

Fragilidad, condições de saúde e qualidade de vida do idoso do Município de Araras (São Paulo) Brasil

Bueno, Higor Matheus de Oliveira

Centro Universitário Hermínio Ometto, Brasil.

✉ higormatheusbueno3@gmail.com

ORCID ID: [0000-0002-8907-6508](https://orcid.org/0000-0002-8907-6508)

Souza, Marcia Thais de

Centro Universitário Hermínio Ometto, Brasil.

✉ marcia.souza@alunos.fho.edu.br

ORCID ID: [0000-0001-9857-6558](https://orcid.org/0000-0001-9857-6558)

Silva, Felipe Bueno da

Centro Universitário Hermínio Ometto, Brasil.

✉ felipebueno99@hotmail.com

ORCID ID: [0000-0002-1514-5806](https://orcid.org/0000-0002-1514-5806)

Giovanne Bento, Paulino

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

✉ paulinobgiovanne@gmail.com

ORCID ID: [0000-0002-3912-8023](https://orcid.org/0000-0002-3912-8023)

Torres, Gilson de Vasconcelos

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

✉ gilsonvtorres@hotmail.com

ORCID ID: [0000-0003-2265-5078](https://orcid.org/0000-0003-2265-5078)

Pergola-Marconato, Aline Maino

Centro Universitário Hermínio Ometto, Brasil

✉ aline.marconato@fho.edu.br

ORCID ID: [0000-0001-5071-865X](https://orcid.org/0000-0001-5071-865X)

Documento recibido:

24 agosto 2022

Aprobado para publicación:

24 octubre 2022

Resumo

O objetivo foi analisar a relação da fragilidade com a qualidade de vida da pessoa idosa do município de Araras/São Paulo/Brasil. Estudo analítico, quantitativo, recorte de projeto multicêntrico. Foram incluídos idosos que responderam entrevistas individuais com instrumentos transcritos para o Google Formulários: dados sociodemográficos e de saúde, Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) e Medical Outcomes Study 36 Short-Form (SF-36). Análise estatística realizada no SPSS 23.0 com nível de significância estatística de 5% ($\alpha = 5\% p < 0,005$). Aprovado sob parecer 4.393.230. Amostra de 112 idosos, idade de 60 a 92 anos, 60 (54%) masculinos, 66 (58,9%) considerados frágeis e 101 possuem melhor qualidade de vida. Houve associação significativa entre fragilidade e qualidade de vida. A amostra possui boa qualidade de vida, entretanto é frágil. Há necessidade da identificação dos fatores influenciadores da fragilidade e que impactam na qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras-chave

Fragilidade; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; Enfermagem

Abstract

The objective was to analyze the relation of frailty with the quality of life of elderly people in the Araras/São Paulo/Brazil. This is an analytical, quantitative, multicenter study. Elderly were included who answered individual interviews from instruments to Google Forms: sociodemographic and health conditions, Edmonton Frailty Scale and Medical Outcomes Study 36 Short-Form. Statistical analysis performed by SPSS 23.0 with a 5% statistics significance level ($\alpha = 5\% p < 0.005$). Ethically approved under number 4.393.230. Sample of 112 elderly, age from 60 to 92 years, 60 (54%) males, 66 (58.9%) considered frail and 101 with better quality of life. There was a significant association between frailty and quality of life. The sample has a good quality of life, however it is fragile. Important to identify the influential factors in the development of fragility and the impact on the quality of life of the elderly.

Keywords

Frailty; Quality of Life; Elderly Health; Nursing

Resumen

El objetivo fue analizar la relación entre la fragilidad y la calidad de vida de ancianos en la ciudad de Araras/São Paulo/Brasil. Estudio analítico, cuantitativo, corte de proyecto multicéntrico. Se incluyeron ancianos que respondieron entrevistas individuales con instrumentos transcritos a Google Forms: datos sociodemográficos y de salud, Edmonton Frailty Scale (EFE) y Medical Outcomes Study 36 Short-Form (SF-36). Análisis estadístico realizado en SPSS 23.0 con un nivel de significación estadística del 5% ($\alpha = 5\% p < 0,005$). Aprobado bajo Opinión 4.393.230. Muestra de 112 ancianos, con edad de 60 a 92 años, 60 (54%) del sexo masculino, 66 (58,9%) considerados frágiles y 101 con mejor calidad de vida. Hubo una asociación significativa entre la fragilidad y la calidad de vida. El ejemplar tiene buena calidad de vida, sin embargo, es frágil. Existe la necesidad de identificar los factores que influyen en la fragilidad y que impactan en la calidad de vida de los ancianos.

