

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

NATHÁLIA CASTRO DA ROCHA

SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DA ZONA RURAL DE  
CABACEIRAS - PB

CAMPINA GRANDE – PB

2014

NATHÁLIA CASTRO DA ROCHA

SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DA ZONA RURAL DE  
CABACEIRAS - PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Alecsandra Ferreira  
Tomaz

CAMPINA GRANDE-PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

R672s Rocha, Nathália Castro da.  
Síndrome da fragilidade em idosos da zona rural de  
Cabaceiras-PB [manuscrito] / Nathalia Castro da Rocha. - 2014.  
28 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas  
e da Saúde, 2014.  
"Orientação: Profa. Ma. Alecsandra Ferreira Tomaz,  
Departamento de Fisioterapia".

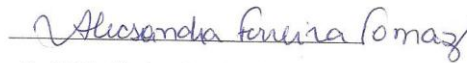
1. Idoso. 2. Capacidade funcional. 3. Fragilidade. I. Título.  
21. ed. CDD 571.878

NATHÁLIA CASTRO DA ROCHA

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DA ZONA RURAL DE  
CABACEIRAS-PB**

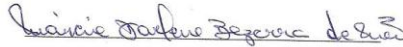
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em **Fisioterapia** da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 05/11/2014.



Profª Ms Alessandra Ferreira Tomaz

Orientadora/ UEPB



Profª. Esp. Márcia Darlene Bezerra de Melo e Silva

Examinadora/ UEPB



Profª Esp. Dásio José de Araújo Pereira

Examinadora/ UEPB

# **SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DA ZONA RURAL DE CABACEIRAS – PB.**

ROCHA, Nathália Castro<sup>1</sup>; TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>

## **Resumo**

O objetivo desse trabalho é identificar através das escalas de Barthel, Lawton e Edmonton a relação entre síndrome da fragilidade e capacidade funcional entre idosos residentes na zona rural do município de Cabaceiras/PB, restritos e não restritos ao seu ambiente domiciliar. A amostra foi composta por 40 indivíduos, sendo 20 restritos ao ambiente domiciliar e 20 não restritos. Foram considerados idosos restritos ao ambiente domiciliar aqueles que se ausentam de casa apenas para acompanhamento médico, podendo estar restritos ao leito ou não. Os demais foram considerados não restritos. Para desenvolvimento da pesquisa foram utilizados quatro instrumentos de coleta: Ficha de identificação geral, Escala de Barthel, Escala de Lawton e Escala de Fragilidade. Quanto à análise dos dados, foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk, o teste de Mann-Whitney e o teste de correlação de Spearman e o teste exato de Fisher com extensão de Freeman-Halton. Observou-se predomínio de idosos do sexo masculino (60%), com cônjuge (55%) e nível de escolaridade de 1 a 4 anos (60%). Na escala de Barthel 57,5% dos idosos e na escala de Lawton e Brody apenas 20% podem ser considerados independentes. No que se refere à fragilidade, verificou-se que 35,9% dos idosos foram avaliados como não frágeis. Conclui-se que os idosos da zona rural não restritos ao ambiente domiciliar apresentaram melhor capacidade funcional que aqueles restritos. Devido à escassez de estudos com grupos etários de idosos mais longevos, se faz necessária a realização de novos estudos que os abranjam, já que a maioria dos estudos é desenvolvida com grupos etários de idosos jovens.

**Palavras Chaves:** Idoso, Capacidade Funcional, Fragilidade.

1 nathaliacastrofisio@gmail.com. Acadêmica do 10º período da Universidade Estadual de Campina Grande (UEPB).

2 alecsandratomaz@hotmail.com. Professora Mestre da Universidade Estadual de Campina Grande (UEPB).

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é caracterizado pela mudança na estrutura etária da população. O aumento da população de idosos sempre esteve associado aos países desenvolvidos, no entanto, vem se observando que esse fenômeno deixou de ser algo isolado, e que recentemente passa a ter uma maior abrangência, presente nos países em desenvolvimento e projeções estatísticas apresentam uma faixa etária acima dos 60, considerada crescente na maioria dos países em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MORAIS et al., 2008; PASCHOAL, 2007).

No Brasil, essa transição demográfica se deu de maneira brusca e rápida, estima-se que, entre 1990 e 2025, a população idosa aumentará cerca de sete a oito vezes em países como a Colômbia, Quênia, Malásia, Tailândia e Gana. Tais projeções indicam também que, em 2025, o Brasil estará entre os dez países que possuem maior número de idosos. Na região Nordeste a população com 60 anos de idade ou mais passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010. Essa transformação demográfica pode ser atribuída ao aumento proporcional da população com idade avançada, devido ao maior número de fluxos migratórios, principalmente da zona rural para regiões metropolitanas, contribuindo para o aumento nas diferenças de faixas etárias (ANDRADE et al., 2011; IBGE, 2010; COELHO; RAMOS, 1999).

O envelhecimento é considerado um processo fisiológico normal de todos os indivíduos, caracterizado como um processo universal, progressivo e irreversível, acompanhado da diminuição das capacidades e reservas biológicas, e que envolve fatores psíquicos e sociais. O conhecimento das mudanças ocorridas nessa fase da vida de grande importância, uma vez que, entendendo esse processo torna-se mais fácil, possibilitar que o indivíduo idoso desfrute de um melhor estado de saúde (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Entretanto, compreende-se que, de um modo geral, o avanço da idade está associado ao maior risco de ocorrência da Síndrome da Fragilidade do Idoso, tornando prioritário o desenvolvimento de ações que possam prevenir e assistir esse grupo mais efetivamente (OLIVEIRA; MENEZES, 2011). De 10 a 25% das pessoas com mais de 65 anos são frágeis, e esta prevalência aumenta proporcionalmente com a idade, chegando a mais de 40% naqueles com mais de 80 anos.

