

## Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas

*Frailty, illness and functional capacity in older women*

*Fragilidad, morbilidad referida y capacidad funcional en mujeres mayores*

Marcella Costa Souto Duarte<sup>I</sup>; Maria das Graças Melo Fernandes<sup>II</sup>;  
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>III</sup>; Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>IV</sup>

### RESUMO

**Objetivos:** estimar a prevalência de fragilidade em mulheres idosas, residentes no município de João Pessoa (Paraíba), e averiguar a associação entre a fragilidade e as variáveis clínicas morbidade referida e capacidade funcional desse grupo. **Método:** a amostra foi constituída por 166 idosas, na faixa etária de 60 a 96 anos. Para a coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista. O material empírico foi coletado de abril a junho de 2011 e foi analisado quantitativamente por meio de estatística descritiva. **Resultados:** a maioria das idosas (60,8%) apresentou algum grau de fragilidade. Entre elas, 21,7% eram aparentemente vulneráveis, 23,5%, com fragilidade leve, 7,8%, moderada, e 7,8%, grave. Quanto aos fatores determinantes da fragilidade, verificou-se que esta relaciona-se com o desempenho em atividades de vida diária. **Conclusão:** é preciso promover uma assistência de saúde diferenciada para essas mulheres, com vistas a prevenir o evento.

**Palavras-chave:** Idoso fragilizado; envelhecimento; morbidade; atividades da vida diária.

### ABSTRACT

**Objectives:** to estimate the prevalence of frailty in older women living in the city of João Pessoa (Paraíba) and find the association, in this group, between frailty and the clinical variables 'reported disease' and 'functional capacity'. **Method:** the sample consisted of 166 women aged 60-96 years. Data were collected using the interview technique. The empirical material was collected from April to June 2011 and was analyzed quantitatively using descriptive statistics. **Results:** most of the women (60.8%) had some degree of frailty, including 21.7% apparently suffering from vulnerability, and the remainder, from weakness: 23.5% mild, 7.8% moderate and 7.8% severe. Regarding the determinants of frailty, was found its association with performance in activities of daily living. **Conclusion:** differential healthcare is needed for elderly women, with a view to preventing this event.

**Keywords:** Frail older adults; aging; morbidity; activities of daily living.

### RESUMEN

**Objetivos:** estimar la prevalencia de fragilidad en mujeres mayores, residentes en el municipio de João Pessoa (Paraíba) y averiguar la asociación entre la fragilidad y las variables clínicas de morbilidad referida y capacidad funcional de ese grupo. **Método:** la muestra se compone de 166 mujeres mayores que están en el grupo de edad entre 60 y 96 años. Para la recolección de datos, se ha utilizado la técnica de entrevista. El material empírico fue recolectado de abril a junio de 2011 y analizado cuantitativamente por medio de estadística descriptiva. **Resultados:** la mayoría de esas mujeres mayores (60,8%) presentó algún grado de fragilidad. Entre ellas, un 21,7% era aparentemente vulnerable, un 23,5%, tenía fragilidad leve, un 7,8%, moderada y un 7,8% grave. En cuanto a los factores determinantes de la fragilidad, se ha verificado que está relacionada con el desempeño en actividades de la vida diaria. **Conclusión:** es necesario promover una asistencia de salud diferenciada para esas mujeres, con vistas a la prevención del evento.

**Palabras clave:** Anciano fragilizado; envejecimiento; morbilidad; actividades cotidianas.

## INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa<sup>V</sup> é um fenômeno mundial, porém, no Brasil, também se observa um crescimento acelerado. Esses dados são resultantes da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Com a mudança no perfil de saúde da população, verifica-se um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis, que

podem ser acompanhadas por sequelas e podem limitar o desempenho funcional e gerar dependência<sup>1</sup>.

No cenário nacional, há 20,5 milhões de idosos, o que representa 11% da população do país. Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que, em 2050, o número de idosos deverá chegar a 56

<sup>I</sup>Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de João Pessoa. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: marcellasouto@hotmail.com.

