

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GLAUCIA HARUMI MARUO KANABUSHI**

**RISCO PARA FRAGILIDADE EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**GLAUCIA HARUMI MARUO KANABUSHI**

**RISCO PARA FRAGILIDADE EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Doenças Crônicas não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **RISCO PARA FRAGILIDADE EM IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS** de autoria do aluno GlauCIA Harumi\_Maruo\_Kanabushi foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

---

**Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>09</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>10</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>16</b>

## RESUMO

Trabalho apresentado para conclusão do Curso de Especialização em Cuidados de Enfermagem ênfase em Doenças Crônicas que teve como objetivo propor instrumento para ser utilizado como roteiro de entrevista nas consultas de Enfermagem com aplicação da *Edmonton FrailScale* (EFS), realizadas junto aos idosos com doenças crônicas, com intenção de detectar fatores de risco para fragilidade. A escolha deste tema se justifica pelo aumento desta faixa etária na população brasileira, muitos com varias comorbidades causadas por doenças crônicas, que se caracterizam por longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacidades e fatores de risco. A maioria das doenças crônicas e síndrome da fragilidade é associada ou causada pela combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais. A enfermagem pode inserir a aplicação deste instrumento em sua prática profissional, a fim de rastrear os idosos com risco para a fragilidade e, conseqüentemente, desenvolver intervenções precoces e adequadas e específicas a esta população. Postergar os agravos advindos da fragilidade permite ao idoso manter sua capacidade funcional, autonomia e independência pelo maior tempo possível e, assim, uma melhor qualidade de vida. Durante o Curso de Linhas de Cuidados de Enfermagem Doenças Crônicas não Transmissíveis, através da reflexão crítica sobre a realidade e a prática profissional, chego a conclusão que o produto a ser desenvolvido desta caminhada e que pode fazer a diferença nas consultas de enfermagem para o idoso com doenças crônicas é uma proposta de atualização assistencial, com a implantação de entrevista socioeconômico e *Edmonton Frail Scale*, a fim de diagnosticar os mais precocemente possível a Síndrome de Fragilidade, ou melhor, ainda preveni-la. Esta proposta se encaixa entre as opções de desenvolvimento do TCC na opção 3: Tecnologia de cuidado ou de conduta: O produto é uma nova modalidade assistencial.

## 1 INTRODUÇÃO

As transformações sociais, econômicas e evoluções tecnológicas na assistência a saúde, pelas quais o Brasil vem passando nas últimas décadas tem influenciado na mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira. As doenças parasitárias, principais causas de morte no início do século passado, cederam lugar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), essa transição tem se refletido na área de saúde pública, o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNTs se tornou uma emergência.

As doenças-crônicas geralmente são incuráveis e de origem não-contagiosa, caracterizadas por longo período de latência, curso prolongado, provocando incapacitação e alguns fatores de risco bem conhecidos. A maioria das doenças crônicas é associada ou causada pela combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais. Apesar de não terem risco de vida imediato, causam sobrecarga substancial para a saúde, provocam impacto econômico e deterioram a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (Mcqueen, 2007 *in* Franzenet al 2007).

Inúmeras inovações tecnológicas foram criadas para proporcionar ao homem oportunidades de prolongar, consideravelmente, seu tempo vital, refletindo-se na sua expectativa de vida, a tendência é que esse envelhecimento traga novas demandas sociais, políticas e econômicas para todos os países. Muitas pessoas idosas são acometidas por DCNT, essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas à comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2006).

Além das DCNT a Síndrome da Fragilidade entre os idosos tem emergido como importante conceito em geriatria e gerontologia e está sendo citada como significativo fator de risco para queda, incapacidade, hospitalização e morte entre os idosos. A Fragilidade pode aumentar na mesma proporção do aumento do número de idosos. Este fato torna o tema importante problema de saúde pública, pois, faz com que muitos idosos necessitem cada vez mais de cuidados (FABRICIO E RODRIGUES, 2008).

As DCNT e a Síndrome da Fragilidade podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006).

É função das políticas e saúde contribuir para que mais pessoas alcancem aidades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

Neste cenário que emerge como desafio para os profissionais de saúde, a fragilidade no idoso, conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações, tais como institucionalização, declínio funcional, hospitalização e morte. Realizar escalas ou testes para avaliar o comprometimento pode auxiliar na determinação da dependência ou incapacidade que o idoso possa ter para suas tarefas (FABRICIO E RODRIGUES, 2008).

