

Artigo original

Mortalidade de pessoas idosas em atenção domiciliar de acordo com a fragilidade e capacidade funcional

Mortality of elderly people in home care according to frailty and functional capacity

Mortalidad de personas mayores en atención domiciliar según fragilidad y capacidad funcional

Daniela Trintinaia Brito^I , Emily da Silva Eberhardt^I ,
Darlene Mara dos Santos Tavares^{II} , Idiane Rosset^I 

^I Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar as taxas de mortalidade entre pessoas idosas da Atenção Domiciliar tipo 1 de acordo com a capacidade funcional e a fragilidade, no contexto da pandemia da COVID-19.

Método: estudo longitudinal. A fase I foi desenvolvida entre 2018 e 2019, no domicílio, com 124 pessoas idosas, incluindo dados sociodemográficos, Escala de Fragilidade de Edmonton, Escala de Lawton e Brody e Índice de Barthel. A fase II ocorreu por contato telefônico, entre 2021 e 2022. As análises foram descritivas e inferenciais, utilizando-se o teste qui-quadrado.

Resultados: dentre as pessoas idosas que foram a óbito, 67,3% tinham fragilidade moderada ou severa, apresentando dependência moderada em Atividades Básicas de Vida Diária, média de 47 ($\pm 31,6$), e maior dependência grave para as Atividades Instrumentais de Vida Diária, média de 13,2 ($\pm 4,6$), quando comparados aos sobreviventes. **Conclusão:** as pessoas idosas mais frágeis e com menor capacidade funcional tiveram taxa de mortalidade maior.

Descritores: Mortalidade; Idoso Fragilizado; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Serviços de Assistência Domiciliar

Abstract

Objective: to analyze mortality rates among elderly people in type 1 Home Care according to the functional capacity and frailty, in the context of the COVID-19 pandemic. **Method:** longitudinal study. Phase 1 was developed between 2018 and 2019, at a home, with 124 elderly people, including sociodemographic data, Edmonton Frail Scale, Lawton and Brody Scale and Barthel index. Phase 2 occurred via telephone contact, between 2021 and 2022. The analyses were descriptive and inferential, using the chi-square test. **Results:** among the elderly people who died, 67.3% had moderate or severe frailty, exhibiting moderate dependence in Basic Activities of Daily Living, with an average of 47 (± 31.6), and great severe dependence in Instrumental Activities of Daily Living, with an average of 13.2 (± 4.6), when compared to survivors. **Conclusion:** elderly people who were more frail and had lower functional capacity had a higher mortality rate.

Descriptors: Mortality; Frail Elderly; Primary Health Care; Health of the Elderly; Home Care Services

Resumen

Objetivo: Analizar las tasas de mortalidad entre los adultos mayores que reciben Atención Domiciliaria Tipo 1 según la capacidad funcional y la fragilidad, en el contexto de la pandemia de COVID-19. **Método:** Estudio longitudinal. La fase I se realizó entre 2018 y 2019, en los hogares de 124 adultos mayores, incluyendo datos sociodemográficos, la Escala de Fragilidad de Edmonton, la Escala de Lawton y Brody y el Índice de Barthel. La fase II se realizó mediante contacto telefónico entre 2021 y 2022. Los análisis fueron descriptivos e inferenciales, utilizando la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** Entre los adultos mayores que fallecieron, el 67,3% tenía fragilidad moderada o severa, presentando dependencia moderada en Actividades Básicas de la Vida Diaria, con una media de 47 (\pm 31,6), y mayor dependencia severa en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, con una media de 13,2 (\pm 4,6), en comparación con los sobrevivientes. **Conclusión:** los adultos mayores frágiles con menor capacidad funcional tuvieron una mayor tasa de mortalidad.