<sup>II</sup>Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso. João Pessoa, Brasil. E-mail: graacafernandes@hotmail.com.

<sup>III</sup>Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: rosalinapartezani@yahoo.com.br.

<sup>IV</sup>Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br.

<sup>V</sup>Extraído de DUARTE, MCS. Fragilidade e fatores associados em mulheres idosas do município de João Pessoa-PB. (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, 2012, vinculado ao projeto Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado, financiado pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica Novas Fronteiras/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2428/08.

milhões, o que representará 24% da população<sup>2</sup>. Nesse contexto, tem-se outro fenômeno, o da feminização da velhice, que desperta o interesse de estudiosos, da sociedade e do governo<sup>3</sup> e se explica, em parte, pela maior expectativa de vida das mulheres, associada a fatores como menor consumo de álcool e tabaco e diferenças de atitude em relação aos problemas de saúde, além de sua capacidade para desempenhar funções<sup>4</sup>.

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis e as incapacidades funcionais causam impacto na família, no sistema de saúde e no cotidiano dos idosos, uma vez que ocasionam mais vulnerabilidade e dependência, a referida condição de saúde culmina, em geral, em um quadro de fragilidade<sup>5</sup>. Trata-se de um estado de vulnerabilidade aos fatores estressantes que resultam no declínio das reservas fisiológicas, com subsequente diminuição da eficiência da homeostase<sup>6</sup>. Por essa razão, deve-se preterir seu progresso com vistas a garantir ao idoso longevidade com condições de saúde adequada, autonomia, independência e melhor qualidade de vida<sup>7</sup>. É importante ressaltar que a perda da capacidade de função do idoso, decorrente de doenças físicas ou mentais, pode culminar na necessidade de intervenção e de adaptações para manter as atividades rotineiras e o estilo de vida, que requerem trabalho constante dos profissionais que atuam, principalmente, na atenção primária de saúde<sup>8</sup>.

Nessa perspectiva, considerando os fatores associados à fragilidade entre os idosos, diferentes estudos têm apontado morbidades e prejuízo funcional por afetar, especialmente, seu estilo de vida e aumentar sua exposição a riscos para a saúde<sup>9</sup>. Contudo, estudos acerca da incidência e dos fatores associados à fragilidade em idosos ainda são escassos<sup>10</sup>, razão pela qual é preciso avaliar tais aspectos nessa população, especialmente entre aqueles que vivem em comunidade, com destaque para as mulheres. Assim, visando contribuir para o preenchimento de lacunas do conhecimento relativas aos fatores envolvidos na ocorrência do fenômeno, particularmente em mulheres idosas, o presente estudo teve como objetivos: estimar a prevalência de fragilidade em mulheres idosas residentes no município de João Pessoa (Paraíba) e averiguar a associação entre fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional nesse grupo de mulheres.

O estudo justifica-se porque proporciona significativa relevância científica e social no campo da saúde, com ênfase na importância do rastreamento e da detecção precoce da fragilidade em mulheres idosas, o que, obviamente, contribuirá para lhes prover uma assistência diferenciada nos serviços de saúde, em particular, nos cuidados de enfermagem.

## REFERENCIAL TEÓRICO

As definições encontradas para idoso frágil durante a década de 1980 incluíam características como idade igual ou superior a 75 anos, vulnerabilidade, déficit físico e/ou cognitivo, participação em programa geriátrico,

necessidade de cuidados institucionais e dependência para realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs). Na década de 1990, foi publicado, no índice remissivo do *Journal of the American Geriatrics Society*, pela primeira vez, o termo idoso frágil, o que despertou o interesse de pesquisadores por essa área<sup>11</sup>.

Nos dias hodiernos, dois grupos de pesquisa internacionais destacam-se no trabalho, com vistas a alcançar uma definição consensual do conceito de fragilidade e estudos de instrumentos para sua operacionalização: nos Estados Unidos, na *Johns Hopkins University*; e no Canadá, o *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A).