No Canadá, em 2006, Rolfson e colaboradores desenvolveram e validaram a escala denominada *Edmonton FrailScale* (EFS), cujo objetivo é detectar fatores de risco para fragilidade. No Brasil a escala foi adaptada e traduzida para o português por Wehbe no ano de 2008 (FABRICO *et al* 2009).

A *Edmonton FrailScale* (EFS) apresenta nove domínios (cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional) e 11 itens. Cada item contém três opções de resposta A, B e C com os respectivos valores 0, 1 e 2. Em seguida soma-se a pontuação do item B e multiplica pelo valor de 1 (um) e a soma do item C por 2 (dois). O total de pontos de B mais C divide-se por 17. A pontuação máxima desta escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise de fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade; 5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa (WEHBE, 2008).

A enfermagem pode inserir a aplicação deste instrumento em sua prática profissional, a fim de rastrear os idosos com risco para a fragilidade e, conseqüentemente, desenvolver intervenções precoces e adequadas e específicas a esta população. Postergar os agravos advindos da fragilidade permite ao idoso manter sua capacidade funcional, autonomia e independência pelo maior tempo possível e, assim, melhor qualidade de vida.

Diante do exposto, tem-se o objetivo geral propor instrumento para avaliação de enfermagem sobre os riscos para fragilidade dos idosos com doença crônica segundo *Edmonton FrailScale* (EFS).



## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Doenças Crônicas**

As doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de episódios agudos ou melhora sensível (BARROS, CESAR, CARANDINA, TORRE, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO) (2005) as DCNT são as principais causas de óbitos no mundo e tem gerado elevado numero de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades, de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

O desafio provocado pelas DCNT foi mundialmente debatido em 2011, culminando em uma reunião das Organizações das Nações Unidas (ONU), em resposta a este desafio o governo brasileiro apresenta “O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022”. O Plano valoriza ações de promoção da saúde, que podem reduzir a incidência das DCNT, dentre as ações sugeridas estão o combate ao fumo, à ingestão de álcool, consumo de alimentos pouco saudáveis, sedentarismo e luta contra a epidemia de obesidade (MALTA, NETO, JUNIOR, 2011).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 2003, com amostra de 384.764 indivíduos, a prevalência de pelo menos uma doença crônica aumenta intensamente com a idade: enquanto fica em cerca de 10% entre as pessoas com menos de 20 anos, atinge valores superiores a 70% naquelas com 70 anos ou mais (BARROS, CESAR, CARANDINA, TORRE, 2006).

Ter referido à presença de ao menos uma doença crônica significa fazer maior uso de serviços de saúde e apresentar frequência mais elevada de restrição de atividades, em comparação ao segmento da população adulta que não referiu morbidade. A presença de doença crônica aumentou a ocorrência de internação em 2,97 vezes, de uso de serviços de saúde nas duas ultimas semanas em 2,39 vezes e de consultas médicas nos últimos 12 meses em 41% (BARROS, CESAR, CARANDINA, TORRE, 2006).

O aumento intenso da presença de doenças crônicas com a idade, como mostram os dados da PNAD 2003, é observação frequente na literatura e fonte de interesse e preocupação por parte dos serviços de saúde. O aumento da sobrevivência da população é concorrente com o

crescimento da carga e o impacto social das doenças crônicas (BARROS, CESAR, CARANDINA, TORRE, 2006).

## 2.2 Idosos

No Brasil existem cerca de 21 milhões de idosos, o que representa 10,79% da população total, em Curitiba segundo o último Censo de 2010 são quase 200 mil pessoas com 60 anos ou mais o que corresponde a 11.31% da população (BRASIL, 2010).

O envelhecimento pode ser compreendido como processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (Brasil, 2006).

As variações nas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, tornam o envelhecimento uma experiência heterogênea, subjetiva, no qual a diversidade entre os indivíduos torna-se mais acentuada com o aumentar da idade. Uma abordagem do envelhecimento ativo busca eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas (WHO, 2005).

Todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizar a autonomia e a independência física e mental (VERAS, 2009).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde, no documento “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde” preconiza o envelhecimento repleto de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. O objetivo desta Política é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (WHO, 2005 *apud* PATRÍCIO et al 2008).

Com a longevidade pressupõe-se uma alta prevalência de fragilidade (entre 10 e 25% em idosos acima de 65 anos e 46% nos acima de 85 anos) em idosos que vivem na

comunidade(HEKMAN, 2006). Porém, fragilidade não deve ser entendida como sinônimo de velhice.

O desafio de estudar a fragilidade está relacionado ao caráter multidimensional que a mesma assume entre idosos. Sabe-se que a fragilidade relaciona-se à idade, porém não se apresenta de maneira uniforme em todos os indivíduos, pois é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais advindos do processo de envelhecimento fisiológico, denominado senescência e da senilidade referente ao processo de envelhecimento patológico(FABRICIO e RODRIGUES, 2008).

### **2.3 Fragilidade**

Durante revisão da literatura verificou-se que, ainda, não há consenso sobre a definição de fragilidade em idosos. Porém, é inquestionável entre os pesquisadores e profissionais da área que esta condição é importante e possui impacto na vida dos idosos, de seus familiares, cuidadores e da sociedade. Estudos para determinarem definições sobre fragilidade em idosos não são recentes, porém, a necessidade de sistematizar as informações possibilitando a observação de quem é um idoso frágil e como classificá-lo, ainda é recente e necessário (FABRICIO e RODRIGUES, 2008).

Atualmente existem duas vertentes de estudos sobre fragilidade na literatura internacional representadas por dois grupos de pesquisa: uma nos Estados Unidos e outra no Canadá.

Nos Estados Unidos, o grupo propôs uma definição própria, utilizando-se de critérios objetivos e mensuráveis para fragilidade em idosos. Este grupo aponta a fragilidade como uma síndrome clínica, onde o indivíduo frágil apresenta redução da massa muscular, alterações de eixos hormonais, como o do hormônio de crescimento, hormônios tireoideanos, hormônios sexuais e cortisol e alterações imunológicas com tendência a um estado inflamatório crônico. Estes fatores, quando associados a fatores extrínsecos, tais como a incidência de doenças agudas ou crônicas, a imobilidade, a redução da ingestão alimentar e outros, levariam a um ciclo vicioso de redução de energia, aumento de dependência e suscetibilidade a agressores (FRIED, 2001).

O grupo estabelecido no Canadá, CanadianInitiativeonFrailtyandAging CIF-A, atua em colaboração com alguns países da Europa, Israel e Japão. Para eles a história de vida do indivíduo

idoso pode estar relacionada à fragilidade nesta faixa etária, tendo fatores biológicos, psicológicos, sócio-econômicos como desencadeadores de modificações nesta trajetória (BERGMAN, 2004).

Para o grupo canadense, a fragilidade também deve ser considerada multidimensional, heterogênea e instável, o que a diferencia da incapacidade ou do envelhecimento. Relatam que apesar de existir, na literatura alguns instrumentos de avaliação de fragilidade, a maioria é impraticável para aplicação pelo profissional junto ao leito do paciente, pois os mesmos requerem dados clínicos multidimensionais que compõem uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e/ou requerem um treinamento especial (ROLFSON, MAJUMDAR e TSUYUKI, 2006).

No Canadá, em 2006, Rolfson e colaboradores desenvolveram e validaram a escala denominada *Edmonton FrailScale* (EFS), cujo objetivo é detectar fatores de risco para fragilidade. O estudo foi realizado em Alberta província do Canadá, participaram 158 idosos com 65 anos ou mais. A idade média foi de 80,4 anos, 53% eram mulheres e 59% eram solteiros (incluindo viúvas), a média de número de medicamentos foi de 5,4 a maioria dos idosos eram provenientes da comunidade 43%. A pontuação média alcançada pelos participantes foi de 7,6 que indica fragilidade leve. O tempo médio necessário para a aplicação da escala foi <5 min e foi considerado um tempo aceitável para os operadores e participantes do estudo<sup>13</sup>. Ao fim do estudo seus autores a consideram uma escala completa, de fácil aplicação e abrangente, uma vez que considera os aspectos cognitivos, humor e suporte social (FABRICIO et al, 2009).