Descriptores: Mortalidad; Anciano Frágil; Atención Primaria de Salud; Salud del Anciano; Servicios de Atención de Salud a Domicilio

Introdução

Durante a pandemia de COVID-19, evidenciou-se que a população idosa apresentou maior vulnerabilidade e letalidade à doença. Isto deve-se também à elevada frequência de múltiplos problemas crônicos de saúde entre pessoas idosas, quando comparadas com o restante da população.¹ Há uma forte relação entre o aumento da idade e múltiplas morbidades, com maior risco para a incidência de desfechos clínicos desfavoráveis, incluindo a mortalidade.²⁻³ Além disso, é provável que a fragilidade, juntamente com as comorbidades, tenha contribuído para a vulnerabilidade a mortes e condições graves por COVID-19 entre a população idosa.⁴

As pessoas idosas frágeis estão entre as que mais necessitam de cuidados de saúde; portanto, a fragilidade pode ser utilizada como base para organizar e gerenciar os cuidados de saúde dessa população. Nesse sentido, a fragilidade pode ser compreendida como um estado de risco aumentado de mortalidade e problemas de saúde, que inclui quedas, lesões e doenças agudas, até uma maior incidência de hospitalizações, uma vez que é uma condição caracterizada pelo declínio da função de vários sistemas homeostáticos.⁵ Para classificar a fragilidade, pode-se utilizar instrumentos de aferição multidimensionais, dentre eles a Escala de Fragilidade de Edmonton, utilizada no presente estudo.⁶⁻⁷

Diante disso, observa-se a importância de abordar a fragilidade na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando que ela pode influenciar no declínio da

capacidade funcional das pessoas idosas, podendo levá-las a um estado de maior dependência de cuidados.⁸ Essa dependência funcional se caracteriza pela incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais que são necessárias para uma vida independente e autônoma. As pessoas idosas acometidas pela fragilidade podem ter limitações no desempenho das atividades relacionadas ao autocuidado, Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e no desempenho das atividades relacionadas à organização da rotina diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).⁹

Somando-se a isso, sobretudo quando observadas no contexto da pandemia da COVID-19, as consequências do isolamento social e da solidão emocional aumentam a vulnerabilidade das pessoas idosas à depressão e as expõem a um maior risco de morte.¹⁰⁻¹¹ Pesquisas apontam que a sobrevida dessas pessoas é impactada pela capacidade funcional, multimorbidade e fragilidade.¹² Além disso, um estudo realizado em Campinas, São Paulo (SP) verificou que aquelas que tinham dificuldade de realizar as AIVD eram mais suscetíveis ao óbito.¹³

Em período anterior à pandemia da COVID-19, as Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) e suas consequências já acometiam a população idosa, entretanto os desfechos desfavoráveis e o aumento da mortalidade foram intensificados. Ademais, considerando o número de óbitos entre as pessoas idosas devido à COVID-19, houve contribuição para a diminuição da expectativa de vida entre os brasileiros.¹⁴

Diante desses aspectos, considera-se que essa população é a que mais necessita de atenção domiciliar, em geral, por apresentar maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A Atenção Domiciliar pode ser dividida em Tipo 1 (AD1), sob a responsabilidade da APS; e Tipo 2 e Tipo 3, sob a responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar.¹⁵⁻¹⁶

De acordo com buscas bibliográficas em bases de dados nacionais e internacionais, destaca-se a escassez de estudos voltados para a população idosa que utiliza a AD1, sobretudo com abordagem longitudinal voltada à análise da mortalidade no contexto da pandemia da COVID-19, de acordo com a fragilidade e a capacidade funcional. Este trabalho é relevante por trazer importantes informações aos profissionais de saúde da APS, aprimorando o desenvolvimento das práticas de cuidado e a organização do trabalho para um grupo específico e pouco explorado. Ademais, traz subsídios para estudos futuros sobre aspectos relacionados ao acesso de pessoas

idosas aos serviços de saúde e ao fortalecimento do vínculo dessa população com as equipes de saúde. Dessa forma, o objetivo da pesquisa foi analisar as taxas de mortalidade entre pessoas idosas da AD1 de acordo com a capacidade funcional e a fragilidade, no contexto da pandemia da COVID-19.

Método

Pesquisa observacional longitudinal prospectiva, desenvolvido em duas fases. A fase I foi conduzida nos anos de 2018 e 2019, e a fase II em 2021 e 2022. Esse tipo de estudo possui um nível de evidência maior que os outros observacionais, permitindo que diversas variáveis possam ser avaliadas, as quais podem ser usadas posteriormente na elaboração de intervenções.¹⁷ O estudo seguiu as recomendações do protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para relatos de estudos observacionais.

