

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

RAISSA GERMANO FARIA

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS SEDENTÁRIOS DE AMBOS OS
SEXOS**

**BAURU
2020**

RAISSA GERMANO FARIA

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS SEDENTÁRIOS DE AMBOS OS
SEXOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Fisioterapia – Centro
Universitário Sagrado Coração

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Helena
Souza De Conti.

BAURU
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

F224s	<p>Faria, Raissa Germano</p> <p>Síndrome da fragilidade em idosos sedentários de ambos os sexos / Raissa Germano Faria. -- 2020. 43f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Helena Souza De Conti</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Idosos. 2. Síndrome da fragilidade no idoso. 3. Sexo feminino. I. Conti, Marta Helena Souza de. II. Título.</p>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RAISSA GERMANO FARIA

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS SEDENTÁRIOS DE AMBOS OS
SEXOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia - Centro Universitário
Sagrado Coração.

Aprovado em: ___/___/___

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Marta Helena Souza
De Conti (Orientadora)
Centro Universitário Sagrado
Coração

Prof.^a Me. Carolina Menezes
Fiorelli
Centro Universitário Sagrado
Coração

Dedico este trabalho em especial a minha família que tem me apoiado em toda minha trajetória, vocês são fundamentais.

Às minhas amigas de curso, com vocês meus dias se tornaram completos e inesquecíveis.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de manifestar o quanto estou grata por tudo. Agradecer a Deus, que me amparou e me protegeu durante meu caminho até aqui que não foi fácil, me concedido a sabedoria, paciência e tranquilidade nos momentos em que pedi a ele. Passei por diferentes cursos que me serviram como aprendizado, e hoje na Fisioterapia me encontro realizada e feliz pelas decisões tomadas.

Agradecer a toda minha família, em especial ao meu irmão Renan Faria que admiro e sempre me auxiliou nos momentos que possuí dúvidas. Principalmente, aos meus pais Paulo Faria e Rosilene O. G. Faria, por terem me ajudado desde sempre financeiramente, psicologicamente e emocionalmente com muito amor e carinho, me apoiando e me incentivando, obrigada por tudo eu amo vocês para todo o sempre.

Agradecer também ao meu querido avô Jorge Vitor Faria, no qual é meu maior orgulho e exemplo de vida, você me inspira todos os dias a ser alguém melhor, não sei expressar o quanto te amo meu avô, por você eu daria minha vida.

As minhas amigas que estiveram comigo nos dias bons e ruins, dividindo comigo meus anseios, angustias e vitórias. Em especial a minha melhor amiga Sandy Queiroz, no qual passamos por diversos momentos juntas, momentos esses especiais que ficarão para a toda vida. Obrigada amiga por toda ajuda e apoio, desejo que nossa amizade seja eterna!

Obrigada a todos os meus professores, vocês são excelentes e foram fundamentais para todo meu aprendizado até o momento. Sempre me lembrarei com carinho, de cada um de vocês!

Agradecer a minha Orientadora Prof.^a Dra. Marta Helena Souza De Conti por ter me guiado em todas as etapas do estudo, pela paciência, atenção, por toda ajuda, e ensinamentos proporcionados.

À Professora Carolina Menezes Fiorelli, pelo seu profissionalismo, por ter sido tão atenciosa e dedicada durante as aulas. Me inspirado a ter escolhido o tema para a pesquisa, me afluando ainda mais o amor que possuo aos idosos. Te admiro muito.

E por fim, agradecer imensamente a todos que aceitaram participar da pesquisa, pois sem vocês não seria possível, obrigada vocês foram sensacionais!

“Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta” (CHICO XAVIER, 1910-2002).

RESUMO

Introdução: Há um crescimento evidente da população idosa nos últimos anos. A Síndrome da fragilidade no idoso é uma condição multidimensional, gerando maior vulnerabilidade a fatores estressantes, o que tornam os riscos maiores em idosos fragilizados. Portanto é proposto analisar critérios definidos por Fried como: perda de peso não intencional, fadiga, força de preensão palmar reduzida, diminuição da velocidade de caminhada e baixa atividade física, assim como utilizar de questionários especializados. O aparecimento de doenças está relacionado com a falta de atividade física, deste modo o tratamento fisioterapêutico é importante para a detecção precoce e minimizar as chances de progressão da fragilidade. **Objetivo:** Verificar a prevalência da Síndrome da Fragilidade de idosos sedentários de ambos os sexos. **Material e Método:** Estudo transversal de caráter observacional, com indivíduos sedentários de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, de Bauru/SP e região. A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2020, adotando todas as medidas de segurança ao Covid-19. Por meio de uma entrevista foi aplicado questionário para coleta de dados sociodemográficos e informações clínicas do idoso, duas perguntas do *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) e Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE). Os dados sociodemográficos foram submetidos à análise estatística descritiva e os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos. **Resultados:** Foram 100 idosos, que mostraram uma média de idade de 73,1 anos \pm 8,2 anos, distribuindo-se entre 60 a 98 anos. Relataram 89% não possuir a sensação de fadiga, e dentre os que relataram a maioria eram do sexo feminino. Houve predomínio de idosos não frágeis 58%, e com empate de 21% em pré-fragil e frágil, com prevalência de fragilidade leve e destaque do sexo feminino em todos os graus. Na aplicação do EFE observou piores resultados do sexo feminino em quase todas as perguntas. **Conclusão:** A síndrome da fragilidade se apresentou com maior prevalência nas mulheres, apontou condições que podem justificar e relacionar esse fator a alterações hormonais pós menopausa. Sendo importante propor maior investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, com identificação e tratamento precoce.

Palavras-chave: Idosos. Síndrome da fragilidade no idoso. Sexo feminino.

ABSTRACT

Introduction: There has been an evident increase in the elderly population in recent years. Frailty syndrome in the elderly is a multidimensional condition, generating greater vulnerability to stressful factors, which make the risks higher in frail elderly people. Therefore, it is proposed to analyze criteria defined by Fried such as: unintentional weight loss, fatigue, reduced handgrip strength, decreased walking speed and low physical activity, as well as using specialized questionnaires. The appearance of diseases is related to the lack of physical activity, so the physiotherapeutic treatment is important for early detection and to minimize the chances of progression of frailty. **Objective:** To verify the prevalence of Fragility Syndrome among sedentary elderly men and women. **Material and Method:** Cross-sectional study of an observational character, with sedentary individuals of both sexes aged 60 years or over, from Bauru / SP and region. Data collection took place from July to August 2020, adopting all security measures to Covid-19. Through an interview, a questionnaire was applied to collect sociodemographic data and clinical information from the elderly, two questions from the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) and the Edmonton Frailty Scale (EFE). Sociodemographic data were subjected to descriptive statistical analysis and the results presented using tables and graphs. **Results:** There were 100 elderly people, who showed an average age of 73.1 years \pm 8.2 years, ranging from 60 to 98 years. They reported that 89% did not have the feeling of fatigue, and among those who reported the majority, they were female. There was a predominance of non-frail elderly people 58%, and a 21% tie in pre-frail and frail, with a prevalence of mild frailty and female prominence in all grades. In the application of EFE, she observed worse female results in almost all questions. **Conclusion:** The frailty syndrome was more prevalent in women, pointing out conditions that can justify and relate this factor to hormonal changes after menopause. It is important to propose greater investment in health promotion and disease prevention strategies, with early identification and treatment.

