








# Síndrome da fragilidade e qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas

## Frailty syndrome and quality of life in hospitalized older adults

Eduarda Cordeiro D'Oliveira Alves<sup>1</sup>   
Gleicy Karine Nascimento de Araújo-Monteiro<sup>2</sup>   
Luiza Maria de Oliveira<sup>1</sup>   
Bárbara Maria Lopes da Silva Brandão<sup>3</sup>   
Rafaella Queiroga Souto<sup>3</sup> 

### Resumo

**Objetivo:** analisar a relação entre a síndrome de fragilidade e qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas. **Métodos:** estudo de abordagem quantitativa e corte transversal, desenvolvido com uma amostra de 323 pessoas idosas assistidas em hospitais universitários da Paraíba, durante agosto de 2019 a julho de 2020. Os dados foram tabulados no SPSS, versão 26.0, mediante teste qui-quadrado de Pearson, teste de correlação de Spearman e regressão logística múltipla entre variáveis sociodemográficas, de fragilidade e qualidade de vida. **Resultados:** dos participantes, 60,7% eram mulheres, 49,2% tinham idade entre 60 e 69 anos, 51% tinham cônjuge, 67,8%, sabiam ler e escrever, 89,2% moravam com pelo menos uma pessoa, 78,3% não exercia atividade laboral e 57,9% recebiam até um salário mínimo. A síndrome de fragilidade foi significativa com gênero, idade, letramento, atividade laboral, renda e qualidade de vida. Já a qualidade de vida foi estatisticamente significativa com gênero e atividade laboral, somente. Foi visto que não saber ler, não exercer atividade laboral e ter baixa qualidade de vida aumentava em 3,04 (IC95%; 1,70–5,44), 4,51 (IC95%; 2,39–8,49) e 3,81 (IC95%; 2,22–6,53), a probabilidade de ter síndrome da fragilidade, respectivamente; enquanto que não exercer atividade remunerada acrescia em 2,61 (IC95%; 1,45–4,73) a probabilidade de ter baixa qualidade de vida. **Conclusões:** a síndrome da fragilidade está associada a uma redução na qualidade de vida de pessoas hospitalizadas, o que sinaliza propostas de melhorias para gestores hospitalares no que tange a assistência além das condições clínicas já estudadas no cotidiano laboral.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Fragilidade. Qualidade de Vida. Hospitais.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Alagoas, Escola de Enfermagem, Maceió, AL, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). N° do processo: 424604-2018-3 / PVG13127-2020. Chamada NCTIC – CNPq 28/2018 / Chamada produtividade 03/2020.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence  
Rafaella Queiroga Souto  
rqs@academico.ufpb.br

Recebido: 28/04/2023  
Aprovado: 20/07/2023

## Abstract

**Objective:** to analyze the relationship between frailty syndrome and quality of life in hospitalized older adults. **Methods:** a quantitative cross-sectional study of 323 older individuals was carried out at university hospitals of Paraíba from August 2019 to July 2020. Data were analyzed by SPSS, version 26.0, using Pearson's chi-square, Spearman's correlation and multiple logistic regression for sociodemographic, frailty and quality of life variables. **Results:** regarding participant profile, 60.7% were women, 49.2% aged 60-69 years, 51% had a partner, 67.8% were literate, 89.2% lived with at least 1 other person, 78.3% were not working, and 57.9% received  $\leq 1$  minimum wage. Frailty syndrome was significantly associated with gender, age, literacy, work status, income, and quality of life. Quality of life was statistically significantly associated with only gender and work status. Results showed that illiteracy, not working and low quality of life increased the probability of frailty syndrome by 3.04 (95%CI; 1.70–5.4), 4.51 (95%CI; 2.39–8.49), and 3.81 (95%CI; 2.22–6.53), respectively; while not working increased the probability of low quality of life by 2.61 (95%CI; 1.45–4.73). **Conclusions:** frailty syndrome was associated with low quality of life in the hospitalized older adults, indicating the need for measures by hospital managers to improve care beyond the clinical conditions addressed in routine practice.

