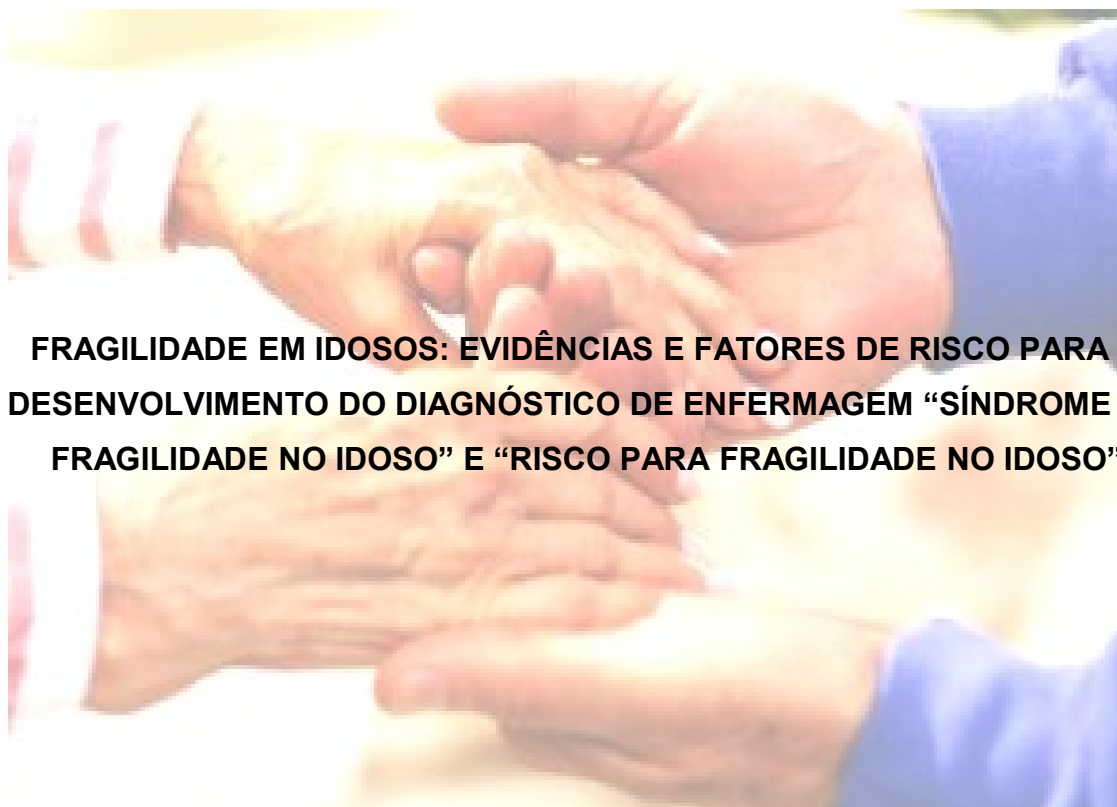


**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**GABRIELA DOEBBER SOUTO**



**FRAGILIDADE EM IDOSOS: EVIDÊNCIAS E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO” E “RISCO PARA FRAGILIDADE NO IDOSO”**

**Porto Alegre**

**2011**

**GABRIELA DOEBBER SOUTO**

**FRAGILIDADE EM IDOSOS: EVIDÊNCIAS E FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO” E “RISCO PARA FRAGILIDADE NO IDOSO”**



Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina TCC2 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Oliveira Crossetti

**Porto Alegre**

**2011**

Dedico este trabalho à minha família que sempre valorizou minha escolha profissional.

Dedico também a todos os pacientes que prestei cuidados e ainda irei cuidar nesta longa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar meu caminho e estar sempre em meus pensamentos em todos os momentos da minha vida.

Agradeço aos meus pais, Miguel e Lourdes por absolutamente tudo, principalmente pelo carinho e paciência. Cada um de seus atos foi uma oportunidade que eu tive para crescer e me tornar o que sou. A minha irmã, Daniela, pelo apoio e amor incondicional e que felizmente posso dizer ser recíproco. Ao meu cunhado Everton que hoje professor universitário sempre contribuiu com palavras de incentivo.

Meus sinceros agradecimentos também à minha orientadora Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Oliveira Crossetti pelo tempo a mim dedicado e pelo espírito crítico que engrandeceu este trabalho.

Agradeço aos demais professores pelos ensinamentos ministrados, aos colegas companheiros de classe, os quais hoje são meus amigos.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que convivi e que de certa forma confirmaram que a nossa dedicação como profissionais da enfermagem, nos engrandece como pessoas.

*“A falsa ciência gera ateus;  
a verdadeira ciência leva os homens a se curvar diante de Deus.”*

*Voltaire*

## RESUMO

A fragilidade é conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas reações adversas como: hospitalização, declínio funcional, institucionalização e morte. Esta pode ser caracterizada por fraqueza, sensação de cansaço, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física e anormalidades na marcha e no equilíbrio, que pode estar associada com a presença de morbidades crônicas não transmissíveis. Essas condições clínicas, acredita-se podem caracterizar diagnósticos de enfermagem específicos da população idosa, tais como as categoria diagnósticas síndrome da fragilidade no idosos e risco para fragilidade no idosos. Trata-se de uma pesquisa caracterizada por apresentar uma abordagem quantitativa do tipo transversal e descritiva, que teve por objetivo geral analisar as evidências e os fatores de risco que possam contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso” e do diagnóstico de enfermagem “risco para fragilidade no idoso”. E como objetivos específicos, identificar o perfil sócio-demográfico, de morbidades preexistentes e morbidades ou motivos de internação, verificar a ocorrência da SFI por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton, relacionar o perfil sócio-demográfico, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI, identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nos sujeitos do estudo, e relacionar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos sujeitos do estudo com a ocorrência da SFI. A pesquisa teve como campo de estudo as Unidades de Internação de Clínica Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Grande do Sul. A população compreendeu pacientes idosos com 60 anos ou mais, internados nas unidades campos do estudo. Diante do cálculo amostral, a amostra compreendeu 93 pacientes. Cujos critérios de inclusão: idosos internados nas unidades do campo do estudo com idade igual ou superior a 60 anos; capacidade para manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton e em condições de deambulação com ou sem auxílio; aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão: pacientes acamados e ou em condições de saúde que o incapacite de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a coleta dos dados, não aceitar participar do estudo. No que se refere às questões éticas, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de

Enfermagem-COMPESQ/UFRGS protocolo 005/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o protocolo 100172. Os resultados compreenderam: no que se refere ao perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo, a idade média foi de 70,6 anos de idade; o sexo predominante foi o masculino 58,1% (54); a cor da pele branca foi a mais freqüente 84,9% (79); vivem com companheiro 57% (53) sujeitos do estudo; possuem religião 94,6% (88) sujeitos do estudo; quanto a escolaridade 80,7% (75) estudaram de 1 a 12 anos; os idosos que recebem em torno de 1 a 2 salários mínimos foi em 75,3% (70) são os que mais apresentaram a SFI; as morbidades preexistentes estiveram presentes em 89,2% (83) dos idosos sujeitos do estudo; as morbidades motivos de internação consistiram-se em um total de 108 doenças. Quanto a ocorrência da SFI por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton, 62,4% (58) dos idosos sujeitos do estudo possuem a SFI. Ao relacionar o perfil sócio-demográfico, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI, constata-se que 69,2% (27) das mulheres dentro de um universo de 39 apresentaram a condição clínica SFI; 15% (14) dos 93 idosos da amostra eram não-brancos e destes, 78,6% (11) possuíam a SFI; a SFI esteve presente em 62,3 (47) dos idosos que vivem com companheiro e 62,5% (25) dos idosos sujeitos do estudo que vivem sem companheiro; 61,4% (54) dos idosos com religião apresentaram a SFI; os idosos sujeitos do estudo que estudaram por um período de 1 a 12 anos, correspondem a 82,7% (48) dos idosos que apresentaram a SFI; quanto a renda familiar mensal, identificou-se que os idosos que recebem em torno de 1 a 2 salários mínimos (79,3%) são os que mais apresentaram a SFI; dos 58 sujeitos da amostra com a SFI, 91,4% (53) apresentavam morbidades preexistentes; das 108 enfermidades motivos de internação, 63% (68) estavam presentes em idosos com a SFI. Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nos sujeitos do estudo foram: *Risco para infecção* (29), *Padrão respiratório ineficaz* (20), *Déficit para o autocuidado: banho* (17), *Dor aguda* (17), *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* (13), *Déficit no autocuidado: higiene* (09) e *Integridade tissular prejudicada* (09). Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos idosos sujeitos do estudo com a SFI foram: *Eliminação urinária prejudicada* em 71,4% (05); *Débito cardíaco diminuído* em 60% (03); *Padrão Respiratório Ineficaz* em 75% (15); *Confusão aguda* em 100% (02); *Mobilidade física prejudicada* em

83,3% (05); *Intolerância a atividade* sendo 80% (04); *Risco de queda* em 50% (02); *Déficit no autocuidado: banho* com 70,6% (12); *Déficit no autocuidado: higiene* em 88,9% (08) dos sujeitos; *Dor Aguda* em 53% (09); *Dor crônica* em 66,7% (02) sujeitos; *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* em 61,5% (08) dos idosos; *Deglutição prejudicada* em 100% (01) dos sujeitos da amostra com a SFI; *Interação social prejudicada: medo*, estando presente em um idoso sujeito da amostra com SFI. Com esse estudo constata-se a importância sobre o tema e a necessidade de maiores pesquisas e conhecimento dos profissionais frente ao assunto.

**Descritores:** Envelhecimento, Idoso, Idoso fragilizado, Diagnóstico de Enfermagem.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo perfil sócio-demográfico e morbidades preexistentes.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo a SFI.....</b>	<b>26</b>
<b>Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e a SFI.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo a cor a SFI.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo a situação conjugal e a SFI..</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo a religião e a SFI.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo a escolaridade e a SFI.....</b>	<b>28</b>
<b>Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal e a SFI.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 9 - Distribuição das morbidades preexistentes segundo a SFI.....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 10 – Distribuição dos tipos de morbidades preexistentes Segundo a SFI.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 11 – Distribuição das morbidades segundo a SFI.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 12 - Distribuição dos DE segundo a SFI.....</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 1 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem.....</b>	<b>33</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>4.2 Campo de Estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3 População e amostra .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4 Variáveis .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4.1 Variáveis dependentes .....</b>	<b>23</b>
<b>4.4.2 Variáveis independentes .....</b>	<b>23</b>
<b>4.5 Coleta de Dados .....</b>	<b>23</b>
<b>4.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>24</b>
<b>4.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>24</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B - Carta de Aprovação da COMPESQ – EEUFRGS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO C - Escala de Fragilidade de Edmonton .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário para avaliação do perfil sócio-demográfico e de comorbidades.....</b>	<b>58</b>

<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE C - Instrumento para registro dos Diagnósticos de Enfermagem .....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento hoje faz parte da realidade das sociedades. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Sabe-se que o mundo está envelhecendo e que, conseqüentemente, a população idosa irá continuar aumentando. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Sendo assim, estima-se que até o ano de 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos tal processo ocorreu devido às melhorias nas condições gerais de vida, enquanto nos países em desenvolvimento, vem acontecendo de forma rápida. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos e espera-se que para o ano de 2050, não só na realidade brasileira, mas como em todo o mundo, existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006).