Keywords: Seniors. Frailty syndrome in the elderly. Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição das frequências de idosos segundo suas respostas do CES-D.....	23
Gráfico 2 - Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos de ambos os sexos, quanto ao grau de severidade da fragilidade.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos segundo as características demográficas e socioeconômicas.....	21
Tabela 2 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos (n=100) segundo as características clínicas e risco de queda.....	22
Tabela 3 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos (n=100) segundo os domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).....	24
Tabela 4 - Prevalência das categorias de fragilidade entre os idosos de ambos os sexos.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATIV	Atividade
AVD's	Atividades da vida diária
CES-D	Epidemiological Studies Depression
EFE	Escala de Fragilidade de <i>Edmonton</i>
EF	Ensino Fundamental
FPP	Força preensão palmar
N	Frequência absoluta
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quantidade
REP	Reprovado
S	Segundos
SF	Síndrome da fragilidade
SFI	Síndrome da fragilidade no idoso
SP	São Paulo
TCC	Trabalho de conclusão de curso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	HIPÓTESE	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	OBJETIVO	17
5	MATERIAL E MÉTODO	18
5.1	TIPO DE ESTUDO	18
5.2	LOCAL DE ESTUDO	18
5.3	AMOSTRAGEM	18
5.4	INDIVÍDUOS	18
5.5	COLETA DE DADOS	19
5.6	ANÁLISE DOS DADOS	20
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	20
6	RESULTADOS	21
7	DISCUSSÃO	28
8	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	36
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS	37
	ANEXO A - ANÁLISE DE FADIGA (CES-D)	38
	ANEXO B - ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON	39
	ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	41

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser entendido por mudanças progressivas e inevitáveis do ser humano (CIOSAK, 2011). Engloba um conjunto de modificações, no qual podemos citar mudanças biológicas em que são as morfológicas, apresentadas por exemplo o surgimento de cabelos brancos e rugas, modificações fisiológicas, referente às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas ligadas diretamente às transformações das reações químicas que se acometem o organismo; as modificações psicológicas que surgem ao envelhecer, quando o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano e finalmente as modificações sociais, que aponta-se quando as relações aparecem alteradas por conta da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo esta evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010).

Nos últimos anos no Brasil e no mundo houve um crescimento evidente da população idosa, com o aumento de esperança de vida nos indivíduos, devido ao avanço e crescimento na medicina curativa e preventiva, diferente da antiguidade no qual o índice de mortalidade, eram acentuados sendo difícil chegar a esta etapa da vida (BARRETO, 2017).

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que, em 2025, existirão em torno de 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos no mundo, estando presente o Brasil entre os países com maior número de idosos ocupando o sexto lugar. Já em 2050 aumentando está população em 2 bilhões (WOO, 2005; SESSO *et al.*, 2017; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A perspectiva é que no ano de 2020, pode vir a obter cerca de 32 milhões de idosos em nosso país (GONÇALVES *et al.*, 2008).

O Brasil atualmente se encontra em uma reestruturação da pirâmide etária apresentando menor taxa de fecundidade e grande crescimento no envelhecimento populacional (TEMPORÃO, 2006). Com essa crescente expectativa de vida da população e o conseqüente aumento no número dos idosos, apresenta-se relação as condições de saúde, limitações funcionais e morbidades tais como doenças crônicas não transmissíveis, síndromes geriátricas, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social

(RAMOS, 2003). Porém, envelhecer não é propriamente dito, a fase de aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes, isto acontece pelo próprio processo fisiológico de envelhecimento acarretando as alterações, predispondo a maior vulnerabilidade e suscetibilidade as doenças (VALENÇA & SILVA, 2011). Em indivíduos com doenças crônicas, potencializa o surgimento das síndromes geriátricas, entre elas, a fragilidade (LIANO, 2015).

Ainda pouco estudada no Brasil as situações relacionadas a fragilidade no idoso (CARNEIRO *et al.*, 2016) é considerada a Síndrome da fragilidade (SF) uma condição multidimensional, que envolve diversos fatores: biológicos, físicos, cognitivos, sociais, econômicos e ambientais. (ROLFSON *et al.*, 2006; ROCKWOOD; HOGAN; MACKNIGHT, 2000). Apresenta alta prevalência nas populações idosas, gerando maior vulnerabilidade a fatores estressantes, o que resulta na queda das reservas fisiológicas, com redução da eficiência da homeostase e resultando na diminuição da capacidade para exercer as atividades de vida diária (LINCK, & CROSSETTI, 2011).

O risco de ocorrer quedas, aumento de incapacidade, transtornos de humor (depressão e/ou ansiedade), hospitalizações e morte, se tornam maiores em idosos fragilizados (AMARAL *et al.*, 2013; BERGMAN *et al.*, 2007).

Até a década de 1980, a fragilidade era vista como a perda da funcionalidade para autonomia do indivíduo nas realizações das atividades da vida diária (AVD's) (COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). A partir da década de 1990 este conceito passou por mudanças, substituído pela condição de "tornar-se frágil", a partir da verificação de que nem todo o indivíduo com limitação no desempenho de AVD's é obrigatoriamente frágil, da mesma maneira que não são todas as pessoas frágeis que apresentam limitações no desempenho das AVD's (SOUSA, 2010).

Assim, para desenvolver a fragilidade de acordo com a literatura científica, são apontados dez fatores de riscos: sexo feminino; 70 anos ou mais; baixa escolaridade; uso de 5 ou mais medicamentos; maior número de morbidades; incapacidade funcional para AVD's; depressão; percepção de saúde negativa; hospitalização e institucionalização (PEGORARI, 2014; MELO *et al.*, 2018).

É proposto a análise de cinco critérios para avaliar a fragilidade: perda de peso não intencional (quatro ou mais quilos no último ano), presença de fadiga, força preensão palmar (FPP) reduzida, diminuição da velocidade de caminhada e baixa atividade física. Partindo de que idosos frágeis apresentam três ou mais desses

critérios, os pré-frágeis com um ou dois e os não frágeis não apresentam nenhum destes (FRIED *et al.*, 2001). Para detecção da mesma, também podemos utilizar de questionários especializados, como por exemplo a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (FABRÍCIO – WEHBE, 2008).

