

## Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar

Daniela Ramos Oliveira<sup>1</sup>  
Luiz Antonio Bettinelli<sup>2</sup>  
Adriano Pasqualotti<sup>2</sup>  
Débora Corso<sup>3</sup>  
Felipe Brock<sup>4</sup>  
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>5</sup>

Objetivo: medir a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos internados numa instituição hospitalar. Método: estudo transversal, tendo como amostra 99 idosos com 65 anos ou mais, internados no mês de novembro de 2010, no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Foram coletados dados relacionados ao fenótipo da fragilidade, variáveis sociodemográficas, clínicas e antropométricas. Resultados: a idade média foi de  $74,5 \pm 6,8$  anos e 50 (50,5%) eram mulheres. Foram classificados não frágeis quatro (4%), pré-frágeis 49 (49,5%) e frágeis 46 (46,5%). Não se identificaram fatores estatisticamente associados à fragilidade. Conclusões: como era esperado, a prevalência nessa população mostrou-se alta quando comparada a outros estudos com foco na comunidade. Acredita-se que a detecção precoce e a intervenção interdisciplinar evitem a progressão do quadro e reduzam a incidência de complicações e hospitalizações.

Descritores: Saúde do Idoso; Hospitalização; Prevalência.

<sup>1</sup> MSc, Enfermeira, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

<sup>2</sup> PhD, Professor Titular, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira, Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Mestrando, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil. Enfermeiro, Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Professor Titular, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

---

Endereço para correspondência:

Luiz Antonio Bettinelli  
Universidade de Passo Fundo  
Rua Marcelino Ramos, 111  
Centro  
CEP: 99010-160, Passo Fundo, RS, Brasil  
E-mail: bettinelli@upf.br

## Introdução

O Brasil apresenta, atualmente, acelerado processo de envelhecimento com transformações profundas na composição etária de sua população<sup>(1)</sup>. À medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Atualmente, presencia-se uma "geriatriaização" do cenário hospitalar brasileiro<sup>(2-3)</sup>. Semelhante cenário demanda a identificação da população idosa com maior risco de adoecimento para aperfeiçoar a adoção de medidas que organizem intervenções assistenciais e preventivas, garantindo que a tomada de decisão em relação à escolha de prioridades seja feita de forma equânime e eficiente<sup>(3)</sup>.

A fragilidade constitui-se em síndrome multidimensional, envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual que culmina num estado de maior vulnerabilidade, associado a maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como delírio, declínio funcional, mobilidade prejudicada, quedas, retraimento social, aumento da morbimortalidade e hospitalização<sup>(4-5)</sup>.

Ainda não há consenso científico definido quanto ao termo fragilidade, sua definição e seus indicadores, nem como poderia ser identificada ou mesmo avaliada<sup>(6-7)</sup>, porém, o conceito mais aceito na atualidade é de que a fragilidade seria caracterizada como uma síndrome clínica, identificada por perda involuntária de peso, redução do nível da atividade física, redução da força muscular – refletida pela redução da força de preensão palmar, sensação de fadiga e redução da velocidade de marcha. Portadores de três desses sintomas seriam caracterizados como frágeis, de um ou dois definidos como pré-frágeis e aqueles sem esses sintomas classificados como não frágeis ou robustos<sup>(6)</sup>. Esse fenótipo<sup>(6)</sup> é de fácil aplicação e de baixo custo. O mesmo torna possível a identificação precoce e adoção de medidas preventivas específicas que podem eliminar ou postergar sinais e sintomas da síndrome. É consenso na comunidade científica que mais estudos são necessários para a melhor definição da síndrome da fragilidade, quais conjuntos de sintomas as caracterizariam e que sinais, isolados ou em conjunto, seriam marcadores da síndrome da fragilidade ou de fragilidades específicas<sup>(8-9)</sup>. Assim considerando, e no aguardo de uma definição operacional mais conclusiva, optou-se, neste estudo, pelo modelo desenvolvido na Johns Hopkins University<sup>(6)</sup>.

Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos, que vivem na comunidade, sejam frágeis<sup>(4)</sup>. A prevalência de fragilidade no Cardiovascular Health Study, estudo realizado nos

Estados Unidos com 5.317 participantes de 65 anos ou mais, foi de 6,9%<sup>(6)</sup>. Já outro estudo<sup>(10)</sup> demonstrou que 7% da população dos Estados Unidos com mais de 65 anos e 30% dos octogenários são frágeis. Existem ainda poucos dados sobre prevalência da síndrome da fragilidade em idosos, principalmente pela falta de consenso de uma definição que possa ser utilizada como *screening* em diferentes populações<sup>(11)</sup>.

Saber diagnosticar a fragilidade e conhecer o perfil do idoso hospitalizado é de grande importância, pois permite aprofundamento na questão do cuidado interdisciplinar durante a hospitalização. A prevalência de fragilidade nessa população é desconhecida, tanto em nível local quanto nacional e internacional. Portanto, torna-se indispensável se entender o problema das síndromes geriátricas no ambiente hospitalar e suas implicações para o cuidado.

Dentro dessa perspectiva, questiona-se: qual a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos numa instituição hospitalar? Para responder a esse questionamento teve-se como objetivo medir a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos numa instituição hospitalar, quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e antropométricas.

## Método

Este é um estudo transversal objetivando medir a prevalência de síndrome da fragilidade em idosos internados nas enfermarias do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no mês de novembro de 2010, com 65 anos ou mais, totalizando 99 idosos. Optou-se por incluir neste estudo idosos com 65 anos ou mais porque o critério estabelecido para definição de síndrome da fragilidade<sup>(6)</sup> foi validado em idosos, a partir dessa faixa etária. Em uma revisão realizada<sup>(12)</sup>, todas as publicações apresentavam a população numa faixa etária igual ou superior a 65 anos. O HSVP é um hospital terciário, de ensino, com abrangência macrorregional, integrado ao sistema SUS e conta com 617 leitos de internação. O número total de internações durante o mês de novembro de 2010, na instituição, foi de 2.590 pessoas. O número de idosos com 65 anos ou mais, nesse mesmo período, foi de 697 e a média de permanência foi de cinco dias. Dentre as principais causas de internações estão as doenças cardiovasculares, pulmonares, cerebrovasculares e renais.

Os idosos concordaram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos deste estudo idosos com alta ou óbito nas primeiras 72 horas; internados em unidades fechadas (emergência, sala de recuperação, UTI, centro cirúrgico e unidade de estudo hemodinâmico); restritos ao

leito; cadeirantes impossibilitados de andar; com doença neurológica limitante; com lesões de pele extensas; com amputação de membros inferiores; pacientes terminais e aqueles com déficit cognitivo sugestivo de demência, avaliado pelo Miniexame do Estado Mental e que não estavam acompanhados por familiares ou cuidadores. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF), através do Parecer nº197/2010 e pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HSVP.

Por meio de um questionário estruturado, foram coletados dados demográficos, variáveis clínicas, dados antropométricos e critérios de síndrome da fragilidade, através do fenótipo desenvolvido na Johns Hopkins University<sup>(6)</sup>. A exaustão foi avaliada através da Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D). A força de preensão palmar foi avaliada através de dinamômetro digital, marca SAEHAN. O procedimento de verificação seguiu as recomendações da American Society of Hand Therapists (ASHT)<sup>(13)</sup>. O nível de atividade física foi avaliado através do Questionário Minnesota de Atividade Física e de Lazer. A diminuição da velocidade de marcha foi avaliada através do tempo gasto para percorrer uma distância de 4,6m.

Para a estruturação do banco de dados, utilizou-se o aplicativo Microsoft Excel 2007, e para as análises

o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17,0, para Windows. As variáveis numéricas foram descritas como média±desvio-padrão e as categóricas como frequência absoluta e relativa. As associações entre fragilidade e as variáveis categóricas foram testadas com o uso do teste qui-quadrado de Pearson e, entre fragilidade e variáveis quantitativas, com análise de variância com um critério de classificação. Para comparações múltiplas utilizou-se o teste *post-hoc* de Tukey. Foram consideradas como significativas associações com valor de  $p \leq 0,05$ .

## Resultados

Participaram do estudo 99 idosos com média de idade de 74,5±6,8 anos, dos quais 50 (50,5%) eram mulheres. A renda média dos participantes foi de 2,8±5,3 salários-mínimos, sendo a maior parte (90-90,9%) aposentada e apenas duas (2%) declararam desenvolver atividades profissionais. A média de anos de estudo nessa população foi de 5,2±4,5 anos e 17 (17%) eram analfabetos. A maioria dos idosos (53-53,5%) era casada e residia em domicílio próprio (84-84,8%). Quanto ao número de filhos, a média foi 3,2±0,7. A Tabela 1 mostra as variáveis sociodemográficas relacionadas ao diagnóstico de fragilidade.

