

ELIANA GONÇALVES AGUIAR

**SÍNDROME DE FRAGILIDADE, SENTIMENTO DE
IMPOTÊNCIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM
IDOSOS PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA.**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

SÃO PAULO

2019

ELIANA GONÇALVES AGUIAR

**SÍNDROME DE FRAGILIDADE, SENTIMENTO DE
IMPOTÊNCIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM
IDOSOS PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA.**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. LYDIA MASA KO FERREIRA

Coorientador: Prof. Dr. GERALDO MAGELA SALOMÉ

SÃO PAULO

2019

Gonçalves Aguiar, Eliana

Síndrome de fragilidade, sentimentos de impotência e capacidade funcional em idosos portadores de úlcera venosa / Eliana Gonçalves

Aguiar. – São Paulo, 2019.

XIII, 70 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Frailty syndrome, feelings of powerlessness and functional capacity in elderly patients with venous ulcers.

1. Idoso. 2. Idoso fragilizado. 3. Envelhecimento. 4. Qualidade de vida. 5. Úlcera varicosa.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL

Coordenação: Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira



ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Qualidade como método de avaliação

LINHA DE PESQUISA

Capacidade funcional, dor e atividade física.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Lydia Masako Ferreira

COORIENTADOR: Prof. Dr. Geraldo Magela Salomé

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais,
Mario Asdrubal Aguiar e Arminda Gonçalves Aguiar
pela criação pautada na retidão de caráter.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora **LYDIA MASAKO FERREIRA**, professora titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional pelo constante estímulo ao aprimoramento e conhecimento, por ser exemplo de mulher empoderada e muito além de seu tempo, dona de um currículo invejável e de um espírito de liderança raro, acreditar e defender o meu potencial e por último por estimular a interdisciplinaridade entre todas as áreas de saúde

Ao Professor Doutor **GERALDO MAGELA SALOMÉ**, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Doutor em Ciências e Pós- Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo e Docente do curso de Mestrado Profissional Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí-Univas pela paciência, por partilhar o seu conhecimento e orientar-me me todos os momentos e principalmente por acreditar em mim e dar-me essa oportunidade.

Às Secretárias **MARTA REJANE, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS** da Disciplina de Cirurgia Plástica da Unifesp pela paciência e colaboração.

Aos Drs. **MARCELO MORAES** (Encarregado do Ambulatório de Úlcera Venosa da Disciplina de Cirurgia Vascular da EPM/UNIFESP), **MAYSA SEABRA** (Chefe da Disciplina de Geriatria da EPM/UNIFESP) e **CARLOS ANDRÉ** (Chefe do Grupo de Idosos Saudáveis do Ambulatório da Disciplina de Geriatria da EPM/UNIFESP), por disponibilizarem os setores e pela ajuda inestimável durante a coleta de dados.

Aos **PACIENTES** dos Ambulatórios da Cirurgia Vascular e da Geriatria da Unifesp pela disponibilidade, colaboração e paciência.

Aos **FUNCIONÁRIOS** dos Ambulatórios da Cirurgia Vascular e da Geriatria da Unifesp pela ajuda, simpatia e acolhida.

“Existem muitas hipóteses em ciência que estão erradas.
Isso é perfeitamente aceitável,
elas são a abertura para achar as que estão certas”.

(Carl Sagan)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE TABELAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	X
RESUMO	XII
ABSTRACT	XIII
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	7
3 LITERATURA	9
4 MÉTODO.....	26
5 RESULTADOS.....	33
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÃO	43
8 REFERÊNCIAS	45
FONTES CONSULTADAS	52
NORMAS ADOTADAS	55
APÊNDICES.....	57
ANEXOS	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados segundo dados Sócio demográficos.....	29
Tabela 2. Distribuição dos entrevistados segundo Características Clínicas	30
Tabela 3. Comparação entre os Grupos Sem Úlcera e Com Úlcera, segundo o escore médio da <i>Edmonton Frail Scale</i>	34
Tabela 4. Distribuição da Classificação da Fragilidade dos participantes do estudo, segundo a <i>Edmonton Frail Scale</i>	34
Tabela 5. Comparação entre os pacientes com úlcera venosa e sem úlcera venosa, segundo escore médio dos componentes do Health Assessment Questionnaire (HAQ-20).....	35
Tabela 6. Comparação entre os pacientes com úlcera venosa e sem úlcera venosa, segundo escore médio dos componentes do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
BDENf	Base de Dados de Enfermagem
BOMFAQ	Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Brazilian version)
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS)
EAER	Rosenberg /EPM
EDG	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada
EEH	Escala de Esperança de Herth
EFS	<i>Edmonton Frail Scale</i>
EIAVD	(Escala de Katz) Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária
EPM	Escola Paulista de Medicina
EQVF	Qualidade de Vida de Flanagan
GDS – 15	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HAQ20	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
IB	Índice de Barthel
IDB	Inventário de Depressão de Beck
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MedLine	Base de dados da área de ciências da vida que é o componente primário do Pubmed
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Questionário de Independência Funcional
MMII	Membros Inferiores

PAT	<i>Powerlessness Assessment Tool for Adult Patients</i> (Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência)
POMA	(Índice de Tinetti) <i>Performance Oriented Mobility Assessment</i>
Pubmed	Base de dados de literatura biomédica ligada à US <i>National Library of Medicine/National Institute of Health</i>
SSRS	Escala de Spielberger de Espiritualidade
R	Índice de Correlação de Spearman
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFI	<i>Tilburg Frailty Indicator</i>
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
VLU	<i>Venous Limber Ulcers</i>
WHOQOL-bref	Versão abreviada do WHOQOL-100 (Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde)
WHOQOL-old	Módulo da WHOQOL-100 que mede a qualidade de vida do idoso

RESUMO

Introdução: Existem modificações significativas nos padrões demográficos e de saúde da população mundial, com crescimento da população idosa. A maioria dos idosos apresentam alterações em vários níveis e quando acometidos por úlcera venosa, essas alterações culminam com a crescente dependência e necessidade de ajuda para realizar as atividades básicas; esse quadro pode ser prevenido ou reduzido, se houver ambiente e assistência adequados. **Objetivo:** Avaliar o nível de fragilidade, capacidade funcional e sentimento de impotência em idosos com úlcera venosa. **Método:** No período de Maio de 2017 a Agosto de 2018 foram entrevistados 112 pacientes divididos em dois grupos (com e sem úlcera venosa), utilizando-se os questionários *Edmonton Frail Scale*, *Health Assessment Questionnaire-20* e o Instrumento de Medida de Sentimento de Impotência. **Resultados:** Em relação à *EFS*, 76,7 % dos pacientes com úlcera apresentaram pontuação que os classificou nas categorias “vulneráveis e frágeis”, em comparação a 23,3 % dos pacientes do grupo “sem úlcera”. Para o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20) existem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com relação a todos os componentes do questionário, o que significa que o grupo de idosos com úlcera venosa apresenta diminuição da capacidade funcional em geral em comparação aos idosos sem úlcera venosa. Com relação ao Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência, o escore médio do grupo com úlcera foi de 76,29, enquanto que o do grupo sem úlcera foi de 36,71, portanto, esses pacientes sentem-se muito mais impotentes com sua situação. **Conclusão:** Úlcera venosa provoca diminuição da capacidade funcional e aumenta os sentimentos de impotência e a fragilidade nos idosos.

ABSTRACT

Introduction: there are significant changes in the demographic and health standards of the world's population, with growth of the elderly population. Most elderly feature changes at various levels and when affected by venous ulcer, these changes to culminate with the growing dependence and need for help to perform basic activities; this can be prevented or reduced, if there is adequate assistance and environment. **Objective:** to evaluate the level of fragility, functional capacity and sense of impotence in the elderly with Venous Ulcers. **Method:** from May to August 2017 2018 112 patients were interviewed split into two groups (with and without Venous Ulcer), using the questionnaires *Edmonton Frail Scale*, *Health Assessment Questionnaire-20* and the Measuring Instrument of Feeling of Helplessness. **Results:** In relation to EFS, 76.7% of ulcer patients showed that the score ranked in the categories "vulnerable and frail", compared to 23.3% of patients from group "no ulcer". For the Health Assessment Questionnaire (HAQ-20) there are statistically significant differences between the groups with respect to all components of the questionnaire, which means the group of elderly with Venous Ulcer presents decreased ability functional in general compared to the elderly without venous ulcer. With respect to the measuring instrument of the feeling of helplessness, the average score of the group with an ulcer was 76.29, while the group without ulcer was 36.71, therefore, these patients feel more powerless with your situation. **Conclusion:** Venous Ulcer gives negative impact on functional capacity and increases feelings of helplessness and frailty in the elderly.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Desde a metade do século passado estão ocorrendo modificações significativas nos padrões demográficos e de saúde da população mundial, acarretando um crescimento expressivo da população idosa. Muitos acabam apresentando algum tipo de doença crônica, tais como o diabetes *mellitus*, problemas cardiovasculares, úlceras de membros inferiores e outros (VERAS, 2009; DA MATA et al., 2016).

Em 2018 os idosos totalizaram 15,0 % da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo, com crescimento de aproximadamente 14%, o que significa, em números absolutos, cerca de 32 milhões de idosos (DE CARVALHO & GARCIA, 2003). A maioria desses indivíduos idosos apresenta alterações, sejam elas emocionais, psicossociais, físicas ou biológicas. Quando têm uma doença crônica e são acometidos por úlcera venosa, esses sentimentos tendem a piorar, influenciando na sua vida diária, na capacidade funcional, na dinâmica familiar, no lazer e nas relações sociais (ALVES et al., 2013; SALOME, DE ALMEIDA, FERREIRA, 2014a; SALOME, DE BRITO, FERREIRA, 2014b; SALOME, DE ALMEIDA, FERREIRA, 2015).

A prevalência da doença venosa crônica é de 20,0% da população adulta em países ocidentais, com 3,6% de casos de úlcera ativa ou cicatrizada. No Brasil, é a 14^a causa de afastamento temporário do trabalho. Só no ano de 2012, foram 146.600 internações em hospitais públicos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), c2019).

O impacto negativo da úlcera venosa crônica na qualidade de vida é relatado particularmente em relação aos domínios dor, função física e mobilidade (SALOME et al., 2016; VILELA et al., 2016). A depressão e o isolamento social também são reportados como manifestações decorrentes do problema vascular, sobretudo pela presença da úlcera venosa (HERBER, SCHNEPP, RIEGER, 2007; DE ALMEIDA et al., 2014; PEREIRA et al., 2014b; SALOME et al., 2014a; SALOME et al., 2014b). A maioria dos idosos com ferida, ao perceberem que a lesão evolui de maneira positiva de maneira muito lenta, sentem-se frustrados, impotentes, perdem a fé no tratamento e até mesmo passam a não acreditar nas orientações dos profissionais envolvidos na assistência; enfim, sentem-se vulneráveis, incapazes de desenvolver as atividades diárias (PEREIRA et al., 2014b; DOS SANTOS et al., 2015; SALOME et al., 2015).