**Keywords:** Aged. Frailty. Quality of Life. Hospitals.

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de hospitalizações, seguida de neoplasias e doenças do aparelho digestivo. As quedas também são responsáveis pela frequente hospitalização em pessoas idosas e estão atreladas ao declínio funcional, sendo assim, responsáveis por agravos à saúde<sup>1</sup>. Durante o processo de envelhecimento, a pessoa idosa passa a apresentar vulnerabilidades que podem influenciar diretamente na sua qualidade de vida<sup>2</sup>. As mudanças físicas e psíquicas que ocorrem durante esta etapa da vida não estão relacionadas à manifestação de qualquer doença. Entretanto, devido a fatores tanto intrínsecos como extrínsecos, a pessoa idosa pode manifestar sinais de fragilidade, apresentando uma saúde vulnerável e suscetível a doenças, estresse emocional e quedas<sup>3</sup>.

A síndrome da fragilidade caracteriza-se como um estado cumulativo de desequilíbrio homeostático e redução da força muscular, preditivos de eventos adversos na saúde da pessoa idosa<sup>4</sup>. Com etiologia múltipla e desfechos complexos, a fragilização pode ocasionar declínio funcional e cognitivo, riscos de quedas, depressão, violência, e institucionalização ou hospitalização<sup>5</sup>.

A mensuração da fragilidade pode ser identificada de acordo com alguns critérios que se relacionam com o fenotipo das pessoas idosas, a saber: redução da

atividade física, autorrelato de fadiga, perda de peso não intencional, e diminuição da força de preensão palmar e da velocidade da marcha<sup>6</sup>. Para diagnosticá-la, alguns sinais como a lentidão dos movimentos, exaustão, perda de peso de forma involuntária, perda da força muscular e sedentarismo são utilizados para sua identificação<sup>7</sup>. O reconhecimento precoce desses sinais favorece ações de prevenção e reabilitação, e melhora a qualidade de vida desse público.

A fragilidade pode se manifestar de formas diferentes em cada indivíduo e exige diferentes níveis de assistência. Seu desdobramento está associado a uma maior chance de quedas e hospitalizações<sup>8</sup>. Em estudo recente no Brasil, dentre 461 pessoas que tinham a faixa etária entre 65 anos ou mais, foi possível identificar três ou mais dos sinais de fragilidade em 5,2% das pessoas idosas e cerca de 49,9% apresentaram-se como pessoas idosas pré-frágeis, no qual, possuíam um ou dois sinais da síndrome<sup>9</sup>.

Dessa forma, devido às alterações fisiológicas ocasionadas pelo envelhecimento, a pessoa idosa frágil torna-se alguém que requer uma demanda maior de atenção e cuidado, aumentando o seu nível de dependência<sup>2</sup>. Os familiares, por sua vez, por não conseguirem atender as demandas necessárias aos cuidados da pessoa idosa veem como alternativa a internação hospitalar<sup>10</sup>. E a hospitalização, ainda que necessária, pode se tornar uma medida negativa

devido a necessidade de adaptação a uma nova rotina e procedimentos, influenciando assim, no seu bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa<sup>11</sup>.

A Qualidade de Vida (QV) é composta pela análise de um conjunto de fatores que influenciam diretamente a maneira como o indivíduo se sente com relação a sua forma de viver. Estabilidade financeira, saúde física, produtividade dentre outros aspectos, compõe os parâmetros utilizados para caracterizar o nível de qualidade de vida de cada um e a pessoa idosa ao apresentar evidências de fragilidade, sofre mudanças significativas no desempenho de atividades corriqueiras que impactam negativamente a sua qualidade de vida<sup>3</sup>.

Embora profissionais de saúde sejam treinados a reconhecerem e determinarem um plano de cuidado avançado baseado no diagnóstico clínico, com a fragilidade, esta abordagem não tem sido precisa. Pessoas idosas que possuem fragilidade moderada a severa não são reconhecidas como frágeis pela equipe de saúde, impactando no planejamento de intervenções que promovam a saúde desta parcela da população<sup>12</sup>.

Ademais, a QV não é ponderada na avaliação dos profissionais, tendo em vista a invisibilidade da dinâmica subjetiva, mas que pode dispor de influência sobre outros desfechos de saúde da pessoa idosa. Desse modo, compreender a relação existente entre a fragilidade de pessoas idosas hospitalizadas e a qualidade de vida demonstra-se importante para determinar intervenções oportunas nesses indivíduos, bem como para estabelecer a hipótese de que a síndrome da fragilidade pode agravar desfechos negativos do ponto de vista social e psicológico de pessoas idosas que se encontram no ambiente hospitalar.

Diante desse contexto, o estudo objetiva analisar a relação entre a síndrome da fragilidade e a qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas.