Na *Johns Hopkins University*, nos Estados Unidos, realizou-se estudo<sup>12</sup> com fim de estabelecer critérios objetivos e mensuráveis para definir a fragilidade em idosos, respaldados na hipótese de que ela representa uma síndrome que pode ser identificada através de um fenótipo. Com base nessa proposição e em sua aplicação em um grupo de 5.317 idosos, com idade  $\geq 65$  anos, que viviam na comunidade, os autores do referido estudo observaram a prevalência da síndrome de 6,9% e incidência de 7,2%, em quatro anos, com predominância entre as mulheres.

A pesquisa (CIF-A), desenvolvida entre o Canadá, a União Europeia, Israel e o Japão, iniciada em 2002, buscou ampliar o conhecimento sobre fragilidade em idosos, mediante estudo minucioso das causas e da trajetória do fenômeno, com ênfase em sua prevenção e em seu tratamento, considerando o fenômeno sob uma perspectiva multidimensional. Nesse pressuposto, a identificação da fragilidade no idoso envolve a avaliação de elementos como cognição, humor e suporte social<sup>13</sup>. Em consonância com essa perspectiva, na atualidade, compreende-se a fragilidade como um evento determinado por aspectos biológicos e psicossociais. Essa forma de entender o fenômeno foi adotada no âmbito deste estudo.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, realizada na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. Constitui-se em um subprojeto da pesquisa *Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado*, financiada pelo PROCAD/CAPES, numa parceria entre a Universidade Federal da Paraíba e a Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

A população de base para o cálculo amostral compreendeu um grupo de pessoas idosas, de 60 anos ou mais, do referido município. A amostra foi do tipo probabilística, por conglomerados e de duplo estágio, dos quais foram selecionados 240 idosos, sendo que 166(69,16%) eram mulheres, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e residir nos setores censitários do município delimitados no processo de amostragem.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista estruturada nos domicílios das idosas, no período de abril a junho de 2011. Para isso, foi utilizado um instrumento contendo questões relativas à variável clínica morbidade referida, o Índice de Katz. Também empregou-se a *Escala de Lawton*, para avaliar a capacidade funcional dessas mulheres, no tocante ao desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, assim como a *Edmonton Frail Scale* (EFS)<sup>14</sup>, que foi validada e adaptada, culturalmente, numa população de idosos do município de Ribeirão Preto (São Paulo)<sup>15</sup>. Este último identifica a fragilidade a partir de nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Na interpretação dos escores para analisar a fragilidade, considera-se que: indivíduos com pontuação de 0-4 não apresentam fragilidade; de 5-6, são aparentemente vulneráveis à fragilidade; de 7-8, apresentam fragilidade leve; de 9-10, fragilidade moderada, e 11 ou mais, fragilidade severa. Convém destacar que sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade.

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem quantitativa, por meio de estatística descritiva, utilizando-se sistema computacional, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 15.0, por ser adequado para o alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e a generalização dos seus resultados. A análise descritiva foi desenvolvida utilizando-se média, desvio-padrão e frequências absoluta e relativa. Na etapa da análise confirmatória, foram construídas tabelas de contingência para as variáveis qualitativas e aplicado o teste Quiquadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ) ou teste Exato de *Fisher*, para identificar possível associação entre as variáveis independentes (morbidade referida e capacidade funcional) e a variável dependente (fragilidade). Para as variáveis quantitativas, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) ou o teste de *Mann-Whitney*; para verificar a correlação entre essas variáveis, empregou-se o teste de *Pearson* ou o teste não paramétrico de *Spearman*. O nível de significância adotado no estudo foi de 5%.