A fragilidade é considerada uma síndrome clínica, multifatorial, caracterizada pela modificação do estado fisiológico e maior vulnerabilidade, resultando em

desregulação dos múltiplos sistemas fisiológicos. A literatura aponta que os marcadores desse processo estão integrados à idade, declínio da massa corporal magra, força e resistência muscular, equilíbrio, mobilidade, nível de atividade física e função cognitiva. Qualquer ruptura no equilíbrio adaptativo desses idosos, física, psicológica ou social, proporciona uma súbita aceleração do declínio de saúde e da capacidade funcional (LUSTOSA et al., 2013; ANDRADE et al., 2011).

A capacidade funcional diz respeito à habilidade que um indivíduo tem de realizar de forma autônoma aquelas atividades consideradas fundamentais a sua sobrevivência, bem como a manutenção das suas relações sociais. A quantificação de tais atividades possibilita uma avaliação do grau de capacidade funcional dos idosos, ou seja, a capacidade dos mesmos executarem atividades que lhes permitam cuidar de si mesmos e viver de maneira independente. Existem várias escalas que avaliam a capacidade funcional de um indivíduo dentre elas a escala de Barthel e a escala de Lawton. (MACIEL; GUERRA, 2008; WEHBE, 2008).

A perda da capacidade funcional está associada à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo. Anualmente, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos, perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal, o que, na prática impossibilita que este indivíduo permaneça em sua residência sozinha (TORRES et al., 2010).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar a relação entre síndrome da fragilidade e capacidade funcional entre idosos residentes na zona rural restritos e não restritos ao seu ambiente domiciliar.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O envelhecimento populacional é hoje um evento mundial. A proporção de idosos está aumentando mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária no mundo. A previsão entre o período de 1970 a 2025 é que o crescimento do número de idosos seja de 223% de pessoas com 60 anos, ou mais, de idade, projetando-se para 2025 um

número de 1,2 bilhões de pessoas nesta faixa etária. (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008; TORRES et al., 2010).

O envelhecimento determina várias complicações sociais, ordenando a preparação dos países para atender às demandas das pessoas com 60 anos ou mais. O resultado da interação desses aspectos ambientais, estado de saúde física e mental, influencia na qualidade de vida do idoso, sendo tais pontos fundamentais para os índices de morbimortalidade (ANDRADE et al., 2011; FHON et al., 2012).

No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemática e consistente, o País conta com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade, dentre as quais 55,8%, são mulheres que possuem menor índice de massa muscular relacionada à redução dos níveis de testosterona e a redução da secreção de hormônio do crescimento e estão mais suscetíveis ao desenvolvimento da fragilidade e 30,7% dos idosos possuem escolaridade considerada baixa (IBGE, 2010; ANDRADE et al., 2012).

A velhice apresenta-se diferentemente para cada indivíduo e para o mesmo indivíduo ao longo do tempo, visto que se trata de um processo heterogêneo. Metade das incapacidades em idosos desenvolveram-se crônica e progressivamente em associação a severidades subjacentes de doenças, co-morbidades e fragilidade, que podem ser considerados fatores de risco para incapacidade física. Outra metade dos idosos pode desenvolvê-las agudamente em associação a eventos clínicos como fraturas advindas de quedas e Acidente Vascular Encefálico, por exemplo (SANTOS et al., 2013; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

De acordo com Fabrício e Rodrigues (2008), a avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AVIDs) auxiliam na deliberação da dependência ou não que o idoso possa ter para suas tarefas. Elas podem prever dificuldades para desempenhá-las e levar a futuras dependências. Além disso, incapacidades em idosos, significam aumento de risco de mortalidade e hospitalização, portanto aumento de dependência, aumento de custos para o setor saúde e necessidade de cuidados de saúde. A incapacidade acontece decorrente de um acontecimento ao acaso, porém, também pode ser caracterizada como um fator de risco para eventos adversos.

A noção de fragilidade surgiu ainda na década de 70, nos países desenvolvidos, a partir da identificação de grupos de idosos que apresentavam excesso de morbidades, deficiências e maior risco de morte. Fragilidade entre os idosos tem emergido como



importante conceito em gerontologia e geriatria, sendo citada como significativo fator de risco para queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos (SANTIAGO, 2013; FRON et al., 2012).

Fragilidade é uma síndrome clínica, de caráter multifatorial, distinguida por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante do abatimento das reservas de energia e da capacidade de manter ou reparar a homeostase após um evento desestabilizante. A síndrome de fragilidade é complexa e envolve declínios em múltiplos domínios fisiológicos, incluindo força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e função cardiovascular. Também é considerada uma síndrome geriátrica que se diferencia do processo normal de envelhecimento, bem como da incapacidade funcional e do envelhecimento propriamente dito. A fragilidade leva à deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde. Existem poucos dados sobre a incidência e prevalência desta síndrome. Isso pode ser devido à falta de consenso de sua definição (ARANTES et al., 2009; SANTIAGO, 2013; CARMO et al., 2011).

As manifestações da Síndrome da Fragilidade representam um conjunto de sintomas que incluem perda de peso, força, fraqueza, fadiga, inatividade e redução da ingestão alimentar e, além disso, caracterizam-se por sinais tais como sarcopenia, irregularidades no equilíbrio e marcha, descondicionamento e osteopenia. Neste sentido, indivíduos que apresentarem três ou mais desses elementos caracterizariam um idoso frágil, e indivíduos com um ou dois elementos poderiam ser classificados como em um estado de pré-fragilidade, com risco para desenvolver a síndrome, que está diretamente ligado ao estilo de vida que o indivíduo adquire ao longo da sua existência. Essa síndrome está associada à idade, entretanto não é resultante exclusivamente do processo de envelhecimento, já que muitos idosos não se tornam frágeis. (REMOR et al., 2011; SANTOS et al., 2013).