## MÉTODOS

Estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado nos setores de Clínica Médica, Cirúrgica, Unidade de Doença Infecto Contagiosa e Parasitárias,

no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa, e as alas A cirúrgica, B de pneumologia e C e D de Clínica Médica masculina e feminina, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande. A coleta de dados foi conduzida durante o período de agosto de 2019 a julho de 2020.

Nesta pesquisa, os critérios de inclusão foram pessoas idosas com 60 anos ou mais que estavam internadas nas instituições supracitadas. Para os critérios de exclusão foram considerados aqueles indivíduos que estavam em estágio terminal, dificuldade grave de comunicação, condições clínicas que impediam a participação ou déficit cognitivo grave. A avaliação do estado cognitivo foi obtida mediante comunicação fornecida pelos profissionais do setor; e observação dos pesquisadores, consoante aos conhecimentos repassados no treinamento de coleta de dados.

A população no Hospital Universitário Lauro Wanderley foi de 774 pessoas idosas e no Hospital Alcides Carneiro, de 485 pessoas idosas. Dessa forma, 1259 pessoas idosas compuseram a população do estudo. Para a amostragem, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para estudo de proporção em população finita, sendo o erro de 5%, nível de confiança de 95% e frequência do fenômeno de 60% obtendo-se o resultado da amostra de 285. Ademais, acrescentou-se os 10% de possíveis perdas, totalizando assim, 323 pessoas idosas que fizeram parte da amostra final. Sublinha-se que os participantes estavam distribuídos de maneira proporcional entre os setores incluídos.

Os instrumentos utilizados para os dados coletados foram o *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), que permite a caracterização sociodemográfica do estudo através dos parâmetros de idade, gênero, estado civil, saber ler e escrever, anos de estudo trabalho e renda<sup>13</sup>. Sublinha-se que as variáveis saber ler e escrever e anos de estudo foram incluídas devido às diferentes disposições, haja vista que a primeira se enquadra como qualitativa para a análise de associação, e a segunda como quantitativa para correlação. Ademais, foram aplicados o *Edmonton Frail Scale* (EFS) para a classificação de fragilidade<sup>14</sup>, e o *World Health Organization Quality of Life Group*

(WHOQOL-OLD)<sup>15</sup> para avaliação da qualidade de vida dos participantes.

A EFS é composta por nove domínios e classifica a fragilidade em frágil, pré-frágil e não-frágil mediante a pontuação pré-estabelecida do escore. Assim, de zero a quatro corresponde a não-frágil; cinco e seis, pré-frágil; e sete ou mais, frágil<sup>14</sup>. Para esse estudo, utilizou-se a classificação dicotômica, em que as pessoas idosas pré-frágeis e frágeis foram classificadas como “sim” para avaliação da fragilidade, e aquelas com valor equivalente a não-frágil não demonstravam a síndrome. A intenção dos pesquisadores objetivou identificar a ocorrência ou não do evento.

O WHOQOL-OLD é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e utilizado para avaliar a qualidade de vida da pessoa idosa. Composto por 24 questões e divididas em facetas de autonomia, atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer; intimidade; funcionamento do sensorio e participação social. Quanto maior o escore obtido, melhor a qualidade de vida da pessoa idosa<sup>15</sup>. O ponto de corte para esta variável sucedeu pela mediana, de modo que o valor  $\leq 85$  pontos corresponderam à baixa qualidade de vida e acima deste, alta qualidade de vida.

Antes do procedimento de coleta, destaca-se que houve treinamento com a equipe a fim de padronizar esta etapa. Por conseguinte, a aplicação dos instrumentos sucedeu em ambiente tranquilo, reservado, sem acompanhante para que fosse minimizado o risco de qualquer constrangimento. Os dados foram digitados por dois coletadores nos computadores da sala do grupo de pesquisa da universidade.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no software estatístico, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) e inferencial (testes qui-quadrado de *Pearson*, correlação de *Spearman* e regressão logística múltipla) para análise de associação, correlação e regressão. Para todas as análises foi considerado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

O teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para avaliação da normalidade, de modo que a distribuição dos dados indicou uma tendência a não normalidade, justificando a utilização dos testes não paramétricos.

No que tange a análise de regressão, o critério de entrada se deu com as variáveis que obtiveram  $p < 0,2$  na análise de associação. O modelo de regressão escolhido foi do tipo hierárquico, retirando gradualmente as variáveis com maior p-valor, no entanto, o modelo final foi mantido com as variáveis que demonstraram  $p < 0,05$ .

