FRAGILIDADE E MORTALIDADE EM PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS POR UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE PRELIMINAR DE UM ESTUDO PROSPECTIVO

FRAGILITY AND MORTALITY IN ELDERLY PEOPLE ASSISTED BY PRIMARY HEALTHCARE UNITS: A PRELIMINARY ANALYSIS OF A PROSPECTIVE STUDY

Beatriz Salgado Esteves Baccani, Gabriela Terr Duque Ferreira, Sheila de Melo Borges

Universidade Santa Cecília, Faculdade de Fisioterapia
E-mail para contato: biabaccani02@gmail.com ou gabi_terr@hotmail.com

RESUMO – O estudo teve como objetivo analisar o impacto da Síndrome da Fragilidade (SF) na sobrevida de idosos. Foram analisados os dados de 45 pessoas idosas assistidas por Unidade Básica de Saúde(UBS) de Santos/SP, participantes de um estudo longitudinal e prospectivo em andamento. Além da escala de fragilidade 'Edmonton Frail Scale'(EFS) realizada em 2014/2015, foram utilizadas informações sobre óbito e sobrevida como variável desfecho, coletadas em 2023/2024. A curva de Kaplan Meier mostrou que os grupos 'Não frágil', 'Vulnerável' e 'Frágil' não foram diferentes (p=0,087) em relação a sobrevida dos participantes, ao longo dos nove anos de estudo, especialmente porque pessoas 'Vulneráveis' e 'Frágeis' apresentam valores semelhantes de mortalidade acumulada.

Palavras-chave: Mortalidade; Fragilidade; Síndrome da Fragilidade; Pessoa Idosa.

ABSTRACT – The study aimed to analyze the impact of Frailty Syndrome (FS) on the survival of elderly people. Data from 45 elderly people assisted by the Basic Health Unit (UBS) of Santos/SP, participants in an ongoing longitudinal and prospective study, were analyzed. In addition to the 'Edmonton Frail Scale' (EFS) carried out in 2014/2015, information on death and survival as evolution, collected in 2023/2024, was used. The Kaplan Meier curve showed that the 'Non-frail', 'Vulnerable' and 'Fragile' groups were not different (p=0.087) in terms of participant survival over the nine years of study, especially because 'Vulnerable' and 'Fragile' people have similar values of accumulated mortality.

Keywords: Mortality; Frailty; Frailty Sindrom; Older People.

Tipo do trabalho: (X) Iniciação científica ( ) Iniciação tecnológica ( ) Extensão

1 INTRODUÇÃO

Diversos fatores podem estar associados com maior mortalidade da população idosa frágil e pré-frágil (vulneráveis), dentre eles destacam-se a lentidão, perda de peso e baixa atividade física.[1] Entretanto, pessoas idosas classificadas como pré-frágil e frágil podem não apresentar diferença em relação a mortalidade,[2] provavelmente por estar relacionado ao processo patológico associado ao envelhecimento (senilidade). Em contrapartida, o processo fisiológico sem a presença de vulnerabilidade é designado por senescência. Tanto a SF quanto estes fatores de saúde precisam ser avaliados para não apenas garantir uma maior sobrevida da população idosa, mas que esses anos sejam acompanhados de uma boa qualidade de vida.[3,4] Neste sentido, a atenção primária à saúde (APS) é um nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.[5] Sendo assim, espera-se que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) estejam preparados para identificar, bem como prevenir e realizar intervenção terapêutica para reverter o processo de fragilização da população idosa.[6]

Frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar o impacto da síndrome da fragilidade na sobrevida das pessoas idosas, tendo em vista o aumento da população idosa e a necessidade de prevenção de condições que possam estar relacionadas à mortalidade precoce nesta população.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo analítico, observacional, de seguimento longitudinal prospectivo que integra uma pesquisa intitulada *"Síndrome da fragilidade: Identificação e monitoramento de vulnerabilidade em idosos usuários de Unidades Básicas de Saúde no município de Santos/SP: um estudo longitudinal"*,[7] com aprovação do Comitê de ética da Unisanta (CEP- UNISANTA - CAAE: 36261214.8.0000.5513 Parecer n. 828.776), bem como da Prefeitura Municipal de Santos (CAAE: 68273923.7.3001.0263 Parecer 6.066.492).

Entre os anos de 2014 e 2016 foram avaliadas 305 pessoas idosas assistidas por UBS do Município de Santos/SP. Nesse momento, apresentaremos sobre a SF, dados preliminares de 45 pessoas, em relação a caracterização da amostra (idade, sexo, comorbidade, medicamentos em uso e Índice de Massa Corporal – IMC) e informação sobre o desfecho óbito (‘Não’ ou ‘Sim’) ao longo dos 9 anos de estudo. Dessa forma, aqueles participantes que estão

vivos estão sendo convidados a participar novamente da pesquisa, seguindo o mesmo protocolo da pesquisa realizado há 9 anos. Mas, se durante o recrutamento, em contato telefônico, um informante relatar que a pessoa idosa participante veio a óbito, este é classificado como óbito ('sim'). Sendo assim, quem estiver viva durante o contato telefônico é classificada como óbito ('não').