Importante destacar no que tange aos serviços da saúde, que o avanço tecnológico contribuiu para o acelerado processo de mudança demográfica da população idosa. Com isto percebe-se a inserção de novas terapias, procedimento diagnósticos, melhorias nas infra-estruturas dos centros urbanos e na ampliação, organização e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, que constituem fatores determinantes da longevidade do idoso (PEREIRA, 2002). Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) a esperança de vida do brasileiro atingiu a faixa dos 72,3 anos, sendo 76,1 anos para as mulheres e 68,5 anos para os homens. No estado do Rio Grande do Sul, alcançou-se a média de 74,7 anos, apresentando uma das expectativas mais altas do país, perdendo apenas para o Distrito Federal e para o estado de Santa Catarina.

O Brasil envelhece rapidamente. A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Juntamente

a isto, a morbidade acompanha o processo natural da vida, assim a população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica, atingindo um valor de 75,5% entre os idosos, segundo informações do IBGE (2009).

Segundo Spirduso (2005), o envelhecimento é uma extensão lógica dos processos fisiológicos do crescimento e desenvolvimento, começando com o nascimento e terminando com a morte. O envelhecimento ocorre com o implacável passar do tempo e o corpo perde a capacidade de suportar os fatores de stress, físicos ou ambientais. O processo de envelhecimento provoca no indivíduo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém, é na velhice que suas mudanças aparecem de forma mais evidente.

Sendo assim, o envelhecimento da população é considerado um fenômeno, uma conquista da longevidade, porém, essa conquista eleva a possibilidade de o idoso ser acometido por doenças crônicas não-transmissíveis, acarretando o declínio da capacidade funcional e dependência nas atividades do cotidiano (AIRES; PAZ, 2008). Essas irão potencializar o surgimento das síndromes geriátricas, entre elas, a síndrome da fragilidade.

As definições de fragilidade do idoso se permutam em diferentes correntes de estudo, destacando a necessidade de suas análises sendo importantes para caracterização e a identificação das evidências e consequentes intervenções. Motivo pelo qual, constata-se na literatura que a síndrome da fragilidade no idoso, tem sido objeto de investigação em diferentes contextos (FRIED; WALTSON, 2003).

Com o processo de declínio energético a fragilidade inclui a queda da taxa metabólica e o declínio de força, perda da massa muscular e gasto energético de mobilidade, que constituem sinais e ou sintomas da síndrome com a presença de doenças, imobilidade, depressão e medicamentos que podem iniciar ou acelerar o ciclo (WALTSON; FRIED, 1999).

Deve-se considerar que a fragilidade não é apenas sinônimo de velhice, mas um fator que, ao ser tratado precocemente, poderá garantir autonomia e independência ao idoso evitando deficiências, incapacidades e desvantagens que possam estar associadas ou até sendo causadas pela fragilidade que o idoso possa estar apresentando (FABRICIO-WEHBE, RODRIGUES, 2008).

Essa fragilidade é definida por Macedo (2008), como a disposição que se encontra o idoso quando há redução da reserva dos seus diversos sistemas fisiológicos, resultante do efeito combinado do envelhecimento biológico, das condições crônicas e abusos, tais como tabagismo e alcoolismo ou desuso, neste caso o sedentarismo. Este conjunto de fatores determinantes para a configuração da fragilidade, acarreta ao idoso um aumento da susceptibilidade às doenças e à incapacidade.

Para Hekman (2006) a fragilidade tem sido definida como uma síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, sendo que seus marcadores incluem declínios associados ao envelhecimento da massa corporal magra, força, resistência, equilíbrio, capacidade de marcha e pouca atividade. Neste contexto, os autores referem os múltiplos sinais que devem estar presentes para constituir a fragilidade tais como: sarcopenia (imobilidade e sedentarismo), osteopenia, alteração da marcha e do equilíbrio, descondicionamento, desnutrição e marcha lentificada. A partir disso então, resultarão diferentes efeitos adversos como quedas, lesões, doenças agudas, hospitalizações, incapacitação, dependência, institucionalização e até a morte.

Nesse sentido, a síndrome da fragilidade no idoso (SFI), representa um importante problema de saúde pública, pois se não causa a morte do idoso, devido a um rápido processo agudo de adoecimento, tem como consequência a diminuição da autonomia e independência. Este fato pode gerar maior demanda dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, elevando os gastos do Sistema Único de Saúde com tratamento e reabilitação, bem como contribuindo para a diminuição da qualidade de vida destes indivíduos.

Percebendo-se então o expressivo envelhecimento da população, levanta-se a importância da discussão desse tema para uma melhoria na qualidade de vida e no atendimento desse público. Sendo assim, a fragilidade ou fragilização do idoso surge como um tema de extrema relevância.

No Brasil, os estudos a respeito do tema estão ainda em seu início, principalmente quando se pensa na necessidade de uma atenção de enfermagem específica para a população idosa. Constata-se que a enfermagem gerontogeriatrica vem se organizando recentemente para se constituir num corpo

de conhecimento específico aliado a um rol de habilidades práticas apropriadas já acumuladas pela experiência. Sendo assim, esse ramo da enfermagem supõe a composição da especialidade do conhecimento e da prática da enfermagem (TEIXEIRA; NERI, 2006).

O processo de cuidar deve ser visualizado e vinculado com a prática do cuidado na enfermagem gerontogeriátrica e da enfermagem como um todo, direcionando-se a pessoa idosa em seu contexto de vida. O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito a realidade do idoso e sua família. Assim sendo, o processo de cuidar em enfermagem consiste em olhar para a pessoa idosa considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados pelo idoso e pela família, prevendo a integração das multidimensões do viver da pessoa idosa. As práticas de cuidado da enfermagem estão relacionadas com metas a serem atingidas, tais como: promoção de um viver saudável, compensação de limitações e incapacidades, provisão de apoio e controle no curso do envelhecimento, tratamento e cuidado específico, e facilitação do processo de cuidar (ALVAREZ, 2001).

Portanto, destaca-se nesse contexto das práticas do cuidado a importância da metodologia da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) visando diagnosticar, intervir e avaliar os resultados de enfermagem com exatidão expressando as verdadeiras necessidades do idoso.

É importante destacar que a SAE se concretiza através de um plano de ação que foi embasado nos problemas e queixas observadas e referidas pelo paciente e que por meio do processo diagnóstico, culminará na tomada de decisão clínica que será determinada pelo diagnóstico de enfermagem e assim, o enfermeiro realizará as intervenções de enfermagem. Portanto se torna fundamental a etapa de elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) para então se obter o melhor resultado possível no paciente (FOSCHIERA; VIERA, 2004).

Desta forma, a disponibilidade de um instrumento válido e confiável para avaliar a fragilidade entre idosos é de grande importância na prática clínica. Dentre estes destaca-se a Escala de Edmonton já adaptada à realidade brasileira, avaliada como completa e de fácil aplicação para a detecção da fragilidade. Trata-

se de uma escala que avalia a cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional do idoso (FABRICIO-WEHBE, *et al.*, 2009).

Ademais, esta Escala auxilia na identificação de pessoas idosas que se encontram numa condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma.

A partir então, da aplicação da Escala de Edmonton, se poderá detectar fatores de risco para fragilidade no idoso e assim, atuar de maneira preventiva ou evitando maiores complicações dessa síndrome (FABRICIO-WEHBE, *et al.*, 2009).

Minha motivação para este estudo, se deu a partir do momento em que constatei que a população idosa representa um quantitativo expressivo nas internações hospitalares, e em específico nas unidades clínicas; causadas por doenças cardiovasculares, enfermidades crônicas não transmissíveis, diabetes mellitus, dentre outras, sendo então, dados observados a partir da minha experiência como acadêmica no hospital.

Neste contexto, acredita-se que a identificação de evidência e ou de fatores de risco próprios da SFI, podem caracterizar DE específicos desta condição clínica, o que possibilitariam de metas e resultados adequados em atenção aos problemas de saúde do idoso.



## **2 OBJETIVOS**

Compreendem objetivos desse estudo:

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as evidências e os fatores de risco que possam contribuir respectivamente para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso” e do diagnóstico de enfermagem “risco para fragilidade no idoso”, em Unidades de Internação Clínica.

### **2.2 Objetivos específicos**

a) descrever o perfil de idosos internados nas Unidades de Clínica Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de acordo com as variáveis sócio-demográficas, morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação;

b) verificar a ocorrência da SFI por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton;

c) Relacionar o perfil sócio-demográfico, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI;

d) identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos sujeitos do estudo;

e) relacionar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos sujeitos do estudo com a ocorrência da SFI.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Cada vez mais o tema do envelhecimento vem sendo abordado, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. No Brasil estudos têm apontado, de forma recorrente, que o processo de envelhecimento da população brasileira é considerado irreversível, diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do esperado para as próximas, nunca deixando de enfatizar a importância dos estudos sobre a população idosa (ARAUJO; ALVES, 2000).

O índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Espera-se que em 2050, o quadro mude e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos. Segundo projeções, o país continuará aumentando os anos de vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008). Com esses dados, comprova-se que a expectativa de vida do brasileiro está aumentando consideravelmente e, que assim, se tornam ainda mais importantes estudos que tematizam os idosos.

As doenças crônicas não transmissíveis freqüentemente acometem os idosos e não são passíveis de cura, porém o acompanhamento contínuo e rigoroso permite o controle da sua progressão e favorece a prevenção de complicações e agravamentos. Contudo, uma grande parcela de idosos ainda sofre as conseqüências dessas doenças não controladas e ficam propensos ao desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes (KAWASAKI; DIOGO, 2005).

Com esse expressivo envelhecimento da população, surge com muito destaque a discussão sobre a Fragilidade no Idoso, contudo essa Fragilidade não possui uma definição consensual, ou seja, ela pode ser compreendida como uma síndrome de múltiplas dimensões que envolve diferentes correntes de estudos (DUARTE, 2009). Pode-se definir, também, como uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais que culminam em um maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, entre eles o declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (TEIXEIRA, 2006).

Sendo assim, a Fragilidade no Idoso pode ser definida como uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético, causando vulnerabilidade às condições adversas (FRIED *et al*, 2004).

Percebendo-se a importância da avaliação da Fragilidade no Idoso, diferentes instrumentos são utilizados por profissionais da saúde, tanto no âmbito da pesquisa como também na prática clínica, para avaliar os declínios decorrentes dessa faixa etária. Portanto, os pesquisadores na área da geriatria e gerontologia têm buscado com as novas tecnologias e pesquisas, não só prolongar os anos de vida, mas também postergar, ao máximo, o surgimento de incapacidades e dependências, para cada vez mais próximo ao limite biológico.

Estudos revelam a utilização de um instrumento que avalia o desempenho e a capacidade funcional dos idosos, os quais tem sido definidos como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas da vida diária. A chamada de Medida de Independência Funcional é um instrumento multidimensional que avalia o desempenho do indivíduo em 18 atividades distribuídas em dois grandes domínios: o motor e o cognitivo/social. No domínio motor, a ênfase é dada ao autocuidado, ao controle de esfíncter, à transferência e a locomoção, englobando 13 atividades. O domínio cognitivo/social compreende as funções da comunicação e cognição social, contendo cinco atividades (KAWASAKI; DIOGO, 2005).

Também verifica-se o uso de mais escalas que avaliam a capacidade funcional dos idosos, como a Escala de Katz para atividades básicas da vida diária (ABVD's) como: alimentar-se, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, andar, transferir-se, banhar-se, ir ao banheiro, subir/descer escadas e controlar esfíncteres e a Escala de Lawton para atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) como: usar o telefone, fazer compras, executar atividades domésticas, usar transporte, tomar seus medicamentos, controlar finanças, preparar refeições e andar fora de casa (MACIEL; GUERRA, 2007). Verifica-se, a partir de estudos realizados, a utilização de ambas as escalas de forma concomitante para se chegar a um resultado mais expressivo.