Os idosos pré-frágeis apontam uma prevalência mundial que varia de 34,6% para 50,9% e os frágeis de 5,8% a 27,3% (COLLARD *et al.*, 2012). Ocorrendo que no Brasil, a prevalência dos idosos pré-frágeis é de 51,0% e já nos idosos frágeis é 11,2% (SILVA *et al.*, 2016).

A morbidade apresenta-se em altas taxas em mulheres idosas, no entanto quando comparado aos homens com as mesmas moléstias, exibem menores taxas de mortalidades (BALTES *et al.*, 1999).

O aparecimento de doenças está relacionado de forma direta e indireta com a falta de atividade física, no qual pode ocasionar diversos problemas a saúde (OURIQUES & FERNANDES, 1997). A diminuição da força muscular, baixa tolerância ao exercício e redução da velocidade da marcha são consequências da sarcopenia que se encontra associada a fragilidade. Sendo assim a realização de exercícios físicos, é importante pelos benefícios ofertados, a reverter o quadro (MACEDO & GAZZOLA, 2008). O tratamento fisioterapêutico se apresenta de grande importância, gerando resultados benéficos aos idosos frágeis, possibilitando a melhora da marcha em velocidade e equilíbrio, a redução do número de quedas e bem-estar geral e até reversão da SF (MACEDO & GAZZOLA, 2008).

Portanto é de grande importância a detecção precoce, a fim de minimizar as chances de progressão para níveis mais avançados de fragilidade, bem como reduzir a incidência de eventos adversos, através de elaborações de estratégias de cuidado à saúde desses indivíduos (FHON *et al.*, 2013).

Os efeitos da Síndrome, vai além dos idoso, podendo acarretar sobrecarga familiar e cuidadores, com altos custos aos serviços de saúde (ARANTES *et al.*, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2 HIPÓTESE

✓ Indivíduos idosos do sexo feminino desenvolvem maiores níveis da Síndrome da fragilidade no idoso (SFI), uma vez que o próprio envelhecimento ocasiona alterações hormonais.

✓ Idosos com idade igual ou superior a 75 anos apresentarão maior prevalência da SFI, com relação direta a independência e desempenho funcional diminuído.

✓ Maior probabilidade de fragilidade em indivíduos sem cônjuge.

3 JUSTIFICATIVA

A síndrome da fragilidade é citada como um importante fator de risco gerando queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos. O presente estudo se justifica pela contribuição na área da saúde do idoso, sendo relevante a verificação da fragilidade em ambos os sexos do grupo etário em foco, para comprovar as teorias e determinar possíveis motivos do por que ocorre a maior prevalência em determinado gênero. Já que inúmeros estudos sobre fragilidade defendem que as mulheres têm maior suscetibilidade ao desenvolvimento de comorbidades e da própria fragilidade, prejudicando a funcionalidade e qualidade de vida. No entanto, é considerado que a expectativa de vida das mulheres já supera a dos homens em torno de sete anos. No Brasil e outras partes do mundo, o envelhecimento populacional mostra uma clara tendência ao predomínio do sexo feminino (MOREIRA *et al.*, 2008). Logo, é essencial que os indivíduos sejam identificados, para que possam procurar intervenções adequadas com o intuito de evitar agravamento.

4 OBJETIVO

Verificar a prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos sedentários de ambos os sexos.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de caráter observacional com idosos sedentários de ambos os sexos. O tipo de estudo transversal avalia a frequência com que um determinado caso de saúde surge em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (PEREIRA, 1995). O caráter observacional permite que o pesquisador observa o paciente, as características da doença, e sua evolução, sem intervir a qualquer aspecto (CAMPANA, 2001).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de: Bauru/SP e região, onde foi mantido contato com os idosos, em seus respectivos domicílios, no horário disponível para os mesmos.

5.3 AMOSTRAGEM

Foi realizado o processo de amostragem por conveniência considerando o desfecho idoso sedentário ambos os sexos dos municípios de Bauru/SP e região.

5.4 INDIVÍDUOS

A amostra foi constituída atendendo aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, idosos não institucionalizados, sedentários, de ambos os sexos, ser capaz de responder aos instrumentos de coleta de dados, apresentar condições de deambulação com ou sem auxílio.

Para este estudo foram excluídos os idosos: incapacitados de deambular, déficit cognitivo ou mental que não possuam cuidador, déficit de audição ou visão grave, dificultando consideravelmente a entrevista.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho e agosto de 2020, considerando-se eventuais dificuldades neste processo. Devido a pandemia do Covid-19, foram adotadas todas as medidas de segurança cabíveis, com utilização de máscara, álcool gel, luvas, jaleco e distanciamento pessoal, mínima de cerca de 2 metros e a garantia de que não houve toque corporal no idoso.

Os idosos foram convidados a participar recebendo informações sobre a natureza e objetivos do estudo e, após aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que esclarece os objetivos, os procedimentos de coleta de dados. Neste termo também ficou explícito os possíveis riscos de constrangimento do idoso, na aplicação de um questionário, assim como, os benefícios em participar da pesquisa. Foi assegurado que a participação é voluntária com direito de retirar sua permissão a qualquer momento, além do sigilo de suas informações.

Posteriormente, a coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual com os participantes do estudo. Foi utilizado um instrumento (APÊNDICE B), elaborado pela autora contendo dados sociodemográficos e informações clínicas do idoso. Os aspectos demográficos foram constituídos por questões fechadas que abrange a idade (em anos completos), arranjo familiar (casado ou em união consensual, solteiro, separado e viúvo), cor da pele (branca, preta, parda, amarela e indígena).

Os aspectos socioeconômicos (APÊNDICE B) foram investigados pela escolaridade (em anos de estudo) e relato da percepção dos idosos quanto a renda familiar, classificada e boa, média ou ruim.

Após foi aplicado o questionário *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) para analisar a fadiga (ANEXO A). Para este estudo foram analisadas duas questões; item 7 “Sentiu que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais?” e item 20” Não conseguiu levar adiante suas coisas?” tem como opção alternativas como: 0= raramente ou em nenhum momento (menos de 1 dia); 1= poucos momentos (1 a 2 dias); 2= parcela moderada de tempo (3 a 4 dias) e 3= maioria do tempo, pontuam para o critério fadiga os idosos que responderam na maioria das vezes a qualquer uma das duas perguntas (AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017). Em seguida os pesquisadores optaram pela aplicação da Escala

de Fragilidade de Edmonton (EFE) (ANEXO B), adaptada transculturalmente e validada no Brasil (MACEIL & GUERRA, 2007; CESARI *et al.*, 2006). Com aplicação rápida, qualquer profissional da área da saúde pode utilizar, sendo considerada viável para o uso diário (ROLFSON *et al.*, 2006). Tem por objetivo avaliar a fragilidade em idosos por meio de nove domínios representados por 11 itens sendo eles: a) área cognitiva com o teste do relógio (1 item); b) estado geral de saúde (2 itens); c) independência funcional (1 item); d) suporte emocional (1 item); e) uso de medicamentos (2 itens); f) nutrição (1 item); g) humor (1 item); h) continência (1 item); i) desempenho funcional levante e ande cronometrado para equilíbrio e mobilidade (1 item). A pontuação máxima para se obter é de 17 pontos no qual de 0-4 não apresenta fragilidade; 5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada e 11 ou mais fragilidade grave (FABRÍCIO – WEHBE, 2008).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Em uma planilha no programa *Microsoft Excel* as informações foram salvas.

Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva (média, desvio padrão, valores máximos e mínimos), assim como frequências absoluta e relativa. Os resultados da análise para posterior discussão, foram descritos e representados por meio de tabelas e gráficos.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil e, conseqüentemente, submetida à direção da entidade e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO) de Bauru, em consonância com o princípio anunciado na Declaração de Helsinque e nos termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada sob o parecer nº 4.105.084 (ANEXO C).

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 100 idosos, sendo 50 homens e 50 mulheres. Observou-se que a média de idade foi de 73,1 anos \pm 8,2 anos, distribuindo-se entre 60 a 98 anos. Verificou-se que a maioria dos indivíduos eram casados (63%), cor da pele branca (90%), com escolaridade relativa até o ensino fundamental completo (73%), com relato de situação econômica boa (49%), aposentados (74%) e moram com o cônjuge (66%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos segundo as características demográficas e socioeconômicas.

Características		Mulheres		Homens		Total
		(n=50)	(%)	(n=50)	(%)	
Raça	Branca	46	92	44	88	90
	Preta	1	2	3	6	4
	Parda	3	6	3	6	6
Estado civil	Casado	25	50	38	76	63
	Solteiro	6	12	0	0	6
	Divorciado/ Separado	1	2	2	4	3
	Viúvo	18	36	10	20	28
Escolaridade	Analfabeto	1	2	0	0	1
	EF. Incompleto	24	48	24	48	48
	EF. Completo	11	22	14	28	25
	Ensino Médio	8	16	7	14	15
	Ensino Superior	6	12	5	10	11
Situação econômica relatada	Boa	28	56	21	42	49
	Média	18	36	25	50	43
	Ruim	4	8	4	8	8
Aposentadoria	Sim	39	78	35	70	74
	Sim / Trabalha	5	10	11	22	16
	Não	6	12	4	8	10
Moradia	Sozinho	13	26	5	10	18
	Cônjuge	26	52	40	80	66
	Família	8	16	5	10	13
	Outros (cuidador)	3	6	0	0	3

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

* N: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; EF: Ensino Fundamental

No item aspectos clínicos (Tabela 2) observou-se que a maioria não se declarou tabagista (81%), não faziam uso de bebidas alcoólicas (67%), não sofreram queda nos últimos 12 meses (63%), relataram possuir comorbidades (86%), visto que a maior parte possuem de 1 a 4 comorbidades (74%), e como principais, associadas ou não, notou-se a hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, artrose, osteoporose e labirintite; sendo as mais frequentes hipertensão arterial (60%) e diabetes (31%). Em comparação da presença de comorbidades no sexo feminino e masculino, observou-se em sua maioria no sexo feminino (88% e 84%, respectivamente).

Tabela 2 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos (n=100) segundo as características clínicas e risco de queda.

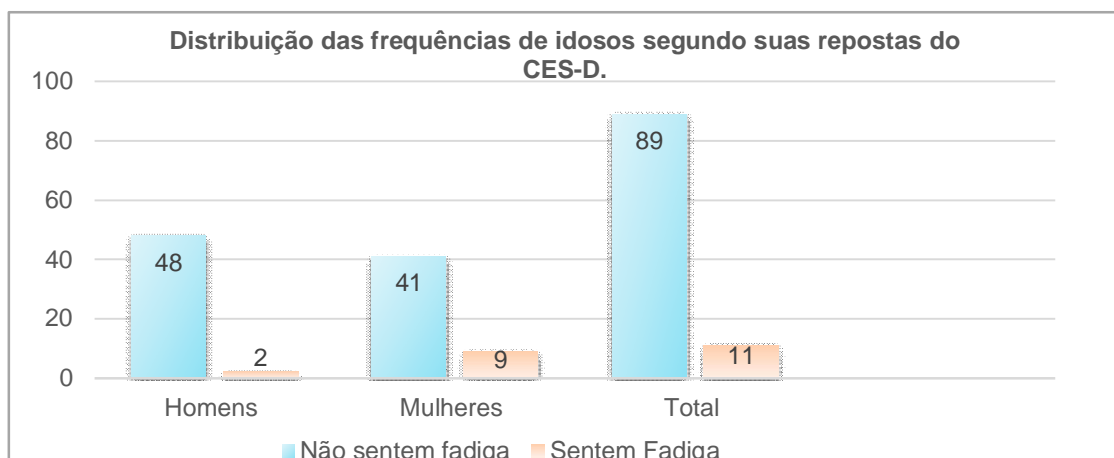
Características		Mulheres		Homens		Total
		(n=50)	(%)	(n=50)	(%)	(%)
Comorbidades Presentes	Não	6	12	8	16	14
	Sim	44	88	42	84	86
Qt.de Comorbidades	1 a 4	33	66	41	82	74
	5 a 9	11	22	1	2	12
Tipos de Comorbidades*	Hipertensão	36	72	24	48	60
	Diabetes	18	36	13	26	31
	Cardiopatias	12	24	7	14	19
	Artrose	15	30	2	4	17
	Osteoporose	9	18	2	4	11
	Labirintite	8	16	0	0	8
	Outras	47	94	38	76	85
Tabagismo	Fumante	6	12	13	19	19
	Não fumante	44	88	37	74	81
Etilismo	Sim/ Socialmente	7	14	6	12	13
	Sim/ 3x semana	2	4	15	30	17
	Sim/ 2x semana	0	0	3	6	3
	Não	41	82	26	52	67
Queda nos últimos 12	Sim	22	44	15	30	37
	Não	28	56	35	70	63

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

* Ressalta-se que os tipos de comorbidades podem estar associadas entre si, não permitindo somar 100, que é o número de indivíduos; Qt: Quantidade.

As respostas de duas questões do questionário *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) que analisou a fadiga em relação ao esforço para fazer tarefas habituais, mostraram que 89% dos idosos relataram não possuir a sensação de fadiga. Dentre os que relataram tal sensação (11%), a maioria é do sexo feminino (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição das frequências de idosos segundo suas repostas do CES-D.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A seguir foram apresentadas a análise das respostas da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) que avaliou a fragilidade em idosos, por meio de nove domínios representados por 11 itens (Tabela 3). A área cognitiva com o teste do desenho do relógio, apontou melhor desempenho de indivíduos do sexo masculino em relação ao feminino (44% e 30%, respectivamente).