Até o presente momento, foram reavaliadas 22 pessoas idosas e 23 informantes. Desta maneira, nessa análise preliminar, foram analisados os dados de 45 participantes, no qual os grupos foram classificados em não frágeis, vulneráveis ou frágeis, conforme a '*Edmonton Frail Scale'.[8,9]* Vale ressaltar que o término da coleta de dados do estudo longitudinal está previsto para 2025, cujo cálculo amostral pretende reavaliar 136 pessoas idosas.[7]

Para análise estatística, comparando os três grupos, dados numéricos paramétricos foi utilizado o teste ANOVA *one-way*, apresentados em média e desvio padrão (DP); já os dados não paramétricos pelo teste Kruskal Wallis, expressos em mediana com mínima e máxima. A análise de correção *post-hoc de Bonferroni* foi utilizada na comparação dois a dois para identificar a diferença significativa entre os grupos. Os dados categóricos foram analisados pelo teste Qui-Quadrado, expressos em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). A curva de Kaplan Meier foi utilizada para análise de sobrevida de pessoas idosas entre os três grupos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados analisados mostram que não há diferença significativa entre 'Não frágil', 'Vulnerável' e 'Frágil' em relação a idade e gênero - Tabela 1. Entretanto, houve diferença significativa em relação ao número de medicamentos em uso (p=0,005) e ao número de comorbidades (p=0,016). Sendo assim, pessoas idosas frágeis relataram usar mais medicamentos (mediana 5 [mínima: 1 e máxima: 9]) do que pessoas vulneráveis (mediana 4 [mínima: 0 e máxima: 7]) e não frágeis (mediana 3 [mínima: 0 e máxima: 6]), também relatam ter mais comorbidades (mediana 4,5 [mínima: 2 e máxima: 6]), enquanto vulneráveis (mediana 3 [mínima: 1 e máxima: 6]) e não frágeis (mediana 2 [mínima: 0 e máxima: 6]); entretanto, na análise *pos-hoc de Bonferroni* mostrou que na comparação dois a dois, manteve-se a diferença significativa entre os grupos 'Frágil' e 'Não frágil' (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n=45).

Variável	Não Frágil	Vulnerável	Frágil	p-valor
	n=20	n=11	n=14	
Idade (em anos)	73,1±8,49	74,2±6,4	75,7±5,5	0,323[a]
Sexo				
Feminino	16(80%)	8(72,7%)	13(92,9%)	0,401[b]
Masculino	4(20%)	3(27,3%)	1(7,1%)	
N° de medicamentos	3[0-6]†	4[0-7]	5[1-9]†	**0,005[c]**
Comorbidades	2[0-6]†	3[1-6]	4,5[2-6]†	**0,016[c]**
IMC	26,5±4,6	28,8±5,4	30,7±6,3	0,096[a]

Legenda: IMC: Indice de Massa Corporal; n: número de participantes; **Nota:** a: Dados referentes a média±desvio padrão entre os grupos referentes ao teste ANOVA; b: Dados referentes a frequência absoluta(frequência relativa) entre os grupos foi utilizado o teste Qui-quadrado; c: Dados referentes a mediana[mínima-máxima] referentes ao teste Kruskal Wallis; †: Diferença significativa entre o grupo Não frágil e frágil (Correção de Bonferroni - p<0,05).

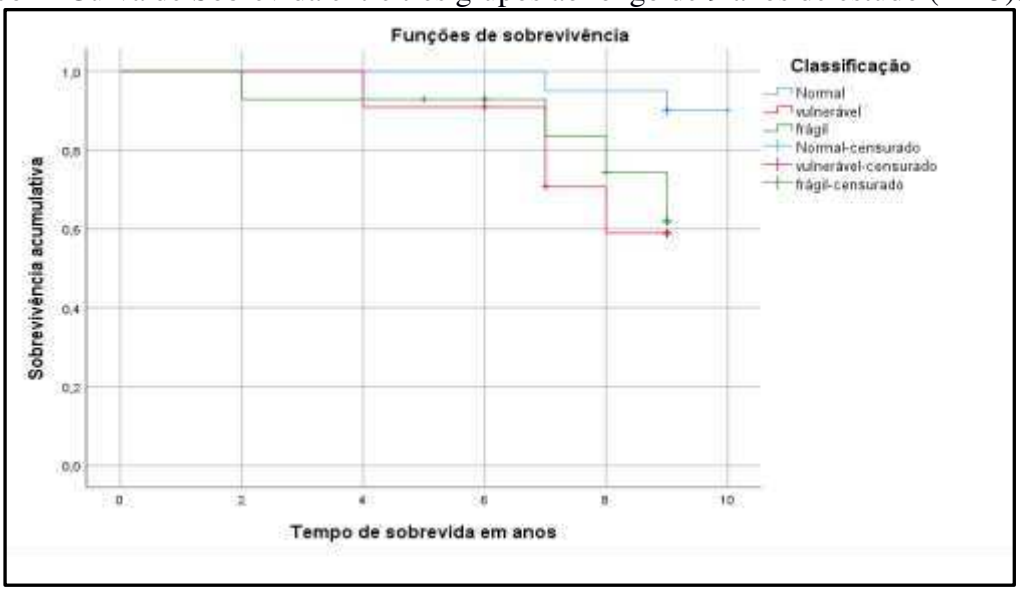
Em relação a mortalidade, não houve diferença significativa entre as frequências (Tabela 2), os grupos 'Não frágil', 'Vulnerável' e "Frágil' (p=0,189) e, em relação a curva de sobrevida (p=0,087), que evidenciou que os grupos 'Vulnerável' e 'Frágil' são semelhantes em relação a sobrevivência acumulativa (Gráfico 1).