A *Edmonton FrailScale* (EFS) apresenta nove domínios (cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional) e 11 itens. Cada item contém três opções de resposta A, B e C com os respectivos valores 0, 1 e 2. Em seguida soma-se a pontuação do item B e multiplica pelo valor de 1 (um) e a soma do item C por 2 (dois). O total de pontos de B mais C divide-se por 17. A pontuação máxima desta escala é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise de fragilidade são: 0-4 não apresenta fragilidade; 5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa (WEHBE, 2008).

No Brasil a escala foi adaptada e traduzida para o português por Wehbe no ano de 2008. O estudo ocorreu no interior do Estado de São Paulo na área urbana de Ribeirão Preto, participaram

137 idosos, com mais de 65 anos de idade, que viviam na comunidade. A maioria dos participantes 75,5% assim como o estudo de Alberta era do sexo feminino, viúvos 42,3%, com idade média de 75,33 anos, com tempo médio de estudo formal de um a quatro anos 54,8%.(FABRICO-WEHBE, SCHIAVETO 2009).

Dentre os resultados foi verificado que os idosos sem déficit cognitivo são, em sua maioria, considerados sem fragilidade. Com relação ao sexo, as mulheres foram consideradas mais frágeis do que os homens. Fato que necessita ser mais estudado, uma vez que a amostra é composta por mulheres mais velhas do que os homens. Verificou-se que a maioria dos idosos com o diagnóstico “sem fragilidade”, está entre a faixa etária de 65-79 anos. (FABRICO-WEHBE, SCHIAVETO 2009).

### 3 MÉTODO

Durante o Curso de Linhas de Cuidados de Enfermagem Doenças Crônicas não Transmissíveis, através da reflexão crítica sobre a realidade e a prática profissional, chego a conclusão que o produto a ser desenvolvido desta caminhada e que pode fazer a diferença nas consultas de enfermagem para o idoso com doenças crônicas é uma proposta de atualização assistencial, com a implantação de entrevista socioeconômico e *Edmonton FrailScale*, a fim de diagnosticar o mais precocemente possível a Síndrome de Fragilidade, ou melhor, ainda preveni-la. Esta proposta se encaixa entre as opções de desenvolvimento do TCC na opção 3: Tecnologia de cuidado ou de conduta: O produto é uma nova modalidade assistencial.

Para construção do instrumento analisou-se cada item do Edmonton FrailScale, traduzido para o português, bem como se buscou literatura científica para embasar a necessidade de inserir novos itens no roteiro. Na sequência elaborou-se o instrumento proposto com explicitação dos itens inseridos, bem como a avaliação de cada um destes.

Salienta-se que o instrumento foi elaborado abordando os âmbitos: socioeconômico, perfil clínico, fragilidade, cognição, estado geral de saúde, independência funcional, medicamentos utilizados, suporte social, humor, (in)continência, nutrição e desempenho funcional.

A intenção é que este instrumento sirva para suporte na consulta de enfermagem com os idosos, na tentativa de avaliar o mais precocemente o risco para fragilidade, bem como facilitar a organização da consulta para o enfermeiro durante sua prática cotidiana.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

Com a revisão de literatura verificou-se a necessidade de inserir outros itens no instrumento, além de aplicar a escala de risco para fragilidade. Segundo WOO, GOGGINS e SHAM, 2005 *apud* FABRICIO e RODRIGUE, 2008, alguns estudos relatam que renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social, são fatores que podem potencializar a condição física de fragilidade. Sendo assim é preciso refletir e trabalhar a incapacidade entre idosos, também originadas pelo contexto social e ambiental em que vive o idoso.

Nesta proposta de ação no decorrer da consulta de enfermagem o idoso será convidado a realizar o Teste do Relógio a fim de testar sua cognição, este teste é fácil e de rápida aplicação. Caso for reprovado neste teste, a entrevista pode ser realizada por um cuidador. O método do Teste do Relógio a ser utilizado é Sunderland (1989) *apud* Schmidt (2009) *et al*, que consiste em fornecer ao paciente uma folha em branco e solicitar-lhe que: “Desenhe um relógio com todos os números e coloque os ponteiros marcando 11:10”. O idoso vai ser considerado **Aprovado:** Quando todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades. **Reprovado com erros mínimos.** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após posicionar a transparência alvo sobre o relógio desenhado, ocorrer qualquer um dos itens abaixo:

- a. algum número está posicionado no meio do círculo.
- b. há mais ou menos do que três números em qualquer um dos quatro quadrantes.