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, sigilo, anonimato e do direito de recusa a participar. Aos que aceitaram participar foi solicitado a assinatura, rubrica ou impressão datiloscópica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 466/12, do HULW/UFPB com o número de parecer 3.709.600 e HUAC/UFCG parecer de nº 3.594.339.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 323 pessoas idosas, com prevalência para o gênero feminino (60,7%,  $n=196$ ), faixa etária entre 60 a 69 anos (49,2%,  $n=159$ ), presença de cônjuge (51%,  $n=167$ ), sabiam ler e escrever (67,8%,  $n=219$ ) e moravam com, pelo menos, uma pessoa (89,2%,  $n=288$ ). A maioria não exercia atividade laboral (78,3%,  $n=253$ ) e tinha renda de até um salário-mínimo (57,9%,  $n=187$ ). Ademais, apresentaram fragilidade (61%,  $n=197$ ) e baixo índice para qualidade de vida (43,2%,  $n=137$ ).

Em relação a associação entre fragilidade, qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas, observou-se associação estatisticamente significativa da fragilidade e as variáveis gênero ( $p=0,027$ ), idade ( $p=0,001$ ), saber ler e escrever ( $p < 0,001$ ), atividade laboral ( $p < 0,001$ ) e renda ( $p=0,001$ ). No tocante a qualidade de vida, esta apresentou associação com gênero ( $p=0,011$ ) e atividade laboral ( $p=0,006$ ).

**Tabela 1.** Distribuição de frequência e associação entre a fragilidade e qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas. Paraíba, PB, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Fragilidade		p-valor*	Qualidade de vida		p-valor*
	Com n (%)	Sem n (%)		Alta n (%)	Baixa n (%)	
<b>Gênero</b>						
Masculino	68 (53,5)	59(46,5)	0,027	82(65,6)	43(34,4)	0,011
Feminino	129(65,8)	67(34,2)		98(51,0)	94(49,0)	
<b>Idade</b>						
60 a 69 anos	83 (52,2)	76(47,8)	0,001	86(54,8)	71(45,2)	0,439
70 a 79 anos	75(64,7)	41(35,3)		70(61,4)	44(38,6)	
80 a mais	39(81,2)	9(18,8)		24(52,2)	22(47,8)	
<b>Estado conjugal</b>						
Sem companheiro	100(64,5)	55(35,5)	0,196	81(53,6)	70(46,4)	0,254
Com companheiro	96(57,5)	71(42,5)		99(60,0)	66(40,0)	
<b>Sabe ler e escrever</b>						
Sim	116(53,0)	103(47,0)	<0,001	128(60,1)	85(39,9)	0,089
Não	81(77,9)	23(22,1)		52(50,0)	52(50,0)	
<b>Arranjo de moradia</b>						
Mora só	18(51,4)	17 (48,6)	0,219	18(52,9)	16(47,1)	0,632
Mora com alguém	179(62,2)	109(37,8)		162(57,2)	121(42,8)	
<b>Atividade laboral</b>						
Sim	21(30,0)	49(70,0)	<0,001	51(73,9)	18(26,1)	0,001
Não	176(69,6)	77(30,4)		129(52,0)	119(48,0)	
<b>Renda</b>						
Até 1 SM	129(69,0)	58(31,0)	0,001	95(52,2)	87(47,8)	0,056
Acima de 1 SM	68(50,0)	68(50,0)		85(63,0)	50(37,0)	

Nota: \* Teste Qui-quadrado de Pearson; SM: Salário Mínimo.

Os dados referentes a Tabela 2 exibem a associação entre as variáveis fragilidade e qualidade de vida, em que pessoas idosas com fragilidade apresentaram baixa qualidade de vida (79,6%; n=109), com significância estatística ( $p<0,001$ ).

A Tabela 3 expressa a correlação dos escores de fragilidade e qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas. Verifica-se que a fragilidade apresentou correlação positiva com a idade ( $p<0,001$ ), em que quanto maior a idade da pessoa idosa, maior será o índice de fragilidade. Além disso, a fragilidade demonstrou correlação negativa com anos de estudo e renda ( $p<0,001$ ), isto é, quanto menor os anos de estudo e a renda da pessoa idosa, maior o escore para fragilidade. Com relação ao escore de qualidade de vida, foi observado que nenhuma das variáveis demonstrou significância estatística na correlação.

A Tabela 4 abaixo exhibe a correlação entre fragilidade e qualidade de vida, em que a correlação foi negativa, inferindo que à medida que a fragilidade aumenta, a qualidade de vida tende a diminuir, e vice-versa.

