escolar e renda mensal, já estabelecida e descrita na literatura, só reforça que o nível das condições socioeconômicas interfere fortemente no estilo e na qualidade de vida do indivíduo (DUARTE *et al.*, 2019; TREVISAN *et al.*, 2017). Estudos têm demonstrado que rendas maiores têm efeito positivo na fragilidade, visto que o poder aquisitivo pode propiciar e refletir um maior grau de bem-estar psicofísico e, conseqüentemente, menor dependência nas atividades cotidianas (FRIED *et al.*, 2001; TREVISAN *et al.*, 2017). Compreende-se que as condições não atuam diretamente na fisiopatologia da fragilidade, contudo, repercutem em outros domínios da fragilidade multidimensional no qual deixam o idoso suscetível à condição clínica. A ocupação remunerada entre os idosos demonstra que o sexo masculino se mantém no mercado de trabalho em relação às

mulheres. Contudo, a remuneração, por vezes, pode-se fazer necessária em virtude da aposentadoria que não permite uma atenção à saúde adequada que garanta medicamentos, alimentos e acesso a atendimento especializado de saúde demandados pelo processo de envelhecimento e pelo desfecho clínico da fragilidade (ROHRMANN *et al.*, 2020).

Outra inferência pela busca de uma ocupação remunerada pelo idoso é em virtude da ausência diária do parceiro (marido ou esposa), pois ser viúvo aumentou a prevalência da fragilidade em 19% quando comparado com o estado civil casado. A associação da fragilidade com ser viúvo pode estar relacionada, em parte, ao desafio ou estresse causado pela perda do ente querido, que aumenta a vulnerabilidade para os domínios emocional, espiritual e fisiológico da fragilidade. Neste íterim, a importância dada pelos idosos às relações conjugais, demonstra que ser casado é um fator protetivo para a fragilidade. A ausência do suporte familiar pode ser um fator de risco para a fragilidade, pois a independência funcional ora presente entre os idosos que residem sozinhos não é capaz de proteger para a condição clínica. Essa inferência pode ser sustentada pelo fato de que os idosos institucionalizados, mesmo apresentando risco acentuado para a fragilidade (FRIED *et al.*, 2001), apresentam o fator protetivo com o apoio multiprofissional e a relação psicossocial com outros idosos nas instituições de longa permanência.

Outro fator associado à fragilidade foi o relato referente à quantidade elevada de medicamentos utilizados no domicílio pelo idoso. A literatura indica que eventos adversos a medicamentos, bem como multimorbidade, aumentam o risco de indivíduos não frágeis de se tornarem frágeis (RÉCOCHÉ *et al.*, 2016). Tal constatação, em parte, sustenta o elevado percentual de fragilidade, pois acrescidos dos medicamentos de uso contínuo, os múltiplos medicamentos administrados no serviço de PA podem potencializar as alterações na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos. Para tal, acredita-se que a fragilidade e o consumo de medicamentos podem estar relacionados bidirecionalmente. Embora a presença de doenças crônicas não esteja atrelada exclusivamente para a condição de fragilidade, a síndrome foi prevalente em 26% dos idosos frágeis quando comparados com os idosos sem doença prévia. Os efeitos nocivos cumulativos dos medicamentos para as doenças crônicas ou para as comorbidades durante o processo de envelhecimento podem ser um fator de risco para a fragilidade (BORGES *et al.*, 2015; RÉCOCHÉ *et al.*, 2016). Essa constatação é evidenciada numericamente em outro estudo onde 85% dos idosos frágeis apresentam uma doença crônica, com associação estatística significativa para a presença de comorbidades ($p=0,049$) (FERNANDES *et al.*, 2015).

Os achados da pesquisa apontam que idosos internados no último ano têm maiores chances de fragilidade, demonstrando que a capacidade de adaptação do idoso torna-o extremamente vulnerável quando submetido ao ambiente hospitalar. As doenças que mais acometeram os idosos frágeis eram esperadas por este estudo, pois destacaram-se comorbidades no aparelho circulatório, infecciosas e neoplasias, sustentadas pelos marcadores diminuição fisiológica e desregulação de múltiplos sistemas (FRIED *et al.*, 2001), alterações fisiopatológicas (CHEN *et al.*, 2016) ou pelo elevado nível inflamatório (SOYSAL *et al.*, 2020). A suscetibilidade do processo inflamatório no envelhecimento torna-se um dos principais mecanismos para o desenvolvimento da fragilidade, doenças cardiovasculares e neoplasias (FERRUCCI; FABBRI, 2018; SOYSAL *et al.*, 2020), corroborando com os achados deste estudo. Além disso, essa relação causal pode agravar-se quando existe uma redução na capacidade de lidar com estresses agudos ou externos, que é tipicamente definida como fragilidade (FRIED *et al.*, 2001; SOYSAL *et al.*, 2020). A identificação do perfil dos idosos que buscam atendimento hospitalar enfatizou os fatores de risco suscetíveis a modificações que podem evitar e postergar a internação hospitalar quando identificados precocemente. O reconhecimento por parte dos profissionais poderá interromper a mortalidade dos idosos frágeis e postergar as internações hospitalares recorrentes.

Uma das relevâncias do estudo está atrelada a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton, validada e adaptada ao contexto brasileiro, pois apresentou grande utilidade para detectar o perfil e os fatores de risco para a fragilidade entre os idosos que buscam atendimento médico. Além disso, demonstrou que a fragilidade é uma síndrome multidimensional que contempla os domínios sociais, emocionais, fisiopatológicos, comportamental, funcional, ambiental, cognitivo e espiritual. Em virtude do desenho transversal do estudo, a limitação encontrada refere-se à ausência das relações de causa e efeito entre o desfecho hospitalização e fragilidade. Contudo, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade entre os idosos que buscam assistência em um PA, e dispor variáveis prognósticas para identificação de fatores de risco entre idosos.