#### **Reprovado com erros significantes.**

- c. Posicionamento dos ponteiros de hora e minuto está, significativamente, incorreto.
- d. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta escrever as horas à semelhança de um relógio digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.

- e. Os números estão agrupados em apenas um lado do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
- f. Ocorrem outras distorções quanto à sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).

Após essa fase de Teste de Cognição o idoso ou o cuidador seria realizado a entrevista e a aplicação do EFS conforme instrumento abaixo apresentado.

**INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIOECONÔMICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS  
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RISCO DE FRAGILIDADE**

**Perfil socioeconômico**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Peso/Altura: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_  
 Aposentado: ( ) sim ( ) não Ocupação profissional (se tiver): \_\_\_\_\_  
 Renda média da família: \_\_\_\_\_  
 Origem da renda: \_\_\_\_\_  
 Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Procedência (local de nascimento e/ou moradia): \_\_\_\_\_  
 Com quem você mora: \_\_\_\_\_ Existem crianças e/ou adolescentes na casa: \_\_\_\_\_  
 Você tem na sua residência: ( ) geladeira ( ) computador ( ) telefone fixo  
 ( ) telefone celular ( ) fogão ( ) televisão ( ) TV a cabo ( ) carro ( ) moto  
 Você participa de algum grupo? \_\_\_\_\_ Se sim qual: \_\_\_\_\_

**Perfil clínico**

Comorbidades:  
 ( ) hipertensão  
 ( ) diabetes  
 ( ) cardiopatia  
 ( ) osteoporose  
 ( ) câncer  
 ( ) outras doenças  
 ( ) nenhuma  
 Se tomar medicação, qual é: \_\_\_\_\_  
 Faz regime alimentar: ( ) sim ( ) não  
 Pratica atividade física? ( ) sim não ( ) Se sim, qual?.....  
 Profissionais que atendem o idoso:  
 ( ) Médicos generalistas;  
 ( ) Médicos especialistas. Se sim qual especialidade: \_\_\_\_\_;  
 ( ) Enfermeiros;  
 ( ) Nutricionistas;



- ( ) Fisioterapeutas;  
 ( ) Educador físico;  
 ( ) Psicólogo;  
 ( ) Assistente social; ( ) outros: \_\_\_\_\_

**Escala *Edmonton FrailScale* (EFS)**

PONTUAÇÃO:

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

**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

MÉTODO DE PONTUAÇÃO DA TDR DA EFE

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

- B. Aprovado.** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.
- C. Reprovado com erros mínimos.** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após posicionar a transparência alvo sobre o relógio desenhado, ocorrer qualquer um dos itens abaixo:
- a. algum número está posicionado no meio do círculo.
  - b. há mais ou menos do que três números em qualquer um dos quatro quadrantes.
- D. Reprovado com erros significantes.**
- a. Posicionamento dos ponteiros de hora e minuto está, significativamente, incorreto.
  - b. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta escrever as horas à semelhança de um relógio digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
  - c. Os números estão agrupados em apenas um lado do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
  - d. Ocorrem outras distorções quanto à seqüência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).

C1. COGNIÇÃO	
--------------	--



diferentes e receitados pelo médico?			
b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?	(0) Não	(1) Sim	MEDESQUECID: ____ -
<b>C6. Nutrição</b>			
Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?	(0) Não	(1) Sim	NUTRIÇÃO: _____
<b>C7. Humor</b>			
Você se sente triste ou deprimido (a) com freqüência?	(0) Não	(1) Sim	HUMOR: _____
<b>C.8 Continência</b>			
Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurarurina?)	(0) Não	(1) Sim	
			HUMOR: _____
<b>C.9. Desempenho funcional</b>			
<p><b>FAVOR OBSERVAR:</b> <i>PONTUE este item do teste como &gt;20 segundos se:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste</i></li> <li>2. <i>Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.</i></li> </ol> <p><b>TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO:</b> “Eu gostaria que você 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”. <b>(Se for omitir este item, exclua a coluna C)</b></p> <p><b>TEMPO TOTAL:</b> _____ segundos</p> <p>(0) 0-10seg(1) 11 a20 seg (2) &gt; 20 seg</p>			DEFUNCI: _____

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem pode inserir a aplicação deste instrumento em sua prática profissional, a fim de rastrear os idosos com risco para a fragilidade e, desenvolver intervenções precoces e adequadas e específicas a esta população. Postergar os agravos advindos da fragilidade permite ao idoso manter sua capacidade funcional, autonomia e independência pelo maior tempo possível e, assim, uma melhor qualidade de vida.