Convém ressaltar que a pesquisa obedeceu às diretrizes e às normas éticas preconizadas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>16</sup>, que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos, principalmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido das participantes e ao seu anonimato e ao sigilo de dados confidenciais. Portanto, obedecendo aos requisitos éticos da referida Resolução, a pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, e aprovada pelo parecer nº 680/10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização sociodemográfica, morbidade referida e capacidade funcional

Das 166 mulheres idosas que participaram do estudo, 41(24,7%) estavam na faixa etária de 80 anos ou mais. A idade variou entre 60 e 96 anos, com média de 73,25. Em relação ao estado civil, 70 eram viúvas

(42,2%). Quanto ao nível de escolaridade das idosas, a média de anos de estudo equivale a 6,48 e desvio-padrão (DP) de 6,1. Entre elas, 48(28,9%) têm entre 5 e 8 anos de estudo e 45(27,1%) são analfabetas. No que se refere à renda individual, a média foi de R\$ 1.299,38 e a média da renda familiar, incluindo a da idosa, de R\$ 2.990,23. Sobre o tipo de renda, 123(74,1%) das pesquisadas recebiam aposentadoria.

Considerando as características das idosas, referentes aos indicadores sociodemográficos, apresentaram-se como achados relevantes o predomínio de mulheres com 80 anos e mais, o baixo nível de escolaridade e de renda, assim como o arranjo familiar multigeracional como cenário de vivência. Isso reflete as menores possibilidades de acesso à escola e subempregos ocupados por parte delas, o que vem ocasionar menores rendimentos e pior qualidade de vida.

No tocante ao arranjo familiar multigeracional, este constituiu uma organização doméstica característica da população de idosos brasileiros mais pobres, qual seja, composta por filhos(as), netos(as) e idoso(a). Tal achado é uma situação preocupante, uma vez que, no âmbito familiar do idoso brasileiro de baixa renda, verifica-se uma realidade em que ele é o principal membro a proporcionar suporte econômico ao seu núcleo familiar.

Quanto às morbidades referidas, destacou-se a hipertensão arterial (62,7%), conforme apresentado na Tabela 1. Corrobora esse achado estudo realizado na cidade de Bambuí, em Minas Gerais (Brasil), em que se identificou uma prevalência de hipertensão arterial entre idosos equivalente a 62%<sup>17</sup>. Convém salientar que as doenças crônicas, principalmente a Hipertensão Arterial, geram grande impacto econômico na sociedade<sup>18</sup>. Além disso, representam uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, e isso evidencia a necessidade de se monitorar sua prevalência, porquanto apresentam como peculiaridades marcantes a duração e o risco de complicações, o que exige um rigoroso esquema de controle e de cuidados permanentes, por causa das possíveis sequelas que podem envolver incapacidade funcional e colocar em evidência o papel da família, no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado ao idoso<sup>19</sup>.

Além disso, os problemas de saúde mais frequentemente expressos pelas idosas foram: problemas na coluna 77(46,4%), visão prejudicada 71(42,8%), artrite reumatoide/osteoartrite 57(34,3%) e osteoporose 48(28,9%), conforme Tabela 1.

Considerando a capacidade funcional das idosas para a Atividade da Vida Diária, avaliada por meio do índice de Katz, verificou-se que 123(74,1%) são independentes. Quanto às atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) - preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar

**TABELA 1:** Distribuição das idosas segundo morbididade referida. João Pessoa, PB, Brasil, 2011 (N=166).

Morbidade referida <sup>(*)</sup>	Sim		Não	
	f	%	f	%
Hipertensão arterial	104	62,70	62	37,30
Problemas de coluna	77	46,40	89	53,60
Visão prejudicada	71	42,80	95	57,20
Artrite (reumatoide/osteoartrite)	57	34,30	109	65,70
Osteoporose	48	28,90	118	71,10
Doença vascular periférica	43	25,90	123	74,10
Diabetes Mellitus	42	25,30	124	74,70
Audição prejudicada	35	21,10	131	78,90
Constipação	35	21,10	131	78,90
Tem outra doença	34	20,50	132	79,50
Doença gastrointestinal alta	32	19,30	134	80,70
Incontinência urinária ou fecal	26	15,70	140	84,30
Ansiedade	22	13,30	144	86,70
Doença cardíaca	20	12,00	146	88,00
Depressão	15	9,00	151	91,00
Doença neurológica	15	9,00	151	91,00
Derrame	12	7,20	154	92,80
Obesidade	10	6,00	156	94,00
Anemia	8	4,80	158	95,20
Câncer	5	3,00	161	97,00
Asma ou bronquite	3	1,80	163	98,20