Keywords

Fragilidad; Calidad de vida; Salud del Anciano; Enfermería

Introdução

A crescente expectativa de vida da população tem demonstrado aumento significativo no número de idosos, o que se reflete nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011), o Brasil está em processo de transição, considerando o acelerado envelhecimento populacional, a redução na taxa de fecundidade e a reestruturação da pirâmide etária. Tal mudança está gerando grandes desafios para a sociedade, que precisa ser capaz de promover o envelhecimento saudável e ativo, bem como viabilizar recursos sociais e econômicos para esse fim no Brasil e no mundo (Dalla & Schneider, 2014).

Muitos fatores resultam no declínio da saúde dos idosos, podendo estar relacionados à síndrome da fragilidade, baixa qualidade de vida somada às condições de saúde precárias (Oliveira et al., 2021). A partir disso, entende-se a importância de analisar a relação de fragilidade com a qualidade de vida e as condições sociais e de saúde da pessoa idosa, a fim de compreender e discutir quais os fatores que mais se implicam nessa associação.

A fragilidade é um estado clínico com múltiplas causas e fatores contributivos, caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica que pode ocasionar o desenvolvimento de dependência, declínio físico, cognitivo e social (Jesus et al., 2017). Tem como principais fatores de risco: a idade avançada, sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda, ausência de suporte familiar e social, hábitos de vida pouco saudáveis, comprometimento cognitivo, hospitalização e polifarmácia (Moura et al., 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), polifarmácia é a denominação para o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos [OMS] (2018).

No que se refere à qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde define como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Pode-se dizer que a qualidade de vida é subjetiva e cada ser humano se autodeclara com boa qualidade de vida, independente das variações de saúde, presenças de comorbidades ou déficits cognitivos (World Health Organization, 1995).

Para saúde, a qualidade de vida está associada à relação custo/benefício inerente à manutenção da vida ou à capacidade funcional dos doentes. No campo da sociologia e na política, o conceito de qualidade de vida é utilizado com um enfoque populacional e não individual. Na psicologia social, a referência mais forte é a experiência subjetiva representado pelo conceito de satisfação (Trentini, 2004).

Nesse sentido, o aumento do quantitativo da população idosa representa a necessidade de novas perspectivas na saúde para adequá-las às necessidades coletivas e individuais em favorecimento do envelhecimento saudável, ativo, longo e com qualidade. Interferências no processo de envelhecimento, tais como doenças, acidentes e estresse emocional, podem desencadear patologias ou fragilidades, que podem interferir na qualidade de vida, e que requerem assistência e acompanhamento por equipes de saúde, em especial, as atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) (Gross et al., 2018).

No Brasil, há a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência através da atenção integral e integrada à saúde do idoso, promover a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade na atenção primária, com base numa abordagem global, interdisciplinar e multidimensional (Ministério da Saúde, 2006).

Neste contexto, conhecer a dinâmica e compreender se há influência entre a fragilidade, qualidade de vida e condições sociais e de saúde faz-se necessário para reconhecer as demandas específicas do município, proporcionando subsídios para criação de estratégias de prevenção de agravos e promoção de saúde.

Desse modo, determina-se como objetivo do estudo, analisar a relação de fragilidade com a qualidade de vida e as condições sociais e de saúde da pessoa idosa residente no município de Araras/São Paulo/Brasil.

Método

Trata-se de estudo multicêntrico em rede internacional de pesquisa, analítico transversal com abordagem quantitativa. Em Araras, São Paulo, Brasil, a coleta de dados teve início em julho de 2021 e está em andamento. O município conta com uma população de 118.843 pessoas, destas 14.854 (12,5%) são idosas (IBGE, 2010).

Para a coleta de dados, foram estabelecidos protocolos de segurança para redução do risco de contaminação da SARS-CoV-2 pelos pesquisadores e participantes, bem como respeitadas as determinações da Secretaria Municipal de Saúde para segurança relacionada à pandemia da COVID-19.