A população do município de Porto Alegre é de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes, sendo que cerca de 292 mil pessoas são idosas, representando 21,9% da população.¹⁸ Os serviços do Sistema Único de Saúde do município estão distribuídos nos territórios dos 17 distritos de saúde.

O distrito de saúde escolhido para a realização da pesquisa representa 19,7% da população total do município (cerca de 277 mil habitantes) e mais de 28% da população desse distrito possui 60 anos ou mais. É estruturado por três serviços de APS.¹⁹

Inicialmente, na fase I do estudo, partiu-se da listagem de 225 pessoas idosas arroladas na AD1 desse distrito. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 124 participantes, que foi considerada em sua totalidade para a fase II.

Para ambas as fases, foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, vinculadas à AD1 do distrito estudado. Foram excluídas aquelas com as quais não se obteve contato por telefone após quatro tentativas em dias e horários diferentes, ou após uma tentativa de visita domiciliar sem sucesso.

Quanto ao cálculo da amostra da fase I, foi utilizado o programa WinPepi, versão 11.65. Considerando-se uma correlação mínima de 0,25 entre as escalas que avaliam as principais variáveis do estudo, obtiveram-se 5% de significância e 80% de poder estatístico, o que resultou em uma amostra de 124 participantes.²⁰

Para a fase II, foram contatadas todas as pessoas idosas que participaram da fase I, sendo que das 124, foram localizadas 84, das quais 32 eram sobreviventes e 52 foram a óbito. Assim, para a análise de mortalidade, foram considerados 84 sujeitos, localizados ou obtidas informações de óbitos pelos familiares.

A fase I do estudo foi desenvolvida no domicílio dos usuários vinculados à Atenção Domiciliar das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um distrito de saúde do Município de Porto Alegre. A fase II foi realizada por contato telefônico a partir da listagem das pessoas idosas em AD1 entrevistadas na fase I deste estudo.

Na fase I, os dados foram coletados no domicílio dos participantes utilizando-se os instrumentos: Questionário com dados sociodemográficos, Escala de Fragilidade de Edmonton, Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody para avaliar a fragilidade e a capacidade funcional desses participantes. Os dados obtidos na fase I do projeto (capacidade funcional e fragilidade) foram utilizados para fazer a análise da mortalidade na fase II.

A Escala de Fragilidade de Edmonton foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro, sendo composta por 9 domínios, representados por 11 itens: cognição, estado geral de saúde, descrição da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Os escores para análise da fragilidade variam de 0 a 17 e estão classificados em: não apresenta fragilidade (0 a 4), aparentemente vulnerável (5 a 6), fragilidade leve (7 a 8), fragilidade moderada (9 a 10), fragilidade severa (11 ou mais), sendo 17 a pontuação máxima da escala, que representa o grau mais elevado de fragilidade. A partir dos resultados apresentados na escala, bem como dos demais instrumentos descritos a seguir, foi analisada a mortalidade entre as pessoas idosas vinculadas à AD1 da APS.⁶ Para fins deste estudo, os resultados foram expostos em dois níveis de fragilidade: mais frágeis (fragilidade moderada ou severa) e menos frágeis (não apresenta fragilidade, aparentemente vulnerável ou fragilidade leve).

O Índice de Barthel foi validado, para uso no Brasil, com a finalidade de avaliar as ABVD e medir a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Portanto, o instrumento avalia a capacidade funcional em dez itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. A pontuação total do

instrumento oscila de 0 a 100, sendo considerado: dependente total (inferior a 20); dependente elevado (20 a 35); dependente moderado (40 a 55); dependente mínimo (60 a 99); independente (100), considerando que o Índice de Barthel varia de 0 a 100 pontos e que quanto menor a pontuação, maior a dependência.²¹⁻²²

A Escala de Lawton e Brody avalia nove itens de AIVD que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar o meio de transporte, tomar remédios, cuidar do orçamento e caminhar. A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo atribuído para cada atividade de um a três pontos ("Sem ajuda" – três pontos; "Com ajuda parcial" – dois pontos; "Não consegue" – um ponto), quanto maior for a soma do escore total, maior é a independência da pessoa idosa, sendo até nove pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 26 a 27 pontos – independente.