5 Conclusão

Este estudo desenvolvido com idosos que buscam por assistência em um PA revela a elevada prevalência da fragilidade e os fatores de risco que podem ser medidas de rastreamento da fragilidade nos idosos. Entre os fatores, destaca-se a idade, estado civil, uso de medicações, doenças infecciosas, neoplasias e internação no último ano. O aprofundamento teórico sobre os fatores socio-demográficos e de saúde dos idosos permite uma melhor abordagem sobre o tema na prática clínica, os quais podem viabilizar a prevenção e minimizar a ocorrência de eventos indesejáveis, como a morte entre esses idosos.

SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH FACTORS ASSOCIATED WITH ELDERLY FRAILTY

abstract

This paper aims to identify the sociodemographic and health factors associated with frailty in the elderly seeking assistance in an emergency service. A quantitative and cross-sectional study was developed with elderly between the ages of 60 years or older and who presented walking conditions with or without assistance. We collected sociodemographic data from the elderly and the frailty levels were evaluated by the Edmonton Frail Scale. The data analysis was performed using descriptive and analytical statistics. Of the 163 older adults, most were classified as frail (81.60%), where 79 (59.40%) elderly presented severe frailty. Factors associated with frailty after multivariate analyses were: age, marital status, household arrangement, monthly income, use of medication, infectious diseases, neoplasms, and hospitalization in the last year. The identification of a high percentage of elderly classified as fragile demonstrates the importance of early and continuous evaluation of the elderly inserted in society, using a better approach on the subject in clinical practice and the best outcomes of frailty.

keywords

Elderly. Frail Elderly. Geriatric Nursing. Risk Factors.

referências

- BERLEZI, Evelise Moraes *et al.* Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 11, p. 4201-4210, 2019. ISSN: 1678-4561 versão online. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>. Acesso em: 3 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>.
- BORGES, Cíntia Lira *et al.* Características sociodemográficas e clínicas de idosos institucionalizados: Contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 381-7, maio/jun. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4214/13778>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- CARNEIRO, Jair Almeida *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, n. 3, p. 435-42, maio/jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000300435&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 mar. 2019.
- CHEN, Liang-Kung *et al.* Frailty is a geriatric syndrome characterized by multiple impairments: a comprehensive approach is needed. *Journal of Frailty & Aging*, v. 5, n. 4, p. 208-13, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27883167>. Acesso em: 9 maio 2019.
- CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira *et al.* Factors that contribute to a NANDA nursing diagnosis of risk for frail elderly syndrome. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472018000100441&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2020.
- DÍAZ-TORO, Felipe *et al.* Factores asociados a fragilidad en pacientes hospitalizados com insuficiencia cardiaca descompensada. *Revista Medica de Chile*, Santiago, v. 145, n. 2, p. 164-71, feb. 2017. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 19 abr. 2019.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira *et al.* Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 21, supl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300418&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>.
- FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5046/3706>. Acesso em: 9 maio 2019.
- FERNANDES, Pâmella Martim *et al.* Síndrome da fragilidade e sua relação com aspectos emocionais, cognitivos, físicos e funcionais em idosos institucionalizados. *Revista Kairos Gerontologia*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 163-75, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25343/18090>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- FERRUCCI, Luigi; FABBRI, Elisa. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*, v. 15, p. 505-522, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30065258>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- FRIED, Linda *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56, n. 3, M146-57, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>. Acesso em: 13 mar. 2019.

GRDEN, Clóris Regina Blanski *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos atendidos em um ambulatório de especialidades. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 21, p. 52195, 2019. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v21/pdf/ao_02-52195.pdf. Acesso em: 3 mar. 2020.

LANA, Letice Dalla; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Desfecho das intervenções em idosos classificados conforme fenótipo da fragilidade de Fried: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000300303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190008>.

LLANO, Patrícia Mirapalheta Pereira *de et al.* Fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos rurais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 72, p. 14-21, 2019. Supl. 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0079>.

LOURENÇO, Roberto Alves *et al.* Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 12, n. 2, p. 121-135, abr. 2018. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/472/pt-BR/brazilian-consensus-on-frailty-in-older-people--concepts--epidemiology-and-evaluation--instruments>. Acesso em: 3 mar. 2020.

RÉCOCHÉ, Isabelle *et al.* Potentially inappropriate prescribing in a population of frail elderly people. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 39, n. 1, p. 113-19, feb. 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11096-016-0406-2>. Acesso em: 9 maio 2019.

ROHRMANN, Sabine. Epidemiology of Frailty in Older People. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, n. 1216, p. 21-27, 2020. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-33330-0_3. Acesso em: 4 mar. 2020.

SOYSAL, P. *et al.* Inflammation, Frailty and Cardiovascular Disease. In: Veronese, N. Frailty and Cardiovascular Diseases. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, v. 1216, 2020. Springer, Cham. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31894547/>. Acesso em: 4 mar. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33330-0_7.

STORTI, Luana Baldin *et al.* Frailty of elderly patients admitted to the medical clinic of an emergency unit at a general tertiary hospital. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 452-459, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200022&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 16 mar. 2019.

TREVISAN, Caterina *et al.* Factors influencing transitions between frailty states in elderly adults: The Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 65, n. 1, p. 179-84, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27861714/>. Acesso em: 9 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14515>.

Data de Submissão: 24/10/2019
Data de Aprovação: 10/11/2020