É importante a identificação precoce dos idosos pré-frágeis e frágeis para prevenção de eventos adversos, como descompensação de doenças crônicas, quedas, institucionalização, incapacidade e morte. Além disso, há evidências de pesquisas em que, na fase pré-frágil à fragilidade ainda possa ser revertida. É necessário que profissionais de saúde possam, também em nível ambulatorial, em sua prática clínica, identificar tais características, com o intuito de intervir antes da manifestação da fragilidade, bem como pensar em mediadas que possam minimizar os efeitos sobre a

saúde do idoso, quando a fragilidade se faz presente (SILVA; D'ELBOUX, 2012; REMOR et al., 2011).

Apesar da fragilidade e vulnerabilidade não serem parecidos, devido ao fato que pessoas mais vulneráveis possuem maior tendência a desenvolver fragilidade, não se pode rejeitar a hipótese que existe uma estreita relação entre elas. Dessa forma, consoante Wehbe (2008), sabe-se que o idoso, uma vez tendo apresentado fragilidade, com muita probabilidade terá suas funções afetadas, incluindo a capacidade funcional.

A capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo executar, de forma autônoma, as atividades consideradas eficazes à sua sobrevivência e, por conseguinte, na manutenção de suas relações sociais. Seu estudo tem-se tornado útil para avaliar o estado de saúde nesta população. Em virtude da multicausalidade dos processos que envolvem o envelhecimento, com muitos idosos apresentando várias doenças, simultaneamente, há uma ampla variedade de transtornos na vida cotidiana. Desta forma, a capacidade funcional é a medida mais eficaz para detectar esse quadro, diminuindo os efeitos de medir saúde pelo número de patologias que o indivíduo apresenta (MACIEL; GUERRA; 2008; LENARDT; CARNEIRO; 2013).

A condição de saúde de um indivíduo é fruto da adoção de comportamentos que promovam saúde. O local de residência é um dos fatores que implica no estado de saúde, mas não há um consenso sobre as contribuições deste fator. O surgimento das cidades sem um planejamento adequado pode gerar concentração e desigualdade de renda, distúrbios e inseguranças sociais, insuficiência na oferta de infraestrutura e serviços urbanos adequados, além de degradação ambiental. Os idosos da zona urbana tem mais acessibilidade aos serviços de saúde e não enfrentam tantos problemas quanto à distância (FERNANDES et al., 2012; COELHO et al., 2014).

Os agravos de saúde de longa duração que acometem os indivíduos idosos têm na própria idade seu principal fator de risco, agrega-se ainda a ideia da baixa renda, advindas das aposentadorias ou da inexistência delas, uma vez que a situação socioeconômica influencia na saúde dos idosos. Os idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde e pior função física (MORAIS et al., 2008).

Observaram menor acesso e conseqüente menor utilização de serviços de saúde nas populações rurais. Os idosos residentes em áreas rurais, além de enfrentar os problemas de saúde do envelhecimento, têm de lidar com maiores barreiras para obter os serviços de saúde de que necessitam. Uma barreira importante enfrentada por esse grupo populacional ocorre em função da menor disponibilidade de serviços,

particularmente em áreas esparsamente povoadas. Grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde (MACIEL; GUERRA, 2008).

O fato dos idosos residirem em áreas rurais faz com que suas vulnerabilidades sejam naturalmente acentuadas. Sua média de rendimento é considerada pouca; possuem maiores problemas de saúde; consomem maior quantidade de álcool; ao mesmo tempo em que os problemas de saúde mental não são facilmente tratados e o transporte público é necessário, mas menos disponível, tanto intra como inter regional (MORAIS et al., 2008).

### **3 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Esta pesquisa teve caráter descritivo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, realizada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família 2 (UBSF2) da zona rural do município de Cabaceiras/PB.

A população era constituída de 247 idosos da zona rural do município de Cabaceiras-PB, cadastrados na UBSF mencionada, sendo 28 restritos ao ambiente domiciliar e 219 não restritos, acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A amostra foi composta por 40 indivíduos, sendo 20 restritos ao ambiente domiciliar (estimativa de 70%) e 20 não restritos. Todos os nomes dos idosos foram escritos em pedaços de papel, colocados em uma urna, devidamente misturados e, posteriormente, sorteados os 40 participantes, compondo uma amostra probabilística simples. Foram considerados idosos restritos ao ambiente domiciliar aqueles que se ausentam de casa apenas para acompanhamento médico, podendo estar restritos ao leito ou não. Ursine et al., (2011) consideram idosos restritos ao domicílio aqueles que saem de casa apenas uma vez por semana ou menos que isso. Os demais foram considerados não restritos.

Os critérios de inclusão abrangeram idade igual ou acima de 60 anos; morar na zona rural; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) e estar em micro áreas atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACSS). Quanto aos de exclusão, foram observados: não estar em casa após três tentativas de visita (por

diferentes motivos, dentre eles, a hospitalização) e mudar-se de residência para a zona urbana.

Para desenvolvimento da pesquisa foram utilizados quadro instrumentos de coleta, a saber: Ficha de identificação geral, Escala de Barthel, Escala de Lawton e Escala de Fragilidade. A ficha de identificação caracterizou a amostra quanto à idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, renda, atividade física e doenças diagnosticadas.

A Escala de Barthel modificada mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MINOSSO et al., 2010).

Escala de Lawton modificada avalia as atividades instrumentais de vida diária, sendo importante na determinação das condições de saúde das pessoas, particularmente do idoso. Contém sete questões, onde o sujeito será avaliado de acordo com o seu desempenho e/ou participação. As atividades incluem trabalhos domésticos, uso de telefone, fazer compras, cuidar das finanças, viajar sozinho, preparo de refeição, uso do medicamento. Os itens são classificados quanto à assistência, à qualidade da execução e a iniciativa do sujeito. A pontuação varia de 7 a 21, onde de 7 é considerado dependência total, 10 a 20 parcial e 21 independente (SANTOS; JUNIOR, 2008).