Para análise de regressão logística, foram inseridas todas as variáveis com  $p<0,2$  na análise de associação na tabela 2. Desse modo, foi visto que não saber ler, não exercer atividade laboral e ter baixa qualidade de vida aumentava em 3,04 (IC95%= 1,70–5,44;  $p<0,001$ ), 4,51 (IC95%=2,39–8,49;  $p<0,001$ ) e 3,81 (IC95%=2,22–6,53;  $p<0,001$ ), a probabilidade de ter síndrome da fragilidade, respectivamente. Além disso, o fato de não ter atividade remunerada também demonstrou que acrescia em 2,61 (IC95%=1,45–4,73;  $p=0,001$ ) a probabilidade de ter baixa qualidade de vida.

**Tabela 2.** Associação entre a fragilidade e qualidade de vida. João Pessoa, PB, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Fragilidade		p-valor
	Com n (%)	Sem n (%)	
Qualidade de vida			
Alta	84 (46,7)	96(53,3)	<0,001
Baixa	109(79,6)	28(20,4)	

Nota: \* Teste Qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 3.** Correlação dos escores de fragilidade e qualidade de vida com as variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Escore fragilidade		Escore qualidade de vida	
	Coefficiente de correlação	p-valor*	Coefficiente de correlação	p-valor*
Idade	0,221**	<0,001	0,014	0,802
Anos de estudo	-0,344**	<0,001	0,104	0,064
Quantidade de pessoas na casa	0,025	0,674	-0,010	0,871
Renda	-0,228**	<0,001	0,147**	0,009

Nota: \* Teste de Correlação de Spearman.

**Tabela 4.** Correlação dos escores de fragilidade e qualidade de vida. João Pessoa, PB, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Escore fragilidade	
	Coefficiente de correlação	p-valor*
Qualidade de vida	-0,448**	<0,001

Nota: \* Teste de Correlação de Spearman.

**Tabela 5.** Variáveis associadas à fragilidade e qualidade de vida por meio de regressão logística ajustada. Paraíba, Brasil. 2019-2020. (N=323)

Variáveis	OR	IC	p-valor*
Fragilidade			
Sabe ler e escrever			
Sim	1,00	-	-
Não	3,04	[1,70 – 5,44]	<0,001
Atividade laboral			
Sim	1,00	-	-
Não	4,51	[2,39 – 8,49]	<0,001
Qualidade de vida			
Baixa	3,81	[2,22 – 6,53]	<0,001
Alta	1,00	-	-
Qualidade de vida			
Atividade laboral			
Sim	1,00	-	-
Não	2,61	[1,45 – 4,73]	0,001

Nota: Fragilidade: R<sup>2</sup> ajustado: 0,206; Qualidade de vida: R<sup>2</sup> ajustado: 0,046; OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança; \* Significância do teste.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram significância na relação entre fragilidade com o gênero, idade, saber ler e escrever, atividade laboral, renda e qualidade de vida. Destas, houve correlação positiva para idade; e negativa para anos de estudo, renda e qualidade de vida. Por sua vez, a qualidade de vida obteve associação significativa com gênero, atividade laboral e renda.

O percentual de fragilidade observado em 61% dos indivíduos pode ser explicado devido à suscetibilidade da pessoa idosa desenvolver alterações fisiológicas que, relacionadas a fatores externos como doenças, imobilidade e uma alimentação insuficiente, podem favorecer o surgimento da síndrome de fragilidade<sup>16</sup>. No hospital universitário vinculado à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), um estudo apontou 76,5% de fragilidade em pessoas idosas internadas na UTI, o que condicionou maior carga de trabalho da enfermagem em categorias de suporte ventilatório e renal, e hiperalimentação intravenosa, especialmente no primeiro dia de admissão neste setor<sup>17</sup>.

Verifica-se ainda achados semelhantes, como em estudo que avaliou a fragilidade em pessoas idosas cadastradas em um Centro de Referência de Assistência social, constatando que 33,4% não eram frágeis, 20,8% estavam em situação de vulnerabilidade e 45,8% apresentaram-se positivamente à fragilidade variando entre leve, moderada e severa<sup>18</sup>.