Notou-se que no domínio estado geral de saúde, que em geral ambos os sexos não ficaram internados nos últimos 12 meses (84%), assim como na descrição de modo geral da saúde a maioria descreveram como boa (sexo feminino 68% e sexo masculino 52%).

Para a independência funcional os idosos do sexo feminino (72%) e masculino (70%) relataram que não precisam de auxílio ou, o necessitam em pelo menos em uma das seguintes atividades: Preparar refeição, fazer compras, transporte, cuidar da casa, administrar o dinheiro, usar o telefone, lavar roupa e tomar remédio.

No que diz respeito ao suporte social a maioria do sexo feminino (90%) e masculino (98%) relatou que sempre podem contar com alguém para atender suas necessidades.

Observou-se no questionamento sobre uso de medicamentos que, quase o dobro de indivíduos do sexo feminino (42%) faz uso de 5 ou mais remédios diferentes prescritos pelo médico. Porém o sexo masculino esquece mais de tomar seus remédios (24%).

No domínio nutrição grande parte não relatou perda de peso não intencional (4kg), e daqueles que relataram notou-se maior predomínio no sexo feminino, quando comparado ao masculino (20% e 14%, respectivamente).

Percebe-se na questão humor, que o sexo feminino se sente mais triste ou deprimido com frequência (60%) quando comparado ao masculino (38%).

Na questão continência a maioria de ambos os sexos relataram não ter problema no controle da urina. Dentre os que relataram tal problema, notou-se mais que o triplo é do sexo feminino (48%).

O desempenho funcional mostrou que a maior parte do sexo feminino (54%) realizaram em 11-20 segundos. Já a maioria do sexo masculino (60%) realizaram o teste em 0-10 segundos.

Tabela 3 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos (n=100) segundo os domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).

(Continua)

Domínios da EFE		Mulheres		Homens	
		(n=50)	(%)	(n=50)	(%)
Área cognitiva	Aprovado	15	30	22	44
	Rep. erros mínimos	14	28	13	26
	Rep. erros significativos	21	42	15	30

Tabela 3 - Distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos (n=100) segundo os domínios da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).

		(Conclusão)			
Últimos 12 meses, quantidade de vezes, internado.	Nenhuma	42	84	42	84
	De uma a duas	6	12	7	14
	Mais que duas.	2	4	1	2
Descrição da saúde	Boa	34	68	26	52
	Razoável	12	24	23	46
	Ruim	3	6	1	2
Independência funcional	0-1 Ativ.	36	72	35	70
	2-4 Ativ.	8	16	13	26
	5-8 Ativ.	6	12	2	4
Suporte Social	Sempre	45	90	49	98
	Algumas vezes	5	10	1	2
	Nunca	0	0	0	0
Uso de 5 > medicamentos	Não	29	58	38	76
	Sim	21	42	12	24
Esquece de tomar medicamentos	Não	39	78	38	76
	Sim	11	22	12	24
Nutrição	Não	40	80	43	86
	Sim	10	20	7	14
Humor	Não	20	40	31	62
	Sim	30	60	19	38
Continência	Não	26	52	43	86
	Sim	24	48	7	14
Desempenho funcional	0-10 s	14	28	30	60
	11-20 s	27	54	18	36
	>20 s	9	18	2	4

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

* N: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; Rep: Reprovado; Ativ: Atividade, s: Segundos.

Para o desempenho funcional foi realizado o teste “levantar e andar” cronometrado para equilíbrio e mobilidade, em uma distância de 3 metros, a média de tempo foi de $13,4 \pm 7,7$ segundos, com valor mínimo de 6,8 e valor máximo de 60,06 segundos.

De acordo com os pontos (CES-D e EFE) foram definidas categorias de fragilidade em idosos, mostrando (Tabela 4), onde ambos os sexos, apresentaram-se na sua maioria, não frágeis. Na categoria pré-frágil (aparentemente vulnerável) e frágil houve empate em sua totalidade. Destaca-se ainda que na categoria frágil identificou-se mais que o dobro de indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino. Dos 21 Indivíduos frágeis, 8 eram casados e 13 declarou-se sem cônjuge.

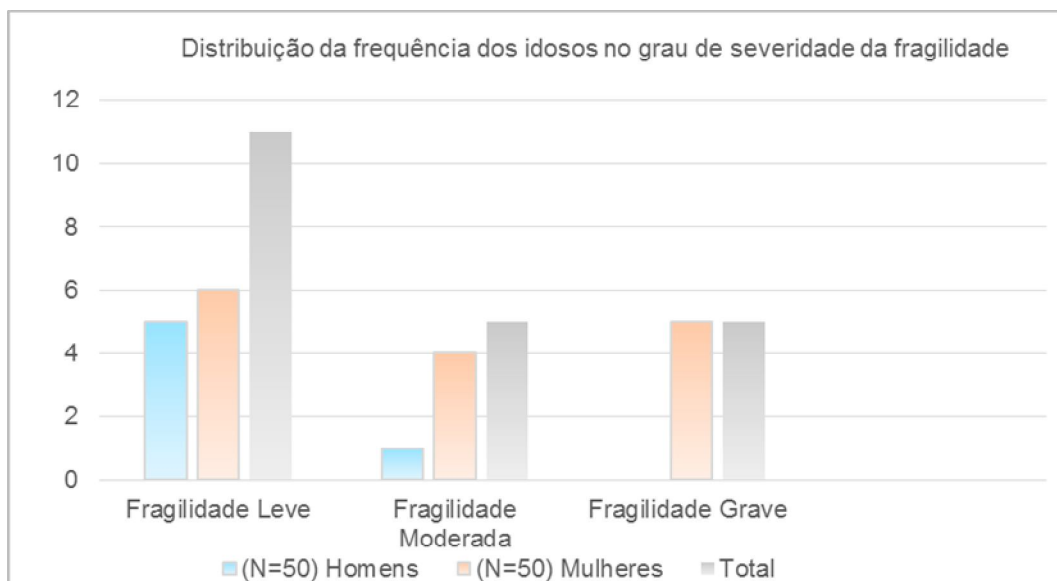
Tabela 4 - Prevalência das categorias de fragilidade entre os idosos de ambos os sexos.