Escala de Fragilidade de *Edmonton Frail Fcale*, contém nove perguntas sobre cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional e visa identificar o nível de fragilidade dos idosos. A pontuação máxima desta escala é 13 pontos e representa o nível mais elevado de fragilidade (0-2 não apresenta fragilidade, 3-5 aparentemente vulnerável, 6-7 fragilidade leve, 8 e 9 fragilidade moderada, 10 ou mais fragilidade severa) (WHEBE, 2008).

Quanto à análise, os dados numéricos foram apresentados sob a forma de média e desvio padrão, e os dados categóricos sob a forma de percentuais. Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição dos dados. Para comparar o valor médio da escala de fragilidade e das escalas de capacidade funcional foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A correlação entre fragilidade e capacidade funcional, em idosos restritos e não restritos ao ambiente, foi verificada por meio do

teste de correlação de Spearman. Foi utilizado o teste exato de Fisher com extensão de Freeman-Halton para verificar a associação de “restrição ao ambiente” com fragilidade e capacidade funcional.

Em todas as análises foi considerado intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância de  $p < 0,05$ . Os dados foram obtidos por meio do pacote estatístico SPSS versão 19.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba sob o número de protocolo CAEE 30871214.0.0000.5187.

#### 4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

A amostra foi composta por 40 indivíduos, com faixa etária prevalente de 80 anos ou mais (42,5%), moradores da zona rural do município de Cabaceiras-PB. Observou-se predomínio de idosos do sexo masculino, o estado civil com cônjuge (55,0%), com renda pessoal de um salário mínimo (75,0%), e nível de escolaridade de 1 a 4 anos (60,0%). Observar tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização dos idosos da zona rural da cidade de Cabaceiras/PB, de acordo com os dados sociodemográficos.

<b>Características Gerais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Restrição</b>		
Restritos ao ambiente domiciliar	20	50,0
Não restritos ao ambiente domiciliar	20	20,0
<b>Grupo Etário</b>		
60 a 69 anos	12	30,0
70 a 79 anos	11	27,5
80 anos ou mais	17	42,5
<b>Sexo</b>		
Masculino	24	60,0
Feminino	16	40,0
<b>Estado Civil</b>		
Com Cônjuge	22	55,0
Sem Cônjuge	18	45,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	15	37,5
1 a 4 anos	24	60,0
5 a 8 anos	1	2,5
<b>Renda</b>		
Até um salário	30	75,0

Mais de um salário	10	25,0
<b>Naturalidade</b>		
Cabaceiras	35	87,5
Outras localidades	5	12,5
<b>Fuma</b>		
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
<b>Bebe</b>		
Sim	2	5,0
Não	38	95,0
<b>Atividade Física</b>		
Sim	11	27,5
Não	29	72,5
<b>Diabetes</b>		
Sim	6	15,0
Não	34	85,0
<b>HAS</b>		
Sim	18	45,0
Não	22	55,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Observou-se nesse estudo o predomínio de idosos com idade de 80 anos ou mais. Esse perfil etário diverge dos apresentados em estudos que objetivaram delinear o perfil sociodemográfico e epidemiológico de idosos, conforme estudos de Nakatani et al., (2009) e Siva et al., (2011), onde prevaleceram a faixa etária de 60-69 anos.

Quanto ao sexo, a maior parte da amostra foi composta por homens, sendo esse resultado diferente do estudo apresentado por Inouye (2007), realizado no Estado de São Paulo com 80 idosos longevos da comunidade, apontaram que 72,5% dos longevos eram do sexo feminino e 27,5% do sexo masculino. Moraes et al., (2008) explicam que a realidade vivida no Brasil é da masculinização do envelhecimento no meio rural, pois a migração à procura de trabalho nas cidades e a oferta de empregos nos setores de serviços e de comércio estão absorvendo mais a mão-de-obra feminina.

Os resultados mostraram que a maior parte dos indivíduos apresenta baixa escolaridade. Segundo o IBGE (2010), no Brasil, a média de anos estudados por um indivíduo com idade de 15 anos ou mais que reside em meio urbano é de 7,4. Um indivíduo do meio rural possui média de quatro anos de estudo. Percebeu-se, no decorrer da pesquisa, que os idosos entrevistados, quando mais jovens, tiveram que optar pelo trabalho em detrimento ao estudo, para colaborar com a renda familiar. Ademais, o acesso à escola era difícil, especificamente em relação ao tempo que

demandavam as longas distâncias percorridas para a escola (LENARDT; CARNEIRO et al., 2013).

Quanto ao estado civil, houve um predomínio de idosos com cônjuge. Esse resultado, também, foi verificado em outra pesquisa, envolvendo a população idosa atendidos em um programa do SUS em Belém, onde uma grande proporção 64,2% referiu morar com a esposa e, na maioria, os filhos estavam incluídos (SANTOS; GRIEP et al., 2013). Em relação à renda, 30 idosos (75,0%), recebem até um salário mínimo, sendo esse resultado semelhante ao estudo de Brumer (2004), onde prevaleceu que a maior parte dos idosos recebe aposentadoria rural.

No grupo estudado observou-se que 72,5% não praticava atividade física. Esse valor diverge dos demais estudos que apontam um predomínio maior de idosos praticantes de atividades físicas, como o observado por Paskulin e Vianna (2007), que buscava avaliar o perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos.

Esse valor pode ser justificado pela presença dos idosos restritos ao ambiente domiciliar, pois, por estarem restritos, contribuiu de uma forma mais abrangente, para esse resultado, conforme mostra a pesquisa de Ursine et al., (2011), onde 32% dos idosos de uma região metropolitana de Belo Horizonte eram restritos ao seu ambiente domiciliar.

Os resultados da atual pesquisa apontam que 55,0% dos idosos não apresentaram doenças crônico-degenerativas (DCD). Este valor diverge do estudo de Vitoreli et al., (2005) sobre a auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas, a qual constatou que de 28 idosos, apenas dois não apresentavam nenhuma doença.