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas relacionadas ao diagnóstico de fragilidade. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Característica	Diagnóstico de fragilidade			Total (n=99)	p
	Não frágil (n=4)	Pré-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
Gênero					0,995
Masculino	2 (4,1%)	24 (49,0%)	23 (46,9%)	49	
Feminino	2 (4,0%)	25 (50,0%)	23 (46,0%)	50	
Etnia					0,177
Branca	3 (3,3%)	45 (49,5%)	43 (47,3%)	91	
Negra	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2	
Parda	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	6	
Estado civil					0,216
Solteiro	0 (0%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6	
Casado	2 (3,8%)	25 (47,2%)	26 (49,1%)	53	
Divorciado	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5	
Viúvo	1 (2,9%)	20 (57,1%)	14 (40%)	35	
Alfabetização					0,644
Alfabetizado	4 (4,9%)	40 (48,8%)	38 (46,3%)	82	
Analfabeto	0 (0%)	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17	
Ocupação					0,367
Aposentado	4 (4,4%)	41 (45,6%)	45 (50%)	90	
Pensionista	0 (0%)	5 (100%)	0 (0%)	5	
Empregado	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1	
Autônomo	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1	

Os valores expressam média±desvio-padrão ou frequência absoluta e relativa; \*apenas 45 (97,8%) idosos responderam

A prevalência de fragilidade no presente estudo foi de 4 (4%) de idosos não frágeis, 49 (49,5%) pré-frágeis e 46 (46,5%) frágeis. A idade média foi maior no grupo dos idosos frágeis quando comparada aos demais grupos, porém, essa diferença não se apresentou estatisticamente significativa ( $p=0,843$ ). Entre os gêneros, a prevalência de fragilidade mostrou-se muito semelhante ( $p=0,995$ ). Quanto à etnia, os brancos representaram a maior parte da amostra (92%). Na prevalência de fragilidade relacionada ao estado civil, observou-se que, apesar do pequeno número de idosos solteiros na amostra, 83,3% desses eram frágeis ( $p=0,216$ ). A prevalência

de idosos não frágeis, pré-frágeis e frágeis, relacionada à alfabetização, foi semelhante entre os grupos ( $p=0,644$ ). Não houve diferença estatística significativa quando comparados anos de estudo e prevalência de fragilidade, porém, idosos não frágeis apresentaram mais anos de estudo do que os pré-frágeis e frágeis ( $p=0,397$ ). Diferente do esperado, a renda média foi maior no grupo dos idosos frágeis quando comparada aos demais grupos, porém, essa diferença não se apresentou estatisticamente significativa ( $p=0,958$ ). Na Tabela 2 pode ser observada a prevalência de fragilidade relacionada às comorbidades.

Tabela 2 - Associação das comorbidades com a síndrome da fragilidade. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Comorbidade	Diagnóstico de fragilidade			Total (n=99)	p
	Não frágil (n=4)	Pré-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
<i>Diabetes mellitus</i>					0,202
Sim	0 (0%)	9 (39,1%)	14 (60,9%)	23	
Não	4 (5,3%)	40 (52,6%)	32 (42,1%)	76	
Hipertensão arterial sistêmica					0,915
Sim	3 (4,5%)	32 (48,5%)	31 (47%)	66	
Não	1 (3%)	17 (51,5%)	15 (45,5%)	33	
Cardiovascular					0,678
Sim	1 (2,4%)	20 (28,8%)*	20 (48,8%)†	41	
Não	3 (5,6%)	28 (51,9%)*	23 (42,6%)†	54	
Reumática					0,993
Sim	1 (4,2%)	12 (50,0%)‡	11 (45,8%)§	24	
Não	3 (4,2%)	35 (48,6%)‡	34 (47,2%)§	72	
Osteoporose					0,971
Sim	1 (5%)	10 (50%)*	9 (45%)§	20	
Não	3 (3,9%)	38 (49,4%)*	36 (46,8%)§	77	
Pulmonar					0,475
Sim	0 (0%)	7 (41,2%)**	10 (58,8%)†	17	
Não	3 (41%)	37 (50,7%)**	33 (45,2%)†	73	
Câncer					0,351
Sim	0 (0%)	12 (60%)††	8 (40%)‡‡	20	
Não	4 (5,5%)	33 (45,2%)††	36 (49,3%)‡‡	73	
Incontinência urinária					0,772
Sim	0 (0%)	5 (50%)**	5 (50%)†	10	
Não	4 (4,9%)	39 (48,1%)**	38 (46,9%)†	81	
Incontinência fecal					0,764
Sim	0 (0%)	3 (42,9%)**	4 (57,1%)†	7	
Não	4 (4,8%)	41 (48,8%)**	39 (46,4%)†	84	
Depressão					0,547
Sim	0 (0%)	8 (61,5%)*	5 (38,5%)‡‡	13	
Não	4 (4,8%)	40 (48,2%)*	39 (47%)‡‡	83	
Tabagismo					0,001
Sim	2 (33,3%)	2 (33,3%)*	2 (33,3%)	6	
Não	2 (2,2%)	46 (50%)*	44 (47,8%)	92	