Estas alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos, principalmente os com úlcera venosa, culminam com a crescente dependência, que consiste em um processo dinâmico, cuja evolução pode modificar-se e até ser prevenida ou reduzida, se houver ambiente e assistência adequados (VERAS, 2009; BORGES et al., 2016). A dependência pode ser considerada ainda como um estado em que as pessoas se encontram por razões ligadas à falta ou perda de autonomia (física, psíquica, social), à necessidade de ajuda para realizar as atividades básicas. É um problema grave de saúde, que interfere na qualidade de vida do idoso e do seu cuidador (DE ARAUJO & CEOLIM, 2007).

Assim, para se conhecer o grau de independência de idosos, torna-se necessário avaliar a sua capacidade funcional, por meio da avaliação do desempenho das Atividades de Vida Diária. Ao avaliar capacidade funcional do idoso com úlcera venosa, observa-se que os pacientes

apresentam alterações na capacidade de autocuidado e de atendimento às necessidades básicas, ou seja, o desempenho das atividades de vida diária, podendo, portanto, intervir com orientações para o paciente e familiares (PEREIRA et al., 2014b).

A capacidade funcional ou limitação funcional pode ser definida como a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e viver de forma independente, ou seja, manter suas capacidades físicas e mentais em suas atividades básicas e instrumentais (NAKATANI et al., 2009). Para as atividades básicas, a capacidade funcional consiste na aptidão de uma pessoa em cuidar de si, tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se da cama e manter o controle de esfíncter. Já as atividades instrumentais consistem na habilidade dos idosos em administrarem o ambiente em que vivem, com ações como: preparar os alimentos, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico e cumprir compromissos sociais e religiosos (FIEDLER & PERES, 2008; KAGAWA & CORRENTE, 2015).

A diminuição das habilidades básicas para desempenhar as atividades do cotidiano fazem com que o idoso com úlcera venosa se sinta frustrado, inútil, insatisfeito e frágil. Quando este idoso adquire uma ferida, a fragilidade acaba tornando-se crônica, ele acaba perdendo a esperança de cura, sentindo-se impotente, com baixa autoestima e autoimagem, não acreditando nas orientações do profissional e abandonando o tratamento (BRAGA & DA CRUZ, 2005; PEREIRA et al., 2014a; SALOME et al., 2016).

A maioria dos estudos acerca da síndrome da fragilidade e dos indivíduos idosos com doenças crônicas justifica-se pelo fato de que essa condição torna essa população mais propensa à redução progressiva da

capacidade funcional, a internações repetidas e, conseqüentemente, a maior demanda dos serviços de saúde nos diversos níveis (PEGORARI & TAVARES, 2014; FERRARESI, PRATA, SCHEICHER, 2015; SPOSITO, NERI, YASSUDA, 2016).

A perda das capacidades e a síndrome de fragilidade tornam o indivíduo mais vulnerável aos desafios ambientais. Alguns grupos de pesquisadores em geriatria e gerontologia passaram a sugerir um quadro sindrômico de fragilidade de caráter multisistêmico e de perda de reserva fisiológica em razão da resistência reduzida aos estressores (RODRIGUEZ-MANAS et al., 2013).

A síndrome de fragilidade é compreendida por um fenótipo que inclui cinco componentes, sendo: perda de peso não intencional auto relato de fadiga e/ou exaustão, diminuição da força muscular, lentidão na velocidade de marcha e baixo nível de atividade física (FABRICIO-WEHBE et al., 2009; RODRIGUEZ-MANAS et al., 2013; DA MATA et al., 2016; SUTTON et al., 2016).

Assim, a presença de um ou dois critérios caracteriza a condição de pré-fragilidade, enquanto três ou mais, fragilidade (PEGORARI & TAVARES, 2014; DA MATA et al., 2016). Nesse sentido, a síndrome de fragilidade adquire importância como alvo para investigações e intervenções, tendo em vista o impacto sobre indivíduos idosos, principalmente com úlcera venosa, suas famílias e a sociedade como um todo. Não foram encontrados estudos na literatura nacional ou internacional que avaliem a síndrome de fragilidade e suas conseqüências (diminuição da capacidade funcional nas AVDs e AVDis, sentimento de impotência e seus desdobramentos) em idosos portadores de úlcera venosa e que considerem também os indivíduos pré-frágeis.

Esse estudo tem como perspectiva elaborar e validar um Manual para cuidadores e familiares do paciente caracterizados como frágeis, com o objetivo de fornecer medidas preventivas para que estes indivíduos consigam desempenhar suas atividades diárias com maior independência e com os menores riscos e danos.

2 OBJETIVO

2 OBJETIVO

Avaliar o nível de fragilidade, sentimentos de impotência e capacidade funcional em idosos portadores de úlcera venosa.

3 LITERATURA

3 LITERATURA

3.1 A Úlcera Venosa/Envelhecimento populacional

VERAS (2009) discutiu as consequências sociais e, particularmente, da saúde, decorrentes da ampliação do número de idosos no Brasil entre os anos de 1998-2003. Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, neste período, que indicaram melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doenças crônicas semelhante para todos os grupos de renda. Observou-se que os idosos apresentaram maior carga de doenças e incapacidades e que acabam utilizando-se mais dos serviços de saúde. No entanto, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso mostram-se ineficientes e de alto custo, sendo de extrema necessidade estruturas criativas e inovadoras, como os centros de convivência com a avaliação e tratamento de saúde afim de suprir a demanda dessa população.

ALVES et al. (2013) realizaram estudo clínico, descritivo, analítico, prospectivo, com a participação de 40 pacientes com úlcera venosa a fim de avaliar o sentimento de impotência e esperança em pacientes com úlcera venosa e identificar características sociodemográficas nesta população. Foram utilizados três instrumentos: um questionário que avaliou dados demográficos e clínicos, o Instrumento de Medida dos Sentimentos de Impotência e a Escala de Esperança de Herth, obtendo como conclusão que os indivíduos com úlcera venosa avaliados sentem-se impotentes e sem esperança quanto à cicatrização da lesão.

JOAQUIM & CAMACHO (2016) realizaram estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa abordando a avaliação da capacidade funcional no cuidado a pacientes portadores de úlceras venosas, procurando contextualizar a importância da visita domiciliar realizada por enfermeiros para o desenvolvimento desta avaliação a partir de uma revisão bibliográfica nas bases de dados BDNF, LILACS e PubMed/MEDLINE, indicando que a utilização da visita domiciliar como estratégia de avaliação da capacidade funcional permite que o enfermeiro lance seu olhar crítico e reflexivo vislumbrando uma melhor assistência e qualidade de vida aos portadores de úlcera.

3.2 Capacidade Funcional

DE ARAÚJO & CEOLIM (2007) realizaram estudo cujo objetivo foi identificar o grau de independência para a realização de atividades da vida diária (AVDs) dos idosos residentes nas instituições da cidade de Taubaté-SP. Foi baseada no Índice de Independência nas AVDs de Katz, realizada em dezembro de 2001 e repetida em maio de 2002. A primeira avaliação, feita com todos os residentes com idade igual ou superior a 60 anos (139 mulheres e 48 homens), mostrou que 70 idosos eram considerados independentes para o desempenho das AVDs, sendo que, dentre eles, 52 idosos tinham entre 70 e 89 anos. A segunda avaliação mostrou que 53 idosos mantiveram-se independentes. Os dados corroboraram estudos anteriores que apontam para o declínio da capacidade funcional de idosos institucionalizados.

FIEDLER & PERES (2008) estimaram a prevalência da baixa capacidade funcional e de seus fatores associados em idosos, na cidade de

Joaçaba, (Santa Catarina) nos anos de 2003 e 2004. Foi aplicado um questionário que incluiu aspectos: socioeconômicos, demográficos, habitação e variáveis socioeconômicas autopercebidas. A análise estatística dos dados incluiu a distribuição de frequência simples as variáveis-alvo, testes de associação do qui-quadrado e análise de regressão logística múltipla. A taxa de resposta foi 92.7%, com uma baixa prevalência funcional de 37,1% e a idade média foi de 69,5 anos. Após o ajuste para variáveis de confusão, os fatores associados com baixa capacidade funcional foram: idade > 70 anos, sexo feminino e status socioeconômico diminuído. Uma elevada percentagem de cidadãos idosos mostrou baixa capacidade funcional, levando à dependência. Os autores concluíram que programas de saúde que retardem o aparecimento de tal deficiência podem contribuir para o envelhecimento saudável.

NAKATANI et al. (2009) avaliaram, por meio de pesquisa transversal e descritiva, as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de 107 idosos cadastrados numa equipe da Estratégia de Saúde da Família de Goiânia (GO), propondo ações pertinentes para casos de dependência parcial ou total. Aplicaram-se questionário e escalas de avaliação, com análise de frequência simples e percentual dos dados. Como resultados identificou-se que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, com 60 a 69 anos, casada, católica, com moradia própria, renda de até um salário mínimo, não alfabetizados, apresentando uma a três patologias relatadas; 59,1% dos idosos apresentaram independência para AVD e 58,1% comprometimento de AIVD. Ações pertinentes referiram-se à estimulação de exercícios para ganho de força, alfabetização e motivação para a busca de autonomia. Concluiu-se que a maioria dos idosos conseguiam cuidar de si no

domicílio, mas não conseguiam viver de forma independente com relação às AIVD. E que diante dessa realidade, a equipe de saúde deve desenvolver ações em direção à promoção da saúde das pessoas no processo de envelhecimento, com objetivo de despertar as autoridades envolvidas no Sistema de Saúde para desenvolverem políticas públicas que viabilizem autonomia às populações idosas.

BARBOSA et al. (2013) realizaram entre outubro e dezembro de 2011 estudo epidemiológico, transversal afim de identificar as características clínicas e a capacidade funcional em 120 idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário no ambulatório e que sofreram quedas. Utilizou-se instrumento com questões para avaliação clínica e o *Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). Quanto à ocorrência de quedas, esta foi evidenciada em 84,2% dos idosos, destes 35,3% possuíam dependência leve nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, existindo, portanto, a necessidade de atenção especial à saúde e funcionalidade do idoso. Conclui-se que a fragilidade, assim como a pré-fragilidade, pode aumentar o risco de eventos negativos na saúde de idosos.