Percebe-se então que existem diferentes escalas utilizadas na avaliação das capacidades dos idosos e que, considerando a temática em questão, Fragilidade do Idoso, a Escala de Edmonton apresenta-se mais completa na detecção dessa síndrome.

Essa escala tem como autoria principal o Doutor Darryl B. Rolfson, professor da Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá. A escala de Edmonton se constitui pela avaliação de nove domínios, são eles: Cognição, Estado Geral de Saúde, Independência Funcional, Suporte Social, Uso de Medicamentos, Nutrição, Humor, Continência e Desempenho Funcional (WEHBE, 2008).

Para uma eficiente assistência de enfermagem, com objetivos claros e pré-determinados, a aplicação da Escala de Edmonton deve ser associada aos diagnósticos de enfermagem identificados, evidenciando fatores de risco para a Fragilidade no Idoso e assim, com esses resultados, será possível qualificar a Assistência de Enfermagem, expressando as verdadeiras necessidades do Idoso.

A SAE está regulamentada no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pela Resolução nº 272/2002 da Lei nº 7.498/86, implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde brasileiras (COFEN, 2002). Define-se como um procedimento organizado utilizado pelo enfermeiro para identificar os problemas de saúde reais e potenciais do paciente/família ou comunidade conduzindo-a a um certo resultado. Visa determinar diagnósticos e intervenções de enfermagem em busca de respostas humanas positivas ou resultados de cuidados positivos comprovados a partir de uma avaliação subjetiva e objetiva do paciente (CROSSETTI, 2008a).

Sendo assim, a SAE se concretiza por meio do processo diagnóstico que se constitui como elemento fundamental na tomada de decisões clínicas, pois possibilita o enfermeiro identificar evidências a partir de informações verdadeiras ligadas às condições reais do indivíduo. Isso conduzirá o enfermeiro a tomada de decisão clínica com o estabelecimento de diagnósticos com consequentes intervenções e resultados. Evidencia-se como um processo essencial, pois é considerado como base do planejamento das ações, cuidados, atingindo as metas estruturadas através de um método sistemático de assistência de enfermagem.

Visto que a SAE constitui-se de diferentes etapas, como anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e evolução/avaliação de enfermagem, é importante destacar que o DE é definido como

[...] um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2008, p.377).

Em resumo, o diagnóstico de enfermagem resulta da tomada de decisão do enfermeiro através do processo diagnóstico que requer habilidade de raciocínio clínico e de pensamento crítico lógico. O enfermeiro com esse processo chega a conclusões condizentes com as condições clínicas e identifica evidências passíveis de intervenção e avaliação das respostas humanas sensíveis às ações de enfermagem (CROSSETTI, 2008b).

De acordo com a *North American Nursing Association* (NANDA, 2008), os DE quando precisos e válidos, determinam os resultados sensíveis a ação do enfermeiro, ou seja, eles orientam a escolha das intervenções com possibilidade de produzir os efeitos desejados do tratamento.

Em virtude da necessidade de evidenciar a associação existente entre os sinais e sintomas da fragilidade com os sintomas e/ou características definidoras dos DE prevalentes no idoso, faz-se necessário apresentar a definição, características definidoras e fatores relacionados do DE de Síndrome, visto o propósito de formulação do DE "Síndrome da Fragilidade".

Os DE de síndrome são formados por um conjunto de sinais e sintomas, que quase sempre ocorrem juntos, juntos esses grupos representam, um quadro clínico distinto (NANDA, 2010).

Conforme Almeida *et al.* (2008), destacam-se como fatores clínicos mais freqüentes de internação de idosos as doenças relacionadas ao aparelho circulatório, as doenças neoplásicas e as doenças do aparelho respiratório, sendo essas comuns aos processos degenerativos do envelhecimento. Sendo assim, a prevalência dos seguintes DE da NANDA: Déficit no Autocuidado – banho e/ou

higiene, Nutrição Desequilibrada menos do que as necessidades corporais, Risco de Infecção e Padrão Respiratório Ineficaz e as situações clínicas apresentadas caracterizam as limitações inerentes desta faixa etária e, os riscos impostos pela idade.

Sendo assim, o levantamento dos DE e a individualização do plano de cuidados de enfermagem possibilita ao profissional trabalhar de forma humanitária e capacitada, podendo ser mais objetivo e efetivo em suas ações, proporcionando atender o idoso no âmbito de suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais, oferecendo maiores condições de reabilitação e reinserção desse idoso a sua vida de forma integral.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Esta pesquisa caracterizou-se por apresentar uma abordagem quantitativa do tipo transversal e descritiva. A abordagem transversal tem por características descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos (POLIT, 2004). Este estudo está aninhado a um projeto intitulado “Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para fragilidade no idoso” e ou “síndrome da fragilidade no idoso” já aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem - COMPESQ/UFRGS sob o protocolo 005/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o protocolo 100172 (ANEXO A).

### **4.2 Campo de Estudo**

A pesquisa se realizou no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul\ Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA\HU\UFRGS nas Unidades de Internação de Clínica Médica, que é constituída por cinco unidades de internação. As Unidades de Internação localizam-se na ala sul (4° S, e 6° S) e na ala norte (5° N, 6° N e 7° N). Estas se caracterizam por internarem, dentre outros, pacientes idosos portadores de doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doenças músculo-esqueléticas.

### **4.3 População e Amostra**

A população que compôs o estudo consistirá em idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos) internados nas Unidades de Internação de Clínica Médica. A média mensal de internação de pacientes idosos nas unidades do campo de estudo é de 123 pacientes que compreenderam a população do estudo. Diante disso, a amostra definida estatisticamente compreendeu 93

pacientes, considerando uma margem de erro de 0,05% e nível de confiança de 95%. A amostra foi do tipo aleatório simples.

- Critérios de inclusão: idosos internados nas unidades do campo do estudo com idade igual ou superior a 60 anos; capacidade para manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton e em condições de deambulação com ou sem auxílio; aceitar participar do estudo.

- Critérios de exclusão: pacientes acamados e ou em condições de saúde que o incapacite de manter diálogo adequado aos questionamentos durante a coleta dos dados, não aceitar participar do estudo.

## **4.4 Variáveis**

### **4.4.1 Variável Dependente**

Presença de fragilidade no idoso hospitalizado segundo os critérios da Escala de Edmonton.

### **4.4.2 Variáveis Independentes**

As variáveis independentes neste estudo foram as variáveis sócio-demográficas a saber: idade, sexo, cor, situação conjugal, religião, escolaridade, renda familiar mensal e morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação.

## **4.5 Coleta dos Dados**

A coleta de dados se realizou em três etapas, a saber:

**Primeira etapa:** Os sujeitos foram identificados a partir dos prontuários dos idosos internados nas unidades campo do estudo. As informações, relacionadas ao perfil sócio-demográfico destes idosos, foram coletadas por meio de um questionário, o qual contemplou os seguintes itens: a idade em anos completos, situação conjugal, sexo, religião, escolaridade, renda familiar em salário mínimo vigente no período, cor da pele e morbidades preexistentes (APÊNDICE A). Este foi aplicado individualmente a cada sujeito que aceitou participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).



**Segunda etapa:** será realizada a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton (ANEXO C) pela autora do presente projeto.

**Terceira etapa:** Esta compreendeu a coleta dos diagnósticos de enfermagem com suas respectivas características definidoras, encontrados nos prontuários eletrônicos dos idosos que participarão da pesquisa (APÊNDICE C).

#### **4.6 Análise dos Dados**

Para o processamento dos dados se utilizou o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 16. Foi realizada a análise descritiva, com apresentação da distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes e, posteriormente, aplicado o teste de significância do  $X^2$  (qui-quadrado) para verificar a associação entre as variáveis: fragilidade no idoso e os diagnósticos de enfermagem com suas respectivas características definidoras. A discussão dos resultados foi realizada com base no referencial teórico próprio do tema em estudo.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

No que se refere às questões éticas, o estudo está aninhado a um projeto intitulado “Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para fragilidade no idoso” e ou “síndrome da fragilidade no idoso” que já está aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem - COMPESQ /UFRGS sob o protocolo 005/2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o protocolo 100172 (ANEXO A). O projeto do presente trabalho passou por avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ - EEUFRGS) (ANEXO B). Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi lido antes da coleta de dados (APÊNDICE B). Neste se assegurou o anonimato, a confidencialidade das informações, a não exposição a riscos de qualquer natureza, bem como o direito de recusa em participar do estudo como prevê a Resolução nº 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em atenção aos objetivos deste estudo que tem como objeto a Síndrome da Fragilidade no Idoso, apresenta-se a seguir dados referentes a caracterização da amostra no que refere as variáveis do perfil sócio-demográfico e de morbidades preexistentes.

**Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo perfil sócio-demográfico e morbidades preexistentes**

Variáveis - n=93

<b>Idade</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Média</b>
	60	90	70,60
<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>	
Feminino	39	41,9	
Masculino	54	58,1	
<b>Cor</b>			
Branco	79	84,9	
Não-branco	14	15,1	
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	53	57,0	
Sem companheiro	40	43,0	
<b>Religião</b>			
Possui	88	94,6	
Não possui	05	05,4	
<b>Escolaridade</b>			
Nenhuma	10	10,7	
1 a 12 anos	75	80,7	
Mais que 13 anos	08	08,6	
<b>Renda familiar mensal</b>			
1 a 2 salários	70	75,3	
3 a 4 salários	16	17,2	
5 ou mais salários	07	07,5	
<b>Morbidades preexistentes</b>			
Não	10	10,8	
Sim	83	89,2	

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Analisando a caracterização da amostra na Tabela 1, apresenta-se a média de idade dos idosos entrevistados sendo de 70,60 anos, destacando-se que a idade mínima apresentada foi 60 anos de idade e a máxima, 90 anos de idade. Evidencia-se que a amostra dos sujeitos do sexo masculino foi de 58,1% (54) sendo maior do que a do sexo feminino, que se apresentou com 41,9% (39) dos

sujeitos do estudo. Com relação ao perfil dos idosos quanto a cor da pele, contata-se que 84,9% (79) eram de cor branca e 15,1% (14) não-brancos, evidenciando uma diferença expressiva entre os sujeitos desta variável. Outro dado analisado foi a situação conjugal dos idosos em que se verifica que 57% (53) vivem com companheiro e 43% (40) sem companheiro. Quanto a variável religião, evidencia-se na tabela 1 que 94,6% (88) possuíam religião e 5,4% (05) não professavam qualquer tipo de fé religiosa. O perfil sócio-demográfico relativo à escolaridade, contata-se que 80,7% (75) dos sujeitos possuíam entre 1 a 12 anos de estudo; 10,7% (10) não possuíam nenhum ano de estudo e 8,6% (08) estudaram mais de 13 anos. Quanto a variável sócio-demográfica renda familiar mensal informada pelos sujeitos do estudo destacou-se a de 1 a 2 salários mínimos, correspondendo a 75,3% (70) dos idosos, sendo que 17,2% (16) apresentam de 3 a 4 salários e 7,5% (07) apresentam renda maior que 5 salários mínimos. O perfil de morbidades preexistentes é evidenciado na Tabela 1 que demonstra que do total da amostra do estudo 89,2% (83) apresentam pelo menos uma morbidade preexistente e 10,8% (10) manifestaram não vivenciar qualquer destas condições clínicas.