A amostra parcial de 112 respondentes localizados a partir dos dados cadastrais disponibilizados pela Atenção Primária à Saúde do município. Inicialmente, foram selecionados, aleatoriamente, idosos residentes na zona leste da cidade, área de maior vulnerabilidade social. Também foram abordados idosos indicados por outros idosos e, portanto, a amostragem ocorreu por conveniência. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de Araras/São Paulo, estar cadastrado ou ser usuário de uma unidade de saúde de atenção primária, apresentar capacidade cognitiva (score obtido por meio do Mini Exame do Estado Mental ≥ 17 pontos) (Brucki et al., 2003).

Para os critérios de exclusão, observou-se: ter histórico de amputação de membro e/ou incapacidade física de permanecer na posição vertical, ser diagnosticado portador de deficiência intelectual, neurológica ou mental que possam dificultar os testes motores.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi utilizada como referência para os dados sociodemográficos e de saúde.

A presença de fragilidade foi avaliada a partir do instrumento validado nacionalmente, Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), cuja pontuação máxima é de 17 pontos e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4 - não apresenta fragilidade; 5-6 - aparentemente vulnerável; 7-8 - fragilidade leve; 9-10 - fragilidade moderada; 11 ou mais - fragilidade severa (Fabrício-Wehbe et al., 2009).

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, foi utilizado o *Medical Outcomes Study, Short Form 36 – (SF-36)*, versão brasileira. O instrumento é constituído de 36 questões, cuja pontuação final varia de zero a 100, sendo os escores mais altos indicadores de percepção positiva da saúde. O instrumento foi validado para a língua portuguesa e denomina-se Brasil – SF-36 (Ciconelli et al., 1999).

Os instrumentos foram transcritos para a plataforma *online* Google Formulários® e os dados organizados a partir da planilha gerada e alimentada simultaneamente ao instrumento de coleta. A organização e categorização dos dados foi realizada para tratamento dos dados e, a seguir, analisados pelo SPSS versão 23.0.

As análises descritivas das variáveis de estudo foram realizadas mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana). As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste Qui-quadrado com nível de significância estatística de 5%, intervalos de confiança de 5% e probabilidade estatística menor que 5%.

A classificação final dos instrumentos foi categorizada para análise estatística: conforme o EFE às categorias foram não frágil (0-4 pontos) e frágil (5-11 pontos) e, para o SF-36, foi considerado com baixa qualidade de vida (0-49 pontos) e com boa qualidade de vida (50-100 pontos).

O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme CAAE 36278120.0.2010.5385 e parecer 4.393.230. Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados

Participaram do estudo 112 idosos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 92 anos. Observou-se que 60 (54%) são do sexo masculino e 71 (63,4%) dos idosos possuem cônjuge. No que se refere a renda familiar, 57 (50,9%) idosos possuem salário de até dois mil reais, e 39 (34,8%) não informaram sua renda. A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e de saúde dos participantes. Araras/SP/Brasil, 2022.

Variáveis sociodemográficas e de saúde		n (%)
Faixa etária	60 - 69 anos	59 (52,7)
	70 - 79 anos	36 (32,1)
	80 - 89 anos	15 (13,4)
	90 - 99 anos	02 (1,8)
Sexo	Masculino	60 (53,6)
	Femino	52 (46,4)
Situação conjugal	Com companheiro	71 (63,4)
	Sem companheiro	41 (36,6)
Escolaridade	Analfabeto	10 (8,9)
	Ensino fundamental	79 (70,5)
	Ensino médio	20 (17,9)
	Ensino superior	03 (2,7)
Renda familiar	Renda de até R\$2.000,00	57 (50,9)
	Renda superior a R\$2.000,00	16 (14,3)
	Não declarou renda	39 (34,8)
Total		112 (100,0)

No que diz respeito às condições de saúde, 81 (72,3%) dos idosos possuem ao menos uma doença crônica não transmissível (DCNT) e, 31 (27,7%) não apresenta DCNT. Entre as patologias, as mais incidentes foram hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus* tipo II.

A polifarmácia esteve presente em 29 (25,9%) idosos e ausente em 83 (74,1%), entretanto, a classificação para não polifarmácia não descarta o uso de pelo menos um medicamento pelos participantes.

Tabela 2 - Apresentação da classificação dos domínios e dimensões do instrumento de qualidade de vida (SF-36). Araras/SP/Brasil, 2022.