FERRARESI et al. (2015), realizaram estudo transversal afim de comparar o equilíbrio e o nível de independência de idosos da comunidade e correlacionar essas variáveis com idade, estado cognitivo e número de medicamentos. Participaram da pesquisa 172 idosos da comunidade, com 60 anos de idade ou mais sem déficit de cognição. A avaliação do risco de quedas foi feita por meio da Escala de Equilíbrio de Berg e a independência funcional, por meio do Índice de Barthel. As correlações foram feitas pelo

Índice de Correlação de Spearman e a associação, pelo teste de Qui-quadrado, obtendo-se como resultados correlação moderada entre o risco de queda e a independência funcional. Também houve resultado estatisticamente significativo entre a idade e o risco de queda. Na associação entre o risco de queda e medicamentos, percebeu-se que idosos que ingeriam três ou mais medicamentos apresentaram um risco duas vezes maior de cair. Concluiu-se, portanto, que existe correlação entre o risco de queda e a independência funcional; além disso, observou-se que uma idade avançada está ligada a um maior risco de queda e uma maior quantidade de medicamentos ingeridos também leva a um risco elevado para quedas.

KAGAWA & CORRENTE (2015) desenvolveram um estudo transversal com o objetivo de avaliar a influência da qualidade de vida e aspectos socioeconômicos na capacidade funcional em 365 idosos moradores do município de Avaré-SP. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), escala de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) de Katz e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawnton & Brod. Foram encontradas associações positivas entre ABVD e AIVD para os idosos que referiram não ter qualidade de vida. O mesmo ocorreu com alguns aspectos da qualidade de vida, medida pela EQVF; entre os 15 itens, quatro influenciaram as ABVDs: saúde, autoconhecimento, trabalho e lazer. Para as AIVDs, sete itens, entre os 15, influenciaram mais a capacidade funcional: autoconhecimento, saúde, trabalho, participação na comunidade, reunir com os amigos, socialização (fazer amigos) e aprendizagem em cursos e palestras, concluindo-se que idosos com boa qualidade de vida e com melhores condições socioeconômicas apresentam menos dependência funcional e há aspectos específicos da qualidade de

vida que influenciaram mais a incapacidade funcional, tanto para as ABVDs como para as AIVDs.

DUFFRAYER, JOAQUIM, CAMACHO (2018) por meio de estudo quantitativo, descritivo, do tipo estudo de múltiplos casos, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas e domicílios de pacientes avaliaram a efetividade das orientações em saúde no contexto domiciliar na capacidade funcional de idosos com úlceras venosas. A coleta de dados ocorreu por meio de instrumento de avaliação da unidade de saúde, da Escala de KATZ-EIAVD, do Índice de TINETTI e de roteiro de orientações a serem prestadas aos sujeitos da pesquisa que receberam visita domiciliar, obtendo como resultado melhoras sobre a capacidade funcional após a realização de orientações em saúde; portanto o enfermeiro na visita domiciliar deve considerar e avaliar as necessidades dos pacientes com úlcera venosa estabelecendo um plano assistencial.

3.3 Sentimento de Impotência

BRAGA & DA CRUZ (2009) descreveram a construção de um instrumento para medir o sentimento de impotência em pacientes adultos internados, utilizando procedimentos teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos) com base na psicometria. O instrumento foi testado com 210 pacientes para seleção de itens, confiabilidade e validade e ficou constituído por 12 itens com três domínios: capacidade de realizar comportamento, percepção da capacidade de tomar decisões, e resposta emocional ao controle das situações. O instrumento de Medida do Sentimento de Impotência serve de base para definir e apreciar intervenções clínicas relacionadas ao sentimento de impotência.

SALOMÉ et al. (2013) realizaram estudo exploratório, descritivo, analítico, transversal com sessenta pacientes que apresentam úlceras venosas em membros inferiores, de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos, no ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP) e no ambulatório de Cuidados em Feridas do Complexo Hospitalar de Sorocaba entre 2010 e 2012 a fim de avaliar os sentimentos de impotência nos mesmos. Todos os participantes responderam ao questionário por meio da ferramenta de avaliação de impotência (PAT) para pacientes adultos. Os resultados demográficos indicaram que a maioria dos pacientes com úlceras venosas em membros inferiores eram mulheres com idades entre 61 e 70 anos, com alta porcentagem (77%) de fumantes; 32 pacientes eram portadores de úlceras venosas por mais de 10 anos; em 19 desses pacientes, a área de úlcera variou entre 11 a 20 e, em 18 pacientes, foi igual ou maior que 30 cm. Quanto à pontuação total de PAT, houve variação de valores encontrados entre + 47.83 /- 7,99, concluindo-se que a alta pontuação encontrada quando da aplicação deste instrumento corresponde a presença de forte sentimento de impotência em pacientes com úlceras venosas em membros inferiores.

SALOMÉ et al. (2015) avaliaram a associação de características sociodemográficas com fatores como esperança para cura e níveis de religiosidade e espiritualidade em pacientes com úlceras venosas da perna (VLUs). Foi selecionada uma amostra de 50 pacientes adultos com VLUs e Doppler índice tornozelo-braquial, variando de 0,8 a 1.0. Pacientes com úlceras do pé diabético, úlceras arteriais e úlceras mistas foram excluídos do estudo. Um questionário de avaliação sociodemográfica e de características clínicas dos pacientes, a escala de Spielberger espiritualidade (SSRS) e o índice de esperança de Heath (IHH) foram

aplicados a todos os pacientes. Pacientes com idade entre 50 e 59 anos, homens, não fumantes, e aqueles que estavam desempregados tiveram a mais baixa pontuação de SSRS. Os valores médios mais baixos do IHH foram relatados por pacientes cujas úlceras tinham exsudato e odor, aqueles com idade entre 20 a 39 anos, aposentados e que desenvolveram a ferida há 1 ano ou menos. Pacientes que não tinham nenhuma religião ou não estavam praticando uma religião e aqueles que consideravam viver com uma úlcera como um castigo relataram baixos escores de SSRS. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes com VLUs que tinham níveis baixos de espiritualidade e não percebiam a dimensão da intervenção divina em sua vida diária nem cultivavam prática de atividades religiosas, tais como a oração, tinham esperança moderada para a cura.

3.4 Fragilidade

FABRICIO-WEHBE et al. (2009) realizaram a adaptação cultural da Edmonton Frail Scale (EFS) e sua validade em uma amostra de idosos brasileiros, percorrendo as seguintes etapas: tradução da escala para a língua portuguesa; obtenção da primeira versão consensual em português; avaliação por um comitê de juízes; back translation; obtenção de versão consensual em inglês e comparação com a versão original; avaliação semântica do instrumento e pré-teste da versão em português. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro de 2007 a junho de 2008; para a análise psicométrica da EFS, foi selecionada subamostra de 137 idosos, empregando-se amostragem aleatória simples. Essa amostra foi delimitada em 109 idosos, porém, considerando 20% de perdas, chegou-se à necessidade de amostra com 137 idosos para a realização da confiabilidade. Os dados foram coletados em entrevistas com idosos, no domicílio,

mediante instrumento com as seguintes informações: dados sociodemográficos, avaliação cognitiva (MEEM) – independência funcional (MIF) e fragilidade (Edmonton Frail Scale). Na validação de grupos conhecidos, idosos com idade mais avançada, sexo feminino e com déficit cognitivo tiveram maior pontuação para o diagnóstico de fragilidade, sendo classificados como mais frágeis. Para a validade de constructo convergente, foram comparados os diagnósticos obtidos na EFS com a MIF e o MEEM. Constatou-se correlação negativa entre as medidas obtidas pelas escalas EFS e da MIF, uma vez que ambas são inversamente ordenadas.

RODRÍGUEZ-MAÑAS et al. (2013) convidaram um grupo de especialistas de uma variedade de campos relacionados à fragilidade (médicos geriatras, médicos clínicos gerais, outros profissionais de saúde, cientistas de áreas básicas) a participar de um projeto colaborativo. O objetivo foi desenvolver a definição mais completa e concreta da fragilidade possível e útil na utilização de prática diária, usando um processo tradicional de Delphi com algumas pequenas modificações que aumentaram o papel dos membros do painel no desenvolvimento do questionário. De acordo com esse estudo, os especialistas concordaram sobre a importância de uma definição da fragilidade mais abrangente, a qual contemplou a avaliação de desempenho físico, incluindo: a velocidade da marcha e mobilidade, estado nutricional, saúde mental e cognição. O grupo de pesquisadores concluiu que a fragilidade é uma síndrome multidimensional caracterizada por diminuição da reserva e diminuição da resistência a estressores, existindo uma clara diferença entre ter incapacidade e fragilidade.

PEGORARI & TAVARES (2014) em seu estudo identificaram a ocorrência e os fatores associados às condições de pré-fragilidade e fragilidade em idosos por meio de inquérito domiciliar transversal, observacional e analítico, conduzido com 958 idosos residentes em área urbana de Uberaba, utilizando-se de Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional, escalas (Depressão Geriátrica Abreviada, Katz e Lawton) e Fenótipo de Fragilidade de Fried, constatando-se a ocorrência de 313 (32,7%) idosos não frágeis, 522 pré-frágeis e 128 frágeis. Consolidaram-se como fatores associados à pré-fragilidade e à fragilidade, respectivamente: as faixas etárias de 70-79 anos e 80 anos ou mais; uso de 1-4 medicamentos e 5 ou mais; maior número de morbidades, incapacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária e percepção de saúde negativa. A ausência de companheiro permaneceu associada à pré-fragilidade, enquanto a hospitalização no último ano, incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária e indicativo de depressão foram associados à fragilidade. Concluiu-se que as condições de pré-fragilidade e fragilidade apresentaram percentual de ocorrência superior àqueles encontrados em outros estudos brasileiros e estão associadas às variáveis relacionadas à saúde, sendo essas passíveis de ações preventivas e de intervenção direcionadas à saúde dos idosos, sugerindo a necessidade de acompanhamento contínuo na prevenção da incapacidade funcional desse grupo populacional.

DA MATA et al. (2016) fizeram revisão sistemática e meta-análise a fim de investigar a prevalência de fragilidade entre a população de pessoas idosas na América Latina e Caribe. Países da América Latina e o Caribe experimentaram um aumento rápido na sua proporção de pessoas idosas. Em pesquisa nas bases de dados indexadas e na literatura, foram

recuperados estudos investigando a prevalência de fragilidade com amostras representativas da população de pessoas idosas na América Latina e o Caribe. Investigadores independentes participaram no processo de seleção de estudos e extração de dados. Uma meta-análise e uma meta-regressão foram realizadas utilizando o software STATA 11. A revisão sistemática foi registrada no *International Prospective Register of Systematic Reviews* sob o número CRD42014015203, com o total de 29 estudos com 43.083 indivíduos. A prevalência encontrada foi em média de 19,6%, com uma variação entre 7,7% até 42,6% entre os estudos revisados, concluindo-se que a Fragilidade é muito comum entre a população idosa da América Latina e do Caribe e que os países dessa região precisam adaptar seus sistemas de saúde a fim de atender as demandas de uma população em franco processo de envelhecimento.