No que se refere a presença da condição clínica da Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI) constata-se o que se evidencia na Tabela 2.

**Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo a SFI**

<b>Fragilidade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Presença de fragilidade	58	62,4
Ausência de fragilidade	35	37,6
Total	93	100,0

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

À análise da Tabela 2, percebe-se que 62,4% (58) dos sujeitos do estudo apresentavam a SFI contrário a 37,6% (35) dos idosos que não vivenciaram esta condição clínica.

A seguir se apresentam os resultados em atenção ao objetivo de “verificar a ocorrência de fragilidade em idosos por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton” e com os resultados e as relações das variáveis sócio-demográficas, morbidades preexistentes e motivos de internação.

**Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo o sexo e a SFI**

<b>Sexo</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Feminino	12 (30,8%)	27 (69,2%)	39 (100%)
Masculino	23 (42,6%)	31 (57,4%)	54 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Observa-se na Tabela 3 que, 62,4% (58) dos idosos possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 53,4% (31) eram do sexo masculino e 46,6% (27) do sexo feminino. Embora a amostra de mulheres tenha sido menor, constatou-se que a SFI no sexo feminino foi mais freqüente, pois das 39 idosas, 69,2% (27) apresentaram-na, enquanto que dentre o sexo masculino, esta condição clínica se fez presente em 57,4% (31) dos 54 destes sujeitos da amostra.

**Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo a cor e a SFI**

<b>Cor</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Branco	32 (40,5%)	47 (59,5%)	79 (100%)
Não-branco	03 (21,4%)	11 (78,6%)	14 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Observando a relação entre a cor de pele e a SFI, constata-se que 59,5% (47) dos idosos de cor branca a evidenciaram, enquanto que 21,4% (03) dos não brancos não apresentaram esta síndrome. Contudo, ao se considerar que a amostra de sujeitos de cor branca foi maior, pode-se inferir pela estatística descritiva que a fragilidade foi superior nos idosos não-brancos, pois 78,6% (11) apresentaram fragilidade.

**Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo a situação conjugal e a SFI**

<b>Situação conjugal</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Com companheiro	20 (37,7%)	33 (62,3%)	53 (100%)
Sem companheiro	15 (37,5%)	25 (62,5%)	40 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Com relação a situação conjugal, ao se verificar a presença da variável SFI, a Tabela 5 mostra que esta se apresenta em 62,3% (33) dos idosos que convivem com companheiro, enquanto que 62,5% (25) dos sujeitos que não convivem com companheiro manifestaram a SFI.

**Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo a religião e a SFI**

<b>Religião</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Possui	34 (38,6%)	54 (61,4%)	88 (100%)
Não possui	01 (20,0%)	04 (80,0%)	05 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Considerando, a relação da religião com a fragilidade, dos 58 idosos com SFI, 93,1% (54) possuem alguma religião. Cabe ressaltar que 4, em cada 5 idosos sujeitos do estudo que não possuem religião tem a SFI, ou seja, 80% dessa população. Considerando os 88 idosos que referiram possuir uma religião, constata-se na Tabela 6, que 61,4% (54) apresentaram fragilidade.

**Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo a escolaridade e a SFI**

<b>Escolaridade</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Nenhuma	03 (30,0%)	07 (70,0%)	10 (100%)
1 a 12 anos	27 (36,0%)	48 (64,0%)	75 (100%)
Mais que 13 anos	05 (62,5%)	03 (37,5%)	08 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

A tabela 7 mostra que a escolaridade em relação a SFI, foi apontado que 70% (07) em cada dez idosos que não estudaram pelo menos um ano apresentam fragilidade. Já os que estudaram de 1 a 12 anos que representam um

total de 75 idosos, 64% (48) apresentaram SFI e acima de 13 anos de estudo, que foram 8,6% (08) idosos, a ocorrência de SFI foi em menor número, pois 37,5% (03) a manifestaram. Destaca-se ainda na Tabela 7, que 82,7% (48) dos 58 idosos com SFI possuem de 1 a 12 anos de estudos.

**Tabela 8. Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal e a SFI**

Renda familiar mensal	Sem SFI	Com SFI	Total
1 a 2 salários	24 (34,3%)	46 (65,7%)	70 (100%)
3 a 4 salários	08 (50,0%)	08 (50,0%)	16 (100%)
5 ou mais salários	03 (42,9%)	04 (57,1%)	07 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Na Tabela 8, em que se relaciona a renda familiar mensal com a presença ou não de fragilidade, observa-se 79,3% (46) idosos que tem renda familiar entre 1 a 2 salários apresentaram a SFI. Dentre os idosos que tem renda familiar entre 3 a 4 salários, verificou-se igual proporção entre a presença e a ausência da SFI, correspondendo a 13,8% dos 58 idosos. Os idosos que possuem renda familiar maior do que 5 salários, 4 (6,9%) manifestaram a SFI.

**Tabela 9. Distribuição das morbidades preexistentes segundo a SFI**

Morbidades preexistentes	Sem SFI	Com SFI	Total
Não	05 (50,0%)	05 (50,0%)	10 (100%)
Sim	30 (36,1%)	53 (63,9%)	83 (100%)
Total	35 (37,6%)	58 (62,4%)	93 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

A análise da tabela 9, que relaciona as morbidades preexistentes com a SFI, se evidencia que 83 sujeitos deste estudo tinham pelo menos uma morbidade preexistente, destes 53 (63,9%) apresentaram a SFI em contrario aos 10 idosos que não apresentavam morbidades preexistentes, em que se evidencio igual proporção entre a presença e a ausência da Síndrome. Vale ressaltar que 58 (62,4%) dos idosos da amostra apresentam fragilidade, e que destes, 53 (91%) apresentam pelo menos uma morbidade preexistente.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2011). Sendo assim, devido à grande diversidade de morbidades preexistentes e morbidades apresentadas pelos idosos sujeitos desse estudo, resolveu-se utilizar o CID-10 e assim categorizá-las para melhor analisá-las e interpretá-las. As categorias que contemplaram as morbidades preexistentes e morbidades presentes nos idosos estudados foram: Doenças infecciosas e parasitárias: Tuberculose e Hepatite B; Neoplasias: Estômago, Cólon, Próstata, Útero, Pulmão e Fígado; Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários: Anemia; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: Diabetes Mellitus, Desnutrição, Obesidade e Transtornos Tireoidianos; Transtornos mentais e comportamentais: Depressão; Doenças do sistema nervoso: Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios; Doenças do aparelho circulatório: Hipertensão Arterial Sistêmica, Infarto Agudo do Miocárdio, Arritmia cardíaca, Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral e Aterosclerose; Doenças do aparelho respiratório: Pneumonia, Bronquite aguda e crônica, Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas e Asma; Doenças do aparelho digestivo: Úlcera gástrica, Gastrite, Hérnias, Colelitíase, Colecistite e doenças do Pâncreas; Doenças da pele e do tecido subcutâneo: como Infecções da pele; Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo: Artrite reumatóide, Artrose e Osteomielite; Doenças do aparelho geniturinário: Insuficiência renal, Hiperplasia da próstata e Transtornos menopáusicos; Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas: Fratura do fêmur.

Nesse sentido, se apresenta as tabelas 10 e 11 cujos dados se relacionam com as morbidades preexistentes e as morbidades que foram os motivos de internação dos sujeitos relacionando-as com a ocorrência da SFI. Considerando que os sujeitos desse estudo apresentavam mais de uma morbidade preexistente e ou morbidade destaca-se que o quantitativo destas variáveis apresenta-se uma freqüência maior do que a amostra do estudo.

**Tabela 10. Distribuição dos tipos de morbidades preexistentes segundo a SFI**

<b>Morbidade Preexistente</b>	<b>Sem SFI</b>	<b>Com SFI</b>	<b>Total</b>
Doenças do aparelho circulatório	24 (35,8%)	43 (64,2%)	67 (100%)
Doenças endócrinas, nutricionais	09 (27,3%)	24 (72,7%)	33 (100%)
Doenças do aparelho respiratório	04 (25,0%)	12 (75,0%)	16 (100%)
Neoplasias [tumores]	05 (35,7%)	09 (64,3%)	14 (100%)
Doenças do sistema osteomuscular	03 (30,0%)	07 (70,0%)	10 (100%)
Doenças do aparelho geniturinário	03 (30,0%)	07 (70,0%)	10 (100%)
Transtornos mentais e comportamentais	01 (12,5%)	07 (87,5%)	08 (100%)
Doenças do aparelho digestivo	02 (28,6%)	05 (71,4%)	07 (100%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	00 (00,0%)	04 (100%)	04 (100%)
Doenças do sangue	01 (25,0%)	03 (75,0%)	04 (100%)
Doenças do sistema nervoso	01 (100%)	00 (00,0%)	01 (100%)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01 (100%)	00 (00,0%)	01 (100%)
<b>Total</b>	<b>54 (30,86%)</b>	<b>121 (69,14%)</b>	<b>175 (100%)</b>

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

A tabela 10 apresenta um total de 175 morbidades preexistentes expressas por idosos sujeitos da amostra. Destes constata-se que 69,14% (121) estão presentes em idosos que manifestaram a condição clínica de SFI. Pode-se verificar que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes, correspondendo a 38,3% (67) do total das morbidades preexistentes. Nesse contexto essas doenças estão presentes em 64,2% (43) de idosos que apresentam a síndrome. Constata-se, neste estudo, que as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, do aparelho respiratório e as neoplasias, também compreendem morbidades pré-existentes. Nos idosos as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas representaram 19% (33) das morbidades preexistentes sendo que estas são experimentadas por 72,7% (24) idosos que tem a SFI. Com relação as doenças do aparelho respiratório, constata-se que 75% (12) dos idosos que as vivenciam apresentaram a SFI. O mesmo ocorre com relação as neoplasias, que configuram comorbidades pré-existentes tendo 64,3% (09) idosos que tem a SFI.

Com esses resultados, pode-se inferir que as morbidades preexistentes surgem como um fator que predispõem a condição clínica da SFI dentre os idosos.



**Tabela 11. Distribuição das morbidades segundo a SFI**

Morbidade	Sem SFI	Com SFI	Total
Doenças do aparelho respiratório	06 (24,0%)	19 (76,0%)	25 (100%)
Doenças do aparelho circulatório	12 (48,0%)	13 (52,0%)	25 (100%)
Neoplasias [tumores]	08 (38,0%)	13 (62,0%)	21 (100%)
Doenças do aparelho geniturinário	04 (36,3%)	07 (63,7%)	11 (100%)
Doenças do aparelho digestivo	06 (66,7%)	03 (33,3%)	09 (100%)
Doenças endócrinas, nutricionais	02 (25,0%)	06 (75,0%)	08 (100%)
Doenças do sangue	00 (00,0%)	02 (100%)	02 (100%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	01 (50,0%)	01 (50,0%)	02 (100%)
Transtornos mentais e comportamentais	00 (00,0%)	01 (100%)	01 (100%)
Doenças do sistema nervoso	00 (00,0%)	01 (100%)	01 (100%)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	00 (00,0%)	01 (100%)	01 (100%)
Doenças do sistema osteomuscular	01 (100%)	00 (00,0%)	01 (100%)
Causas externas	00 (00,0%)	01 (100%)	01 (100%)
Total	40 (37,0%)	68 (63,0%)	108 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

As morbidades ou motivos das internações dos sujeitos são mostradas na tabela 11, em que se evidencia 108 enfermidades distintas, considerando que os idosos internaram devido a mais de uma enfermidade. Dentre as morbidades mais frequentes, as doenças do aparelho circulatório e respiratório, apresentaram igual proporção, correspondendo a 23,1% (25) cada. Contudo, identifica-se na tabela 11 que as doenças do aparelho respiratório se fizeram presentes em 76% (19) dos idosos com a SFI. No que se refere ao motivo de internação por doenças do aparelho circulatório, constata-se uma proporção aproximada, na medida em que 48% (12) e 52% (13) dos sujeitos não apresentavam e manifestavam respectivamente a SFI. As neoplasias representaram 19,4% (21) do total de doenças que foram motivo de internação, sendo mais frequentes nos idosos que apresentaram fragilidade 62%. As doenças do aparelho geniturinário corresponderam a 11% (11) das doenças, sendo 63,7% (07) delas presentes nos idosos com fragilidade. Constata-se ainda, na análise da Tabela 11, outras morbidades manifestadas pelos sujeitos do estudo, dentre estas, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas que representaram um total de 7,4% (08) dos motivos de internação. Estas se apresentam em 75% (06) dos sujeitos com a SFI.