Os dados de interesse foram digitados e armazenados em planilha do programa Excel®, com dupla entrada. Foi realizada a consistência entre as duas bases de dados, quando havia alguma inconsistência foi verificada a entrevista original e realizada a correção. Posteriormente, a planilha foi transportada para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 21.0, para as análises estatísticas.

Na análise descritiva, foram calculadas médias e desvio-padrão ou mediana e amplitude interquartílica para as variáveis quantitativas, e as variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o teste qui-quadrado para associação de variáveis de interesse, considerando um valor significativo de $p < 0,05$.

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos (Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, do Ministério da Saúde). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sob parecer nº 2.900.696 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Na fase I foi aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às pessoas idosas, assinado em duas vias, sendo uma destinada aos pesquisadores e outra para os participantes do estudo. Na fase II foi utilizado um roteiro de ligação telefônica, em que foi incluída a reafirmação do consentimento tácito, para realização de contato e coleta telefônica com os participantes.

Resultados

Foram analisadas variáveis sociodemográficas, de mortalidade, capacidade funcional e fragilidade. Das 124 pessoas idosas da Fase I, 52 foram a óbito, 32 sobreviveram e 40 não foram localizadas. Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas do ano de 2018 e 2019, da amostra basal, dos indivíduos que foram a óbito e dos que sobreviveram.

Observou-se que o percentual de pessoas do sexo feminino e de viúvos foi semelhante nos grupos de óbitos e sobreviventes. Além disso, os números relativos às pessoas idosas que sempre recebiam suporte social foram menores entre os sobreviventes (Tabela 1).

Ademais, verificou-se que 76,9% dos óbitos foram do sexo feminino, com maior prevalência daqueles que tinham idade superior a 80 anos (67,3%). Além disso, os viúvos tiveram maior porcentagem de óbitos (53,9%) e aqueles que sempre tinham suporte social (94,2%).

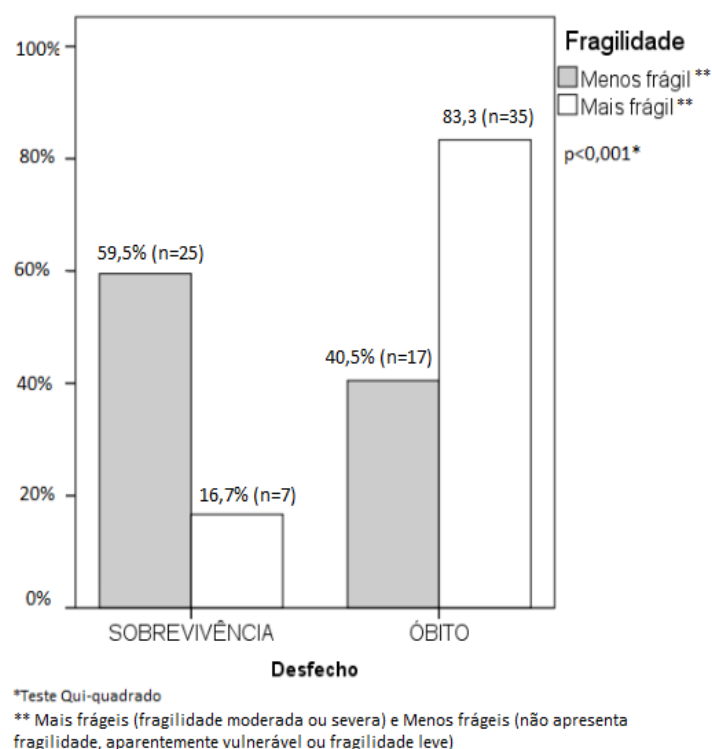
Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra basal das pessoas idosas que foram a óbito e dos sobreviventes. Porto Alegre, 2018 e 2019