BARBOSA, MANSUR, COLUGNATTI (2017) verificaram a relação da fragilidade com a ocorrência de quedas, hospitalização e óbito em idosos brasileiros. Ao estudarem uma amostra representativa de idosos moradores do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, a qual foi avaliada quanto à fragilidade, condições sociais, demográficas e de saúde no ano de 2009, foi reavaliada quanto aos desfechos negativos em saúde entre os anos de 2014 e 2015 (n=304), cujos resultados demonstram uma maior incidência de quedas, hospitalização e óbito entre os frágeis. O grupo frágil também apresentou risco aumentado de falecer durante o seguimento do que os robustos. Já os pré-frágeis, exibiram risco superior de quedas e de falecer em relação aos indivíduos robustos, concluindo-se que a fragilidade, assim como a pré-fragilidade, pode aumentar o risco de eventos negativos na saúde de idosos.

GRDEN et al. (2017) realizaram estudo transversal, afim de investigar as características sociodemográficas de 243 idosos longevos da comunidade no Brasil. Para a coleta de dados aplicou-se instrumento estruturado, escalas e testes que compõem a avaliação da fragilidade física. Dos 243 longevos avaliados, 36 (14,8%) eram frágeis, 155 (63,8%) pré-frágeis e 52 (21,4%) não frágeis. Houve predomínio do sexo feminino, viúvos, que residiam com familiares e com situação financeira autorrelatada satisfatória. Identificou-se associação significativa entre a variável demográfica idade ($p=0,043$) e a síndrome da fragilidade física. O melhor modelo preditor da síndrome compreendeu as variáveis: sexo, idade e com quem mora. A variável idade foi a que mais contribuiu para o processo de fragilização dos longevos que residem na comunidade. É essencial que o cuidado da equipe de saúde contemple o rastreamento precoce da síndrome e considere a idade como um indicativo de necessidades de cuidados.

LENARDT et al. (2018) analisaram a associação entre a condição de não fragilidade física e os resultados da habilitação dos idosos para dirigir veículos automotores realizando estudo transversal com coleta de dados no período amostral de agosto de 2015 a marco de 2016 em 347 idosos (≥ 60 anos). Dos participantes, 180 (51,9%) foram classificados como não frágeis. Dentre estes, 48 (26,7%) foram considerados aptos para dirigir, 121 (67,2%) aptos com restrição e 11 (6,1%) inaptos temporariamente. Não houve associação significativa entre a condição de não fragilidade física e os resultados da habilitação para dirigir veículos automotores ($p=0,557$), concluindo-se que a ausência de fragilidade física não indica, necessariamente, que o idoso está apto para dirigir veículos automotores.

GROSS et al. (2018) realizaram estudo transversal com 555 idosos afim de verificar a associação da fragilidade de idosos com as características sociodemográficas, dados coletados de abril a dezembro de 2015, por entrevista com caracterização sociodemográficas e avaliação da fragilidade conforme critérios de Fried: perda de peso não intencional no último ano, força de preensão; velocidade da marcha, nível de atividade física e fadiga. Obtiveram-se como resultados que nos idosos mais velhos e do sexo feminino a prevalência de fragilidade é maior. Observou-se associação entre estado civil e moradia quando analisado em relação ao sexo; também, quando observado os componentes da fragilidade a fadiga mostrou associação com o sexo. Ao se relacionar a fragilidade com as variáveis sociodemográficas constata-se que a idade influencia na fragilização. Concluiu-se com base nos resultados que idosos mais velhos, do sexo feminino, e que residem sozinhos devem ser priorizados na atenção básica.

SOUSA et al. (2018) realizaram estudo transversal com 243 idosos longevos com o objetivo de elaborar um modelo preditivo de fragilidade física para idosos longevos usuários da atenção básica de saúde, segundo variáveis clínicas. Os dados foram coletados por meio de formulário clínico estruturado, testes de aferição da força de preensão manual e velocidade da marcha, verificação da perda de peso, fadiga/exaustão e nível de atividade física. Os resultados deste estudo incluíram fatores clínicos que podem interferir no desenvolvimento da síndrome e representam fatores de possíveis intervenções em cuidados de enfermagem gerontológica. Conclui-se que a elaboração de um modelo de previsão é o primeiro passo para o planejamento de cuidados a fim de minimizar o desenvolvimento da fragilidade, ao auxiliar o estabelecimento de intervenções para manter a

capacidade funcional e gerir adequadamente a síndrome, além de apoiar um processo de tomada de decisão com base no raciocínio clínico.

FLUETTI et al. (2018) realizaram estudo descritivo e transversal afim de analisar a relação entre o nível de fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Método: Utilizaram-se um questionário para o perfil sociodemográfico e de saúde, o Mini Exame do Estado Mental, o *Tilburg Frailty Indicator*, o Índice de Barthel e a *Geriatric Depression Scale* (GDS-15). Foram realizadas análises descritivas. Para as variáveis numéricas foi testada a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis numéricas tendo a fragilidade como variável dependente. Foram encontrados os seguintes resultados maioria era do sexo feminino (57,1%); média de idade 77,77 anos; 35,7% viúvos. Quanto à avaliação de saúde, 55,4% tinham déficit cognitivo, 62,5% apresentavam sintomas de depressão e 75,0% foram classificados como frágeis; 42,9% tiveram quedas nos últimos 12 meses; a média de pontos no Índice de Barthel foi 68,30. Observou-se correlação positiva entre a pontuação da fragilidade e da GDS-15 ($r=0,538$; $p=0,00$) e negativa entre a fragilidade e o índice de Barthel ($r=-0,302$; $p=0,02$). O aumento da fragilidade está correlacionado com a presença de sintomas depressivos e a diminuição do desempenho para as atividades básicas da vida diária do idoso institucionalizado.

MELO et al. (2018) realizaram estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal em instituições de longa permanência para investigar a prevalência de fragilidade e de fatores associados em idosos

institucionalizados e sua associação com variáveis sociodemográficas e condições de saúde. Foram investigados 214 idosos, obtendo-se como resultados que a maioria era do sexo feminino (69,6%), estado civil solteiro (53,7%), escolaridade de um ano (54,4%) e renda de até um salário mínimo (73,4%). Quanto à cognição, 79,4% foram reprovados por erros significativos. A síndrome de fragilidade foi identificada em 70,1% dos idosos. Todos os fatores incluídos na escala de fragilidade alcançaram significância estatística. Na análise multivariada, os fatores que mais contribuem para a fragilidade são: cognição, independência funcional, autoavaliação de saúde, frequência de suporte social, percepção de perda de peso e depressão, concluindo-se que os achados apresentados podem contribuir para o direcionamento dos cuidados aos idosos residentes em instituições de longa permanência com especial atenção aos idosos com *déficit* cognitivo, tendo em vista suas maiores necessidades por serem mais frágeis.

DE JESUS et al. (2018) realizaram estudo descritivo, correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa de investigação, realizada com idosos cadastrados em quatro Centros de Referência de Assistência Social do município de São Carlos (SP). Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, a Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref e o Whoqol-old. A média de idade dos participantes foi de 68,5 anos. A idade máxima atribuída foi de 94 anos. Dos entrevistados, 176 (81,1%) eram mulheres, 125 (57,6%) brancas, 91 (41,9%) casadas e 112 (51,6%) tinham de um a quatro anos de estudo. No que se refere à ocupação atual, 120 (55,3%) eram aposentados e 97 (44,7%) não eram aposentados. Quanto ao nível de fragilidade verificou-se que 82 (37,7%) dos idosos apresentaram algum nível de fragilidade

(leve, moderada ou severa). Conclui-se que pesquisar fragilidade e qualidade de vida em idosos pode conduzir para ações de prevenção como forma de erradicar, prevenir e retardar condições de risco e sugere-se que intervenções sejam promovidas por meio dos serviços de atenção à saúde e assistência ao idoso através de equipes multidisciplinares.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Desenho da pesquisa

Estudo clínico primário, analítico, observacional, transversal, descritivo, controlado e em centro único, aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP, por meio da Plataforma Brasil (Apêndice 1). Todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

4.2 Local de estudo

A coleta de dados foi realizada nos Ambulatórios das Disciplinas de Cirurgia Vascular e Geriatria da UNIFESP, no período de março de 2017 a agosto de 2018.

4.3 Casuística

Estabeleceram-se dois grupos de participantes com idade acima de 60 anos: sem úlcera venosa e com úlcera venosa, cada um com 56 pacientes.

Para o cálculo desta amostra foi utilizado o Programa G*Power - *Statistical Power Analyses for Windows and Mac*, versão 3.1, disponível no site <http://www.gpower.hhu.de/>.

Para os cálculos desse estudo foram considerados: “Effect Size” igual a 0,55 (considerado médio), nível de confiança igual a 95% ($\alpha = 0,05$)

e poder do teste igual a 80%. Ao utilizar-se desses parâmetros a amostra calculada foi de 112 pacientes (56 em cada uma).

4.4 Critérios de inclusão

4.4.1 Grupo idoso sem úlcera

- Idade acima 60 anos.
- Alfabetizado.

4.4.2 Grupo idoso com úlcera venosa

- Idade acima de 60 anos.
- Alfabetizado.
- Índice tornozelo/braço entre 1,0 e 1,4.

4.4.3 Critérios de não inclusão (Ambos os Grupos)

- Pacientes com úlcera mista ou arterial.
- Índice tornozelo/braço menor que 1,0.
- Sequela de AVC ou amputado.