Domínios e Dimensões do SF-36	n	%
Capacidade Funcional		
Melhor qualidade de vida	89	79,5
Pior qualidade de vida	23	20,5
Aspecto Físico		
Melhor qualidade de vida	93	83,0
Pior qualidade de vida	19	17,0
Aspecto Emocional		
Melhor qualidade de vida	90	80,4
Pior qualidade de vida	22	19,6
Dor		
Melhor qualidade de vida	79	70,5
Pior qualidade de vida	33	29,5
Saúde Mental		
Melhor qualidade de vida	94	83,9
Pior qualidade de vida	18	16,1
Vitalidade		
Melhor qualidade de vida	97	86,6
Pior qualidade de vida	15	13,4
Aspecto Social		
Melhor qualidade de vida	104	92,9
Pior qualidade de vida	08	7,1
Estado Geral de Saúde		
Melhor qualidade de vida	99	88,4
Pior qualidade de vida	13	11,6
Dimensão Saúde Física		
Melhor qualidade de vida	98	87,5
Pior qualidade de vida	14	12,5
Dimensão Saúde Mental		
Melhor qualidade de vida	100	89,3
Pior qualidade de vida	12	10,7
Total SF-36		
Melhor qualidade de vida	101	90,2
Pior qualidade de vida	11	9,8
Total	112	100,0

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em relação à associação da fragilidade (EFE) com a qualidade de vida (SF-36). Araras/SP, 2022.

Qualidade de vida (SF-36)	Idosos não frágeis n (%)	Idosos frágeis n (%)	p valor*
Domínios			
Capacidade funcional			0,153
Melhor qualidade de vida	40 (35,7)	49 (43,8)	
Pior qualidade de vida	06 (5,4)	17 (15,2)	
Aspecto físico			0,073
Melhor qualidade de vida	42 (37,5)	51 (45,5)	
Pior qualidade de vida	04 (3,6)	15 (13,4)	
Aspecto emocional			0,057
Melhor qualidade de vida	41 (36,6)	49 (43,8)	
Pior qualidade de vida	05 (4,5)	17 (15,2)	
Dor			0,022
Melhor qualidade de vida	38 (33,9)	41 (36,6)	
Pior qualidade de vida	08 (7,1)	25 (22,3)	
Saúde mental			0,115
Melhor qualidade de vida	42 (37,5)	52 (46,4)	
Pior qualidade de vida	04 (3,6)	14 (12,5)	
Vitalidade			0,023
Melhor qualidade de vida	44 (39,3)	53 (47,3)	
Pior qualidade de vida	02 (1,8)	13 (11,6)	
Aspecto social			0,467
Melhor qualidade de vida	44 (39,3)	60 (53,6)	
Pior qualidade de vida	02 (1,8)	06 (5,4)	
Estado geral de saúde			0,07
Melhor qualidade de vida	44 (39,3)	55 (49,1)	
Pior qualidade de vida	2 (1,8)	11 (9,8)	
Saúde física			0,041
Melhor qualidade de vida	44 (39,3)	54 (48,2)	
Pior qualidade de vida	02 (1,8)	12 (10,7)	
Saúde mental			0,118
Melhor qualidade de vida	44 (39,3)	56 (50,0)	
Pior qualidade de vida	02 (1,8)	10 (8,9)	

*Teste do Qui-quadrado

Dos participantes, 46 (41,1%) foram classificados como não frágeis e 66 (58,9%) classificados como frágeis, sendo distribuídos em 43 (38,4%) aparentemente frágeis, 18 (16%) fragilidade leve, 3 (2,7%) fragilidade moderada e 2 (1,8%) fragilidade severa. De acordo com os resultados, constatou-se ainda que os idosos do sexo feminino apresentaram maiores níveis de fragilidade (54,5%) se comparado com o sexo masculino (45,5%).

As classificações dos idosos conforme os domínios e dimensões da qualidade de vida (SF-36) estão apresentadas na Tabela 2. Os domínios com maior frequência de qualidade de vida foram: aspecto social 104 (92,9%), estado geral de saúde 99 (88,4%), vitalidade 97 (86,6%), saúde mental 94 (83,9%) e aspecto físico 93 (83,0%), bem como as dimensões saúde física 98 (87,5%) e saúde mental 100 (89,3%). Para a pior qualidade de vida, os domínios foram: dor 33 (29,5%), capacidade funcional 23 (20,5%) e aspecto emocional 22 (19,6%). De modo geral, pode-se dizer que a amostra presente possui boa qualidade de vida.