Tabela 2 – Frequência de sobreviventes e óbitos ao longo de 9 anos de estudos (n=45)

Variável	Não Frágil	Vulnerável	Frágil	p-valor
Desfecho	(n=20)	(n=11)	(n=14)	
Sobrevivente	18(90%)	07(63,6%)	10(71,4%)	0,189[a]
Óbito	02(10%)	04(36,3%)	04(28,5%)	

Legenda: n: número de participante; %: porcentagem.
Nota: a: Dados da frequência absoluta (%) entre os grupos referentes ao teste Qui-quadrado.

Gráfico 1- Curva de Sobrevida entre três grupos ao longo de 9 anos de estudo (n=45).



Nota: Dados referentes a curva de Kaplan Meier entre os grupos Não frágeis (Normal), Vulneráveis e Frágeis.

Ao observar que não houve diferença entre os grupos ‘não frágeis’, ‘vulneráveis’ e ‘frágeis', na literatura foi encontrado o mesmo achado em outro estudo multicêntrico de fragilidade realizado com uma população de 200 pessoas idosas, no Brasil, o estudo FIBRA.[10] Uma possível justificativa para esse resultado é que, no estudo FIBRA tanto as pessoas idosas consideradas vulneráveis quanto as pessoas idosas consideradas frágeis foram a população que mais evoluíram para óbito, assim como no presente estudo.

4 CONCLUSÃO

Em relação a mortalidade em um estudo de seguimento prospectivo de 9 anos, na análise comparativa entre três grupos (‘Não frágil’, ‘Vulnerável’ e ‘Frágil’) não houve evidência de influência de tais condições para uma maior sobrevida da população estudada, especialmente porque o grupo de pessoas idosas ‘vulneráveis’ são semelhantes em relação ao grupo ‘frágil’.

5 REFERÊNCIAS

1. Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado PM, Martínez-Reig M, Gómez-Arnedo L, Alfonso SA. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. 2013. Maturitas. 2013 Jan;74(1):54-60
2. Venturini C, Moreira BS, Silva SLAD, Sampaio RF. Physical frailty, activity limitation and mortality in older Brazilians: longitudinal findings from FIBRA-BH study (2009- 2019). Cien Saude Colet. 2022 Oct;27(10):4015-4023.
3. Sacha J, Sacha M, Soboń J, Borysiuk Z, Feusette P. Is It Time to Begin a Public Campaign Concerning Frailty and Pre-frailty? A Review Article. Front Physiol. 2017 Jul 11;8:484. 15

4. Vanleerberghe P, De Witte N, Claes C, Verté D. The association between frailty and quality of life when aging in place. Arch Gerontol Geriatr. 2019 NovDec;85:103915.
5. Ministério da Saúde (BR), Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão Profissionais de Saúde e Gestores – Completa. Brasília: Ministério dda Saúde, Dez/2019
6. Jayanama K, Theou O, Blodgett JM, Cahill L, Rockwood K. Frailty, nutritionrelated parameters, and mortality across the adult age spectrum. BMC Med. 2018 Oct 26;16(1):188
7. Borges SM. Identificação e monitoramento da síndrome da fragilidade em idosos atendidos em unidades básicas de saúde no município de santos/sp: racional e desenho do estudo longitudinal prospectivo de 10 anos. v. 8, p. 24-43, 2024.
8. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(6).
9. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA: The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. Journal of the American Medical Director Association. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(5):344-55.
10. Venturini C, Moreira BS, Silva SLAD, Sampaio RF. Physical frailty, activity limitation and mortality in older Brazilians: longitudinal findings from FIBRA-BH study (2009-2019). Cien Saude Colet. 2022 Oct;27(10):4015-4023.