4.4.4 Caracterização da Amostra

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados segundo dados Sócio demográficos

	Com úlcera		Paciente Sem úlcera		Total		Valor do p
	n	%	n	%	n	%	
	Sexo						
Masculino	21	37,5	15	26,8	36	32,1	0,224
Feminino	35	62,5	41	73,2	76	67,9	
Total	56	100,0	56	100,0	111	100,0	
Idade	N	%	N	%	N	%	
60 a 65 anos	29	51,8	3	5,4	32	28,6	*0,001
66 a 70 anos	12	21,4	4	7,1	16	14,3	
70 anos ou mais	15	26,8	49	87,5	64	57,1	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Estado Civil							
Casado /Vive com companheiro(a)	20	35,7	20	21,4	40	35,7	0,681
Solteiro	17	30,4	14	28,6	31	27,7	
Viúvo	13	23,2	14	25,0	27	24,1	
Divorciado/Desquitado	6	10,7	8	25,0	14	12,5	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Escolaridade (agrupada)							
Saber ler e escrever	26	46,4	12	21,4	38	33,9	*0,011
Ensino Fundamental Completo	13	23,2	16	28,6	29	25,9	
Ensino Médio Completo	13	23,2	14	25,0	27	24,1	
Ensino Superior Completo	4	7,1	14	25,0	18	16,1	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Ocupação							
Trabalha	8	14,3	6	10,7	14	12,5	*0,037
Aposentado	39	69,6	49	87,5	88	78,6	
Desempregado	3	5,4	0	0,0	3	2,7	
Afastado do trabalho	6	10,7	1	1,8	7	6,3	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Arranjo Domiciliar							
Sozinho	13	23,2	24	42,9	37	33,0	0,062
Com cônjuge	11	19,6	13	23,2	24	21,4	
Com cônjuge e filhos	10	17,9	8	14,3	18	16,1	
Outros	22	39,3	11	19,6	33	29,5	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	

Teste de Qui- quadrado - * Nível de significância $p \leq 0,05$

Tabela 2. Distribuição dos entrevistados segundo Características Clínicas

	Paciente						Valor de p
	Com úlcera		Sem úlcera		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Uso de Medicamentos							
Sim	51	91,1	49	87,5	100	89,3	0,540
Não	5	8,9	7	12,5	12	10,7	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Índice de Massa Corporal							
Abaixo do peso	20	35,7	18	32,1	38	33,9	*0,036
Adequado	25	44,6	35	62,5	60	53,6	
Sobrepeso	11	19,6	3	5,4	14	12,5	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Atividade Física							
Sim	8	14,3	36	64,3	44	39,3	*0,001
Não	48	85,7	20	35,7	68	60,7	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	
Queda							
Sim	39	69,6	36	64,3	75	67,0	0,547
Não	17	30,4	20	35,7	37	33,0	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	

Teste de Qui- quadrado - * Nível de significância $p \leq 0,05$

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Instrumentos utilizados na coleta dos dados

Foram utilizados três instrumentos (*Edmonton Frail Scale*, HAQ- 20 e Instrumento de Sentimento de Impotência) mais o questionário sobre dados demográficos, auto-aplicáveis e de domínio público; utilizou-se de entrevista em sala previamente preparada: bem iluminada, silenciosa e com mesas e cadeiras afim de preservar a privacidade e o conforto do paciente; primeiramente foi aplicado um questionário sobre os dados demográficos (Apêndice 3); o segundo foi a coleta das informações do perfil de fragilidade, por meio da Escala de *Edmonton Frail Scale* (Anexo 1)

(FABRICIO-WEHBE et al., 2009); o terceiro foi o instrumento que avalia a capacidade funcional *Health Assessment Questionnaire-20* (HAQ- 20) (Anexo 2) (BRUCE & FRIES, 2003) e, por último, foi utilizado o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência (Anexo 3) (BRAGA & DA CRUZ, 2009).

O instrumento escolhido para avaliar se os indivíduos em ambos os grupos apresentam-se frágeis ou pré-frágeis foi a (*Edmonton Frail Scale*), traduzida e validada para a língua portuguesa por FABRÍCIO-WEHBE et al. (2009), a qual avalia nove domínios, representados por 11 itens, tais como cognição, estado de saúde geral e descrição da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A pontuação máxima dessa escala é 17 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 grave.

O *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-20) foi originalmente desenvolvido por James F. Fries na Universidade de Stanford (FRIES, SPITZ, YOUNG, 1982) e validado no Brasil por FERRAZ et al. (1990), sendo composto por 20 perguntas divididas em oito categorias que representam um conjunto abrangente de atividades funcionais – vestir-se, levantar-se, comer, caminhar, higiene, alcançar-se, preensão e outras atividades; as respostas do paciente são medidas em uma escala que vai de zero (sem qualquer dificuldade) até três (incapaz de fazer). O escore final é calculado pelo somatório dos componentes dividido por 8 e pode ser classificado em : escore final do HAQ de 0 a 1: paciente apresenta

deficiência leve ; HAQ > 1 a 2 : paciente apresenta deficiência moderada e HAQ > 2 a 3 : paciente apresenta deficiência grave.

O Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência foi validado e posteriormente avaliado quanto à confiabilidade por BRAGA & DA CRUZ (2009). Ficou constituído por 12 questões do tipo Likert de frequência, de cinco pontos, variando de nunca a sempre. Nessa escala, atribuiu-se aos itens com significado de presença de sentimento de impotência a seguinte pontuação: 1= nunca; 2= raramente; 3= às vezes, 4= frequentemente; 5= sempre, totalizando 120 pontos. É formado por três domínios: capacidade de realizar comportamento (Cronbach=0,845), percepção da capacidade de tomar decisões (Cronbach =0,834) e resposta emocional ao controle das situações (Cronbach =0,578). Esse instrumento indica escores que podem ser somados por domínios e, no total, os resultados possibilitam interpretar que quanto maior o escore, mais intenso o sentimento de impotência.

4.6 Análise de dados

Os dados foram digitados e analisados no programa estatístico SPSS-8.0. Foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson, o qual avaliou a homogeneidade das respostas comparando os dois grupos do estudo com nível de significância igual a 0,05, o que determina se a distribuição será diferente de 5%, ou seja, $p < 0,05$. A comparação entre grupos foi feita através do teste de Mann-Whitney. Para a correlação de variáveis contínuas com semicontínuas, foi utilizado o teste de correlação de Spearman.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Na tabela 3 pode-se observar que maioria dos pacientes com úlcera venosa apresentaram-se aparentemente vulneráveis.

Tabela 3. Comparação entre os Grupos Sem Úlcera e Com Úlcera, segundo o escore médio da *Edmonton Frail Scale*

Pacientes	<i>Edmonton Frail Scale</i>				Valor de p
	n	Média	Mediana	Desvio-padrão	
Com úlcera	56	6,46	6,0	3,086	*0,001
Sem úlcera	56	3,38	3,0	2,253	
Total	112	4,92	5,0	3,105	

Teste Qui-quadrado * Nível de significância $p \leq 0,05$

Na tabela 4, os pacientes do grupo com úlcera concentram-se nas categorias “aparentemente vulnerável” e “fragilidade leve”, enquanto que o grupo sem úlcera concentra-se na categoria “não-frágil”.

Tabela 4. Distribuição da Classificação da Fragilidade dos participantes do estudo, segundo a *Edmonton Frail Scale*

Escala de Edmonton (classes) Completo	Grupo						Valor de p
	Com úlcera (casos)		Sem úlcera (controles)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Não apresenta fragilidade	13	23,2	40	71,4	53	47,3	*0,0001
Aparentemente vulnerável	16	28,6	11	19,6	27	24,1	
Fragilidade leve	12	21,4	4	7,1	16	14,3	
Fragilidade moderada	11	19,6	0	0,0	11	9,8	
Fragilidade severa	4	7,1	1	1,8	5	4,5	
Total	56	100,0	56	100,0	112	100,0	

Teste Qui-quadrado * Nível de significância $p \leq 0,05$

A tabela 5 mostra que os pacientes com úlcera venosa que participaram do estudo apresentavam suas atividades diárias alteradas, em relação aos pacientes sem úlcera venosa.

Tabela 5. Comparação entre os pacientes com úlcera venosa e sem úlcera venosa, segundo escore médio dos componentes do Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)

Pacientes	Health Assessment Questionnaire									Valores de p
	Com úlcera			Sem úlcera			Total			
	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	
Vestir-se e cuidar-se	56	0,86	0,841	56	0,20	0,401	112	0,53	0,735	*0,001
Levantar-se	56	1,07	0,912	56	0,39	0,593	112	0,73	0,838	*0,002
Comer	56	0,52	0,687	56	0,13	0,384	112	0,32	0,586	*0,002
Caminhar	56	1,59	0,890	56	0,57	0,759	112	1,08	0,969	*0,001
Higiene	56	1,00	0,653	56	0,29	0,594	112	0,64	0,815	*0,001
Alcançar-se	56	1,13	0,974	56	0,61	0,679	112	0,87	0,875	*0,001
Preensão	56	1,18	1,081	56	0,36	0,616	112	0,77	0,968	*0,001
Outras Atividades	56	1,32	0,917	56	0,43	0,599	112	0,87	0,892	*0,001
Geral	56	1,08	0,729	56	0,37	0,407	112	0,73	0,686	*0,002

- Teste não paramétrico de Mann-Whitney * Nível de significância $p \leq 0,05$

Na tabela 6, os pacientes com úlcera venosa apresentavam sentimentos de importância alterados, com relação aos pacientes sem úlcera venosa.

Tabela 6. Comparação entre os pacientes com úlcera venosa e sem úlcera venosa, segundo escore médio dos componentes do Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência

Domínios do Instrumento	Pacientes									Valor de p
	Com úlcera			Sem úlcera			Total			
	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	n	Média	Desvio-padrão	
Capacidade de realizar comportamento	56	15,59	2,130	56	9,04	3,063	112	12,31	4,211	*0,001
Capacidade de tomar instruções	56	11,96	2,607	56	13,95	3,272	112	12,96	3,109	*0,001
Resposta emocional ao controle das situações	56	13,54	2,565	56	10,57	3,173	112	12,05	3,235	*0,001
Escore total do Instrumento	56	41,21	4,853	56	33,41	7,081	112	37,31	7,202	*0,001

Teste não paramétrico de Mann-Whitney - * Nível de significância $p \leq 0,05$.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Observa-se que a maioria dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, casados, aposentados, já sofreram queda da própria altura. Com relação à escolaridade, maioria dos pacientes sabiam ler e escrever, eram aposentados e faziam uso de medicamentos. Com relação ao Índice de Massa Corporal, a maioria dos idosos que participaram do estudo ambos os grupos estavam com peso adequado. Tais achados assemelham-se aos encontrados em estudos anteriores. A maioria dos participantes do estudo sofreram queda (SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2009; PEREIRA et al., 2014b; BARBOSA et al., 2017; FLUETTI et al., 2018; GROSS et al., 2018; SILVEIRA et al., 2018).

O nível de escolaridade é certamente um fator para a necessidade de autocuidado dos indivíduos idosos, principalmente os que têm úlcera venosa, uma vez que estes têm de lidar diariamente com medicamentos, curativos e dietas, autocuidado, exames dos pés, atividades por vezes complexas (TOPINKOVA, 2008; DE ALMEIDA et al., 2014; SALOME et al., 2014a; 2015).

Alterações no estado nutricional nos idosos podem acelerar o aparecimento de fragilidades e vulnerabilidades, dificultando a sua recuperação e reduzindo, significativamente, o tempo de vida, principalmente na presença de doenças crônicas. Dessa forma, tanto a desnutrição quanto o sobrepeso são condições que devem ser consideradas como potenciais marcadores ou sinais de fragilidade, tendo em vista o risco de complicações clínicas para o idoso (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006; SALOME et al., 2014b; SALOME et al., 2015).

Quando o idoso adquire uma ferida ele pode ter dificuldade para desenvolver várias atividades do seu cotidiano. Muitas vezes essas alterações podem causar sofrimento emocional, psicológico e biológico nos indivíduos, acarretando mudanças no estilo e na qualidade de vida e no sono, impossibilitando-os de exercerem suas atividades sociais, de realizarem o autocuidado, de participarem do lazer e do convívio familiar, além de ocasionar absenteísmo no trabalho e até perda das funções laborais em faixa etária produtiva. Estes fatores podem levar o idoso a sentir-se fragilizado (ZANETTI et al., 2007; BOAS, SALOME, FERREIRA, 2018; SALOME & FERREIRA, 2018)

Neste estudo, a maioria dos idosos sem úlcera venosa não apresentaram fragilidade, enquanto a maioria dos idosos com úlcera venosa apresentaram-se vulneráveis.