No que se refere à associação entre fragilidade e qualidade de vida, pode-se observar a alta frequência de idosos frágeis com boa qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa para os domínios dor ($p=0,022$) e vitalidade ($p=0,023$) e dimensão de saúde física ($p=0,041$), conforme Tabela 3. É possível observar que todas as variáveis destes instrumentos, em sua associação, obtiveram predominância de idosos frágeis com melhor qualidade de vida.

Discussão

Por meio dos resultados encontrados notou-se alta frequência de idosos com baixa escolaridade, representado por 70,5% da amostra, que cursou até o ensino fundamental, o que pode estar relacionado com o contexto sócio histórico, pois no período em que passaram pela fase escolar, o acesso à educação era mais difícil, seja por conta da distância entre a residência e a escola ou porque a educação não era vista como um fator essencial, assim muitos abdicaram dessa atividade para trabalhar e contribuir com o sustento familiar (Santos-Orlandi et al., 2017).

O nível de escolaridade é um fator preditor de qualidade de vida e com efeito nas condições de saúde, uma vez que indivíduos com baixo nível de escolaridade podem estar mais suscetíveis a apresentarem condições socioeconômicas desfavoráveis e conseqüentemente contribuir com o surgimento de doenças crônicas e mentais (Jesus et al., 2017).

Outro fator predisponente para a fragilidade e conseqüentemente a baixa qualidade de vida é a presença de DCNT, presente para maioria da amostra. A presença de fragilidade associada às doenças cardíacas bem como doenças metabólicas são indicadores de mortalidade, de hospitalização e alterações funcionais, cognitivas e motoras (Carneiro et al., 2016). Esse dado pode indicar que com o envelhecimento, doenças crônicas não transmissíveis constituem-se em uma ocorrência epidemiológica comum à essa população e pode resultar em alterações anatômicas, fisiológicas, funcionais, e exercer impacto deletério sobre a saúde e reduzir a capacidade funcional e cognitiva, configurando um fator de risco para a fragilidade (Jesus et al., 2017).

Segundo o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (2021), os objetivos que chamam a atenção para a população alvo deste estudo são: promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT em 2% ao ano; promover a ampliação do grau de autonomia, da independência para o autocuidado e do uso racional de medicamentos em idosos e organizar as linhas de cuidado para as condições crônicas prioritárias e idosos frágeis, ampliando o acesso com qualidade. Portanto, é importante que sejam consideradas estratégias de prevenção de DCNT entre a população idosa do município.

O adoecimento, acrescido às alterações da senescência, pode influenciar múltiplas dimensões da vida do idoso e comprometer a funcionalidade e o bem-estar (Maia et al., 2012). Com o aumento da expectativa de vida há,

concomitantemente, uma exposição maior destes indivíduos à fragilidade, vulnerabilidade social e consequentemente configura um problema de saúde pública devido às implicações na qualidade de vida dessa população (Jesus et al., 2017).

Diante disso faz-se necessário analisar o uso contínuo de medicamentos por parte dos portadores de DCNT, embora haja um número reduzido de indivíduos que não realizam polifarmácia, nota-se uma alta frequência de idosos que fazem uso de algum tipo de medicamento, para a realização do tratamento de comorbidades. Dessa forma, ao identificar os fatores contribuintes para o desenvolvimentos dessas doenças, é possível influenciar na prevenção, mas também na redução do uso de medicamentos uma vez que, a polifarmácia e a presença de DCNT promovem aumento expressivo do uso de serviços de saúde e colaboram com o crescimento das institucionalizações e a diminuição da expectativa de vida (Figueiredo et al., 2021)

Estudo realizado com 240 idosos, na cidade de São Paulo/SP/Brasil, classificou a maioria deles com algum nível de fragilidade, e quando analisado pela variável sexo encontrou grande prevalência desta síndrome em indivíduos do sexo feminino (Fhon et al., 2012), fato também identificado nesse estudo.

O estudo realizado em Curitiba/PR/Brasil, com 203 idosos, evidenciou que os idosos em situação de fragilidade detém menor qualidade de vida, no entanto, para a amostra estudada em Araras/SP/Brasil, houve melhor qualidade de vida, mesmo entre aqueles considerados frágeis. A diferença entre os estudos pode estar relacionada a maior frequência de participantes do sexo masculino neste estudo, que apresentam uma autoimagem de bem-estar, diferentemente das mulheres (Lenardt et al., 2016).