<sup>(\*)</sup>Nota: A maioria das idosas evidenciou mais de um problema de saúde.

meios de transporte -, mensuradas por meio da Escala de Lawton, verificou-se que 83(50%) idosas referiram que precisam de ajuda para o desempenho dessas atividades. Desse modo, assume relevância o achado referente ao comprometimento funcional para a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) evidenciado por 83(50%) das mulheres pesquisadas.

A despeito disso, alguns estudos<sup>17-20</sup> demonstram que variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, arranjo familiar e educação, exercem influência sobre a capacidade funcional do idoso. Do mesmo modo, observa-se nessas pessoas associação entre doenças crônicas e incapacidade funcional nos idosos<sup>21</sup>.

#### Prevalência da fragilidade e associação com morbididade referida e capacidade funcional

Quanto à prevalência de fragilidade, verificou-se que 65(39,2%) idosas não apresentavam fragilidade, 36(21,7%) eram aparentemente vulneráveis, enquanto 65(39,2%) apresentavam diferentes níveis de fragilidade, a saber: 39(23,5%), com fragilidade leve; 13(7,8%), moderada, e 13(7,8%), grave. Em um estudo<sup>12</sup> no qual se avaliaram 5317 idosos de uma comunidade dos Estados Unidos, constatou-se fragilidade em 7% deles. Em outro estudo<sup>15</sup>, em que se empregou a *Edmonton Frail Scale* em 137 idosos de uma comunidade de São Paulo, constatou-se que 4,5% deles apresentaram fragilidade

severa. Esses achados sinalizam para a variabilidade dos índices de prevalência de fragilidade conforme o instrumento de medida utilizado.

Na análise de possível associação entre a fragilidade e a morbididade referida, observou-se que a prevalência do fenômeno foi mais frequente entre aquelas que manifestaram maiores médias para os seguintes problemas de saúde: doença neurológica (Parkinson/Esclerose), derrame e depressão. Dessa forma, os dados apresentados mostram que as idosas portadoras desses problemas de saúde incluíam-se nas que evidenciavam algum grau de fragilidade, de acordo com a Tabela 2. Além dos sinais e dos sintomas clínicos da fragilidade, existem outros componentes importantes que podem levar à sua ocorrência, como as alterações do humor e da cognição<sup>22</sup>.

Quanto aos fatores envolvidos na determinação da fragilidade, a literatura pesquisada evidencia que indivíduos com morbididades instaladas estão mais propensos à velhice fragilizada<sup>13</sup>. Referenda essa realidade estudo sobre a fragilidade e a qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos, realizado no México, no qual se constatou que a maioria dos idosos portadores de fragilidade tinha pelo menos uma doença crônica<sup>23</sup>. Consubstanciando esses achados, outro estudo<sup>22</sup> identificou que a presença de morbididade nos idosos predispõe o aparecimento de fragilidade. Desse modo, o desenvolvimento de doenças crônicas pode acelerar o aparecimento da



**TABELA 2:** Distribuição das idosas segundo morbididade e média de escore de fragilidade. João Pessoa, PB, Brasil, 2011 (N=166)