Categoria de Fragilidade	Mulheres		Homens		Total
	n	%	n	%	%
Não frágil	25	50	33	66	58
Pré-frágil (Aparentemente vulnerável)	10	20	11	22	21
Frágil	15	30	6	12	21

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Observou-se que a média de idade dos homens frágeis foi de 81,8 e das mulheres com média de 77,5. Foram classificados de acordo com suas pontuações (CES-D e EFE) com o grau de severidade que varia de leve a grave. A maioria dos idosos apresentou fragilidade leve, e em todos os graus o sexo feminino obteve maior prevalência comparado ao masculino. Nota-se ainda que em fragilidade grave foi observada apenas o sexo feminino (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da frequência absoluta (n) e relativa (%) dos idosos de ambos os sexos, quanto ao grau de severidade da fragilidade.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Com o compromisso de feedback dos pesquisadores, todos os indivíduos que participaram do estudo foram informados a respeito de seus resultados e devidamente orientados, conforme a categoria de fragilidade em que se encontraram. Este feedback foi realizado por meio de contato telefônico, respeitando a fase de isolamento social em decorrência da pandemia do Covid-19.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, percebe-se que houve diferença no requisito coleta de dados comparado à diversas pesquisas, assim como Sousa *et al.* (2015); Fohn *et al.* (2011), que relataram um predomínio do sexo feminino. O presente estudo abordou amostras com números iguais para o sexo masculino e feminino totalizando 100 idosos.

Os participantes apresentaram uma média de idade de 73,1 anos \pm 8,2 anos, distribuindo-se entre 60 a 98 anos, verificou-se que a maioria dos indivíduos eram casados (63%), cor da pele branca (90%), com escolaridade relativa até o ensino fundamental completo (73%), com relato de situação econômica boa (49%), aposentados (74%) e moram com o cônjuge (66%). O que corrobora com características semelhantes ao estudo de Lana, (2013), no qual apresentou a média de idade dos participantes em 72,81 anos \pm 8,29 anos, variando de 60 a 92 anos, eram casados (41,1%), em sua maioria de cor branca (66,9%), e aposentado (72,4%).

A maioria dos entrevistados relataram que não sofreram queda nos últimos 12 meses correlacionando aos resultados de Carneiro *et al.* (2015) e Sousa *et al.* (2015). Tais como a presença de comorbidades vista em Carneiro *et al.* (2015) e Augusti; Falsarella; Coimbra, (2017) que a hipertensão arterial sistêmica demonstrou-se a mais prevalente, compatível ao nosso resultado. A diabetes vista nesse estudo também se correlacionou com Augusti; Falsarella; Coimbra,(2017) como a segunda comorbidade mais presente, porém as cardiopatias não corrobora com o mesmo, sendo citado por Augusti; Falsarella; Coimbra, (2017) a depressão entre as mais presentes após hipertensão arterial sistêmica e diabetes.

Em relação a fadiga observa-se, neste estudo, que se mostrou compatível com o resultado de Augusti; Falsarella; Coimbra, (2017), em que a maioria dos idosos não possui tal sensação, e dentre os que relataram, o sexo feminino se mostrou em evidência.

No quesito fragilidade, houve prevalência de indivíduos não frágeis (58%), e um percentual de fragilidade encontrada em (21%) com predomínio no sexo feminino. Considerando os graus de fragilidade destacou-se a fragilidade leve com (11%), e empate entre fragilidade moderada e grave (5%). Contudo foi observado somente o sexo feminino com fragilidade grave. Sendo esses achados semelhantes

ao estudo de Antúnez; Fassa, (2014) e não consonantes com os resultados de Freitas *et al.* (2015), que avaliou a fragilidade por meio do fenótipo proposto por Fried *et al.*, apontou como predomínio pré-frágeis (57%), frágil (23%) e não frágil (20%).

A maioria dos estudos demonstraram que os fatores associados a fragilidade, estão relacionados ao sexo feminino, na faixa etária de 80 anos, baixa escolaridade, aposentado, presença de cuidador, queda nos últimos 12 meses, e principais comorbidades presentes a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca e doença osteoarticular.

Neste estudo, foi possível verificar fatores que possam justificar o motivo de maior prevalência de fragilidade no sexo feminino, como por exemplo destaca-se que comparado aos homens houve um predomínio de mulheres viúvas, com presença de cuidador, tipos e presença de comorbidades e com quantidade de 5 a 9 superior aos homens, maior quantidade de queda nos últimos 12 meses, maior presença de fadiga observado no CES-D. Na aplicação do EFE também observamos piores resultados em quase todas as perguntas como: pior cognição, maior prevalência de internação do que o sexo masculino nos últimos 12 meses, maior dependência funcional, pior suporte social, uso de cinco ou mais remédios prescritos pelo médico, perda de peso, incontinência urinária e pior desempenho funcional. Consequentemente foi observado que a fragilidade no sexo feminino se apresentou maior em todos os níveis de fragilidade, contudo em uma média de idade menor que o masculino.

A mulher durante a fase da menopausa, de facto ocorrem mudanças sejam elas psicológicas, físicas, espirituais e sociais. Sendo uma etapa da vida que possivelmente verifica-se mais alterações, do que qualquer outro período da vida adulta da mulher. (FAGULHA & GONÇALVES, 2005). As chances de surgir doenças e agravo delas são grandes neste período da vida, em que ocorrem diversas transformações (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

Com baixos níveis de atividade física, observa-se que com a sarcopenia gera limitações na mobilidade, dificuldade em realizar atividades do dia a dia, maior o risco de queda, diminuição da aptidão física. Considerando um grande problema de saúde pública na mulher pós-menopáusia (BOIRIE, 2009).

Devido a situação que vivemos atualmente, com a pandemia do Covid-19, houve limitação do contato com indivíduos idosos, dificultando a coleta e provocando

redução da quantidade de amostras para o estudo. Além disso, percebeu-se a falta de uma ferramenta apropriada para a avaliação, visto que o EFE mesmo demonstrando ser de fácil aplicação e baixo custo, é uma avaliação subjetiva, gera resultados em sua maioria, através de respostas que podem não ser fiéis a realidade dos participantes.

Destaca-se, entretanto, que o presente estudo verificou a prevalência da síndrome da fragilidade, analisando as respostas do sexo feminino e masculino, o que possibilitou confirmar os resultados de evidências científicas, ressaltando fatores que possivelmente explicam e/ou direcionam o motivo de maior prevalência em determinado gênero, partindo de amostras com indivíduos de cidades pequenas do interior do estado de São Paulo, que apresentam pouco destaque em pesquisas, levando em consideração a importância de proporcionar maior atenção na área da saúde do idoso para elaborar metas na promoção da saúde, prevenir a síndrome, assim como identificar os indivíduos que precisam de intervenção e, deste modo, evitar agravos a saúde.

8 CONCLUSÃO

Este estudo identificou que a síndrome da fragilidade se apresenta principalmente em indivíduos com idade superior a 75 anos, com maior prevalência nas mulheres e em indivíduos sem cônjuge. Apontou condições de pior performance que são capazes de justificar o presente fato, quando comparado aos homens, partindo de que podem estar relacionado a alterações hormonais pós menopausa.