Quanto à caracterização da capacidade funcional dos idosos dessa pesquisa, em relação à Escala de Barthel que mensura os aspectos direcionados às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), 57,5% dos idosos foram considerados independentes em detrimento a 27,5% avaliados como dependentes moderados/severos. Em relação avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), aferida pela Escala de Lawton e Brody os resultados mostraram que apenas 20% dos idosos podem ser considerados independentes. Ver tabela 2.

**Tabela 2** – Caracterização dos idosos da zona rural da cidade de Cabaceiras/PB, de acordo com as Escalas de Barthel, Lawton e Brody.

<b>Características Gerais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escala de Barthel</b>		
Independente	23	57,5
Dependência Leve	6	15,0
Dependência moderada/severa	11	27,5
<b>Escala de Lawton &amp; Brody</b>		
Independente	8	20,0
Dependente	32	80,0

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2014.

Estudo realizado no município de São Carlos/SP identificou que mais da metade dos idosos precisa de ajuda para a realização de pelo menos uma atividade do autocuidado (FELICIANO et al., 2004). Comparando os achados, pode-se inferir que os participantes da atual pesquisa estão em melhores condições de capacidade funcional. Outro estudo apontou que 59,1% dos idosos eram independentes para realizar as atividades da vida diária, 1,9% apresentava dependência leve e 0,9% dependência moderada/severa (NAKATANI et al., 2009).

Com relação às AIVDs foi percebida uma inversão dos achados, em comparação com as AVDs, ou seja, (80,0%) possuíam algum grau de dependência, para administrar o seu ambiente e lidar com a vida social. Já outro estudo evidenciou prevalência inferior, no qual 58,1% dos idosos apresentavam comprometimento da AIVD (NAKATANI et al., 2009). No trabalho realizado por Dias et al., (2011), que abordou as características associadas à restrição de atividades por medo de cair, os valores foram menores do que os da atual pesquisa.

Duca et al., (2009), descreveram que a associação entre incapacidade funcional em atividades básicas da vida diária e instrumentais, com o aumento da idade; é um importante indicador para que os serviços de saúde planejem ações visando prevenir a dependência do idoso, garantindo uma melhor qualidade de vida.

Quanto à fragilidade, observou-se que 35,9% dos idosos foram considerados não frágeis e 48,7% apresentaram diferentes níveis de fragilidade, de acordo com a tabela 3.



**Tabela 3** – Caracterização dos idosos da zona rural da cidade de Cabaceiras/PB, de acordo com a Escala de Fragilidade de Edmonton.

<b>Escala de Fragilidade de Edmonton</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não frágil	14	35,9
Vulnerável	6	15,4
Fragilidade Leve	6	15,4
Fragilidade Moderada	6	15,4
Fragilidade Severa	7	17,9

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2014.

A maioria dos estudos que procuram avaliar a presença de fragilidade em idosos de comunidades brasileiras encontra positividade na presença da mesma. Sousa et al., (2012) encontraram no município de Santa Cruz/RN uma prevalência de 17,1% de idosos frágeis, enquanto Pegorari (2013) encontrou no seu trabalho uma prevalência de 12,8%.

De acordo com os resultados obtidos por Fhon et al., (2012), que investigaram a síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional, observou-se que entre os idosos 64,4% foi classificado como não frágil, 32,2% vulnerável, 3,2% tinham dependência severa, 5,3% dependência moderada e 29,8% dependência leve, resultado que difere dos dados encontrados na atual pesquisa, a qual apresenta uma distribuição bastante semelhante entre a classificação que vai de vulnerável a fragilidade severa.

Em um trabalho com idosos residentes no Peru, os autores descreveram a frequência da síndrome de fragilidade em 246 idosos; reportando 7,7% com fragilidade e 64,6% pré-frágeis (VARELA-PINEDO; SAAVEDRA, 2008).

Fried (2003), em pesquisa realizada nos Estados Unidos da América, identificaram 59,7% de idosos frágeis com dificuldades para realizar as AIVD e 27% nas atividades básicas de vida diária, resultado inferior aos dados encontrados nesta pesquisa em relação às AIVD. Os pesquisadores sugeriram que, o início da síndrome da fragilidade, afeta as atividades mais complexas e em menor proporção as mais simples e rotineiras.

Outro estudo internacional com o objetivo de associar a fragilidade com a incidência de incapacidade funcional reportou, numa amostra de 1645 idosos na comunidade em um período de 10 anos, 4,3% de idosos frágeis e 45,7% pré-frágeis. Os autores concluíram que a fragilidade leva o idoso a ter prejuízo nas atividades rotineiras tornando-o dependente (SNIH et al., 2009).

Na comparação entre as escalas de capacidade funcional e fragilidade com a restrição ao ambiente, observou-se diferença significativa nos valores da Escala de Barthel ( $p < 0,0001$ ), Escala de Lawton e Brody ( $p < 0,0001$ ) e Escala de Fragilidade de Edmonton ( $p < 0,0001$ ) entre idosos restritos e não restritos ao ambiente. Os idosos restritos apresentaram piores valores de capacidade funcional e maiores valores de fragilidade. Visualizar tabela 04.

**Tabela 4** – Comparação do valor médio das escalas de capacidade funcional e da escala de fragilidade com a restrição ao ambiente dos idosos da zona rural do município de Cabaceiras- PB.

Variáveis	Restrição ao ambiente				p
	Sim		Não		
	Média	DP	Média	DP	
<b>Escala da Barthel (AVD)</b>	48,2	32,8	99,75	1,118	<0,0001
<b>Escala de Lawton e Brody (AIVD)</b>	8,65	2,059	19,70	1,895	<0,0001
<b>Escala de Fragilidade</b>	9,40	2,062	2,79	1,988	<0,0001

AVD = Atividades da vida diária (Escala de Barthel); AIVD = Atividades Instrumentais da vida diária (Escala de Lawton e Brody).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

De acordo com Santos e Griep (2013), a capacidade funcional pode se constituir em uma medida útil na identificação precoce de futuras incapacidades, levando em conta características fisiológicas, forma de evolução da doença e adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes.