A presente pesquisa revela alta frequência da síndrome da fragilidade nos idosos, entretanto, a fragilidade pode ser evitada, postergada e, até mesmo, tratada quando diagnosticada precocemente, sobretudo se intervenções eficazes forem aplicadas. É necessária abordagem multidisciplinar para a prevenção, avaliação e tratamento desta condição. Atividade física, estado nutricional adequado, controle das morbidades e modificações ambientais e no estilo de vida podem adiar o caminho da fragilidade à incapacidade e a mortalidade precoce em idosos, e com isso aumentar a expectativa de vida, longevidade e qualidade da vivência humana (Carneiro et al., 2016). Dessa forma, os estudos de identificação dos fatores associados à fragilidade e o impacto de ações preventivas, são essenciais, a fim de prevenir ou adiar a fragilização e propiciar a melhor qualidade de vida da pessoa idosa (Gross et al., 2018).

Nesta pesquisa, o domínio associado à fragilidade que mais apresentou pior qualidade de vida foi dor (22,3%). A presença de dor no envelhecimento está relacionada a sintomas que são precursores do declínio da saúde e, se identificada precocemente, pode ser um fator importante na prevenção da fragilidade (Lenardt et al., 2016). Apesar disso, a presença da melhor qualidade de vida na maioria da amostra pode ser resultado da subjetividade desta condição, isto é, independente das condições de saúde da pessoa idosa, a mesma se considera com boa qualidade de vida, vislumbrado pela satisfação da vida e o que ela tem a oferecer (Giacomoni, 2004).

Nota-se que, com o crescimento exponencial dos longevos, torna-se primordial desenvolver políticas públicas para garantir os direitos fundamentais aos idosos como direito à saúde, à vida, à cidadania, à dignidade, entre outros. Elaborado no Brasil em 2003 e atualizado no ano de 2022, o Estatuto da Pessoa Idosa tem como objetivo garantir que indivíduos com sessenta anos ou mais tenham seus direitos assegurados visando assim a preservação da saúde em todos os seus aspectos e a obrigação de existir uma rede de apoio que possa lhe promover qualidade de vida Lei nº 10.747 (2003).

A qualidade de vida dos idosos está potencialmente sob risco não apenas porque existem perdas fisiológicas, mas em virtude da maior condição de vulnerabilidade decorrente de baixa escolaridade e condições adversas do meio físico, social ou de questões afetivas. Logo, a síndrome fragilidade pode resultar em alterações motoras, cognitivas, sociais, entre outras, de modo que se torne irreversível e se prolongue até a morte da pessoa de idosa, reduzindo exponencialmente o bem estar individual e coletivo, alterando os padrões de vida do indivíduo (Inouye et al., 2010).

Vale ressaltar que os resultados encontrados são característicos da população estudada e, visto que a coleta de dados continua em andamento. Ressalta-se que houve limitações para a realização deste estudo, visto que a coleta de dados teve que ser adiada devido a alta disseminação do SARS-CoV-2. Outra limitação significativa neste estudo, foi a não adesão por parte de muitos idosos resultantes da falta de conhecimento sobre a importância da pesquisa científica bem como apreensão em participar de entrevista pela desconfiança do uso dos dados.

Conclusão

Neste estudo, foi evidenciado alta percentagem de fragilidade (58,9%) entre os idosos participantes, e identificada melhor qualidade de vida em 90,2%. De acordo com a análise da relação da fragilidade e qualidade de vida, observou-se associação significativa entre os domínios de dor (0,022), vitalidade (0,023), dimensão da saúde física (0,041), para a síndrome da fragilidade.

Mesmo com a presença de algum nível de fragilidade, os idosos apresentam melhor qualidade de vida, que pode ser justificado como autopercepção de saúde, ou seja, a pessoa idosa se auto-declara com qualidade de vida, detentora de bem estar físico, emocional e mental, resultando na melhor qualidade de vida da maioria da amostra deste estudo.