Os valores expressam média±desvio-padrão ou frequência absoluta e relativa

\*apenas 48 (97,9%) idosos responderam

†apenas 43 (93,5%) idosos responderam

‡apenas 47 (95,9%) idosos responderam

§apenas 45 (97,8%) idosos responderam

||apenas 3 (75%) idosos responderam

¶apenas 44 (89,8%) idosos responderam

\*\*apenas 45 (91,8%) idosos responderam

††apenas 44 (95,6%) idosos responderam

Com exceção do tabagismo, não houve diferença estatisticamente significativa ao se avaliar a prevalência de fragilidade e a presença ou não de comorbidades. Apesar do pequeno valor de probabilidade associado a essa comparação, deve-se ressaltar que, nesse caso, houve violação dos pressupostos do teste estatístico empregado, uma vez que as 4 caselas da tabela de

contingência produzida apresentaram valores esperados <5. Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), os idosos não frágeis apresentaram em média 26,3±5,3, os pré-frágeis, 27,1±5,0 e os frágeis 26,6±5,4 (0,667).

A prevalência de cada um dos fenótipos propostos no referencial metodológico<sup>(6)</sup> nos idosos não frágeis, pré-frágeis e frágeis pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3 - Fenótipos propostos<sup>(6)</sup> e diagnóstico de síndrome da fragilidade. Passo Fundo, RS, Brasil, 2011

Fenótipo	Diagnóstico de fragilidade			Total (n=99)	p
	Não frágil (n=4)	Pré-frágil (n=49)	Frágil (n=46)		
Perda de peso					0,000
Sim	0 (0%)	12 (26,7%)*	33 (73,3%)†	45	
Não	4 (7,8%)	35 (68,8%)*	12 (23,5%)†	51	
Exaustão					0,000
Sim	0 (0%)	20 (34,5%)*	38 (65,5)†	58	
Não	4 (10,5%)	27 (71,1%)*	7 (18,4%)†	38	
Força de preensão					0,000
Sim	0 (0%)	35 (44,3%)	44 (55,7%)	79	
Não	4 (20,0%)	14 (70,0%)	2 (10,0%)	20	
Atividade física					0,009
Sim	0 (0%)	4 (22,2%)*	14 (77,8%)‡	18	
Não	4 (5,3%)	43 (56,6%)*	29 (38,2%)‡	76	
Velocidade de marcha					0,000
Sim	0 (0%)§	9 (22,5%)	31 (77,5%)¶	40	
Não	3 (8,3%)§	26 (72,2%)	7 (19,4%)¶	36	

Os valores expressam média±desvio-padrão ou frequência absoluta e relativa

\*apenas 47 (95,9%) dos pacientes realizaram o teste

†apenas 45 (97,8%) dos pacientes realizaram o teste

‡apenas 43 (93,5%) dos pacientes realizaram o teste

§apenas 3 (75%) dos pacientes realizaram o teste

||apenas 35 (71,4%) dos pacientes realizaram o teste

¶apenas 38 (82,6%) dos pacientes realizaram o teste

Ao se avaliarem os itens do fenótipo proposto<sup>(6)</sup>, pode-se observar que o mais frequente, presente nos idosos considerados frágeis, foi a diminuição da força de preensão palmar, seguida pela exaustão, pela diminuição da velocidade de marcha, pela perda de peso, e, por fim, o item menos frequente foi a diminuição da atividade física. Todos os fenótipos avaliados neste estudo, independentemente da caracterização da fragilidade dos grupos de idosos pesquisados, apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).