Alterações neuromusculares, desregulação neuroendócrina e disfunções no sistema imunológico são comuns em idosos e, individualmente ou associados, podem resultar no quadro de fragilidade. Tem-se atualmente como consenso que a fragilidade é uma das principais síndromes relacionadas ao envelhecimento, e os resultados desta pesquisa colaboram com esse fato (CLEGG et al., 2013).

Ser frágil relacionou-se a maiores incidências de hospitalização durante o seguimento. Resultados compartilhados com outras evidências científicas, sobretudo quando se verificou uma prevalência que varia de 50% a 80% de frágeis entre os idosos hospitalizados (MAKARY et al., 2010; BAKKER, ROBBEN, OLDE RIKKERT, 2011).

Em um estudo, avaliou-se a presença de fragilidade em 54 idosos institucionalizados, com os seguintes resultados: 3,70% dos idosos que

participaram do estudo não eram frágeis; 22,20%, vulneráveis e 35% apresentavam fragilidade moderada (BORGES et al., 2013).

Em outro estudo, onde os autores avaliaram a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos com diabetes *mellitus* tipo 2, participaram 30 idosos, com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2, sendo que a prevalência da fragilidade foi de 56,7% (DA SILVA, DA PUREZA, LANDRE, 2015).

Os idosos com úlcera venosa, que apresentam fragilidade e que moram sozinhos, podem sofrer quedas, apresentam dificuldade para realizar o autocuidado, pois indivíduos que têm uma ferida no pé, além de apresentarem estes problemas, também podem ter dificuldade para desenvolver algumas atividades diárias, razão pela qual muitas vezes acabam desistindo do tratamento (ZANETTI et al., 2007; SALOME et al., 2014a).

Frequentemente eles acabam sentindo-se impotentes, frustrados, sem esperança de cura, ansiosos e até mesmo com depressão. Estes idosos necessitam de cuidados permanentes para prevenir a ocorrência de desfechos clínicos negativos (DE ALMEIDA et al., 2014; SALOME et al., 2015; BORGES et al., 2016).

Em um estudo onde os autores verificaram os níveis de fragilidade, independência funcional e atividades instrumentais da vida diária entre os idosos identificados como frágeis, foram encontrados: 29,8% com dependência mínima/supervisão e 81,9% com dependência parcial para as atividades instrumentais da vida diária. Os autores evidenciaram maior dependência para as atividades nos idosos frágeis, sendo o sexo feminino com maior prevalência de fragilidade (FHON et al., 2012).

Nesta pesquisa, a média do score total do domínio do instrumento HAQ-20 e da escala de sentimentos de impotência nos pacientes idosos com úlcera foi alterado caracterizando que tem dificuldades de realizar algumas atividades diárias.

Deficit na capacidade funcional, cognitiva e psíquica são a maior causa de perda da independência (BORGES et al., 2016), levando o idoso a necessitar de maiores cuidados para a realização das atividades da vida diária. Sendo assim, as dificuldades encontradas pela família ou a impossibilidade de um cuidador, faz com que procure as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com a finalidade de suprir essas demandas (TEIXEIRA et al., 2012). A institucionalização não é uma prática comum no Brasil, pois apenas 0,8% da população idosa brasileira vivem em ILPI, mas acredita-se que haverá uma ascensão do crescimento para um futuro próximo (DA SILVA & FIGUEIREDO, 2012).

Os sofrimentos de diferentes naturezas se repetem e continuam, passando a fazer parte do dia a dia, de forma que ficam muito difíceis de digerir. Trata-se de um excesso de informações que mobilizam toda a pessoa e não encontram escoamento ou elaboração, imobilizando as possibilidades criativas. Isso gera estados que comportam sentimentos de impotência para lidar com um cotidiano sufocante. Por sua vez, os familiares de quem porta algo como uma “doença mental” mostram sentimentos de impotência, como vergonha e constrangimento, tristeza e piedade diante da pessoa; e medo de que a pessoa apresente comportamentos agressivos. O estigma está presente na sociedade, na própria família, e a pessoa mesma pode introjetá-lo. Uma pessoa considerada “doente” pode ser malvista ou apontada como estando em crise, devido a um comportamento que, se estivesse presente - exatamente

igual - em outra pessoa, considerada “normal”, não seria visto como problemático (VICENTE et al., 2013).

Essa questão tem se tornado um desafio a ser enfrentado pelos pacientes idosos com úlceras venosa, uma vez que a expectativa de vida da população tem aumentado, levando ao conseqüente crescimento do número de idosos com doença crônica e incapacidade funcional. Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida destes indivíduos com ou sem ferida, principalmente em relação a programas que proporcionem promoção e melhoria da força muscular e das articulações, com integração social dentro e fora do contexto familiar. E para os idosos que têm feridas causadas pela diabetes, é necessária a construção de um sistema adequado de suporte. Essas ações possibilitariam minimizar a dependência desses indivíduos no convívio familiar, social, lazer e para desenvolver suas atividades diárias (COSTA et al., 2006; PEREIRA et al., 2014a; PORTO E SILVA et al., 2016).

Esta pesquisa reforça a necessidade de redirecionar a atenção à saúde dos pacientes idosos com pé ulcerado, buscando identificar, no cotidiano dos serviços de saúde, seja nos hospitais ou ambulatórios, Programa de Saúde da Família e outros, a presença de alterações na capacidade funcional, sentimentos de impotência e de fragilidade entre os pacientes que convivem no seu dia a dia com a ferida, as principais necessidades de cuidado e o conhecimento do cuidador para lidar com as incapacidades da pessoa assistida. E, diante das necessidades surgidas nas últimas décadas com o aumento das doenças crônicas e dos pacientes com feridas, torna-se imprescindível redirecionar a formação acadêmica e a qualificação dos

profissionais de saúde, valorizando não somente o conteúdo, mas também a prática assistencial.

Podemos sugerir algumas ações após a análise dos resultados do estudo, entre elas conseguir prever o custo do tratamento desses pacientes, reforçar o trabalho de equipe multidisciplinar, com isso trazendo um novo paradigma de assistência que pode ser aplicado para todos os pacientes frágeis.

A limitação desse estudo foi a não comparação dos dados sócio demográficos com os dados dos instrumentos *EHS*, *HAQ-20* e Instrumento de Medida de Impotência.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Úlcera venosa provoca impacto negativo sobre a capacidade funcional e aumenta os sentimentos de impotência e a fragilidade nos idosos.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

Alves SG, Gardona RG, Reis BC, Vilela LH, Salomé GM. Association of sociodemographic effects and injury to feelings of powerlessness and hope in individuals with venous ulcers. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(4):671-8. English, Portuguese.

Bakker FC, Robben SH, Olde Rikkert MG. Effects of hospital-wide interventions to improve care for frail older inpatients: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(8):680-91.

Barbosa KT, Fernandes M das G, de Oliveira FM, dos Santos KF, Pereira MA. Fall in the elderly: association with morbidity and functional capacity. *Rev Enferm UFPE.* 2013;7(8):5068-75. English, Portuguese.

Barbosa SR, Mansur HN, Colugnati FA. Impacts of frailty on the negative health outcomes of elderly Brazilians. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):844-53. English, Portuguese.

Boas N, Salome GM, Ferreira LM. Frailty syndrome and functional disability among older adults with and without diabetes and foot ulcers. *J Wound Care.* 2018;27(7):409-16.

Borges CL, da Silva MJ, Clares JW, Bessa ME, de Freitas MC. Frailty assessment of institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):318-22. English, Portuguese.

Borges CL, de Freitas MC, Guedes MV, da Silva MJ, Leite SF. Nursing clinical practice in the frail elderly care: reflection study. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(Suppl 2):914-8. English, Portuguese.

Braga CG, da Cruz D de A. [Powerlessness: differentiation from other diagnoses and concepts]. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):350-7. Portuguese.

Braga CG, da Cruz D de A. Powerlessness assessment tool for adult patients. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Spec No):1063-70. English, Portuguese.

Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:20.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.

Costa EC, Nakatani AY, Bachion MM. [Elder's community capacity to develop Daily Life Activities and Daily Instrumental Life Activities]. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):43-8. Portuguese.

Da Mata FA, Pereira PP, Andrade KR, Figueiredo AC, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(8):e0160019.

da Silva AP, da Pureza DY, Landre CB. Frailty syndrome in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):503-9. English, Portuguese.

da Silva MV, Figueiredo M do L. [Institutionalized elderly: a reflection for long-term care]. *Enferm Foco*. 2012;3(1):22-4. Portuguese.

de Almeida SA, Salome GM, Dutra RA, Ferreira LM. Feelings of powerlessness in individuals with either venous or diabetic foot ulcers. *J Tissue Viability*. 2014;23(3):109-14.

de Araujo MO, Ceolim MF. [Assessment of the level of independence of elderly residents in long-term care institutions]. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):378-85. Portuguese.

de Carvalho JA, Garcia RA. [The aging process in the Brazilian population: a demographic approach]. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):725-33. Portuguese.

de Jesus IT, Diniz MA, Lanzotti RB, Orlandi F de S, Pavarin SC, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto - Enferm*. 2018;27(4):e4300016. English, Portuguese.

dos Santos L da S, Camacho AC, de Oliveira BG, Nogueira G de A, Joaquim FL. Influence of venous ulcer in patients' quality of life: an integrative review. *Rev Enferm UFPE*. 2015;9(3):7710-22. English, Portuguese.

Duffrayer KM, Joaquim FL, Camacho AC. Health guidelines: strategy for promotion of functional capacity of venous ulcer patients. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(7):1901-11. English, Portuguese.

Fabricio-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the 'Edmonton Frail Scale - EFS' in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enferm*. 2009;17(6):1043-9. English, Spanish, Portuguese.

Ferraresi JR, Prata MG, Scheicher ME. Assessment of balance and level of functional independence of elderly persons in the community. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):499-506. English, Portuguese.

Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1990;17(8):1022-4.

Fhon JR, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RA. Frailty syndrome related to disability in the elderly. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):589-94. English, Portuguese.

Fiedler MM, Peres KG. [Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population-based study]. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):409-15. Portuguese.

Fluetti MT, Fhon JR, de Oliveira AP, Chiquito LM, Marques S. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(1):60-9. English, Portuguese.

Fries JF, Spitz PW, Young DY. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol*. 1982;9(5):789-93.

Grden CR, Lenardt MH, Sousa JA, Kusomota L, Dellaroza MS, Betioli SE. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. *Rev Lat Am Enferm*. 2017;25:e2886.