Logo, ressaltar-se a necessidade de investigar e identificar as causas da fragilidade e, diante disso, atuar diretamente na resolução desta problemática a fim de proporcionar para as pessoas idosas uma vida saudável, ativa e com qualidade, através da prevenção e promoção de saúde 

Referencias

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Brucki, SMD, Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, PHF, & Okamoto, IH (2003). Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61 (3B), 777-781.
<https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>
- Carneiro, JA, Ramos, GCF, Barbosa, ATF, Mendonça, JMG de, Costa, FM da, & Caldeira, AP (2016). Prevalência e fatores associados à saúde não institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), 435-442. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>.
- Ciconelli, RM, Ferraz, MB, Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, MR (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação genérica da avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Brás. Reumatol*, 143-150. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-296502>.
- Dalla, L., & Schneider, R. (2014). Artigo de revisão / revisão Artigo A síndrome da fragilidade em idosos: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 17 (3), 673-680.
<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>.
- Fabício-Wehbe, SCC, Schiaveto, FV, Vendrusculo, TRP, Haas, VJ, Dantas, RAS, & Rodrigues, RAP (2009). Adaptação transcultural e validação do "Edmonton Frail Scale - EFS" em uma amostra brasileira de idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600018>.
- Fhon, JRS, Diniz, MA, Leonardo, KC, Kusumota, L., Haas, VJ, & Rodrigues, RAP (2012). Síndrome de associação à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (4), 589-594.
<https://doi.org/10.1590/s0103-21002012005000016>.
- Figueiredo, AEB, Ceccon, RF, & Figueiredo, JHC (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (1), 77-88.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.
- Giacomoni, Claudia Hofheinz. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50. Recuperado em 17 de outubro de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2004000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Gross, CB, Kolankiewicz, ACB, Schmidt, CR, & Berlezi, EM (2018). Níveis de proteção de idosos e sua associação com características sociodemográficas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 209-216.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800030>.
- Inouye, K., Barham, EJ, Pedrazzani, ES, & Pavarini, SCI (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre os segundos a vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 23, 582-592.
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300019>.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Ibge.gov.br. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/aras/panorama>.
- Jesus, ITM de, Orlandi, AA dos S., Graziano, E. da S., & Zazzetta, MS (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30 (6), 614–620. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.
- Lei nº 10.747 de 1 de outubro de 2003 (2022). Brasília, DF. Recuperado em 1 de setembro de 2022.
- Lenardt, MH, Carneiro, NHK, Binotto, MA, Willig, MH, Lourenço, TM, & Albino, J. (2016). Fragilidade e qualidade de vida dos usuários da atenção básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (3), 478–483. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>.
- Ministério da Saúde . ([SD]). Recuperado 14 de outubro de 2022, de https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
- Maia, F. de OM, Duarte, YA de O., Secoli, SR, Santos, JLF, & Lebrão, ML (2012). Pesquisa de Anciãos Vulneráveis-13-13: transculturalidade para identificação de pessoas adequadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 , 116–122. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>.
- Moura, K., Machado de Jesus, IT, Angelini dos Santos Orlandi, A., & Silvana Zazzetta, M. (2020). Fragilidade e suporte social de idosos na região vulnerável: uma abordagem em uma unidade de saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde* , 18 (63). <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6342>.
- Oliveira, RPC, Rodrigues, VES, Oliveira, AKL de, Oliveira, FGL, Rocha, GA, & Machado, ALG (2021). Fatores associados ao conjunto em indivíduos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery*, 25 (4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0355>.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Medicação sem danos – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Genebra: OMS. https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf.
- Santos-Orlandi, AA dos, Brito, TRP de, Ottaviani, AC, Rossetti, ES, Zazzetta, MS, Gratão, ACM, Orlandi, F. de S., & Pavarini, SCI (2017). Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contextos de alta vulnerabilidade social. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 21 (1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.
- Vitório De Souza Júnior, E., Pires Cruz, D., Dos, C., Silva, S., Souza, R., Siqueira, L., Sawada, N., Vitório, E., & Júnior, S. (2021). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 20210040. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0040>.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k).
- Trentini, CM (2004). *Qualidade de vida em idosos*. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/3471>.

Sobre los autores/About the authors

Higor Matheus de Oliveira Bueno. Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Hermínio Ometto. Marcia Thais de Souza es acadêmica. Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Hermínio Ometto. Felipe Bueno da Silva. Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Hermínio Ometto. Giovane Bento Paulino es Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem - Universidade Estadual de Campinas. Gilson de Vasconcelos Torres es Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Aline Maino Pergola-Marconato es Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação em Enfermagem. Centro Universitário Hermínio Ometto.

URL estable documento/stable URL

<http://www.gigapp.org>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

ewp@gigapp.org