À vista disso, neste estudo, notou-se que no perfil de pessoas idosas hospitalizadas houve predominância pelo gênero feminino com faixa etária entre 60 a 69 anos, casadas ou que residiam com alguém e não exercem atividade laboral, corroborando com os resultados obtidos em estudo realizado pela Universidade do Chile que apontou a prevalência de 81,1% para o gênero supracitado, as quais 55,3% não exerciam atividade laboral e possuíam uma média de idade de 68,5 anos<sup>2</sup>. O maior número de pessoas idosas do gênero feminino pode ser explicado pela feminização da velhice. Pois, além de possuírem maior expectativa de vida devido ao fato de serem menos suscetíveis a riscos ocupacionais e externos, as

mulheres também consomem menos álcool e tabaco e procuram com mais frequência serviços de saúde com relação à população masculina<sup>19</sup>.

Outrossim, a prevalência de fragilidade no público feminino pode ser discutida devido às mulheres idosas terem uma expectativa de vida após os 60 anos maior que a dos homens, contudo, essa longevidade não é sinônimo de uma boa saúde e qualidade de vida. Estes anos a mais podem ser fatores contribuintes para uma maior debilidade física e surgimento de doenças crônicas que alteram a maneira como a mulher exerce suas atividades rotineiras, deixando-as vulneráveis aos sinais da síndrome<sup>8</sup>.

A disparidade socioeconômica mostrou-se um fator contribuinte para um maior percentual da fragilidade. Dentre os que apresentaram fragilidade, 69% possuíam renda de até um salário-mínimo. O baixo nível de escolaridade associado à baixa renda são fatores de grande peso na contribuição do desenvolvimento da síndrome nas pessoas idosas, colocando-as mais vulneráveis à incidência de morbidades e mortalidade devido às condições sociais desfavoráveis que se encontram<sup>20</sup>.

Considerando os diferentes níveis de fragilidade, foi possível identificar maior acometimento dos sinais da síndrome naqueles cuja idade era mais avançada. Com o avanço da idade, pessoas idosas passam a apresentar mais morbidades e, por conseguinte, maior uso de medicamentos. Embora a presença de quaisquer comorbidades sejam indicativos de fragilidade, sua ocorrência pode preceder a síndrome e tornar a pessoa idosa propensa à fragilidade a partir dos 80 anos, com risco de 1,24 vezes maior quando comparado aquelas que possuem entre 65 a 79 anos<sup>21,22</sup>.

A fragilidade demonstrada por aspectos como perda de peso, dependência funcional, lentidão da marcha, exaustão e fadiga,<sup>23</sup> tem progressão anual e se intensifica com o aumento da idade e os agravos em saúde<sup>24</sup>. A hospitalização possui uma relação significativa com a fragilidade e indica sua prevalência em pessoas idosas considerados pré-frágeis e frágeis, com faixa etária maior que 60 anos,<sup>25</sup> levando a compreensão da sua relação é inversamente proporcional com a QV<sup>24</sup>.

A correlação da fragilidade com o baixo nível socioeconômico e idade encontrado entre os participantes do estudo coaduna com a necessidade de incluir os determinantes sociais da saúde no raciocínio clínico de assistência multidimensional à pessoa idosa<sup>7</sup>.

A respeito da relação entre síndrome da fragilidade e qualidade de vida, estudo realizado com pessoas idosas da comunidade evidenciou que esta apresenta forte associação e pode ser influenciada de acordo com a condição de saúde, ambiental e socioeconômica desses indivíduos<sup>26</sup>. Em dois estudos espanhóis, a associação também foi significativa (OR: 0,95; IC 95%: 0,93-0,97) ( $R^2 = 0,395$ ), e tal relação ocorre especialmente pelos aspectos de saúde física na síndrome da fragilidade tendo em vista as consequências referentes à incapacidade e dependência funcional<sup>27,28</sup>.

A hospitalização, ainda que necessária para estabelecer a saúde da pessoa idosa em casos avançados de fragilidade, pode gerar ansiedade, medo e desconforto devido ao seu afastamento do seio familiar, o levando assim, a sentir-se isolado e impotente diante do processo de lidar com a saúde fragilizada. A internação hospitalar prolongada pode ser responsável por gerar consequências negativas e agravar o estado de saúde da pessoa idosa, visto que há um excesso de repouso no leito, privação de sono e iatrogenia<sup>29</sup>.

O papel da enfermagem pode ser destacado no cuidado oferecido a pessoas idosas com pré-fragilidade e fragilidade. Através de um monitoramento contínuo dos pacientes juntamente com um sistema de triagem, é possível realizar a identificação de casos e elaborar ferramentas que melhorem os resultados obtidos, postergue a progressão da fragilidade e contribua com as intervenções discutidas a partir do olhar do paciente e da família<sup>30</sup>.