## Discussão

A idade média dos idosos (74,5±6,8 anos) mostrou-se idêntica à encontrada em outro estudo<sup>(14)</sup> (74,5 anos).

Quanto à prevalência, 49,5% dos idosos mostraram-se pré-frágeis e 46,5% frágeis. Um estudo<sup>(15)</sup> mostrou relação com esses achados, encontrando a seguinte prevalência de síndrome da fragilidade em idosos em instituição hospitalar: 26,2% nos internados em unidade

clínica e 62,4% em unidade cirúrgica. Uma busca ampla e sistematizada é necessária para assegurar que realmente não existem outros estudos apresentando dados da síndrome da fragilidade, em instituições hospitalares. Todavia, a busca na base de dados corrente não encontrou esses dados. Neste estudo, houve maior prevalência de fragilidade quando comparado a estudos com foco na comunidade. No Cardiovascular Health Study<sup>(6)</sup>, a prevalência foi de 6,9%. Outro estudo<sup>(16)</sup> mostra que 10% dos idosos apresentava-se frágil, 46% com fragilidade intermediária, semelhante ao presente, e 44% não frágil. Outro<sup>(17)</sup>, avaliando a prevalência em idosos brasileiros, com 65 anos ou mais, em grupos de convivência, mostrou 33% de idosos não frágeis, 66% de idosos pré-frágeis e apenas 1% dos idosos com fragilidade. A possível explicação para essa diferença na prevalência deve-se ao fato de a amostra deste estudo ter sido composta por idosos hospitalizados. Uma revisão<sup>(12)</sup> identificou que os 18 estudos analisados indicaram ampla variação de prevalência de fragilidade,

com variação geral de 6,9 a 21,0% para o estado frágil e 33 a 55% para o estado pré-frágil.

Existe correlação entre a fragilidade e o gênero, onde a prevalência foi maior em mulheres do que em homens<sup>(6,12,15)</sup>, diferentemente, nos dados deste estudo não se observou associação estatisticamente significativa entre sexo e prevalência de fragilidade. Possivelmente esse evento esteja relacionado ao motivo da internação, sendo nos homens mais graves e incapacitantes.

Em outros estudos<sup>(6,16)</sup> houve diferença estatisticamente significativa na prevalência de fragilidade por etnia, sendo nos negros maior do que nos brancos. Neste, o pequeno número de negros impossibilitou essa análise.

O presente estudo identificou prevalência de fragilidade maior nos idosos com renda média mais alta (diferença não significativa). Não foi encontrada justificativa para tal achado, pois se pressupõe que aqueles com renda mais alta tenham melhor percepção de autocuidado, qualidade de vida e acesso à medicina preventiva. Como é esperado, em outro estudo<sup>(16)</sup>, aqueles com renda inferior a 10.000 dólares por ano tinham chances duas vezes maior de apresentarem fragilidade do que os mais ricos.

A aposentadoria mostrou-se como importante fator desencadeador de fragilidade nos idosos, uma vez que 45,6% apresentaram fragilidade intermediária e 50% apresentaram-se frágeis.

Um estudo mostrou que há tendência estatisticamente significativa no aumento da prevalência de fragilidade em pessoas com mais doenças<sup>(6)</sup>. As pessoas com doença cardiovascular, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, osteoartrite e depressão são significativamente mais prováveis de serem classificadas como frágeis do que pessoas sem essas condições, mesmo após ajuste para idade e sexo<sup>(9)</sup>. Diferentemente, um estudo<sup>(6)</sup> demonstrou diferença significativa quanto à ocorrência de hipertensão arterial sistêmica e fragilidade, enquanto que o presente estudo não encontrou significância entre essas variáveis. Determinadas condições podem partilhar algumas das mesmas características da fragilidade, levando a potencial erro de classificação. Quando as pessoas com depressão ou diabetes têm sintomas que satisfazem os critérios de fragilidade, é difícil saber se eles são realmente frágeis<sup>(9)</sup>.