Neste sentido, torna-se fundamental o olhar atento dos enfermeiros para os idosos com risco para a fragilidade, na perspectiva da promoção e prevenção, com vistas à melhor qualidade de vida. A atenção à saúde necessita extrapolar a objetividade assistencial e considerar os aspectos multidimensionais e as singularidades que envolvem o processo de viver e envelhecer dos idosos.

Identificar na comunidade os idosos com risco para fragilidade é de extrema importância e possibilita aos profissionais da área da saúde, pensar em estratégias, ações de saúde com intervenções direcionadas, de forma a atender suas demandas e melhorar sua qualidade de vida.

Ademais, a adoção de medidas preventivas ao envelhecimento patológico pode contribuir não apenas a redução de custos do sistema de saúde, mas também dos custos totais a sociedade em geral. Um planejamento adequado, direcionado as reais necessidades dessa população, contribui também para o bem-estar, independência e dignidade desses idosos, de forma a proporcionar um envelhecimento mais saudável, no qual seja agregada qualidade de vida aos anos, e não apenas anos a vida.

A presente proposta de instrumento pode fortalecer a sistematização da assistência de enfermagem pois possibilita ao enfermeiro realizar a consulta de enfermagem com organização da prática e sequência básica de ações, com flexibilidade para as necessidades individuais e coletivas, porém subsidiadas pelo suporte do instrumento de avaliação.

## REFERÊNCIAS

1. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *CienSaudeColet* 2006; 11(4): 911-26.
2. Bergman H; Béland F; Karunanathan S et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Société*. 2004; 109: 15-29.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção a saúde. n° 9. Brasília 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Tecnologia da informação a serviço do SUS – DATASUS. Projeções intercensitárias. 2010. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 25 de julho de 2011.
5. Fabricio – Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross – Cultural Adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale – EFS” in a Brazilian elderly sample. *Rev Latino Am Enfermagem* 2009 Nov-Dez; 17(6): 1043-9.
6. Frabricio, S.C; Rodrigues, R. A. P; REVISÃO DA LITERATURA SOBRE FRAGILIDADE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO. Ver. *RENE*. Fortaleza, v.9, n.2, p 113-119, abril/jun. 2008.
7. Franzen, E; Almeida, M.A; Aliti, G; Bercini, R.R; Menegon, D.B; Rabelo, E.R. ADULTOS E IDOSOS COM DOENÇAS CRONICAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM. *Revista Hospital de Clinicas de Porto Alegre* 2007, 27(2): 28-31.
8. Freita, M.C; Mendes, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito da saúde do adulto. Ver. *Latino-am. Enfermagem*, v.15, n.4, p. 590-597, jul./ago., 2007.
9. Fried LP, Tangen C M, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 2001 mar; 56(3): M146-M156.
10. Hekman PRW. O idoso frágil. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 926-9.
11. MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.
12. Patricio KP, Ribeiro H, Hoshino K, Bocchi SCM. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *CiêncSaúdeColetiva* 2008; 13(4):1189-1198.
13. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Aged Aging* 2006 Jun; 35: 526-9.
14. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício – Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2): 391-400
15. Schmidt, J.A., Dal-Pizzol, F., Xavier, F.M.F. et al. Aplicação do teste do relógio em octogenários e nonagenários participantes de estudo realizado em Siderópolis/SC. Ver. *Psico. Universidade do Extremo Sul Catarinense*. Criciúma -2009; v. 40, n. 4, pp. 525-530.
16. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-554.

17. Wehbe SCCF. Adaptação cultural e validação da “Edmonton FrailScale” (EFS) – Escala de Avaliação de Fragilidade em Idosos [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa Interunidade de Doutorado em Enfermagem entre Escola de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
18. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2005
19. World Health Organization. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.