Quanto às atividades básicas de vida diária, de modo geral, os resultados da pesquisa são semelhantes aos reportados em estudos anteriores. Trelha et al., (2005) ao avaliarem a capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio de uma unidade básica de saúde em Londrina (Paraná), também identificaram uma alta frequência de idosos que referiam grande dificuldade em ir ao banheiro em tempo, tomar banho e se locomover sem o auxílio de outros.

A diminuição da capacidade funcional observada em idosos restritos do presente estudo é também encontrada na literatura de outros países além do Brasil. Estudo realizado por Jagger et al., (2001) no Reino Unido verificou uma ordem de restrição de atividades, iniciando-se pelo banho, locomoção, vestir-se, higiene e por fim a alimentação.

Na tabela 5, pode ser observada a relação entre idade por faixa etária com a capacidade funcional, fragilidade e restrição ao ambiente. Verificou-se diferença significativa nos valores de todas as escalas, com exceção da EFE na faixa etária entre 70 e 79 anos. Sugere-se que quanto mais a idade avança, mais os idosos apresentam menores escores para as escalas de capacidade funcional e maiores valores para a presença da síndrome da fragilidade, especialmente aqueles restritos ao ambiente domiciliar.

**Tabela 5** - Comparação do valor médio das escalas de capacidade funcional, da escala de fragilidade e restrição ao ambiente, de acordo com o grupo etário dos idosos da zona rural do município de Cabaceiras- PB.

Grupo Etário	Escalas	RESTRICÃO AO AMBIENTE				
		SIM		NÃO		p
		Média	DP	Média	DP	
60 a 69 anos	EB*	55	21,794	100	,000	,009
	ELB**	10	2,646	20,56	,726	,009
	EFE***	9,67	1,155	2,11	1,764	,009
70 a 79 anos	EB	47,50	32,016	100,00	,000	,006
	ELB	10	1,414	20,00	,816	,006
	EFE	9,25	1,708	3,00	2,530	,010
80 anos ou mais	EB	46,92	36,773	98,75	2,500	,006
	ELB	7,92	1,847	17,25	3,096	,001
	EFE	9,38	2,399	4,00	1,155	,002

EB\* – Escala de Barthel; ELB\* – Escala de Lawton e Brody; EFE\* – Escala de Fragilidade de Edmonton.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Um estudo realizado no oeste de Minas Gerais identificou que a possibilidade de dependência para AVD é de 3,1 vezes na faixa etária de 80 anos e 1,5 vezes na de 70-90 anos, quando comparada à faixa etária de 60 a 69 anos (GIACOMIN et al., 2005). Outro estudo, em São Paulo demonstrou que a chance de ter dependência para AVD na faixa etária de 65 a 69 anos é de 1,9 vezes, aumentando até 36 vezes entre os idosos de mais de 80 anos (ROSA et al.,2003). Sposito et al., (2013) identificaram que 61,6% dos idosos com idades de 80 anos ou mais apresentavam diminuição da funcionalidade.

Portanto, infere-se que a idade é um fator determinante na capacidade funcional e fragilidade entre idosos.

Na tabela 6 pode ser observada moderada correlação negativa da fragilidade com o valor da escala de Barthel ( $r = -0,64$ ;  $p < 0,01$ ), indicando que, quanto mais frágeis os idosos, menor sua capacidade funcional. Não foi observada correlação da fragilidade com a escala de Lawton e Brody nestes idosos. Nos idosos sem restrição, não foi observada correlação significativa entre fragilidade e capacidade funcional.

Assim como observado nos estudos de Fhon et al., (2012) e Nakatani et al., (2012), a atual pesquisa aponta que com a evolução da fragilidade há diminuição da capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária.

**Tabela 6** - Correlação da Escala de Fragilidade com as Escalas de Capacidade funcional (Barthel e Lawton/Brody) e a restrição quanto ao ambiente.

Restrição quanto ao ambiente	R Pearson		
	EFE	EB	ELB
Restrito	EFE		-,638**
	EB	-,638	,414
	ELB	-,063	,414
Não restrito	EFE		-,066
	EB	-,066	,251
	ELB	-,232	,251

EB – Escala de Barthel; ELB – Escala de Lawton e Brody; EFE – Escala de Fragilidade de Edmonton.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

A literatura é unânime em afirmar que a fragilidade pode ser preditora de incapacidade, quedas, hospitalizações e mortalidade, reforçando a importância de identificá-la o mais precoce possível (WALSTON et al., 2006).

É fundamental que durante o processo de envelhecimento, ocorra a maior concentração possível de massa muscular para que se possa retardar a perda inexorável decorrente dela mesma e assim promover menor impacto sobre a qualidade de vida dos idosos. Desta forma, vale a pena ressaltar que a prevenção é a estratégia mais importante e eficiente para diminuir as incapacidades funcionais (MACEDO et al., 2008).

## 5 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu concluir que os idosos restritos ao seu ambiente domiciliar apresentaram maior nível de fragilidade e conseqüentemente maior incapacidade funcional do que aqueles não restritos.

Diante dessa realidade, a equipe de saúde deve desenvolver ações em direção à promoção da saúde das pessoas no processo de envelhecimento, com objetivo de despertar as autoridades envolvidas no Sistema de Saúde para desenvolverem políticas públicas que viabilizem autonomia às populações idosas.

A velhice é um “estado de ser” como outro qualquer, deve ser vivida com intensidade, autonomia e prazer. Cabe ao próprio ser humano, a sua família, a sua comunidade e ao Estado desenvolverem ações para que esta importante etapa da vida seja uma fase em que as pessoas continuem sendo úteis e produtivas.