Em atenção aos DE mais frequentes apresentados pelos sujeitos do estudo, se apresenta no Quadro 1 esta distribuição.

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Total</b>
Risco para Infecção	29
Padrão Respiratório Ineficaz	20
Déficit no auto-cuidado: banho	17
Dor Aguda	17
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	13
Déficit no auto-cuidado: higiene	09
Integridade tissular prejudicada	09
Eliminação urinária prejudicada	07
Perfusão tissular ineficaz	06
Mobilidade física prejudicada	06
Risco de glicemia instável	05
Risco de disfunção vascular	05
Intolerância a atividade	05
Risco para função respiratória prejudicada	05
Risco de sangramento	05
Débito cardíaco diminuído	05
Risco de queda	04
Déficit da atividade e lazer	04
Proteção ineficaz	04
Conforto alterado	04
Diarréia	03
Dor crônica	03
Síndrome de estresse de mudança de ambiente	03
Risco para prejuízo da integridade da pele	03
Volume de líquidos excessivo	03
Incontinência intestinal	02
Volume de líquido deficiente	02
Alteração da perfusão tissular: renal	02
Confusão aguda	02
Constipação	02
Integridade da pele prejudicada	02
Ansiedade	02
Deglutição prejudicada	01
Negligência unilateral	01
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	01
Risco de desequilíbrio de volume de líquidos	01
Eliminação intestinal alterada	01
Troca de gases prejudicada	01
Interação social prejudicada: medo	01
Risco de volume de líquidos deficiente	01
Síndrome do déficit para o auto cuidado	01
Total	217

**Quadro 1. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem**

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Constata-se no Quadro 1 que foram elaborados 217 categorias diagnósticas distintas, representando 2,33 DE para cada sujeito do estudo. Este evidencia uma diversidade dos DE, uma vez que se identifica 41 categorias distintas. Contudo, destacam-se sete DE mais frequentes. Dentre estes, os DE “Risco para Infecção” 13,4% (29), “Padrão respiratório ineficaz” 9,2% (20), seguidos de “Déficit no auto-cuidado: banho” e “Dor Aguda” que apresentaram a mesma frequência, 7,8% (17) cada, “Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais” 6% (13), “Déficit no auto-cuidado: higiene” 4,14% (09) e “Integridade tissular prejudicada” 4,14% (09).

Ao se analisar os demais DE, apresentados no Quadro 1, embora dispersos, verifica-se que esses se enquadram nos domínios Funcional, Fisiológico e Psicossocial da Taxonomia da NANDA-I (2010). O que leva a acreditar-se que a tipificação dos DE específicos destes sujeitos é uma tendência em se enquadrar nestes domínios, o que se identificou neste estudo.

À análise da distribuição dos DE apresentados pelos idosos sujeitos do estudo, constata-se categorias diagnósticas que se assemelham com os fatores biológico, sociais e psicológicos que determinam ou podem causar a SFI, assim como os fenótipos e caracterizam esta síndrome, apontados por diferentes autores (BERGMAN, 2004; FRIED, L. *et al*, 2004). Neste contexto, procurou-se identificar estes DE e agrupa-los em seus respectivos domínios e classes segundo a Taxonomia de NANDA-I (2010) e relacioná-los com a presença da SFI nos idosos sujeitos do estudo. Estes dados são apresentados na Tabela 12.

**Tabela 12. Distribuição dos DE segundo a SFI**

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Total</b>
<b>Domínio I funcional</b>		
<b>Classe atividade/exercício</b>		
Mobilidade física prejudicada	05 (83,3%)	06 (100%)
Intolerância a atividade	04 (80,0%)	05 (100%)
Risco de queda	02 (50,0%)	04 (100%)
<b>Classe autocuidado</b>		
Déficit no autocuidado: banho	12 (70,6%)	17 (100%)
Déficit no autocuidado: higiene	08 (88,9%)	09 (100%)
<b>Classe conforto</b>		
Dor Aguda	09 (53,0%)	17 (100%)
Dor crônica	02 (66,7%)	03 (100%)
<b>Classe nutrição</b>		
Nutrição desequilibrada: menos que as	08 (61,5%)	13 (100%)

necessidades corporais		
Deglutição prejudicada	01 (100%)	01 (100%)
<b>Domínio II fisiológico</b>		
<b>Classe eliminação</b>		
Eliminação urinária prejudicada	05 (71,4%)	07 (100%)
<b>Classe função cardíaca</b>		
Débito cardíaco diminuído	03 (60,0%)	05 (100%)
<b>Classe função respiratória</b>		
Padrão Respiratório Ineficaz	15 (75,0%)	20 (100%)
<b>Classe neurocognição</b>		
Confusão aguda	02 (100%)	02 (100%)
<b>Domínio III psicossocial</b>		
<b>Classe papéis nos relacionamentos</b>		
Interação social prejudicada: medo	01 (100%)	01 (100%)
Total	77 (70,0%)	110 (100%)

Fonte: SOUTO, Gabriela. **Fragilidade em Idosos em unidades clínicas: evidências e fatores de risco para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Síndrome da Fragilidade no Idoso” e “Risco para Fragilidade no Idoso”**. Porto Alegre. 2011.

Contata-se que a tabela 12, os DE pertencentes ao Domínio I funcional e a classe atividade/exercício foram: *Mobilidade física prejudicada*, representado 2,76% (06) da amostra, sendo 83,3% (05) em sujeitos com a SFI; *Intolerância a atividade* que representou 2,3% (05) da amostra, sendo 80% (04) em idosos com a SFI e *Risco de queda*, representando 1,84% (04) da amostra sendo 50% (02) em idosos com a SFI. Ao analisar a classe autocuidado, os DE apresentados foram: *Déficit no autocuidado: banho*, correspondendo a 7,83% (17) da amostra, sendo 70,6% (12) em idosos com a SFI; *Déficit no autocuidado: higiene*, representando 4,14% (09) da amostra, sendo 88,9% (08) em idosos com a SFI. Com relação a classe conforto, os DE apresentados foram: *Dor aguda*, que representou 7,83% (17), sendo 53% (09) em idosos com a SFI e *Dor crônica*, correspondendo a 1,38% (03) da amostra, sendo 66,7% (02) em sujeitos com a SFI. Quanto a classe nutrição, apresenta-se o *DE Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais*, que representou 6% (13) dos DE da amostra e destes 61,5% (08) em idosos com a SFI e o *DE Deglutição prejudicada*, que esteve presente em um sujeito da amostra e este possuía a SFI.

Considerando o Domínio II fisiológico, na classe eliminação, destaca-se o *DE Eliminação urinária prejudicada*, que esteve presente em 3,23% (07) dos idosos da amostra e em 71,4% (05) dos idosos com a SFI. Na classe função cardíaca apresenta-se o *DE Débito cardíaco diminuído*, sendo atribuído a 2,3% (05) idosos sujeitos da amostra e destes 60% (03) possuíam a SFI. Para a classe

função respiratória, o DE *Padrão respiratório ineficaz* esteve presente em 9,21% (20) dos DE da amostra e destes 75% (15) em idosos com a SFI. Para a classe neurocognição, destaca-se o DE *Confusão aguda*, que esteve presente em 0,92% (02) dos DE da amostra e configurou a SFI em 100% (02) dos idosos sujeitos da amostra.

Configurando o Domínio III – psicossocial pertencentes a classe papéis nos relacionamentos, destaca-se o DE *Interação social prejudicada: medo*. Nesse DE percebeu-se que o único sujeito da amostra que apresentou esse DE possuía a SFI.

Esses DE podem vir a caracterizar um DE de SFI, uma vez que podem configurar um conjunto de sinais e sintomas ou categorias diagnósticas que determinam uma condição clínica.

## 6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As discussões dos resultados, seguem com a apresentação de acordo com os objetivos do estudo.

No perfil sócio-demográfico relativo ao sexo, constata-se que 58,1% (54) são idosos do sexo masculino, o que vêm ao encontro de estudos que apontam que o homem, apresenta número maior de morbidades e comorbidades que configuram expressivos motivos de internação destes sujeitos. Contudo, Netto (2010) refere que o aumento da expectativa de vida da população ocorre de forma diferente nos sexos, sendo maior a expectativa de vida nas mulheres do que nos homens, o que pode corroborar com os dados deste estudo em que 41,9% dos sujeitos eram do sexo feminino, embora em número menor. Neste sentido, Eliopoulos (2005), aponta que o aumento do número de mulheres na população brasileira ocorre devido a diferentes fatores como a tendência das mulheres buscarem atividades de lazer, autocuidado e convivência.

Outro aspecto relevante é que ao se considerar a cor da pele dos idosos, verificou-se que 84,9% (79) eram de cor branca. Entre os anos 1999 e 2009, o percentual das pessoas com 60 anos ou mais de idade na população brasileira passou de 9,1% para 11,3% e dentre essas, 55,4% são de cor branca (IBGE, 2010).

Verificando a situação conjugal, constatou-se nesse estudo que 57% (53) dos idosos viviam com companheiro. Infere-se que esse dado deve-se ao aumento da qualidade de vida dos idosos, considerando as estratégias desenvolvidas pela sociedade, tais como o envelhecimento ativo, a Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso, ao Estatuto do Idoso e ao fato dos idosos contribuírem com a renda salarial familiar. Contudo identifica-se no estudo que 43% (40) desses sujeitos vivem sem companheiro, o que vem ao encontro dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, que refere que, os idosos que vivem em domicílios com apenas um morador passaram de 10,04% em 2004 para 12% em 2009. Pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada referem que a tendência são as pessoas morarem sozinhas, e que há um aumento de domicílios com idosos, sendo então o envelhecimento maior causa desse fenômeno (BRASIL, 2010).

Quanto ao perfil sócio-demográfico relativo a religião, constata-se que 94,6% (88) dos sujeitos do estudo possui uma religião. Isto vem ao encontro do que alude Monteiro (2004) ao afirmar que com o avançar da idade há um aumento da espiritualidade, sendo então uma fonte de grande importância no que diz respeito ao suporte emocional, repercutindo nas áreas da saúde física e mental. Dessa forma, práticas e crenças religiosas parecem contribuir decisivamente para o bem-estar na velhice.

Na análise da escolaridade, 80,7% (75) dos idosos estudaram de 1 a 12 anos, dado que vem ao encontro das informações relativas à Síntese de Indicadores Sociais de 2010, em que 30,7% das pessoas com 60 anos ou mais de idade tinham menos de um ano de instrução (IBGE, 2010).