Deste modo, com o crescimento da população idosa, todos nós ficaremos idosos um dia ou conhecemos algum idoso, assim é imprescindível a importância de maior destaque a essa síndrome que ainda é pouco mencionada, propor maior investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, com identificação e tratamento precoce, proporcionando melhor qualidade de vida e atenção na área da saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, F.L.J.S.; GUERRA, R.O.; NASCIMENTO, A.F.F.; MACIEL, A.C.C. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1835-1846, 2013.
- ANTÚNEZ, S.F., FASSA, A.G. Prevalencia y factores asociados a la fragilidad en una población de ancianos del sur de Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Pelotas, 2014.
- ARANTES, P.M.M. *et al.* Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. **Rev. Bras. Fisioter**, Belo Horizonte, v.13, n.5, p. 365-375, 2009.
- AUGUSTI, A. C. V.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. São Paulo, v.12, n.39, p.1-9, 22 maio 2017.
- BALTES, M. M. *et al.* **Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings**. The Berlin Aging Study. Aging form 70 to 100. Cambridge: Cambridge University Press, (1999).
- BERGMAN, H. *et al.* Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. The Journals of Gerontology Series A: **Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 62, n.7, p. 731-737, 2007.
- BOIRIE, Y. Physiopathological mechanism of sarcopenia. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v.13, n.8, p. 717-723, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2006.
- CAMPANA, A.O. *et al.* **Investigação científica na área médica**. São Paulo, 2001
- CARNEIRO, J.A. *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n.3, p.435-42, 2016.
- CESARI, M. *et al.* Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study. **Am J Clin Nutr**, v.83, n.5, p.1142-8, 2006.
- CIOSAKI, S.I. *et al.* Senescence and senility: the new paradigm in primary health care. **Rev Esc Enferm**. São Paulo, 2011.
- COLLARD, R.M.; BOTER, H.; SCHOEVERS, R.A.; OUDE VOSHAAR.; R.C. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. **J Am Geriatr Soc**. v. 60, n.8, p. 1487-92, 2012.
- COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A. A estrutura de autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí: **Rev S Publ**, São Paulo, v.38, n.6, p. 827-834, 2004.

FABRICIO-WEHBE, S.C.C. **Adaptação cultural e validação da "Edmonton Frail Scale". Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional [tese]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.

FAGULHA, T.; GONCALVES, B. Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. **Psicologia**, Lisboa, v. 19, n. 1-2, p. 19-38, 2005.

FERREIRA, I.C.; SILVA, S.S.; ALMEIDA, R.S. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicologicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, São Paulo, v.19, n.2, p. 60-64,2015.

FHON, J. R. S. et al. Prevalence of falls among frail elderly adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.

FHON, J. R.S. *et al.* Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm.** Ribeirão Preto, 2011.

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

GONÇALVES, L.G.; VIEIRA, S.T.; SIQUEIRA, F.V.; HALLAL, P.C. Prevalência de caídas en ancianos asilados del município de Rio Grande, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.5, p.938-945, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

LANA, L.D. **Fragilidade no idoso internado: o significado de fragilidade para a equipe de enfermagem**. Porto Alegre, 2013.

LIANO, P. M. P. **Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa**. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

LINCK, C.L.; CROSSETTI, M.G.O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.385-93, 2011.

MACEDO, C.; NAJAS, M.; GAZZOLA, J.M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arq Bras Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 33, n.3, p.177-84, 2008.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.10, n.2, p.178-189, 2007.

MELO, E.M.A. *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.117, p. 468-480, 2018.

MOREIRA, H. *et al.* **Functional fitness, obesity and sarcopenia in postmenopausal women. Climacteric**, 2008.

OURIQUES, E. P. M.; FERNADES, J. A. Atividade física na terceira idade: uma forma de prevenir a osteoporose? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 53-59, 1997.

PEGORARI, M.S.; TAVARES, D.M.S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.5, p.874-882, 2014.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.3, p.793-7, 2003.

ROCKWOOD K.; HOGAN, D.B.; MACKNIGHT C. Conceptualisation and measurement of frailty inelderly people. **Drug Aging**, v.17, n.4, p.295-302, 2000.

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

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev bras de enf**, Brasília, v. 63, n.6, p.1035-9, 2010.

SESSO, R.C. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v. 39, n.3, p.261-6, 2017.

SILVA, S.L. *et al.* Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários. **Rede Fibra. Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.21, n.11, p. 3483-92, 2016.

SOUSA, A. C. P. A. **Síndrome de fatores associados em idosos comunitários do município de Santa Cruz, RN**. Dissertação de mestrado. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, 2010.

SOUSA, J. A. V. *et al.* Síndrome da fragilidade e risco para quedas em idosos: um estudo descritivo. **Revista Brasileira de Enfermagem Online**. Ponta grossa, v.14, n.4, p.508-14, 2015.

VALENÇA, T.D.C.; SILVA, L.W.S. Fisioterapia no Cuidado ao Sistema Familiar: Uma Abordagem à Pessoa Idosa Fragilizada. **Rev. Tem. Kairós Gerontol**, São Paulo, v.14, n.3, p.89-104, 2011.

WOO, J.; GOGGINS, W.; SHAM, A. **Social determinants of frailty. Gerontology**, São Paulo, v.51, n.6, p.402-408, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Síndrome da fragilidade em idosos sedentários de ambos os sexos
Endereço completo e telefone: Rua Eleazar Braga 0-160, Pederneiras, CEP: 17280-000.
Pesquisador responsável: Dra. Marta Helena Souza De Conti - Telefone: (14) 98161-0400
Local em que foi desenvolvida a pesquisa: Bauru e região.

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado “Síndrome da fragilidade em idosos sedentários de ambos os sexos”, assim para compreender porque e como este estudo está sendo realizado é necessário a leitura deste documento.

O objetivo deste estudo será verificar a prevalência da Síndrome da Fragilidade de idosos sedentários de ambos os sexos. Será realizada uma entrevista individual contendo perguntas sobre dados sociodemográficos e informações clínicas, tais como: sexo, idade, raça, estado civil, aposentado, situação financeira, escolaridade, com quem mora, comorbidades, relato de queda, tabagismo e etilismo; também duas perguntas para análise de fadiga. Em seguida será aplicado a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) para avaliar a fragilidade em idosos na área cognitiva, estado geral de saúde, independência funcional, suporte emocional, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A entrevista poderá durar cerca de 20 minutos. A pesquisa oferece riscos mínimos de constrangimento aos participantes, no processo de responder ao questionário. A sua participação é livre e voluntária, dessa forma o senhor (a) poderá negar-se a respondê-la.