Devido à escassez de estudos com grupos etários de idosos mais longevos, se faz necessária a realização de novos estudos que abranjam esse contingente, visto que a maioria dos estudos é desenvolvida com grupos etários de idosos jovens.

## **FRAGILITY SYNDROME IN THE ELDERLY FROM THE RURAL AREA OF CABACEIRAS - PB.**

ROCHA, Nathália Castro<sup>1</sup>; TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>

The aim of this work is to identify through the scales Barthel, Lawton and Edmonton the relationship between frailty syndrome and functional capacity among elderly people living in the rural area of the county of Cabaceiras / PB, restricted and not restricted to your home environment. The sample consisted of 40 subjects, being 20 restricted to home environment and 20 not restricted. Were considered restricted elders home environment those who are away from home only for medical care and may be confined to bed or not. The others were not considered restricted. For development of research were used four data collection instruments: Sheet of general identification, Barthel Scale, Lawton Scale and Fragility Scale. Regarding data analysis, the Shapiro-Wilk test, the Mann-Whitney test and the Spearman correlation test and the Fisher exact test with Freeman-Halton extension were used. There was a predominance of elderly males (60%), with spouse (55%) and education level from 1 to 4 years (60%). In the Barthel scale 57.5% of the elderly and in the scale of Lawton and Brody only 20% can be considered independent. With regard to fragility, it was found that 35.9% of the elderly were not evaluated as nonfragile. We conclude that elderly of the rural area not restricted to the home environment showed better functional capacity than those restricted. Due to the scarcity of studies of oldest-old age groups, the elderly, it is necessary to conduct further studies that cover them, since most studies are designed with young elderly age groups.

**Key words:** Elderly, Functional Capacity, Fragility.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, W.J.; ARAÚJO, A.; CAMPOS, K. F. C. Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Centro Minas**. V. 4, n. 1, p. 470-481, out-dez, 2011.

ANDRADE, A. N.; FERNANDES, M. G. M.; NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; COSTA, K. N. F. M. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V. 21, n. 4, p. 748-56, out-dez, 2012.

ARANTES, P. M.; ALENCAR, M.A.; DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D.; PEREIRA, L. S. M. Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos. V. 13, n. 5, p. 75-365, set-out, 2009.

BRUMER, A. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Revista Estudante Feminina**. V. 12, n. 1, p. 205-27, p. Jan-Abr, 2004.

CARMO, L. V.; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, P. M. M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo. V. 18, n. 1, p. 17-22, jan-mar, 2011.

COELHO, M. V. A influência da atividade física nos perfis de fragilidade, funcionalidade, cognição e qualidade de vida em populações de diferentes contextos ambientais rurais e urbanos. 2014 60p. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento, do Departamento de Processos Psicológicos Básicos, Instituto de Psicologia) Universidade de Brasília, 2014.

COELHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. V. 33, n. 5, Out. 1999.

DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; SANTOS, É. G. S.; VIEIRA, R. A., DIAS, J. M. D.; PERRACINI, M. R. Características associadas à restrição de atividades por medo de cair em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. V. 15, n. 5, p. 406-13, 2011.

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**. V. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista Rene**. Fortaleza. V. 9, n. 2, p. 113-119, abr-jun, 2008.

FARIA, C. A.; LOURENÇO, R. A.; RIBEIRO, P. C. C.; LOPES, C. S. Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. **Revista Saúde Pública**. V. 47, n. 5, p. 923-30, 2013.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. V. 1, n. 7, Jan/Mar, 2012.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos. **Revista Caderno Saúde Pública**. São Paulo. V. 20, n. 6, p. 1575-85, 2004.

FERNANDES, A. S.; MAGALHÃES, C. P.; MATA, M.A. P.; PIMENTEL, M. H.; BAPTISTA, M. G. Dilemas atuais e desafios futuros/ I Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança. 2012. Disponível: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8029/1/PERCE%C3%87%C3%83O%20DO%20ESTADO%20DE%20SA%C3%9ADE%20EM%20IDOSOS%20SUBMETIDOS%20A%20DI%C3%81LISE%20%20I%20Congresso%20de%20Cuidados%20Continuados%20-%2028%20e%2029%20de%20Set%20\(1\).pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8029/1/PERCE%C3%87%C3%83O%20DO%20ESTADO%20DE%20SA%C3%9ADE%20EM%20IDOSOS%20SUBMETIDOS%20A%20DI%C3%81LISE%20%20I%20Congresso%20de%20Cuidados%20Continuados%20-%2028%20e%2029%20de%20Set%20(1).pdf) . Acessado em: 08 de outubro de 2012.

FHON, J. R. S.; DINIZ, M. A.; LEONARDO, K. C.; KUSUMOTA, L.; HAAS, V. J. RODRIGUES, R. A. P. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Revista Acta Paul Enfermagem**. V. 0, n. 0, 2012.

Fried, L. P. Establishing benchmarks for quality care for an aging population: caring for vulnerable older adults. **Revisit Annals Internal Medicine**. V. 139, n. 9, p. 784-6, 2003.

GIACOMIN, K. C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Revista Caderno Saúde Pública**. V. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010; Disponível em: [www.ibge.br](http://www.ibge.br). Acessado em: 13 de dezembro de 2013.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S. Nível de instrução, status econômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octagenários. **Revista Latino-Am**. V. 15, 2007. Disponível: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_04.pdf). Acessado em: 04 de outubro de 2014.

JAGGER, C.; ARTHUR, A. J.; SPIERS, N. A.; CLARKE, M. Patterns of Onset of Disability in Activities of Daily Living with Age. **American Geriatrics Society**. New York. V. 49, n. 4, p.404-409, 2001.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. **Revista Cogitare Enfermagem**. V. 18, n.1, p. 13-20, 2013.

LUSTOSA, L. P.; MARRA, T. A.; PESSANHA, F. P. A. S.; FREITAS, J. C.; GUEDES, R. C. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de



convivência em Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. V. 16, n. 2, p. 347-354, 2013.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. **Revista Associação Medicina Brasileira**. Natal. V. 54, n. 4, p. 52-347, 2008.