A renda salarial de 1 a 2 salários mínimos esteve presente em 75,3% (70) sujeitos da amostra. Dado que se atribui ao baixo valor da aposentadoria, ao se constatar nas estatísticas que optam por continuar trabalhando após receber o benefício, o que se evidenciam com os dados do IBGE (2010), que cita que há 15,76 milhões de aposentados e destes, 5,1 milhões estão na ativa.

O perfil de morbidades pré-existentes foi objeto de investigação nos sujeitos deste estudo. Evidencia-se que 89,2% (83) dos idosos apresentavam alguma destas condições clínicas. De acordo com o Suplemento de Saúde da PNAD relativo aos dados de 2008, 77,4% dos idosos brasileiros declararam ter doenças. Entre aqueles com 75 anos ou mais, este percentual foi para 80,3%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e, no subgrupo a partir de 75 anos, o percentual atingia 54% desta população. A hipertensão arterial sistêmica foi a enfermidade que mais se destacou com prevalência aproximada em 50% dos idosos. As dores na coluna e artrite ou reumatismo atingiram respectivamente 35,1% e 24,2% das pessoas de 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Segundo Veras e Parahyba (2007), em 2003, 29,9% da população brasileira informou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica. Sendo assim, o que mais se destaca é que as doenças crônicas atingem 75,5% dos idosos, sendo 80,2% entre as mulheres e 69,3% entre os homens. Estes dados vêm ao encontro dos resultados deste estudo em que se constata que as

morbidades pré-existentes estão presentes em um número expressivo de idosos da presente pesquisa.

Ao se analisar o perfil sócio-demográfico relativo a variável sexo e relacioná-lo a presença da SFI, constatou-se que 69,2% (27) das mulheres dentro de um universo de 39 que fizeram parte da amostra, apresentaram esta condição clínica. Este dado vem ao encontro do estudo realizado por Torpy (2006) que concluiu que há a predominância da SFI entre as mulheres. Segundo Polidoro *et.al.* (2010), ainda sobre a variável sexo, esta síndrome parece ter maior incidência em mulheres e algumas das possíveis causas desta situação pode ser uma menor massa magra e força ou uma ingestão nutricional inadequada. Para Wua *et.al.* (2010), o estado de fragilidade em mulheres tem como preditores as deficiências de hormônios anabólicos, incluindo a testosterona. Com o que corrobora Espinoza e Waltson (2005), ao destacarem que alterações no sistema endócrino, provavelmente, desempenham um papel no declínio acelerado da massa muscular e força observada em idosos frágeis, sendo que nas mulheres, os níveis de hormônio sexual sofrem um declínio brusco com o início da menopausa.

Em se tratando da cor da pele, evidenciando-se neste estudo que 15% (14) dos 93 idosos da amostra eram não-brancos e destes, 78,6% (11) possuíam a SFI. Neste sentido, em estudo de Hirsch *et.al.* (2006), encontra-se justificativa nos Estados Unidos da América, ao se constatar que a SFI tem uma prevalência entre os idosos americanos-africanos, sendo duas vezes maior que em idosos de cor branca. Dado esse também encontrado no estudo de Ahmed *et.al.* (2007).

No que se refere a relação variável situação conjugal, com a presença da SFI, constatou-se que a síndrome manifestada em 62,3 (47) e 62,5% (25), respectivamente em idosos com companheiro e sem companheiro, apresentando pois, proporções semelhantes. Neste sentido, Silva *et. al.* (2009), inferem que viúvos e idosos que vivem sozinhos apresentam maior percentual de SFI.

De acordo com Floriano e Dalgarrondo (2007) a religião desempenha um papel muito importante na vida de um grande número de idosos, estando relacionada com a manutenção da saúde física e mental e a redução de agravos a saúde. Contudo observa-se neste estudo se evidencia que 61,4% (54) dos idosos com religião apresentaram a SFI.



Quanto à escolaridade, ou seja, o tempo de estudo no decorrer da vida do idoso, pode-se concluir que aqueles que estudaram por um período de 1 a 12 anos, correspondem a 82,7% (48) dos idosos que apresentaram a SFI. Duarte (2009) reforça esse dado em sua pesquisa, indicando que o baixo nível de escolaridade pode intensificar a fisiopatologia da SFI. Fernandes (2010) também refere que os idosos frágeis apresentam em sua maioria déficit cognitivo, reforçando então a relação da escolaridade com a presença da SFI. De acordo com Jung *et.al.* (2010), idosos que participam de atividades produtivas são menos expostos a se tornarem frágeis. Com isso, reforça-se a importância de atividades que desenvolvam o aspecto cognitivo nos idosos como meio de prevenção ao desenvolvimento da fragilidade.

A relação do perfil sócio-demográfico renda familiar mensal e a SFI, identifica-se que os idosos que recebem em torno de 1 a 2 salários 79,3% (46) são os que mais apresentam a SFI. Estes dados são validados por Teixeira (2008) que em seu estudo refere as condições socioeconômicas e renda insuficiente contribuem para o surgimento dessa condição clínica. Segundo Woo *et.al.* (2005), fatores socioeconômicos são determinantes sociais de fragilidade e que a relação entre pobreza e problemas de saúde são compatíveis com o aumento da SFI. Outros autores que referem esse determinante são Gobbens *et.al.* (2010), relatando que a renda média e um insalubre estilo de vida proporcionam o aparecimento da SFI. Kan *et. al.* (2010), também reforça esta relação, referindo que há uma significativa associação entre a SFI e o baixo poder socioeconômico, conforme ficou evidenciado em sua pesquisa.

Para Morley *et.al.* (2006) inúmeras doenças levam à fragilidade citando os autores que a dor, limita a capacidade da pessoa ao exercício, sendo muitas vezes um precipitante importante da fragilidade. Quanto as enfermidades, aludem que os danos que limitam a função cardiopulmonar como insuficiência cardíaca congestiva, anemia, ou doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes, doença vascular periférica, polimialgia reumática, perda de peso e doenças como depressão interagem para produzir a SFI. De acordo com Gomes (2010), fatores como perda de peso, sarcopenia, fadiga e diminuição da velocidade de marcha também contribuem para o desenvolvimento da SFI. Portanto estas morbidades vêm ao encontro dos resultados desse estudo, em que se constatou que dos 58

sujeitos da amostra com a SFI, 91,4% (53) apresentavam morbidades preexistentes.

Considerando a análise das morbidades preexistentes e morbidades, verifica-se a presença de 69,14% (121) morbidades preexistentes e 63% (68) de morbidades motivos de internação nos idosos com a SFI. Constatase uma relação entre já possuir alguma doença e a causa da internação hospitalar, ou seja, pode-se inferir que as morbidades preexistentes, em muitos idosos, também são as causas para sua hospitalização.

De acordo com análise das morbidades preexistentes, tabela 10, doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Infarto Agudo do Miocárdio, Arritmia cardíaca, Insuficiência Cardíaca, Acidente Vascular Cerebral e Aterosclerose, juntamente com Diabetes Mellitus, Desnutrição e Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas são as mais presentes nos idosos da amostra, observando-se neles altos índices de fragilidade. Ahmed *et.al.* (2007) apresentam esses dados em sua pesquisa, concluindo que a aterosclerose contribui para a fragilidade, fluxo de sangue diminuído e diminuição de oxigenação para os músculos, levando a sarcopenia, destacam ainda que as doenças cardiovasculares e obesidade estão associadas a SFI.

Kanapuru e Ershler (2009), referem que morbidades aumentam o risco de fragilidade. Entre elas destacam, insuficiência cardíaca, história de infarto, artrite, doenças vasculares, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica e a depressão como as mais predominantes. Constatase a existência da relação entre as morbidades preexistentes manifestadas na amostra desse estudo com os dados apresentados pela literatura, mas deve-se salientar que mesmo as doenças menos frequentes estão presentes como fatores para a fragilidade, como a depressão e a anemia. Morley *et.al* (2006) diz que a depressão é comumente associado à fragilidade e deterioração funcional. Ahmed *et.al.* (2007) apresentam a anemia como uma doença prevalente entre os idosos frágeis.

Observando as morbidades que foram causas para a hospitalização dos sujeitos do estudo apresentadas na tabela 11, observa-se que essas são praticamente as mesmas morbidades preexistentes apresentadas pelos idosos. Porém identificou-se que além das doenças do aparelho respiratório, circulatório e endócrinas, a incidência de neoplasias, doenças do aparelho digestivo e doenças

do aparelho geniturinário como causas da SFI. Cabe destacar que doenças do sangue como a anemia, causas externas como fraturas, e transtornos mentais e comportamentais como a depressão estão presentes, sendo importantes fatores para o desenvolvimento da síndrome, mesmo algumas não sendo tão frequentes.

A diabetes mellitus leva a um declínio no *status* funcional em maior grau do que outras doenças, sendo associada a um aumento no declínio para o desenvolvimento de outras doenças. Sendo assim, as pessoas que têm diabetes têm maior risco para o desenvolvimento da SFI (MORLEY et.al., 2006). Johansen et.al. (2007) cita que a Doença renal crônica está associada com outras manifestações clínicas como idade avançada, como a inatividade, perda de massa muscular, comorbidades e declínio cognitivo como fenótipos para a fragilidade. Ainda referem que em sua pesquisa, que há um alto índice de pacientes frágeis naqueles que fazem hemodiálise devido a insuficiência renal. Watters e Meehan (2006) referem que a fragilidade afeta a saúde óssea de maneira adversa e insidiosa e que a incapacidade de reconhecer a SFI pode levar a perda acelerada de função fisiológica em adultos mais velhos e que de outro modo pode reter um maior grau de atividade e de saúde músculo-esquelética.

Dessa forma, a literatura contempla e reforça que altos índices de morbidades preexistentes e morbidades são fatores fundamentais para a determinação da Síndrome da Fragilidade no Idoso (AHMED et.al, 2007; KANAPURU E ERSHLER, 2009; MORLEY et.al, 2006; JOHANSEN et.al, 2007; WATTERS E MEEHAN, 2006).

Em atenção ao objetivo do estudo de verificar os DE mais freqüentes nos idosos que integram a amostra deste estudo, contata-se que dentre os 217 DE listados, sete foram mais freqüentes, dentre eles: *Risco para infecção* (29), *Padrão respiratório ineficaz* (20), *Déficit para o autocuidado: banho* (17), *Dor aguda* (17), *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* (13), *Déficit no autocuidado: higiene* (09) e *Integridade tissular prejudicada* (09). Essas categorias diagnósticas compreenderam os 41 DE distintos elaborados para esses sujeitos.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados em estudos que tem focado a caracterização dos DE em idosos hospitalizados com base na taxonomia

da NANDA - I (SAKANO E YOSHITOME, 2007; NOBRE *et.al*, 2010; FRANZEN *et.al*, 2007; ALMEIDA *et.al*, 2008).

O mesmo constata-se no que se refere aos demais DE que integram os domínios funcional, fisiológico e psicossocial apresentados pelos idosos sujeitos desse estudo.

Ao se analisar a relação destes com os fenótipos e ou determinantes da SFI, evidencia-se no estudo que os DE do domínio fisiológico foram mais freqüentes, dentre outros, *Eliminação urinária prejudicada* em 71,4% (05) dos idosos com a SFI, *Débito cardíaco diminuído* em 60% (03) nos sujeitos com a SFI, *Padrão Respiratório Ineficaz* em 75% (15) dos sujeitos do estudo com a SFI e *Confusão aguda* que esteve presente em 100% (02) dos idosos da amostra com SFI, por apresentarem características e sinais semelhantes. Dado que se evidencia nas definições e determinantes biológicos, sociais, econômicos, apresentados por autores que tem estudado a SFI. Dentre estes cita-se Fried *et.al.* (2004), que define a fragilidade no idoso como uma síndrome que se caracteriza por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético, causando vulnerabilidade às condições adversas.