Quanto ao diagnóstico de fragilidade, a diminuição da força de preensão foi encontrada em 80% dos idosos frágeis, a exaustão em 59%, a perda de peso em 45%, a diminuição da velocidade de marcha em 40% e, por fim, a diminuição da atividade física foi encontrada em apenas 18% dos idosos frágeis. A diminuição da força de preensão palmar também foi o fenótipo mais frequente envolvido na caracterização dos idosos pré-frágeis. Outros

autores<sup>(17)</sup> também identificaram a diminuição da força de preensão palmar como o fenótipo mais frequentemente envolvido no diagnóstico da síndrome da fragilidade e a diminuição da atividade física como o fenótipo menos envolvido. Esse dado é também corroborado por outro estudo<sup>(18)</sup> onde se observou a existência de uma hierarquia na manifestação dos fatores associados à fragilidade física, sendo que o risco de desenvolver fraqueza muscular, lentidão de marcha e baixo nível de atividade física é 3,7, 1,7 e 1,9 vezes maior que o risco de se desenvolver perda de peso, respectivamente. Além disso, esse mesmo estudo identificou que, enquanto a fraqueza muscular se manifesta no princípio e é reversível, a exaustão e a perda de peso são marcadores evidenciados no final do ciclo de fragilidade e indicam idosos com tendência à progressão rápida desse ciclo. Nesse contexto, conclui-se que não é o número de marcadores que determina o risco de se tornar frágil, mas quais marcadores se manifestam primeiro.

O índice de fragilidade está fortemente correlacionado ao risco de morte, com coeficiente de correlação maior do que 0,95<sup>(5)</sup>. Apesar de não existir, até o momento, tratamento específico para essa síndrome, a realização periódica de uma avaliação geriátrica global por uma equipe multidisciplinar pode ser capaz de retardar o declínio funcional e prevenir a fragilidade e, assim, diminuir o índice de institucionalização e hospitalização, alterando positivamente as taxas de morbimortalidade nessa parcela da população. No entanto, protocolos sistematizados devem ser estabelecidos para a otimização do processo de reabilitação desses pacientes<sup>(11)</sup>.

Avaliar as necessidades individuais de saúde das pessoas que são frágeis requer a avaliação da sua cognição, função, mobilidade, equilíbrio e circunstâncias sociais, além de compreender os seus problemas médicos, pois a fragilidade tem implicações importantes para as necessidades de cuidados dos idosos acometidos pela síndrome<sup>(5)</sup>.

A triagem realizada em ambiente hospitalar, na pré-hospitalização, poderia ser o momento mais adequado para avaliação multidimensional do idoso, com o objetivo de estratificá-lo por nível de fragilidade. Essa permitiria ao profissional direcionar o cuidado, possibilitando assistência de enfermagem focada nas potenciais necessidades do idoso. Acredita-se que uma barreira para a caracterização desses pacientes seria a inexistência de instrumentos e critérios padronizados para avaliar a síndrome da fragilidade em pessoas idosas.

A disponibilidade de um instrumento válido e confiável para avaliar a fragilidade entre idosos no Brasil é de grande utilidade para os profissionais da saúde seja no âmbito da pesquisa como também na prática clínica<sup>(7)</sup>.

Dados referentes à comparação do fenótipo da fragilidade com alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como as condições de adoecimento e o impacto da internação nas variáveis do fenótipo não foram analisados, pois o delineamento transversal do estudo não permite inferir causalidade. Entretanto, sabe-se que tanto fatores que levaram o paciente ao hospital quanto a internação hospitalar, em si, podem afetar negativamente as condições de saúde, mesmo que transitoriamente, alterando a classificação do paciente quanto ao fenótipo estabelecido<sup>(6)</sup>. Mesmo havendo essa limitação, a identificação da situação do idoso, quanto à fragilidade, no momento da internação, é de grande importância, por modificar o planejamento de ações para o cuidado pela enfermagem, bem como as demais condutas terapêuticas pela equipe multidisciplinar.

## Conclusões

Avaliar e identificar no idoso a síndrome de fragilidade constitui um problema atual para os profissionais de saúde atuarem na implementação de programas específicos, a fim de minimizar os efeitos de fragilidade e suas consequências. A enfermagem pode estar presente em todos os níveis de cuidado a esses pacientes, otimizando a qualidade de vida.