MACEDO, A. C. C.; MATSUDO, J. M. ; NADJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Revista Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde**. São Paulo. V. 33, n. 3, p. 177-84, 2008.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da pessoa idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde**. V. 12 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acessado em: 15 de janeiro de 2014.

MINOSSO, J. S. M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M. R M.; OLIVEIRA, M. A. C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Revista Acta Paul Enfermagem**. V. 23, n. 2, p. 23-218, 2010.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V. 17, n. 2, p. 374-83, abr-jun., 2008.

NAKATANI, A. Y. K.; SILVA, L. B.; BACHION, M. M.; NUNES, D. P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenção pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 11, n. 1, p. 144-50, 2009.

NAKATANI, P.; FALEIROS, R. N. F.; VARGAS, N. C. Histórico e os limites da reforma agrária na contemporaneidade brasileira. **Revista Serviço Social. Sociedade**. São Paulo. 2012.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V. 20, n. 2, p. 9-301, abr-jun, 2011.

PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do envelhecimento**. IN: Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2º ed. SP: Atheneu, p. 39-56, 2007.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**. V. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

PEGORARI, M. S. Síndrome de fragilidade: fatores associados e qualidade de vida de idosos residentes na zona urbana. **Dissertação de Mestrado em Atenção à Saúde**. Uberaba- MG, 2013.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M. C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Revista Scientia Medica**. Porto Alegre. V. 21, n. 3, p. 107-112, mar-jul, 2011.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. A.; LATORRE, M. R. D.O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista Saúde Pública**. V. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

SANTOS, R. L.; JUNIOR, J. S. V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Rbbs**. Bahia. V. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, A. A.; MANSANO-SCHLOSSERI, T. C. S.; CEOLIM, M. F.; PAVARINI, S. C. I. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília. V. 66, n. 3, p. 7-351, mai-jun, 2013.

SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, n. 3, p.753-761, 2013.

SANTIAGO, L. M. **Fragilidade em idosos no Brasil**: identificação e análise de um instrumento de avaliação para ser utilizado na população do país. 2013. 135p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, Editora, C.D.D, 2013.

SILVA, H. O. et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. V. 14, n. 1, p. 123-133, 2011.

SILVA, V. A.; D'ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. V. 21, n. 2, p. 47-338, abr-jun, 2012.

SOUSA, A. C. P. et al. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. Amsterdam. V. 54, p. 95-101, 2012.

SNIH, S. et al. Frailty and incidence of activities of daily living disability among older Mexican Americans. **Journal of Rehabilitation Medicine**. V. 41, n. 11, p. 892-897, 2009.

SPOSITO, G.; D'ELBOUX, M. J.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 18, n. 12, p. 3475-3482, 2013.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H.; XAVIER, T. T. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**. V. 34, n. 1, p. 19-30, jan-mar, 2010.

TRELHA, C. S.; NAKAOSKI, T.; FRANCO, S. S.; DELLAROSA, M. S. G.; YAMADA, K. N.; CABRERA, M.; MESAS, A. E.; GAETAN, C. C. B. Capacidade

funcional de idosos restritos ao domicílio do Conjunto Ruy Virmond Carnascialli, Londrina/PR. **Revista Ciências Biológicas e da Saúde**. V. 26, n. 1, p. 37-46, 2005.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 6, p. 2953-2962, 2011.

VARELA-PINEDO, L.; SAAVEDRA, P. J. O. Síndrome de fragilidade em adultos maiores de lo comunidade de lima metropolitana. **Revista Sociedade Perú Medicine Interna**. V. 2, n. 1, p. 11-15, 2008.

VITORELI, E.; PESSINI, S.; SILVA, M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo. P. 102-114, jan./jun, 2005.

WHEBE, S. C. C. F. **Adaptação cultural e validação da “edmontonfrailscale” (EFS)**-escala de validação de fragilidade em idosos. 2008 164p.Tese (Doutorado - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem entre Escola de Enfermagem de enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.

WALSTON, J.; HADLEY, E. C.; FERRUCCI L, G. J. M.; NEWMAN, A. B.; STUDENSKI, S. A. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **Journal American Geriatrics Society**. V. 54, n. 6, p. 991-1001, 2006.

# **ANEXOS**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**

**PARECER DO RELATOR:**

**Número do parecer: 30871214.0.0000.5187**

**Data da entrega para relatoria: 07/05/2014**

**Data da 1ª relatoria: 20/05/2014**

**Data da 2ª relatoria: 23/07/2014**

**Pesquisador: Alessandra Ferreira Tomaz.**

**TÍTULO: Síndrome da fragilidade em Idosos da zona rural de Cabacelas-PB.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Domitila Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**Apresentação do Projeto:** Alguns profissionais de saúde consideram a fragilidade condição intrínseca do envelhecimento, atitude que pode ocasionar intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das consequências adversas da síndrome, o que inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades. Assim, com o aumento da longevidade, os idosos podem se tornar frágeis. Diante do exposto, torna-se importante e relevante a realização de estudo sobre fragilidade, haja vista que transtornos nesses aspectos, podem afetar a saúde física e a qualidade de vida dessa faixa etária.

**Objetivo da Pesquisa:** Identificar a relação entre a síndrome da fragilidade e capacidade funcional entre idosos residentes na zona rural restritos e não restritos ao seu ambiente domiciliar.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** Considerando os objetivos e o exposto na metodologia, observa-se que os procedimentos a serem realizados não apresentam risco aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** O projeto encontra-se bem estruturado, com aspectos metodológicos próprios de uma pesquisa científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** O pesquisador apresenta os termos exigidos.

**Recomendações:** Sem recomendações. O projeto atendeu as recomendações feitas em maio de 2014.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Diante do exposto considero o projeto Aprovado.