Devido a pandemia do Covid-19, serão adotadas todas as medidas de segurança: utilização de máscara, álcool gel, luvas, jaleco e distanciamento pessoal, mínima de cerca de 2 metros e a garantia de que não haverá toque corporal no idoso

Os resultados do estudo poderão contribuir com novas investigações de estratégias para detecção precoce, prevenção e tratamento da síndrome da fragilidade no idoso

Fui informado, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendi que:

- Não sou obrigado(a) a participar. Depois de minha autorização, se quiser retirar minha permissão a minha vontade será respeitada, em qualquer momento do estudo, sem quaisquer prejuízos e represálias atuais ou futuras.

- Não haverá nenhuma forma de gratificação pela minha participação, uma vez que a minha participação nesse estudo é voluntária.

- Segurança de que não terei nenhuma despesa financeira.

- Tenho a garantia de que todas as informações fornecidas por mim serão utilizadas na construção do estudo, será assegurado o sigilo sobre minha participação, poderão ser divulgadas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo mesmo.

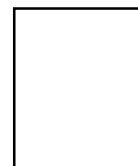
- Caso eu tiver qualquer dúvida sobre o estudo, poderei entrar em contato com as pesquisadoras Prof^a Marta Helena Souza De Conti (14) 981610400 e a aluna Raissa Germano Faria (14) 99813-5353.

Ciente, eu _____ concordo em participar desse estudo.

Bauru, ____, de _____ de 2020

_____ OU Digital

Assinatura do entrevistado



_____ Pesquisadora responsável *

Uma cópia deste documento permanecerá com a pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DOS DADOS

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS

Perfil sociodemográficos

Paciente: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ *Avaliador:* _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Idade: ____ anos

Raça: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Outra ()

Estado Civil: Casado(a)/Vive com companheiro(a) () Solteiro(a) ()

Divorciado(a)/Separado(a) () Viúvo(a) ()

Aposentado: Sim () Não () *Ocupação profissional (se tiver):* _____

Como classifica a sua situação económica: Ruim () Média () Boa ()

Escolaridade: Analfabeto(a) () Sabe ler e escrever () Ensino Fundamental ()

Ensino Médio () Curso Superior ()

Mora: Sozinho(a) () Cônjuge () Família () Outros ()

Perfil clínico

Comorbidades: Hipertensão () Diabetes () Cardiopatia () Osteoporose () Câncer () Outras doenças () Nenhuma () Total: _____

Nos últimos 12 meses, o sr(a) teve queda: Sim () Não ()

Tabagismo: Fumante Ativo Sim () Não () Já fumou antes Sim () Não ()

Etílico: Sim () Não () Socialmente () Até 2x na semana () 3x ou mais ()

ANEXO A - ANÁLISE DE FADIGA (CES-D)

Por duas perguntas da *center for epidemiological studies-depression (ces-d)*

Sentiu que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais?

0= raramente ou em nenhum momento (menos de 1 dia) ()

1= poucos momentos (1 a 2 dias) ()

2= parcela moderada do tempo (3 a 4 dias) ()

3= maioria do tempo ()

Não conseguiu levar adiante suas coisas?

0= raramente ou em nenhum momento (menos de 1 dia) ()

1= poucos momentos (1 a 2 dias) ()

2= parcela moderada do tempo (3 a 4 dias) ()

3= maioria do tempo ()

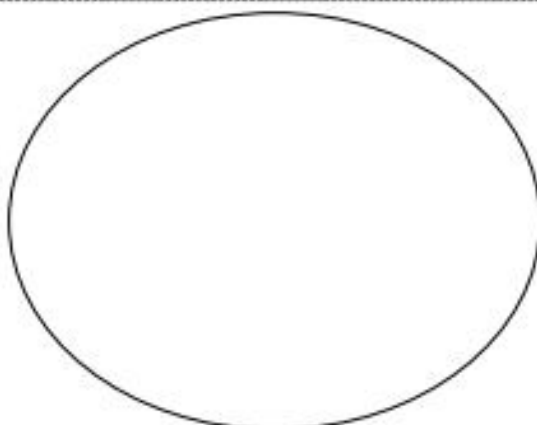
ANEXO B - ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

A. Cognição

	A	B	C
TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que o (a) Sr. (a) colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos'." (Veja o Método de Pontuação TDR)	<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros mínimos	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros significante s

Dobre na linha pontilhada para esconder elementos de distração, antes de pedir ao idoso para começar.



B. Estado Geral de Saúde

	A	B	C
Nos últimos 12 meses, quantas vezes o (a) Sr. (a) foi internado (a)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> >2
De modo geral, como o (a) Sr. (a) descreveria sua saúde? (Escolha uma alternativa)	<input type="checkbox"/> Excelente, Muito boa Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Ruim

C. Independência Funcional

	A	B	C
Em quantas das seguintes atividades o (a) Sr. (a) precisa de ajuda?	<input type="checkbox"/> 0-1	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> 5-8
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar Refeição (cozinhar) • Fazer Compras 			

- Transporte (locomoção de um lugar para outro)
- Usar o Telefone
- Cuidar da Casa (limpar/arrumar casa)
- Lavar a Roupa
- Administrar o dinheiro (cuidar do dinheiro)
- Tomar Remédios

D. Suporte Social

Quando o (a) Sr. (a) precisa de ajuda, o (a) Sr. (a) pode contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades?

- A** Sempre
- B** Algumas vezes
- C** Nunca

E. Uso de Medicamentos

a) Normalmente, o (a) Sr. (a) usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados pelo médico?

- A** Não
- B** Sim

b) Algumas vezes o (a) Sr. (a) esquece de tomar os seus remédios?

- Não
- Sim

F. Nutrição

Recentemente, o (a) Sr. (a) tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?

- A** Não
- B** Sim

G. Humor

O (a) Sr. (a) se sente triste ou deprimido (a) com frequência?

- A** Não
- B** Sim

H. Continência

O (a) Sr. (a) tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)

- A** Não
- B** Sim

I. Desempenho Funcional

FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como >20 segundos se:

1. O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste
2. Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO: "Eu gostaria que o (a) Sr. (a) sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser 'VÁ', por favor, fique em pé e ande novamente a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente". **(Se for omitir este item, exclua a coluna C)**

TEMPO TOTAL: _____ segundos

- A** 0-10 seg.
- B** 11- 20 seg.
- C** >20 seg.

Coluna B ____ x 1 pt = ____
Coluna C ____ x 2 pt = ____
Pontos Totais: _____ /17

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO**



Continuação do Parecer: 4.105.054

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO_157931U.pdf	18/06/2020 15:38:04		Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/06/2020 15:36:51	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/06/2020 15:36:00	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/06/2020 15:35:27	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/06/2020 15:35:04	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	18/06/2020 15:33:42	MARTA HELENA SOUZA DE CONTI	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 23 de Junho de 2020

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Bairro: Rua Imã Arinda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comiteeticadehumanos@usc.br