Variáveis/Amostra	Fase I	Fase II	
	Total N = 124 (%)	Óbitos N= 52 (%)	Sobreviventes N = 32 (%)
Sexo			
Feminino	94 (75,8)	40 (76,9)	25 (78,1)
Idade	83,50 [77 - 89]*	86 [80 - 91]*	83,50 [77,25-88,25]*
Estado conjugal			
Casado	33 (26,6)	13 (25)	9 (28,1)
Solteiro/Divorciado	32 (25,8)	11 (21,1)	7 (21,9)
Viúvo	59 (47,6)	28 (53,9)	16 (50)
Nº de pessoas no domicílio	[2 - 3]*	[2 - 3]*	[1 - 3]*
Suporte Social			
Sempre	108 (87,1)	49 (94,2)	18 (56,3)
Às vezes	16 (12,9)	3 (5,8)	14 (43,8)

*Dados expressos por meio de mediana [percentil 25 – percentil 75]

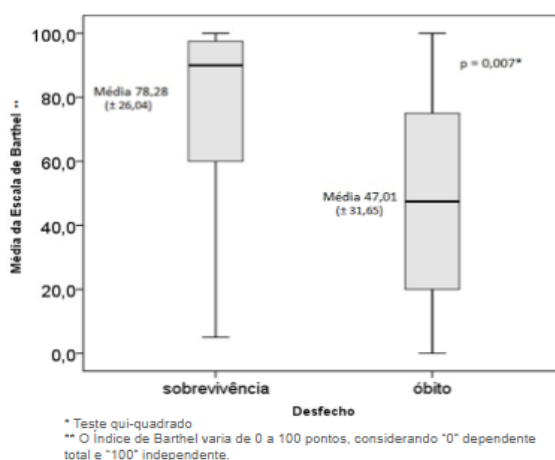
De acordo com a Figura 1, 83,3% daqueles mais frágeis foram a óbito em 2022. Já entre aqueles menos frágeis, 40,5% foram a óbito. Do total de óbitos, 32,7% foram da amostra menos frágil, e 67,3% da mais frágil. Verificou-se que, entre as pessoas idosas que foram a óbito, houve maior proporção de pessoas mais frágeis em relação aos sobreviventes ($p<0,001$).

Figura 1 – Taxa de mortalidade (2022) de acordo com os níveis de fragilidade das pessoas idosas, Porto Alegre, 2019



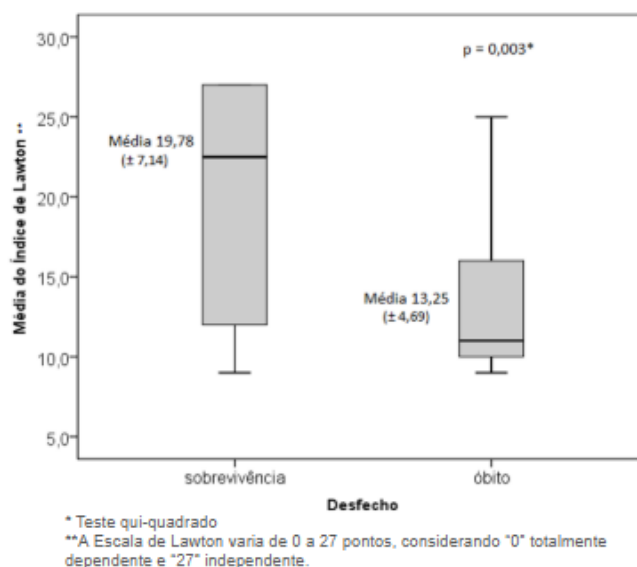
Pode-se concluir, a partir da Figura 2, que os sobreviventes tiveram uma média maior no Índice de Barthel (78,2), ou seja, eram consideravelmente mais independentes, enquanto os participantes que foram a óbito eram mais dependentes, com média de 47 na escala em 2019. Observou-se que a menor capacidade funcional para a realização das ABVD, em 2019, foi associada a maior mortalidade em 2022 ($p=0,007$).

Figura 2 – Associação entre desfecho (mortalidade/sobrevivência, 2022) e média de desempenho da capacidade funcional (Índice de Barthel, 2019) das pessoas idosas, Porto Alegre, 2019-2022



Observou-se que a Figura 3 indica que os sobreviventes tiveram uma média maior na Escala de Lawton (19,7), enquanto os participantes que foram a óbito apresentaram uma média de 13,2 na escala em 2019. Nesta pesquisa foi constatado que a menor capacidade funcional para a realização das AIVD, em 2019, foi associada a maior mortalidade em 2022 ($p=0,003$).