Morbidade referida	Média escore fragilidade (DP)
Hi pertensão arterial	6,02 (2,72)
Problemas de coluna	5,50 (2,71)
Visão prejudicada	5,89 (3,17)
Artrite (reumatoide/osteoartrite)	6,18 (2,85)
Osteoporose	6,19 (3,02)
Doença vascular periférica	4,88 (2,50)
Diabetes Mellitus	6,75 (2,69)
Audição prejudicada	6,63 (3,19)
Constipação	6,32 (3,13)
Tem outra doença	6,67 (3,47)
Doença gastrointestinal alta	5,61 (2,43)
Incontinência urinária ou fecal	7,42 (2,56)
Ansiedade	6,59 (3,37)
Doença cardíaca	7,26 (2,84)
Depressão	7,64 (3,35)
Doença neurológica	9,75 (1,90)
Derrame	8,22 (1,71)
Obesidade	4,67 (2,44)
Anemia	7,88 (2,74)
Câncer	5,60 (3,84)
Asma ou bronquite	5,67 (1,52)

fragilidade, visto que tais alterações da saúde requerem que o organismo utilize recursos disponíveis, o que pode levar à exaustão das reservas orgânicas<sup>23</sup>.

Ao se analisar a correlação entre os escores brutos de fragilidade e o desempenho de AVDs, empregando-se o teste ANOVA, constatou-se correlação estatisticamente significativa entre essas variáveis ( $p < 0,0001$ ), uma vez que, entre as mulheres idosas dependentes em todas as seis funções, 8(42,1%) apresentavam fragilidade leve; 6(31,6%), fragilidade moderada, e 4(21,1%) evidenciavam

fragilidade grave. No tocante às idosas independentes em cinco funções e dependentes em uma função, 5(45,5%) apresentavam fragilidade leve, 2(18,2%), fragilidade moderada, e 2(18,2%) evidenciavam fragilidade grave. Mediante relação das variáveis fragilidade e desempenho em AIVDs, verificou-se que, das idosas independentes para o desempenho das referidas atividades, 47(67,1%) não apresentam fragilidade, 12(17,1%) eram aparentemente vulneráveis à fragilidade e 11(15,7%) tinham fragilidade leve. Convém salientar que nenhuma idosa independente apresentou os níveis mais elevados de fragilidade. Portanto, pode-se inferir que quanto maior o nível de independência nas AIVDs, menor será o grau de fragilidade, conforme Tabela 3.

A situação ora mencionada é corroborada pelos achados deste estudo, porquanto se verificou maior associação da fragilidade com o desempenho em AVDs ( $p < 0,0001$ ). Ressalta-se que déficits na capacidade de realizar AVDs, geralmente, estão associados à fragilidade<sup>24</sup>. Isso decorre, especialmente, por ela estar relacionada à capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até uma idade mais avançada. Nesse sentido, a promoção e a manutenção da capacidade funcional em idosos resultam em melhor qualidade de vida e em um envelhecimento bem-sucedido.

Tendo em vista esses aspectos, o estudo<sup>13</sup> reforça a importância de se considerar a multidimensionalidade do fenômeno, pois sustenta que, além de fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade, ausência de apoio social e estilo de vida e variáveis clínicas, como a existência de morbididades e o comprometimento da capacidade funcional podem agravar a fisiopatologia da fragilidade. Além disso, eles asseveram que intervenções apropriadas sobre esses fatores e variáveis apontam para a possibilidade de se reverter o evento. Convém destacar que a principal meta do cuidado ao idoso é a manutenção da independência e autonomia para suas atividades básicas da vida diária, o que pode estar diretamente relacionado à qualidade de vida<sup>25</sup>.

**TABELA 3:** Distribuição das idosas segundo fragilidade e desempenho em atividades de vida diária. João Pessoa, PB, Brasil, 2011 (N=166)

Escore fragilidade	Escore Katz													
	Dependente em todas as 6 funções		Independente		Independente em 1 função e dependente em 5 funções		Independente em 2 funções e dependente em 4 funções		Independente em 3 funções e dependente em 3 funções		Independente em 4 funções e dependente em 2 funções		Independente em 5 funções e dependente em 1 função	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Não apresentam fragilidade	1	5,3	63	51,2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1
Aparentemente vulnerável	-	-	33	26,8	-	-	-	-	2	50,0	-	-	1	9,1
Fragilidade leve	8	42,1	22	17,9	-	-	3	75,0	-	-	1	33,3	5	45,4
Fragilidade moderada	6	31,6	3	2,4	1	50,0	-	-	1	25,0	-	-	2	18,2
Fragilidade grave	4	21,1	2	1,7	1	50,0	1	25,0	1	25,0	2	66,7	2	18,2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>-</b>