O enfermeiro tem fundamental importância na identificação das necessidades de cada paciente, buscando sempre contribuir para um cuidado direto e contínuo. Através de intervenções eficientes, é possível oferecer tecnologias que promovam a assistência com o objetivo de evitar agravos

ocasionados pela fragilidade e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa frágil<sup>31</sup>.

A enfermagem, protagonista na arte do cuidar, tem fundamental importância na identificação das necessidades de cada paciente buscando sempre oferecer acompanhamento e orientações à pessoa idosa e seus familiares. Através da assistência prestada pela enfermagem, é possível oferecer a promoção, intervenção, recuperação e reabilitação com o intuito de oferecer qualidade de vida a cada indivíduo de acordo com as suas particularidades.

O presente estudo demonstra como limitações o desenho transversal que impossibilita prever relações causais entre as variáveis, bem como a escassez de estudos contextualizados no ambiente hospitalar e cenário nacional que possibilitasse a comparação com a realidade estudada. Observa-se que muitos dos instrumentos utilizados na avaliação multidimensional da pessoa idosa são direcionados somente ao âmbito da Atenção Primária, no entanto, estes devem estar amplamente integrados em todos os cenários de cuidado a esse público, o que inclui as instituições hospitalares.

## CONCLUSÃO

A síndrome de fragilidade é um desafio crescente aos profissionais da saúde, e a enfermagem desempenha um papel de relevância no manejo do cuidado e gestão desta condição. Mediante os resultados, esta síndrome está associada a uma redução na qualidade de vida de pessoas hospitalizadas, o que sinaliza propostas de melhorias para gestores hospitalares no que tange a assistência além das condições clínicas já estudadas no cotidiano laboral.

Ao compreender esta relação, os resultados deste estudo apontam para a necessidade de reorientar a atenção de saúde considerando a promoção da qualidade de vida da pessoa idosa no ambiente hospitalar, de modo que a equipe multidisciplinar possa adequar as carências psicológicas e sociais observadas na pessoa idosa ao cenário em questão, a fim de qualificar o período de hospitalização e as práticas de saúde gerontológicas.



## AUTORIA

- Eduarda C. D'Ó. Alves – concepção e delineamento, redação do artigo, análise e interpretação dos dados, aprovação da versão a ser publicada.
- Gleicy K. N. Araújo-Monteiro – análise e interpretação dos dados, revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada.
- Luiza M. Oliveira – obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, aprovação da versão a ser publicada.
- Bárbara M. L. S. Brandão – análise e interpretação dos dados, revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada.
- Rafaella Q. Souto – concepção e delineamento, revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

## REFERÊNCIAS

1. Souza MG de, Carvalho DG, Silva SLA da, Silva AM, Pereira DS, Kosour C. Associação entre desempenho funcional e hospitalização de idosos adscritos à estratégia de saúde da família no município de Alfenas, Minas Gerais. *Cad Saúde Colet.* 2022;30(4):477-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040009>
2. Jesus ITM de, Diniz MAA, Lanzotti RB, Orlandi F de S, Pavarin SCI, Zazzetta MS. Frailty and quality of elderly living in a context of social vulnerability. *Texto Contexto - Enferm.* 2018;27(4):e4300016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>
3. Souza Júnior EV, Cruz DP, Silva CDS, Rosa RS, Siqueira LR, Sawada NO. Implications of self-reported fragility on the quality of life of older adults: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;20:55:e20210040. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0040>
4. Maia LC, Moraes EN de, Costa S de M, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(12):5041-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>
5. Guedes R de C, Dias R, Neri AL, Ferrioli E, Lourenço RA, Lustosa LP. Frailty syndrome in Brazilian older people: a population based study. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(5):1947-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.21582018>
6. Freire JCG, Nóbrega IRAP da, Dutra MC, Silva LM da, Duarte HA. Factors associated with frailty in hospitalized elderly: an integrative review. *Saúde Debate.* 2017;41(115):199-211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711517>
7. Oliveira PRC, Rodrigues VES, Oliveira AKL de, Oliveira FGL, Rocha GA, Machado ALG. Factors associated with frailty in elderly patients followed up in primary health care. *Esc Anna Nery.* 2021;25(4):e20200355. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0355>
8. Oliveira APZ, Gross CB, Schneider RH, Pillatt AP. Fragilidade em idosos residentes em município de pequeno porte. *Estud Interd Envelhec.* 2019;24(3):101-14. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.86445>
9. Lourenço RA, Moreira VG, Banhato EFC, Guedes DV, Silva KCA, Delgado FEF, et al. Prevalence of frailty and associated factors in a community-dwelling older people cohort living in Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil: Fibra-JF Study. *Ciênc Saude Colet.* 2019;24(1):35-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.29542016>
10. Soares J da S, Santos AC dos, Santos-Rodrigues RC dos, Araújo-Monteiro GKN de, Brandão BML da S, Souto RQ. Risk of violence and frailty syndrome among older adults treated at a hospital service. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(Suppl 2):e20220278. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0278>
11. Okuno MFP, Costa KAL da, Barbosa DA, Belasco AGS. Religious/spiritual experiences, quality of life and satisfaction with life of hospitalized octogenarians. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20201099. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1099>
12. Queisi MM, Atallah-Yunes SA, Adamali F, Jonnalagadda N, Rastegar V, Brennan MJ, et al. Frailty Recognition by Clinicians and its Impact on Advance Care Planning. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021;38(4):371-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909121995603>

13. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário boas. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 2008.
14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/af1041>
15. Ribeiro VS, Rosa RS, Sanches GJC, Ribeiro IJS, Cassotti CA. Qualidade de vida e depressão em domicílios no contexto doméstico. *Enferm Actual Costa Rica (Online)*. 2018;(34):53-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i34.30983>
16. Chaves BFB, Freitas FFQ. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos atendidos na atenção primária. *Res Soc Develop*. 2022;11(5):e3511525427-e3511525427. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.25427>
17. Tanabe FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Do frail elderly people affect the nursing workload in intensive care units? *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0599en>
18. Araújo FB, Machado ITJ, Santos-Orlandi AA dos, Pergola-Marconato AM, Pavarini SCI, Zazzetta MS. Frailty, profile and cognition of elderly residents in a highly socially vulnerability area. *Cienc Saúde Colet*. 2019;24(8):3047-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>
19. Yadav BL. Feminization of ageing in India: empirical evidences and challenges. *Indian J Gerontol*. 2019;33(3):280-91.
20. Melo EM de A, Marques AP de O, Leal MCC, Melo HM de A. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde Debate*. 2018;42(117):468-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>
21. Barbosa GC, Caparrol AJ de S, Melo BR de S, Medeiros TJ, Ottaviani AC, Gratão ACM. Factors correlated with the frailty of elderly in outpatient care: difference between age groups. *Esc Anna Nery*. 2022;26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0408pt>
22. Oliveira PRC, Rodrigues VES, Oliveira AKL de, Oliveira FGL, Rocha GA, Machado ALG. Factors associated with frailty in elderly patients followed up in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4):e20200355. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0355>
23. Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Zullo AR. Global Incidence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e198398. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8398>
24. Mota GMP, Cesário LC, Jesus ITM de, Lorenzini E, Orlandi F de S, Zazzetta MS. Family arrangement, social support and frailty among community-dwelling older adults: a mixed methods longitudinal study. *Texto Contexto – Enferm*. 2022;31:e20210444. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0444en>
25. Ida S, Kaneko R, Imataka K, Murata K. Relationship between frailty and mortality, hospitalization, and cardiovascular diseases in diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Cardiovasc Diabetol*. 2019;18(81). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12933-019-0885-2>
26. Taguchi CK, Menezes PL, Melo ACS, Santana LS, Conceição WRS, Souza GF, et al. Frailty syndrome and risks for falling in the elderly community. *CoDAS*. 2022;34(6):e20210025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20212021025en>
27. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Aten Primaria*. 2021;53(10):102128. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2021.102128>
28. Fernández I, Sentandreu-Mañó T, Tomas JM. Impacto del estatus de fragilidad sobre la salud y calidad de vida en personas mayores españolas. *Aten Primaria*. 2020;52(10):731-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.aprim.2019.11.006>
29. Oliveira SM de, Costa KN de FM, Santos KFO dos, Oliveira J dos S, Pereira MA, Fernandes M das GM. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20190501. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>
30. Horner RL. The role of the district nurse in screening and assessment for frailty. *Br J Community Nurs*. 2022;27(5):226-30. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.5.226>
31. Campos LP de C, Abreu RAFS, Donoso MTV, Azevedo RVM, Barbosa JAG. Assistência de enfermagem ao idoso frágil: revisão de escopo: Assistência de enfermagem ao idoso frágil: revisão de escopo. *Braz J Health Rev*. 2022;5(4):13097-110. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-092>