Figura 3 – Associação entre desfecho (mortalidade/sobrevivência, 2022) e média de desempenho da capacidade funcional (Escala de Lawton e Brody, 2019), Porto Alegre, 2019-2022



Discussão

Os achados desta pesquisa mostraram que, entre as pessoas idosas que foram a óbito, houve maior proporção de pessoas mais frágeis em relação aos sobreviventes, e que a menor capacidade funcional para a realização das ABVD e AIVD, em 2019, foi associada à maior probabilidade de óbito em 2022.

No presente estudo, considerando o total de óbitos, após cerca de três anos da primeira avaliação, houve prevalência do sexo feminino (76,9%), visto que a amostra total basal possuía uma porcentagem também maior de mulheres idosas. Porém, considerando-se o sexo isoladamente, houve maior ocorrência de óbitos entre as pessoas idosas do sexo masculino (63,2%) em relação às mulheres (61,5%). Esses achados corroboram revisão de literatura que evidencia que pessoas idosas frágeis do sexo masculino possuem maior risco de mortalidade do que mulheres idosas frágeis.²³

As pessoas idosas com 80 anos ou mais apresentaram maior taxa de mortalidade, assim como um estudo de coorte retrospectivo e multicêntrico realizado na China com 191 pacientes com diagnóstico de COVID-19, o qual evidenciou maior chance de óbito em pacientes com idade avançada e com maiores escores de fragilidade.²⁴

Em relação ao estado conjugal, na presente investigação, a maior parte das pessoas idosas que foram óbito era viúva, convergindo com uma investigação nacional realizada com 121 pessoas idosas acompanhadas pela AD, a qual mostrou que a maior parte dos participantes (55,9%) com eventos adversos (reinternação hospitalar ou óbito) não eram casados.¹²

Identificou-se que as pessoas idosas que sempre recebiam suporte social quando necessitavam tiveram uma taxa de mortalidade maior, enquanto aqueles que não tinham ou tinham às vezes suporte social tiveram uma taxa de óbito menor. No contraponto desse resultado, um estudo de coorte constatou que a falta de suporte social para pessoas idosas na comunidade, sobretudo para transporte ao serviço de saúde, foi associada à mortalidade.²⁵ No entanto, cabe ressaltar que, nesta pesquisa, a prevalência de pessoas idosas que sempre dispunham de apoio social foi de 89,3%, possivelmente devido à alta prevalência de fragilidade e dependência funcional da amostra.

Neste estudo as pessoas idosas que apresentaram fragilidade moderada ou severa tiveram maior taxa de mortalidade, enquanto aquelas não frágeis, vulneráveis ou

com fragilidade leve tiveram menor taxa. Em consonância, estudos indicaram que a fragilidade é uma síndrome geriátrica com alta prevalência e está associada a maior mortalidade.^{1,23} Entretanto, esses estudos trouxeram resultados da população idosa em geral, que viviam na comunidade.

Em relação aos gráficos que abordaram a capacidade funcional, observou-se que quanto menor a capacidade funcional da pessoa idosa, maior a taxa de mortalidade. Entretanto, foram identificadas diferenças importantes nos níveis de dependência entre as escalas que avaliam ABVD e AIVD e suas relações com a mortalidade. Os participantes que sobreviveram apresentaram uma média no Índice de Barthel de 78,2 em 2019, considerados dependentes mínimos. Os participantes que vieram a óbito obtiveram uma média de 47 nas ABVD, considerados dependentes moderados.

Em relação às AIVD, as pessoas idosas que sobreviveram tiveram uma média de 19,7, considerados dependentes moderados. Os que vieram a óbito, apresentaram uma média de 13,2 nas AIVD em 2019, classificados como dependentes graves. Esses resultados estão de acordo com outros estudos que evidenciaram que a menor capacidade funcional está associada à maior mortalidade.²⁶⁻²⁷

A evolução negativa daqueles com dependência funcional pode ser explicada pelo fato dessas pessoas apresentarem descompensação importante quando expostas a fatores estressores, podendo evoluir para óbito ou ainda piora da capacidade funcional. Dessa forma, os instrumentos de fragilidade e de declínio funcional podem ser utilizados para prever o prognóstico em pacientes idosos, indicando medidas ou ações que possam ser realizadas no cuidado a essa população.⁹ A avaliação precoce da fragilidade pode, inclusive, prevenir a ocorrência de incapacidade funcional, bem como de mortalidade.²⁸

Profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam na APS, podem contribuir consideravelmente na prevenção de agravos em pessoas idosas por meio de ações que visem a manutenção da capacidade funcional e autonomia, evitando a fragilidade ao máximo possível e promovendo assim melhor qualidade de vida a essa população.²⁹

Considera-se que o número de participantes que compuseram a amostra na Fase II foi uma limitação do estudo. Essa redução pode estar relacionada às características da população da pesquisa: pessoas idosas mais velhas, com percentual importante de óbitos,

sobretudo no contexto da pandemia, e acometidas por condições crônicas de saúde, além da migração, muitas vezes para casa de familiares, o que dificultou a localização.

Outra limitação foi a diferença na forma de realização das coletas entre as fases do estudo. Na Fase I, as coletas foram feitas por meio de visita domiciliar, enquanto na Fase II, foram, majoritariamente, por ligação telefônica, visto o momento excepcional que a COVID-19 trouxe a toda a população.

A amostra estudada, é específica e ainda pouco explorada. Quando se pesquisou sobre esse tema na literatura, foram encontradas principalmente pesquisas voltadas para a atenção hospitalar. Diante disso, pesquisas nesta temática são relevantes para a elaboração de intervenções e cuidados centrados na pessoa. Ademais, estes estudos são importantes para obter um diagnóstico situacional de saúde e identificar aqueles mais vulneráveis e suas necessidades de cuidado, com vistas à prevenção de agravos e à manutenção, ao máximo possível, da capacidade funcional e autonomia das pessoas.

Conclusão

As pessoas idosas mais frágeis, avaliadas pela Escala de Fragilidade de Edmonton, e com menor capacidade funcional, avaliada pelo Índice de Barthel e pela Escala de Lawton, em AD1, apresentaram maiores taxas de mortalidade no período pesquisado. Mostra-se necessária a realização de novas pesquisas para estudar essa população específica em AD.

Referências

1. Hwang AC, Chen LY, Tang TC, Peng LN, Lin MH, Chou YJ, et al. Transitions in frailty and 4-year mortality risk in Taiwan longitudinal study on aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(1):48-56. doi: 10.1016/j.jamda.2022.10.005.
2. Nunes BP, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira DSC, et al. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00129620. doi: 10.1590/0102-311X00129620.
3. Fernandes JE, Ashok JMR, Idiculla J. Risk factors for mortality in elderly COVID-19 patients. *J Indian Academy Geriatr*. 2023;19(4):239-44. doi: 10.4103/jiag.jiag_35_23.
4. Ciarambino T, Crispino P, Minervini G, Giordano M. COVID-19 and frailty. *Vaccines*. 2023;11(3):606. doi: 10.3390/vaccines11030606.
5. Fabrício DM, Luchesi BM, Alexandre TS, Chagas MHN. Prevalência da síndrome da fragilidade no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2022;30:615-37. doi: 10.1590/1414-462X202230040046.

6. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enferm*. 2009;17:1043-9. doi: 10.1590/S0104-11692009000600018.
7. Pinheiro HA, Bueno GAS, Fernandes LC, Menezes RL. Escala de fragilidade de Edmonton: estudo de acurácia da detecção do idoso frágil. *Movimenta*. 2023;16. doi: 10.31668/movimenta.v16i1.13463.
8. Ludlow K, Todd O, Reid N, Yaman H. Frailty in primary care: challenges, innovations, and future directions. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):129. doi: 10.1186/s12875-023-02083-9.
9. Monteiro AM, Borges MK. Association of frailty with cognitive impairment and functional disability in older adults with affective disorders: a brief research report. *Front Psychiatry*. 2023;14:1181997. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1181997.
10. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, Francisco PMSB, Assumpção D, Neri AL, et al. Ageism against older adults in the context of the COVID-19 pandemic: an integrative review. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:4. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003082.
11. Mushtaq A, Khan MA. Social isolation, loneliness, and mental health among older adults during COVID-19: a scoping review. *J Gerontol Soc Work*. 2024 Feb-Mar;67(2):143-56. doi: 10.1080/01634372.2023.2237076.
12. Krusch SS, Fernandes KBP, Santos JPM, Pires-Oliveira DA. Sobrevida e funcionalidade em idosos na atenção domiciliar. *Saúde Pesqui*. 2021;14(4):817-25. doi: 10.17765/2176-9206.2021v14n4e8802.
13. Francisco PMSB, Assumpção D, Borim FSA, Yassuda MS, Neri AL. Risco de mortalidade por todas as causas e sua relação com estado de saúde em uma coorte de idosos residentes na comunidade: Estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26:6153-64. doi: 10.1590/1413-812320212612.32922020.
14. Camarano AA. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. *Repositório do Conhecimento do Ipea*: 2021;28:509-37. doi: 10.38116/bps28/notadepoliticassocial1.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza equipes habilitadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 25 out. 2025.
16. Marques FP, Bulgarelli AF. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(6):2063-72. doi: 10.1590/1413-81232020256.21782018.
17. Hulley SB. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2022 [acesso em 30 jan 2025]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9514#resultado>.
19. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Adjunta do Idoso. Porto Alegre: PMPA; 2018 [acesso em 30 jan 2025]; Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/smdh/default.php?reg=1&p_secao=54#:~:text=Em%20Po rto%20Alegre%2C%20o%20n%C3%BAmero,dentre%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o%20da%20 capital.

20. Borges RB, Mancuso ACB, Camey SA, Leotti VB, Hirakata VN, Azambuja GS, et al. Power and sample size for health researchers: uma ferramenta para cálculo de tamanho amostral e poder do teste voltado a pesquisadores da área da saúde. *Clin Biomed Res.* 2020;40(4). doi: 10.22491/2357-9730.109542.
21. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. *Acta Paul Enferm.* 2023;23:218-23. doi: 10.1590/S0103-21002010000200011.
22. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61-65.
23. Lalhruaitluangi, Neethu P, Bindhu M, Sherina K. Influence of gender on perception of frailty among elderly. *Int J Sci Healthcare Res.* 2023;8(3):56-61. doi: 10.52403/ijshr.20230311.
24. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020;395(10229):1054-62. doi: 10.1001/jama.2020.1097.
25. Uzuki T, Konta T, Saito R, Sho R, Osaki T, Souri M. Relationship between social support status and mortality in a community-based population: a prospective observational study (Yamagata study). *BMC Public Health.* 2020;20(1):1630. doi: 10.1186/s12889-020-09752-9.
26. Silva JCGA, Giralardi T, Coutinho CMG, Carvalho Filho MA, Fernandes DC, Santos TM. O desempenho físico funcional reduzido antes da hospitalização prediz limitações de suporte de vida e mortalidade em pacientes não cirúrgicos de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020;34:166-75. doi: 10.5935/0103-507X.20220011-pt.
27. Gao Y, Du L, Cai J, Hu T. Effects of functional limitations and activities of daily living on the mortality of the older people: a cohort study in China. *Front Public Health.* 2023;10:1098794. doi: 10.3389/fpubh.2022.1098794.
28. Chang SF, Cheng CL, Lin HC. Frail phenotype and disability prediction in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Nurs Res.* 2019;27(3):e28. doi: 10.1097/jnr.0000000000000299.
29. Wang J, Wei JC, Dang F, Inuzuka H. An intrinsic connection between COVID-19 and aging. *Acta Mater Med.* 2023;2(3):342-6. doi: 10.15212/AMM-2023-0030.

Contribuições de autoria

1 – Daniela Trintinaia Brito

Enfermeira, Mestre – danitrintinaia@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Emily da Silva Eberhardt

Autor Correspondente

Enfermeira, Doutoranda – enfemilyeberhardt@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final

3 – Darlene Mara dos Santos Tavares

Enfermeira, Doutora – darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

Revisão e aprovação da versão final

4 – Idiane Rosset

Enfermeira, Doutora – idiane.rosset@ufrgs.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho

Como citar este artigo

Brito DT, Eberhardt ES, Tavares DMS, Rosset I. Mortality of elderly people in home care according to frailty and functional capacity. Rev. Enferm. UFSM. 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e38:1-14. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769290936>