Considerando os DE do domínio funcional, foram destacados os DE *Mobilidade física prejudicada*, estando presente em 83,3% (05) dos sujeitos com a SFI, *Intolerância a atividade* sendo 80% (04) em idosos com a SFI, *Risco de queda* se fazendo presente em 50% (02) dos idosos com a SFI, *Déficit no autocuidado: banho* com 70,6% (12) de idosos com a SFI, *Déficit no autocuidado: higiene*, representando 88,9% (08) de sujeitos com a SFI, *Dor Aguda* que esteve presente em 53% (09) dos idosos da amostra com a SFI, *Dor crônica* sendo 66,7% (02) em sujeitos com a SFI, *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* que representou 61,5% (08) dos idosos com a SFI e *Deglutição prejudicada* que esteve presente em um único sujeito da amostra e esse possuía a SFI. Esses dados se evidenciam nas definições de Fried *et.al.* (2001) em que define como manifestações da SFI sinais como perda de peso não intencional, fraqueza muscular, fadiga, redução da velocidade da marcha e

redução do nível de atividade física. Gobbens *et.al.* (2010) também cita dificuldade em andar, equilíbrio e cansaço físico como fenótipos da SFI.

O DE apresentado no domínio psicossocial foi *Interação social prejudicada: medo*, estando presente em um idoso sujeito da amostra e esse possuía a SFI, vindo de encontro ao que cita Bergman *et al.* (2004) os quais observam que fragilidade é uma entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e societais na vida de uma pessoa. Gobbens *et.al.* (2010) também inferem que as relações sociais, o apoio social e o fato de viver sozinho são sinais que determinam a SFI.

## 7 CONCLUSÕES

A fragilidade no idoso é um assunto que ainda está sendo estudada e discutida por diferentes autores e estudiosos. Em atenção aos objetivos desse estudo conclui-se que:

- o perfil sócio-demográfico dos 93 idosos sujeitos da amostra consistiu em: idade média dos idosos de 70,60 anos de idade, o sexo predominante foi o masculino 58,1% (54), a cor da pele branca foi a mais freqüente 84,9% (79), 57% (53) idosos sujeitos da amostra vivem com companheiro, 94,6% (88) sujeitos do estudo referiram possuir religião, quanto a escolaridade 80,7% (75) estudaram de 1 a 12 anos, a renda familiar mensal foi em 75,3% (70) de 1 a 2 salários mínimos, as morbidades preexistentes estiveram presentes em 89,2% (83) dos idosos sujeitos do estudo e as morbidades motivos de internação consistiram-se em um total de 108 doenças;
- quanto a ocorrência da SFI por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton, 62,4% (58) dos idosos sujeitos do estudo possuem a SFI;

Com relação ao perfil sócio-demográfico, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI, constatou-se que:

- 69,2% (27) das mulheres dentro de um universo de 39 apresentaram a condição clínica SFI;
- 15% (14) dos 93 idosos da amostra eram não-brancos e destes, 78,6% (11) possuíam a SFI;
- a SFI esteve presente em 62,3 (47) dos idosos que vivem com companheiro e 62,5% (25) dos idosos sujeitos do estudo que vivem sem companheiro;
- 61,4% (54) dos idosos com religião apresentaram a SFI;

- os idosos sujeitos do estudo que estudaram por um período de 1 a 12 anos, correspondem a 82,7% (48) dos idosos que apresentaram a SFI;
- quanto a renda familiar mensal, identificou-se que os idosos que recebem em torno de 1 a 2 salários mínimos (79,3%) são os que mais apresentaram a SFI;
- dos 58 sujeitos da amostra com a SFI, 91,4% (53) apresentavam morbidades preexistentes;
- das 108 enfermidades motivos de internação, 63% (68) estavam presentes em idosos com a SFI;

Ao se buscar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos sujeitos do estudo percebeu-se que:

- dentre os 217 DE listados, sete foram mais frequentes, dentre eles: *Risco para infecção* (29), *Padrão respiratório ineficaz* (20), *Déficit para o autocuidado: banho* (17), *Dor aguda* (17), *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* (13), *Déficit no autocuidado: higiene* (09) e *Integridade tissular prejudicada* (09).

Ao relacionar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos sujeitos do estudo com a ocorrência da SFI constatou-se que:

- os DE do domínio fisiológico mais frequentes foram, dentre outros, *Eliminação urinária prejudicada* em 71,4% (05) dos idosos com a SFI, *Débito cardíaco diminuído* em 60% (03) dos sujeitos com a SFI, *Padrão Respiratório Ineficaz* em 75% (15) dos sujeitos do estudo com a SFI e *Confusão aguda* que esteve presente em 100% (02) dos idosos da amostra com SFI;
- nos DE do domínio funcional, destacou-se os DE *Mobilidade física prejudicada*, estando presente em 83,3% (05) dos sujeitos com a SFI, *Intolerância a atividade* sendo 80% (04) em idosos com a SFI, *Risco de queda* se apresentando em 50%

(02) dos idosos com a SFI, *Déficit no autocuidado: banho* com 70,6% (12) de idosos com a SFI, *Déficit no autocuidado: higiene*, representando 88,9% (08) de sujeitos com a SFI, *Dor Aguda* que esteve presente em 53% (09) dos idosos da amostra com a SFI, *Dor crônica* sendo 66,7% (02) em sujeitos com a SFI, *Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais* que representou 61,5% (08) dos idosos com a SFI e *Deglutição prejudicada* em 100% (01) dos sujeitos da amostra com a SFI.

- o DE apresentado no domínio psicossocial foi *Interação social prejudicada: medo*, estando presente em um idoso sujeito da amostra e esse possuía a SFI.

Os resultados relativos ao perfil demográfico de morbididades preexistentes e de morbididades ou motivos de internação, permite inferir que no contexto de avaliação do idoso, há fatores que podem configurar condições que possibilitem se caracterizar o diagnóstico de risco para a síndrome da fragilidade no idoso.

Mesmo se conclui no que se refere aos DE apresentados pelos idosos do estudo, que dado a sua natureza e o momento em que se apresentam, ou seja, juntos podem configurar um diagnóstico de síndrome, e assim o diagnóstico de síndrome da fragilidade no idoso.

Os resultados deste estudo permitem concluir que há aproximações dos elementos que caracterizam os diagnósticos de enfermagem de risco e de síndrome da fragilidade no idoso com a condição clínica de SFI. Evidência que permitem sugerir a continuidade de estudo focados nesta temática em direção ao desenvolvimento de novos DE e conseqüente intervenções e resultados de enfermagem acurados e específicos às necessidades reais e potenciais do idoso.



## REFERÊNCIAS

AHMED, N. *et.al.* Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. **The American Journal of Medicine**. Tucson, v.120, p.748-753, sep. 2007.

ALMEIDA, Miriam de Abreu *et. al.* Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, jul/ago, 2008.

AIRES, Marines; PAZ, Adriana A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.1, p.83-9, mar, 2008.

ALVAREZ, Angela Maria. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**, Florianópolis: PEN/UFSC, 2001.

ARAÚJO, Tereza. C; ALVES, Maria I. Perfil da População Idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v3, n3. 2000.

BERGMAN, H. *et.al.* Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité [Developing a Working Framework for Understanding Frailty]. **Gerontology Society**, v.109, p.15-29, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Editora MS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** - 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203>. Acesso em: 16 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. **Idosos brasileiros cada vez mais moram sozinhos** - 2010. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3758:idosos-brasileiros-cada-vez-mais-moram-zinhos&catid=10:disoc&Itemid=9](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3758:idosos-brasileiros-cada-vez-mais-moram-zinhos&catid=10:disoc&Itemid=9). Acesso em 08 mai. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO COFEN** - 272/2002. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>, 2002. Acesso em: 20 out. 2010.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Sistematização da Assistência de Enfermagem: (1ªAula). **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, n. 43, p.45-49, jan/fev, 2008a.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Sistematização da Assistência de Enfermagem: (3ªAula). **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, n. 45, p.38-43, mai/jun, 2008b.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas, visando o estabelecimento de medidas preventivas. **Boletim do Instituto da Saúde**. São Paulo, n. 47, abr, 2009.

ELIOPOULOS, C. Modificações comuns do envelhecimento. In: **Enfermagem Gerontológica**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.74-91.

ESPINOZA, S.; WALTSON, J. Frailty in older adults: Insights and Interventions. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**. Cleveland, v. 72, n. 12, p. 1105-1112, dec, 2005.

FABRICIO-WEHBE, Suzele Cristina C. *et. al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 6, nov/dez, 2009.

FABRICIO-WEHBE, Suzele Cristina C. Adaptação Cultural e Validação da "Edmonton Frail Scale". **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional**. [Tese] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (SP), 2008.

FABRICIO-WEHBE, Suzele Cristina C.; RODRIGUES, Rosalina Aparecida P. Revisão da literatura sobre a Fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p.113-119, abr./jun, 2008.

FERNANDES, Heloisa. **O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família** [Dissertação] Universidade de São Paulo (SP), 2010.

FLORIANO, P.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Campinas, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais, **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004.

FRANZEN, Elenara et.al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 28-31, 2007.

FRIED, L. P.; WALTSON, J. "Frailty and failure to thrive". In: HAZZARD WR, BLASS JP, HALTER JB, OUSLANDER JG. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 5.ed. Nova York: Macgraw-Hill, 2003; p. 1487-502.

FRIED, L. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Journals of Gerontology Series A:**

Biological Sciences and Medical Sciences, Baltimore, v. 59, n. 3, p.255-263, mar, 2004.

FRIED, L. et.al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journals of Gerontology.**, Baltimore, v. 56, n. 3, p. M146-M156, mar, 2001.

GOBBENS, Robert *et.al.* Determinants of Frailty. **The Journal of the American Medical Association.** Chicago, v. 11, p. 356-364, jun, 2010.

GOMES, Grace A. Fragilidade biológica, resiliência psicológica e atividade física. **Revista Kairós.** São Paulo, *Caderno Temático 7.* p. 41-50, jun, 2010.

HEKMAN, Paulo Rogério W. O Idoso Frágil. *In:* FREITAS, Elizabete V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

HIRSH, Calvin *et.al.* The Association of Race With Frailty: The Cardiovascular Health Study. **Cardiovascular Health Study Research Group.** New York, v. 16, n. 7, p. 545-553, jul, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas completas de mortalidade** – 2006. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1043&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&id_pagina=1), 2007. Acesso em: 25 set. 2010.

\_\_\_\_\_. **Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados** - 2009. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/com\\_sobre.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf). Acesso em: 01. out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Projeção da População do Brasil: população brasileira envelhece em ritmo acelerado** - 2008. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272). Acesso em: 21. out. 2010.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais** – 2010 Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1717&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1). Acesso em: 17. jun. 2011.

JOHANSEN, K. Significance of Frailty among Dialysis Patients. **The American Society of Nephrology.** Washington, v. 18, p. 2960–2967, 2007.

JUNG, Y. *et.al.*, Productive activities and development of frailty in older adults. **Journal of Gerontology: Social Sciences.** Oxford, v. 65B, n. 2, p. 256–261, 2010.

KAN, Gabor *et.al.* The Assessment of Frailty in Older Adults. **Clinic Geriatric Medicine.** Toulouse, v. 26, p. 275–286, 2010.