Não foram identificados fatores estatisticamente associados à fragilidade. Como era esperada, a prevalência nessa população mostrou-se alta quando comparada a estudos que focam o idoso não hospitalizado.

A presente pesquisa apresenta limitações, pois estudos transversais não permitem distinção entre causa e efeito. Questiona-se se a utilização de um modelo de fragilidade estático, medido em um único ponto do tempo, seria apropriado para avaliar uma condição dinâmica, envolvendo a mudança ao longo do tempo de hospitalização e, posteriormente, após a alta. Estudos longitudinais e com populações maiores, talvez, poderiam melhor responder tais questionamentos.

Acredita-se que as primeiras setenta e duas horas representem o período em que a pessoa hospitalizada estaria agudamente afetada, podendo apresentar alterações hemodinâmicas. Nesse sentido, questiona-se se o diagnóstico de fragilidade não deveria ser realizado no momento de maior estabilidade clínica do idoso. Idosos em estado agudo de doença, principalmente nos primeiros dias de hospitalização, podem apresentar sinais e sintomas que mascarariam ou superestimariam a fragilidade.

O objetivo deste estudo foi alcançado ao demonstrar a prevalência de síndrome da fragilidade em idosos em instituição hospitalar. Espera-se que, com base nesses

resultados, sejam sugeridos modelos de diagnóstico e de cuidado para o idoso frágil (detecção precoce e tratamento) e para o idoso não frágil (prevenção primária), beneficiando os profissionais de saúde, os idosos e a sociedade. Com isso, pode-se evitar a progressão do quadro, reduzir a incidência de complicações, o tempo de hospitalização e reinternações do cliente idoso. Acredita-se que uma intervenção multidisciplinar, apoiada por iniciativas de saúde pública, seja estratégia eficiente e eficaz no cuidado ao idoso frágil.

## Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2009. [acesso 3 mar 2010]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf).
2. Veras RP, Caldas CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Ciência Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1104.
3. Estrella K, Oliveira CEF, Sant'anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):507-12.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
5. Koller K, Rockwood K. Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. *Cleveland Clin J Medicine*. 2013;80(3):168.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch, C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Series A – Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56(3):146-56.
7. 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. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9.
8. Fried LP, Hadley EC, Walston JD, Newman AB, Guralnik JM, Studenski S, et al. From bedside to bench: research agenda for frailty. *Sci Aging Knowledge Environ*. 2005;(31):25.
9. Bergman H, Ferrucci L, Guralnik JM, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol Series A – Biological Sciences and Medical Sciences*. 2007;62(7):731-7.

10. Singh M, Alexander K, Roger VL, Rihal CS, Whitson HE, Lerman A, et al. Frailty and its potential relevance to cardiovascular care. *Fragilização e sua potencial relevância para cuidados cardiovasculares*. Mayo Clinic Proc. 2008;83(10):1146-53.
11. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Brase Ciências Saúde*. 2008;33(3):177-84.
12. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Rev Salud Pública*. 2011;13(5):853-64.
13. Figueiredo IM, Sampaio RF, Mancini MC, Silva FCM, Souza MAP. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. *Acta Fisiátrica*. 2007;14(2):104-10.
14. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos : um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):141-9.
15. Crossetti MGO, Antunes M. Nursing diagnoses of those with frail elderly syndrome in surgical inpatient units. *Anais da NANDA International 40th Anniversary Conference; 2012*.
16. Szanton SL, Seplaki CL, Thorpe JR, Roland J, Fried LP. Socioeconomic Status is associated with Frailty: the Women's Health and Aging Studies. *J Epidemiol Commun Health*. 2010;64(1):63-7.
17. Carmo LV, Drummond LP, Arantes PMM. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Pesqui*. 2011;18(1):17-22.
18. Xue QL, Roche KB, Varadhan R, Zhou J, Fried LP. Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *J Gerontol: Medical Sciences*. 2008;63(9):984-90.

Recebido: 19.10.2012

Aceito: 21.5.2013

### *Como citar este artigo:*

Oliveira DR, Bettinelli LA, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Erdmann AL. Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. jul.-ago. 2013 [acesso em: / / ];21(4): [08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia | ano  
mês abreviado com ponto

URL