Gross CB, Kolankiewicz AC, Schmidt CR, Berlezi EM. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):209-16. English, Portuguese.

Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:44.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.
- Joaquim FL, Camacho AC. Functional capability assessment of patients with venous ulcers through the home visit strategy. *Rev Enferm UFPE*. 2016;10(5):1873-6. English, Portuguese.
- Kagawa CA, Corrente JE. Analysis of elderly functional capacity in the municipality of Avaré, São Paulo: associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):577-86. English, Portuguese.
- Lenardt MH, Garcia A, Binotto MA, Carneiro NH, Lourenco TM, Cechinel C. Non-frail elderly people and their license to drive motor vehicles. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):350-6.
- Makary MA, Segev DL, Pronovost PJ, Syin D, Bandeen-Roche K, Patel P, et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients. *J Am Coll Surg*. 2010;210(6):901-8.
- Melo EM, Marques AP, Leal MC, Melo HM. [Frailty syndrome and associated factors in elderly residents in long-term institutions]. *Saúde Debate*. 2018;42(117):468-80. Portuguese.
- Ministério da Saúde (BR). Datasus: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2019 [cited 2019 May 12]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/>.
- Nakatani AY, da Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. [Functional capacity in elderly in the community and interventions proposed in the team health. *Rev Eletr Enferm*. 2009;11(1):144-50. Portuguese.
- Pegorari MS, Tavares DM. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev Lat Am Enferm*. 2014;22(5):874-82.
- Pereira MT, Salome GM, Openheimer DG, Cunha Esposito VH, de Almeida SA, Ferreira LM. Feelings of powerlessness in patients with diabetic foot ulcers. *Wounds*. 2014a;26(6):172-7.
- Pereira R de C, dos Santos EF, Queiroz MA, Massahud Junior MR, de Carvalho MR, Salomé GM. Depression and wellness in elderly patients with venous ulcers. *Rev Bras Cir Plást*. 2014b;29(4):567-74. English, Portuguese.

Porto e Silva MC, Salomé GM, Miguel P, Bernardino C, Eufrásio C, Ferreira LM. Evaluation of feelings helplessness and body image in patients with burns. *Rev enferm UFPE*. 2016;10(6):2134-40. English, Portuguese.

Rodriguez-Manas L, Fearnt C, Mann G, Vina J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013;68(1):62-7.

Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Functional capability of patients with diabetes with foot ulceration. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):412-6. English, Portuguese.

Salome GM, de Almeida SA, Ferreira LM. Evaluation of pain in patients with venous ulcers after skin grafting. *J Tissue Viability*. 2014a;23(3):115-20.

Salome GM, de Almeida SA, Ferreira LM. Association of sociodemographic factors with hope for cure, religiosity, and spirituality in patients with venous ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2015;28(2):76-82.

Salome GM, de Almeida SA, Pereira MT, Massahud MR Jr, Moreira CN, de Brito MJ, et al. The Impact of Venous Leg Ulcers on Body Image and Self-esteem. *Adv Skin Wound Care*. 2016;29(7):316-21.

Salome GM, de Brito MJ, Ferreira LM. Impact of compression therapy using Unna's boot on the self-esteem of patients with venous leg ulcers. *J Wound Care*. 2014b;23(9):442-4, 6.

Salome GM, Ferreira LM. The impact of decongestive physical therapy and elastic bandaging on the control of pain in patients with venous ulcers. *Rev Col Bras Cir*. 2018;45(2):e1385. English, Portuguese.

Salome GM, Openheimer DG, de Almeida SA, Bueno ML, Dutra RA, Ferreira LM. Feelings of powerlessness in patients with venous leg ulcers. *J Wound Care*. 2013;22(11):628, 30, 32-4.

Silveira DR, Giacomini KC, Dias RC, Firmo JO. The perception of the elderly about suffering related to frailty. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):215-22. English, Portuguese.

Sousa JA, Lenardt MH, Grden CR, Kusomota L, Dellaroza MS, Betioli SE. Physical frailty prediction model for the oldest old1. *Rev Lat Am Enferm.* 2018;26:e3023.

Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study - UNICAMP. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(1):7-20. English, Portuguese.

Sutton JL, Gould RL, Daley S, Coulson MC, Ward EV, Butler AM, et al. Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2016;16:55.

Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CB, Miranda VP, Ferreira ME. [Aging and body perception of institutionalized senior citizens]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):63-8. Portuguese.

Topinkova E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab.* 2008;52 Suppl 1:6-11.

Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):548-54. English, Portuguese.

Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MA, Marcon SS. [Acceptance of patients with mental illness: a family perspective]. *Rev Gaucha Enferm.* 2013;34(2):54-61. Portuguese.

Vilela LH, Salomé GM, Pereira RdC, Ferreira LM. Pain assessment in patients with venous leg ulcer treated by compression therapy with unnas boot. *J Tissue Sci Eng.* 2016;7(2):1000171.

Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, dos Santos MA, Guimarães FP, Freitas MC. Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the staged diabetes management framework. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):338-44. English, Portuguese.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. Cesar JC, tradutora. 2a ed. São Paulo: Santos; 2010. 213 p.

Braga CG. Construção e validação de um instrumento para avaliação do sentimento de impotência [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.

Comitê de Ética em Pesquisa [Internet]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; [cited 2019 May 13]. Available from: <http://www.cep.unifesp.br/cep/>.

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. São Paulo: Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde; [cited 2019 May 13]. Available from: <http://decs.bvs.br>

Ferraz MB, Tradução para o português e avaliação do questionário para avaliar a capacidade funcional Stanford Health Assessment Questionnaire- São Paulo [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1990 [cited 2019 May 10]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE; [cited 2019 May 10]. Available from: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm

Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; c2008. Projeção da população do Brasil por sexo e idade simples: 2000-2060; [cited 2019 May 13]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>

Ministério da Saúde (BR). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, no. 19).

Portal Regional da BVS [Internet]. São Paulo: Bireme; c1967. Available from: <http://bvsalud.org>

Programa G*Power - *Statistical Power Analyses for Windows and Mac*, versão 3.1. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf; c2010-2019. Available from: <http://www.gpower.hhu.de/>.

PubMed [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). [1946] - [cited 2011 Jan 31]. Available from: <http://pubmed.gov/>.

Santos RC. Capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas: um estudo de avaliação da enfermagem [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2013. 79 p.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

Ferreira LM, organizadora. Projetos, dissertações e teses: orientação normativa: guia prático. São Paulo: Red Publicações; 2017.

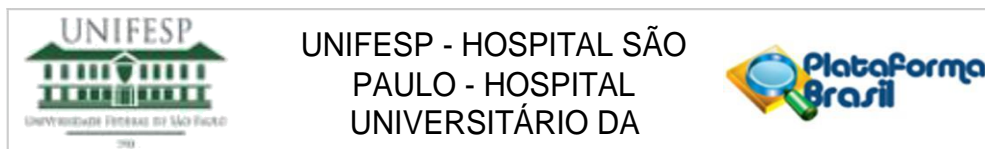
Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de Apresentação Tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Coordenação – Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1993.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Writing and editing for biomedical publication [Internet]. Vancouver (CA); 2007 Oct; [cited 2019 May 13]. Available from: <http://www.icmje.org/>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Parecer do CEP UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndrome de Fragilidade, Sentimentos de Impotência e Capacidade Funcional em Indivíduos Portadores de úlcera venosa

Pesquisador: Eliana Gonçalves Aguiar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65638517.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Modificação do campo de coleta de dados do grupo controle.

Justificativa: -Mudança do local de coleta de dados do grupo controle do estudo pelo primeiro

Data do Envio: 08/08/2018

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.939.899

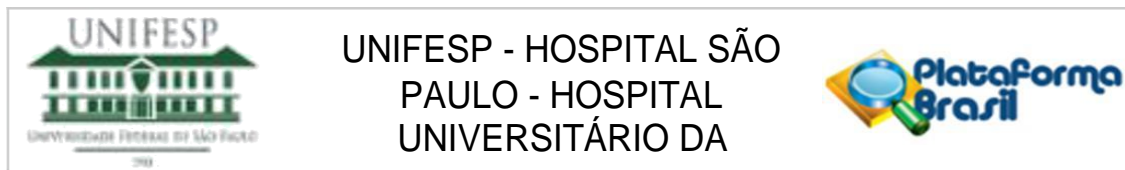
Apresentação da Notificação:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0200/2017

NOTIFICAÇÃO; inclusão de local de coleta de dados

Não foram encontrados estudos nacionais e internacionais, que avaliem a síndrome de fragilidade em idosos portadores de úlcera venosa, e seus fatores associados e que considerem também os indivíduos pré-frágeis. Assim o estudo pretende avaliar o nível de fragilidade e funcional e sentimentos de impotência em idosos portadores de úlcera venosa através de estudo controle, comparativo, primário, descritivo, analítico, que será realizado nos Ambulatórios da Geriatria e da Cirurgia Vascular da UNIFESP (São Paulo) e no Ambulatório da UNIVASP (Pouso Alegre). Este estudo poderá subsidiar a implementação de políticas públicas e o planejamento de ações estratégicas de saúde destinadas a essa população.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndrome de Fragilidade, Sentimentos de Impotência e Capacidade Funcional em Indivíduos Portadores de úlcera venosa

Pesquisador: Eliana Gonçalves Aguiar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65638517.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Modificação do campo de coleta de dados do grupo controle.

Justificativa: -Mudança do local de coleta de dados do grupo controle do estudo pelo primeiro

Data do Envio: 08/08/2018

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.939.899

Apresentação da Notificação:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0200/2017

NOTIFICAÇÃO; inclusão de local de coleta de dados

Não foram encontrados estudos nacionais e internacionais, que avaliem a síndrome de fragilidade em idosos portadores de úlcera venosa, e seus fatores associados e que considerem também os indivíduos pré-frágeis. Assim o estudo pretende avaliar o nível de fragilidade e funcional e sentimentos de impotência em idosos portadores de úlcera venosa através de estudo controle, comparativo, primário, descritivo, analítico, que será realizado nos Ambulatórios da Geriatria e da Cirurgia Vascular da UNIFESP (São Paulo) e no Ambulatório da UNIVASP (Pouso Alegre). Este estudo poderá subsidiar a implementação de políticas públicas e o planejamento de ações estratégicas de saúde destinadas a essa população.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.020-050

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.edu.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO
PAULO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA



Continuação do Parecer: 2.939.899

Objetivo da Notificação:

Justificativa: -Mudança do local de coleta de dados do grupo controle do estudo pelo primeiro escolhido pelo pesquisador apresentar N insuficiente para completar o estudo. Ambos os locais estão dentro do Campus São Paulo da UNIFESP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

não de aplica

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Justificativa do pesquisador quanto a notificação: Solicito através de emenda a mudança do local de coleta de dados do grupo controle do estudo intitulado “Síndrome de Fragilidade, Capacidade Funcional e Sentimento de Impotência em Indivíduos portadores de Úlcera Venosa” realizado pela pesquisadora Eliana Gonçalves Aguiar, sob orientação da Profa Dra Lydia Masako Ferreira e pelo Prof Dr Geraldo Magela Salomé do Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional da UNIFESP Campus São Paulo (Escola Paulista de Medicina) da Universidade Aberta da Terceira Idade para o Ambulatório da Disciplina de Geriatria da Escola Paulista de Medicina, ambos localizados no Campus São Paulo pois os primeiro não apresenta o N de pacientes suficiente para a realização do estudo conforme delineamento proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

carta de notificação apresentada

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

notificação aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer acatado pelo colegiado.