KANAPURU, B.; ERSHLER, W. **Inflammation, Coagulation, and the Pathway to Frailty.** *The American Journal of Medicine*. Tucson, v.122, p.605-613, 2009.

KAWASAKI, K; DIOGO, M. Impacto da Hospitalização na Independência Funcional do Idoso em Tratamento Clínico. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.55-60, mai, 2005.

MACEDO, Camila *et. al.* Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.33, n. 3, p. 177-84, 2008.

MACIEL, Alvaro C.; GUERRA, Ricardo O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Natal, v.10, n. 2, p.178-89, mai, 2007.

MONTEIRO, DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al., organizadores. **Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

MORLEY, John *et.al.* Frailty. **The Medical Clinics for North America**. St. Louis, v.90, p. 837-847, 2006.

NETTO, MP. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

NOBRE, A. *et.al.* Análise dos principais diagnósticos de enfermagem em idoso hospitalizado segundo a Taxonomia II da NANDA. **10º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem**. Paraíba, 2010.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002, 271p.

POLIDORO, A. *et.al.* Frailty and disability in the elderly: A diagnostic dilemma. **Archive Gerontology and Geriatrics** - 2010. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494310001664>. Acesso em 08 mai. 2011.

POLIT, Denise F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

SAKANO, L.; YOSHITOME, A. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 495-8, 2007.

SILVA, L. et.al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v.16, n.2, p.120-5, abr./jun. 2009

SPIRDUSO, Wannan Wyrick. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. [Tradução Paula Bernardi, revisão científica Cássio Mascaranhas Roberto Pires]. - Barueri, SP: Manole, 2005.

TEIXEIRA, Ilka N. **Definições de fragilidade em idosos**: uma abordagem multiprofissional. [Dissertação] Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (SP), 2006.

TEIXEIRA, Ilka N.; NERI, Anita L. A Fragilidade no Envelhecimento: fenômeno multidimensional e evolutivo. *In*: FREITAS, Elizabete V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

TORPY, Janet. Frailty in Older Adults. **The Journal of the American Medical Association**. Chicago, v. 296, n.18, 2006.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out., 2007.

WALTON, J.; FRIED, L.P. Frailty and the order man. **Med Clin of North America**, v. 83, n.5, p. 1173-1193, 1999.

WATERS, C.; MEEHAN, A. Care of the Frail Elderly. **Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism**. Winston Salem, v. 4, n. 1 p. 3-14, 2006.

WOO, J. et.al. Social Determinants of Frailty. **Gerontology**. Hong Kong, v. 5, p. 402-408, 2005.

**ANEXO A - Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 100172      **Versão do Projeto:** 07/07/2010      **Versão do TCLE:** 07/07/2010

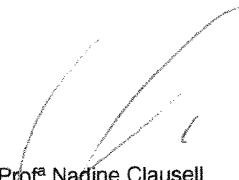
**Pesquisadores:**

CAROLINA GIORDANI DA SILVA  
MICHELE ANTUNES  
THAÍLA TANCCINI  
CAROLINE DE LEON LINCK  
GREICY KELLY GOUVEIA DIAS BITTENCOURT  
MARIA DA GRACA O CROSSETTI

**Título:** Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem risco para fragilidade no idoso e/ou síndrome da fragilidade no idoso

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 09 de julho de 2010.



Profª Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

**ANEXO B - Carta de Aprovação da COMPESQ – EEUFRGS****UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SULCOMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**CARTA DE APROVAÇÃO****TCC GRAD.:** 66/2010  
**Versão Mês:** 04/2011**Pesquisadores:** Gabriela Doebber Souto e  
Profa. Maria da Graça Oliveira Crossetti**Título Final:** FRAGILIDADE EM IDOSOS: EVIDÊNCIAS PARA O  
DESENVOLVIMENTO DO DIAGNÓSTICO DE *ENFERMAGEM "SÍNDROME  
DA FRAGILIDADE"*.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 01 de abril de 2011.

---

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ

**Eliane Pinheiro de Moraes**  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGS

## ANEXO C - Escala de Fragilidade de Edmonton

EFS – VPC - 1

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON<sup>1</sup>

EXAMINADO POR:	
DATA:	
PONTUAÇÃO:	Coluna B ____ x 1 pt = ____
	Coluna C ____ x 2 pt = ____
	Pontos Totais: _____ /17

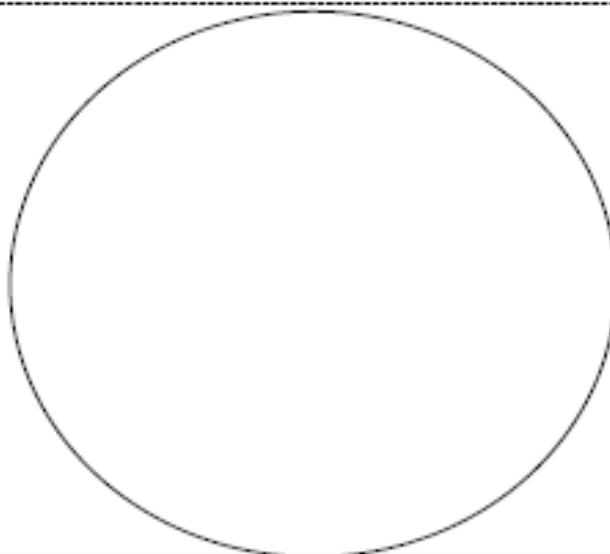
**INSTRUÇÕES:** Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se não houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não passe no 'teste do desenho do relógio', solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

**A. Cognição**

**TESTE DO DESENHO DE UM RELÓGIO (TDR):** "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar a hora 'onze e dez'." (Veja o Método de Pontuação TDR)

A	B	C
<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros mínimos	<input type="checkbox"/> Reprovado com erros significantes

Dobre na linha pontilhada para esconder elementos de distração, antes de pedir ao paciente para começar.





**B. Estado Geral de Saúde**

- |  | A   | B                                 | C                             |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| a) No ano que passou, quantas vezes você foi internado (a)?                  | <input type="checkbox"/> 0  | <input type="checkbox"/> 1-2      | <input type="checkbox"/> >2   |
| b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa) | <input type="checkbox"/> Excelente,<br><input type="checkbox"/> Muito boa<br><input type="checkbox"/> Boa | <input type="checkbox"/> Razoável | <input type="checkbox"/> Ruim |

**C. Independência Funcional**

- |   | A   | B                            | C                            |
|---|---|------------------------------|------------------------------|
| Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?  | <input type="checkbox"/> 0-1  | <input type="checkbox"/> 2-4 | <input type="checkbox"/> 5-8 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar Refeição</li> <li>• Transporte</li> <li>• Cuidar da Casa</li> <li>• Administrar o dinheiro</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer Compras</li> <li>• Usar o Telefone</li> <li>• Lavar a Roupa</li> <li>• Tomar Remédios</li> </ul> |                              |                              |

**D. Suporte Social**

- |  | A                               | B                                      | C                              |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------|
| Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém disposto e capaz de atender as suas necessidades? | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Algumas vezes | <input type="checkbox"/> Nunca |

**E. Uso de Medicamentos**

- |   | A                            | B                            |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) Você usa, cinco ou mais remédios prescritos, de modo regular?    | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios prescritos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

**F. Nutrição**

- |   | A                            | B                            |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você tem perdido peso recentemente, de forma que suas roupas estão mais folgadas? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

**G. Humor**

- |   | A                            | B                            |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

**H. Continência**

- |   | A                            | B                            |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

**I. Desempenho Funcional**

**FAVOR OBSERVAR:** *PONTUE este item do teste como >20 segundos se:*

1. o indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste
2. Para a realização do teste o paciente necessita usar cinto de segurança, andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

**TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO:** “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Depois, quando eu disser ‘VA’, por favor, fique em pé e caminhe com passo seguro e confortável até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente”. (Se for omitir este item, exclua a coluna C)

**TEMPO TOTAL:** \_\_\_\_\_ segundos

0-10 seg.     11- 20 seg.     >20 seg.

### Método de Pontuação TDR da EFE

O escore do TDR na EFE seguirá as instruções de escore originais. Os participantes recebem uma folha com um círculo desenhado padrão com 10 cm de diâmetro e as seguintes instruções são passadas: “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar a hora ‘onze e dez’”.

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

**A. Aprovado.** Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.

**B. Reprovado com erros mínimos.** Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:

- a. algum número está posicionado no meio do círculo.
- b. há mais ou menos de três números em qualquer um dos quatro quadrantes.

## APÊNDICE A - Questionário para avaliação do perfil sócio-demográfico e de comorbidades

Projeto de pesquisa: Fragilidade em idosos com danos clínicos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para fragilidade” e ou “síndrome da fragilidade”.

### Questionário para avaliação do perfil sócio-demográfico e de comorbidades preexistentes dos idosos internados nas unidades campo do estudo

#### 1 Identificação

Nº do registro: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Idade em anos: \_\_\_\_\_

Cor ou raça: ( ) Branca ( ) Não Branca

Situação Conjugal: ( ) Com companheiro ( ) Sem Companheiro

Religião: ( ) católica ( ) Protestante ( ) Pentecostal ( ) Espírita ( ) Umbandista  
( ) Evangélica ( ) Não tem ( ) Outra/ Qual? \_\_\_\_\_

Escolaridade em anos: ( ) Nenhuma ( ) 1- 4anos ( ) 5-8 anos ( ) 9-12 anos ( ) 13 ou mais

Renda Familiar mensal em salários mínimos: \_\_\_\_\_

Morbidades Preexistentes: ( ) sim/ Quais? \_\_\_\_\_  
( ) Não

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### *TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Este trabalho terá por objetivo analisar o que se denomina de fragilidade, apresentada pelos pacientes idosos, a partir de sinais e sintomas que caracterizam este problema de saúde. Para tanto se utilizará um questionário de coleta de dados sócio-demográficos nos prontuários, e se aplicará uma escala, que se denomina “Escala de Fragilidade de Edmonton” (FABRÍCIO-WEHBE, 2008), em que o paciente idoso deverá fazer alguns procedimentos mediante orientações. São desconhecidos riscos para estes procedimentos, que implicarão em atender por escrito algumas solicitações descritas na Escala, e responder algumas questões. Os resultados deste estudo contribuirão para a identificação precoce da fragilidade no idoso a partir dos seus problemas de saúde identificados pelo enfermeiro, o que se denomina de diagnóstico de enfermagem. Isto possibilitará a prescrição de cuidados de enfermagem específicos para os idosos que tiverem semelhantes problemas de saúde.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa e ou ao meu tratamento; da segurança de que não serei identificado(a) e de que as informações obtidas em relação a minha pessoa serão confidenciais; do total acesso às informações em todas as etapas do trabalho e dos resultados; de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais; os dados serão armazenados por cinco anos pelo coordenador do estudo e após destruídos, os resultados dos estudo serão divulgados em publicações e eventos científicos.

Pelo presente Consentimento Informado eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010

\_\_\_\_\_  
Nome Completo do Participante

Fone:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Dr<sup>a</sup> Maria da Graça O. Crossetti, - (51) 3308-5324

Coordenador do projeto

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE C - Instrumento para registro dos Diagnósticos de Enfermagem

Projeto de pesquisa: Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para fragilidade no idoso” e ou “síndrome da fragilidade no idoso”

**Instrumento para registro dos Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes idosos internados nas unidades campo do estudo.**

### 1 Dados dos Diagnósticos de Enfermagem

Características Definidoras (sinais e sintomas)	Diagnóstico de enfermagem	Fatores relacionados