## CONCLUSÃO

A pesquisa em questão possibilitou estimar a prevalência do fenômeno da fragilidade em mulheres idosas, residentes no município de João Pessoa (Paraíba), e verificar sua associação com morbidades e capacidade funcional. Isso contribuiu para o aprofundamento da análise de aspectos epidemiológicos e fatores relacionados à fragilidade.

Considerando os achados, evidenciou-se que as idosas com níveis mais altos de fragilidade foram aquelas que autorreferiram sofrer de, pelo menos, uma morbidade, principalmente neurológica e cardiovascular, e que apresentavam comprometimento na capacidade funcional. Com base nos resultados e nas associações verificadas, pode-se sinalizar para o caráter multifatorial do fenômeno investigado, que pode ser compreendido como um desfecho natural do processo fisiológico de envelhecimento ou do declínio da resiliência biológica potencializado por condições sociais qualificadoras daqueles que evidenciam tal problema.

Entretanto, é imperioso destacar que o presente estudo apresenta um caráter transversal de observação dos dados e que, por esta razão, não pode determinar uma rede causal para a fragilidade, constituindo uma limitação.

Diante do exposto, este estudo constitui relevante contribuição à comunidade científica, particularmente para o melhor entendimento da fragilidade conforme vivenciado pelas mulheres. Isto porque proporciona o conhecimento de algumas variáveis de risco para a fragilidade em idosas, com vistas a prevenir a ocorrência do problema, e dos desfechos adversos e indesejáveis resultantes, como a incapacidade e o agravamento das condições de saúde dos idosos a ela associados, e viabiliza o estabelecimento de medidas de prevenção e o rastreamento do evento entre idosas.

## REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica*. 2009; 43:548-54.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Departamento de População e Indicadores Sociais [site da internet]. Censo Demográfico 2010. [citado em nov 2015] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
3. Carvalho CMRG, Brito CMSB, Sampaio IN, Fortes MLF. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62:579-82.
4. Fernandes MGM, Garcia LG. O corpo envelhecido na percepção de homens idosos. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64:472-7.
5. Gallucci M, Ongaro F, Amici GP, Regini C. Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: evidence from the trevisolongeva study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008; 5:281-3.
6. Fried L, Ferruci L, Darer J. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004; 59:255-63.
7. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14:1903-9.
8. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. *Esc Anna Nery*. 2011; 15:380-8.
9. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52:6-11.
10. Macedo M, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq bras ciênc Saúde*. 2008; 33:177-84.
11. Woo J, Goggins W, Shan A, Ho SC. Social determinants of frailty. *J gerontol*. 2005; 51:402-8.
12. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, McBrune MA, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56:146-56.
13. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *JAGS* 2005; 53:1067-70. Frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005; 59:255-63.
14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of edmonton frail scale. *Age Aging*. 2006; 17:526-11.
15. Fabrício-Whebe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17:1043-9.
16. Ministério da Saúde (Br). Resolução 196/96. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS, 1996.
17. Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16:2541-8.
18. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16(2):168-73.
19. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16:3755-68.
20. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J bras psiquiatr*. 2009; 58(1):39-44.
21. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16:2919-25.
22. Lang, P.O. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *J Gerontol*. 2009; 55:539-49.
23. Bergman H, Béland F, Karunananthan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Canadian initiative on frailty and aging: developing a working framework for understanding frailty. *J Gerontol et Soc*. 2004; 106:15-29.
24. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saude Publica*. 2004; 38:687-94.
25. Fhon JRS, Fabrício Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20(5):1-8.