Continuação do Parecer: 2.939.899

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta.docx	08/08/2018 10:21:56	Eliana Gonçalves Aguiar	Postado
Outros	img002.pdf	08/08/2018 10:27:40	Eliana Gonçalves Aguiar	Postado

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55

Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 04 de Outubro de 2018

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Eliana Gonçalves Aguiar, aluna do Mestrado do Curso de Pós- Graduação em Cirurgia Translacional da Escola Paulista de Medicina, juntamente com a Profa. Dra. Lydia Masako Ferreira e Geraldo Magela, convidamos o senhor (a) para participar de uma pesquisa intitulada: “**Síndrome de fragilidade, sentimentos de impotência e capacidade funcional em indivíduos portadores de úlcera venosa.**”, com objetivo de avaliar o nível de fragilidade, incapacidade funcional e sentimentos de impotência em idosos portadores de úlcera venosa.

Quando se percebe que o paciente está apresentando fragilidade, o profissional poderá implementar a assistência revendo o tratamento, o tipo de cobertura utilizada; também poderá detectar o motivo da não adesão e da dificuldade do paciente em efetuar o autocuidado e o tratamento. Assim sendo, o profissional poderá encaminhar o paciente para outro profissional especializado, elaborar programas educativos e implementar a assistência de enfermagem.

A coleta de dados será feita por meio de entrevista com o(a) pesquisador(a) para responder a quatro questionários; primeiramente será aplicado um questionário sobre os dados demográficos; o segundo será a coleta das informações do perfil de fragilidade, através da Escala de Edmonton Frail Scale; o terceiro será a Escala de Health Assessment Questionnaire-20, que avalia a capacidade funcional, e o quarto será o Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência para Pacientes Adultos. A entrevista terá a duração aproximada de 30 minutos e a coleta de dados só terá início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo.

Para a realização desta pesquisa, o(a) senhor(a) não será identificado(a) pelo seu nome. Será mantido o anonimato, assim como o sigilo das informações obtidas e serão respeitadas a sua privacidade e a livre decisão de querer ou não participar do estudo,

podendo retirar-se dele em qualquer momento, bastando para isso expressar a sua vontade.

Informamos ainda que não haverá em nenhum momento custo ou compensações financeiras aos participantes deste projeto.

A pesquisadora chama-se Eliana Gonçalves Aguiar, que pode ser encontrada no endereço: Rua Napoleão de Barros, 715, 2º andar Prédio do Pronto Socorro. Telefone: 11- 55-76-41-18. Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. Rua Botucatu, 572- 1º andar, cj. 14

O senhor(a) concorda em participar deste estudo? Em caso afirmativo, deverá ler a “Declaração” que segue abaixo, assinando-a no local próprio ou imprimindo a impressão digital do polegar direito. O estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 e também serão estabelecidos e mantidos o anonimato total e a privacidade.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que fomos informados(a) sobre esta pesquisa, estou ciente dos seus objetivos, da entrevista a ser feita e relevância do estudo, assim como me foram esclarecidas todas as dúvidas.

Mediante isto, concordo livremente em participar da pesquisa, fornecendo as informações necessárias. Estou também ciente de que, se quiser e em qualquer momento, poderei retirar o meu consentimento deste estudo.

Para tanto, lavro minha assinatura (impressão digital do polegar direito) em duas vias deste documento, ficando uma delas comigo e a outra com o pesquisador.

São Paulo, _____, _____ 20_____

Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador:

Assinatura: _____

APÊNDICE 3**Dados demográficos****1- Dados Sociodemográficos**

1- Sexo: feminino Masculino

2- Idade: _____ **3-Estado civil** Viúvo ^(a) Casado ^(a) Solteiro ^(a) Separado ^(a)

4- Escolaridade

Analfabeto - Sabe ler e escrever - Ensino fundamental completo - Ensino fundamental incompleto - Ensino médio completo - Ensino médio incompleto -

Ensino superior completo - Ensino superior incompleto.

5- Ocupação

Trabalha Aposentado Desempregado Afastado do trabalho

6- Estado conjugal

Solteiro Casado Separado Viúvo Divorciado

7- Arranjo domiciliar: Sozinho; Somente com o cônjuge; Cônjuge e filhos; Somente com os netos; outro qual: _____

8- Faz uso de medicamentos? Sim Não. Qual a quantidade?

11- Índice da massa corporal: Baixo peso adequado sobrepeso

12- Você pratica atividades físicas? Sim Não: Qual atividade? _____

13- Voce já sofreu algum tipo de queda? Sim Não

ANEXOS

ANEXO 1

SEÇÃO D: ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

Coluna B ____ x 1 pt = ____ Coluna C ____ x 2 pt = ____ TOTAL DE PONTOS: /17		
<p>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 idoso não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.</p>		
<p>E1) Cognição.</p> <p>TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar "onze horas e dez minutos".</p>		
Coluna A	Coluna B	Coluna C
(0) Aprovado	(1) Reprovado com erros mínimos	(2) Reprovado com erros significantes
<p>F 2-a) Estado Geral de Saúde.</p> <p>Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)?</p>		
(0) 0	(1) 1 - 2	(2) > 2
<p>F 2-b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (Escolha uma alternativa)</p>		
(0) Excelente, (0) Muito boa (0) Boa	(1) Razoável	(2) Ruim
<p>F.3) Independência Funcional.</p> <p>Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?</p>		
(0) 0-1	(1) 2-4	(2) 5-8
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar Refeição (cozinhar) • Fazer Compras • Cuidar do dinheiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Transporte (locomoção de um lugar para outro) • Usar o Telefone • Tomar Remédios 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar da Casa (limpar/arrumar casa) • Lavar a Roupa

<p>F.4) Suporte Social. Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda às suas necessidades?</p>		
(0) Sempre	(1) Algumas vezes	(2) Nunca
<p>F.5) Uso de Medicamentos. Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)? (0) Não (1) Sim Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim</p>		
<p>F.6) Nutrição. Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) Não (1) Sim</p>		
<p>F.7) Humor. Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? (0) Não (1) Sim</p>		
<p>F.8) Continência. Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (Segurar urina?) (0) Não (1) Sim</p>		
<p>F.9) 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 você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser 'VÁ', por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente". (Se for omitir este item, marque o item 3)</p>		
(0) 0-10 seg.	(1) 11- 20 seg.	(2) >20 seg.
<p>TEMPO TOTAL: _____ segundos</p>		

Escores

0-5 Não frágil; 6-7 Vulnerável; 8-9 Levemente fragilizado; 10-11 Moderadamente fragilizado; 12-17 Severamente fragilizado.

ANEXO 2

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE HAQ- 20

Marque a opção que melhor descreve a resposta da sua capacidade habitual.

Você é capaz de:

		Sem qualquer dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
Vestir-se e cuidar-se:					
01	Vestir-se, inclusive amarrar os botões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?	0	1	2	3
02	Lavar a sua cabeça e os seus cabelos?	0	1	2	3
Levantar-se					
03	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
04	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
Comer					
05	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
06	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3
07	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
Caminhar					
08	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
09	Subir 5 degraus?	0	1	2	3
Higiene					
10	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3
11	Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
Alcançar-se					
13	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?	0	1	2	3
14	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3

Preensão					
15	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?	0	1	2	3
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17	Abrir e fechar torneira?	0	1	2	3
Outras atividades					
18	Fazer compras na redondeza onde mora?	0	1	2	3
19	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?	0	1	2	3

Escores dos componentes:

Componente 1, Perguntas 1 e 2 =>

Maior escore = _____

Componente 2, Perguntas 3 e 4 =>

Maior escore = _____

Componente 3, Perguntas 5, 6, 7 =>

Maior escore = _____

Componente 4, Perguntas 8 e 9 =>

Maior escore = _____

Componente 5, Perguntas 10,11,12 =>

Maior escore = _____

Componente 6, Perguntas 13 e 14 =>

Maior escore = _____

Componente 7, Perguntas 15,16,17 =>

Maior escore = _____

Componente 8, Perguntas 18,19,20 =>

Maior escore = _____

Medida aritmética dos escores dos componentes = _____

Escore final: Somatório dos componentes / 8.

ANEXO 3

Instrumento de Medida de Impotência para Pacientes Adultos

APÊNDICE

Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência^(a)

Nome: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Data: _____

Instruções: A seguir encontra-se uma série de afirmativas referentes ao modo como uma pessoa pode se sentir quando está internada. Leia cada afirmativa atentamente e responda com que frequência você também se sente assim. Marque com um X um dos espaços que corresponde à frequência do sentimento, que pode ser: nunca, raramente, às vezes, frequentemente, sempre. Por favor, assinale todas as afirmativas, pois sua opinião é muito importante.

AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.					
2 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.					
3 Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.					
4 Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.					
5 Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.					
6 Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.					
7 Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.					
8 Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.					
9 Sinto-me capaz de cuidar de mim.					
10 Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.					
11 Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.					
12 Meu corpo ainda obedece ao meu comando.					

Chave de pontuação

De acordo com as respostas obtidas pontue conforme indicado:

AFIRMATIVA	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1 As coisas que eu faço podem ajudar na minha recuperação.	5	4	3	2	1
2 Sinto-me em condições de alcançar o meu objetivo.	5	4	3	2	1
3 Fico triste por não controlar mais o funcionamento do meu corpo como controlava antes.	1	2	3	4	5
4 Sinto que tenho disposição para participar do meu cuidado.	5	4	3	2	1
5 Minhas condições de saúde me impedem de tomar decisões sobre o meu tratamento.	1	2	3	4	5
6 Nada que eu fizer pode mudar a situação em que me encontro.	1	2	3	4	5
7 Sinto que não tenho condições de decidir sobre nada.	1	2	3	4	5
8 Sinto que as minhas opiniões podem contribuir nas decisões sobre minha saúde.	5	4	3	2	1
9 Sinto-me capaz de cuidar de mim.	5	4	3	2	1
10 Fico triste ao pensar que preciso de alguém para me ajudar.	1	2	3	4	5
11 Sinto que nada posso fazer para tornar mais agradável o lugar em que estou.	1	2	3	4	5
12 Meu corpo ainda obedece ao meu comando.	5	4	3	2	1

(a) O instrumento poderá ser usado mediante autorização expressa dos autores.