

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MICHELE ANTUNES

**FATORES DE RISCO PARA A FRAGILIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “RISCO PARA A
SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO”**

Porto Alegre

2012

MICHELE ANTUNES

**FATORES DE RISCO PARA A FRAGILIDADE EM IDOSOS HOSPITALIZADOS:
CONTRIBUIÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “RISCO PARA A
SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO”**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à disciplina TCCII 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: Dr^a Prof^a Maria da Graça Oliveira Crossetti

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho à minha avó Dóris Clara Zounar (*in memoriam*), pelo amor a mim dedicado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre estar ao meu lado nos momentos de dificuldade e de alegria.

Ao meu avô Rodolfo Roberto Zounar, por ser meu “pai espiritual” nesta jornada, me incentivando e apoiando. A Dóris Clara Zounar (*in memoriam*), por iluminar meu caminho e estar comigo, em pensamento, em todos os momentos da minha vida.

Agradeço aos meus pais Agli Ida Zounar Antunes e Mauro Medianeira Dias Antunes, por acreditarem em meu potencial e pelo amor incondicional. Aos meus irmãos Rafael Antunes e Thiago Antunes, pessoas nas quais encontrei, por muitas vezes, o amparo de que precisava.

À Egon Roberto Zounar e Rosane Rodrigues Zounar, por torcerem e vibrarem por mim a cada conquista realizada. À Nilda Nelci Zounar, pessoa que mesmo a distância, sempre se fez presente antes e durante minha trajetória acadêmica.

À Rodrigo de Oliveira Lamerão, por me amar do jeito que sou e permanecendo ao meu lado nos momentos de dificuldades e de alegrias, pois reconheço que não foi nada fácil estar comigo neste período.

À Thaíla Tancini, por ter sido muito mais do que uma amiga nestes anos de convivência, sendo a irmã que nunca tive.

À Deborah Garcia, Kamilla Silveira e Patricia Venzon Müller, por terem me auxiliado no período de coleta de dados, pois reconheço que se não tivesse o apoio delas, este trabalho não seria finalizado à tempo.

À minha orientadora Prof^a Maria da Graça Oliveira Crossetti pelo tempo a mim dedicado e por ter me permitido aprender muito durante estes anos nos quais trabalhamos juntas.

Por fim, agradeço a todos os pacientes que convivi e que de certa forma confirmaram a minha dedicação como profissional da enfermagem, que me engrandece como pessoa.

“Que ninguém se engane, só se consegue a simplicidade através de muito trabalho.”

Clarice Lispector

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Brasil, os dados do censo demográfico revelam o crescimento da população idosa sendo que os indivíduos com idade de 60 anos ou mais, são hoje, 10,8% da população. Sendo assim, constata-se o aumento da prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis e dos riscos para complicações específicas do idoso, as quais podem potencializar a ocorrência de incapacidade em idoso e propiciar o surgimento das chamadas síndromes geriátricas, destacando-se a Fragilidade. A SFI pode ser definida como a presença de cinco fenótipos: perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha. **OBJETIVO GERAL:** Analisar os fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade em idosos hospitalizados visando subsidiar a elaboração do DE “Risco para SFI”. **Objetivos específicos:** a) Caracterizar os perfis sócio-demográficos, morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação de idosos hospitalizados; b) Identificar os fatores contribuintes considerados de risco para a Síndrome da Fragilidade apresentados pelos idosos hospitalizados a partir dos perfis sóciodemográficos, de morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação com os níveis de fragilidade identificados por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE); c) Verificar a associação entre os níveis de fragilidade e os dados do perfil sócio demográfico, morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação de idosos hospitalizados. **METODOLOGIA:** abordagem quantitativa do tipo transversal descritiva. Coleta de dados: amostra de 395 idosos, identificados por conveniência, a partir dos prontuários nas unidades campo. Período: novembro de 2010 a novembro de 2011. Critérios de inclusão: idosos internados nas unidades campo do estudo com idade igual ou superior a 60 anos; com capacidade para deambular e manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação do questionário. Critérios de exclusão: pacientes em pós-operatório de cirurgia de prótese de quadril. Aspectos éticos: projeto principal intitulado “Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para Fragilidade no idoso” e “síndrome da Fragilidade no idoso” aprovado pela COMPESQ/EENF nº 005/2010 e CEP/HCPA nº100172. **RESULTADOS:** Evidencia-se que 62% (245) idosos da amostra estavam internados em unidades de internação cirúrgica e 38% (150) em clínica. Quanto aos níveis de SFI: 28,9% (114) dos sujeitos não apresentavam a SFI, 26,3% (104) estão aparentemente vulneráveis a SFI, 20,8% (82) tem

fragilidade leve, 13,4% (53) apresentam fragilidade moderada e 10,6% (42) apresentam a síndrome em nível severo. Os dados do perfil sócio-demográfico, das morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI, verificou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis: sexo feminino e o nível de Fragilidade moderada ($p=0,031$); “Fragilidade severa” e cor não branca ($p=0,008$); residir sem companheiro e os níveis de “Fragilidade moderada” e “Fragilidade severa” ($p=0,014$); “Fragilidade moderada” e o nível de escolaridade nenhum ano de estudo ($p=0,001$); “Fragilidade severa” tinham renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, com $p=0,034$; “Fragilidade severa” com a presença de morbidades ($p=0,009$). Quanto às morbidades preexistentes associadas aos níveis de SFI, quais sejam: “Fragilidade moderada” e “Fragilidade severa” e as doenças do aparelho respiratório ($p=0,003$), “Aparentemente vulnerável à SFI” e doenças infecciosas e parasitárias ($p=0,040$) e “Fragilidade leve” com as doenças do sangue ($p=0,052$). Além disso, as morbidades que foram motivos de internação associadas aos níveis da SFI foram: “Vulnerável a SFI” e doenças do aparelho respiratório ($p=0,001$), “Ausência da SFI” e doenças do aparelho geniturinário ($p=0,035$) e “Fragilidade leve” e as doenças do sangue ($p=0,035$). **CONCLUSÕES:** Conclui-se que os fatores de risco para a SFI são: sexo feminino, cor não branca, residir sem companheiro, não ter religião, baixo nível de escolaridade, baixa renda (de 1 a 2 salários mínimos), presença de morbidades (doenças do aparelho respiratório, do sangue e algumas doenças infecciosas e parasitárias) e morbidades motivos de internação (doenças do aparelho respiratório, do sangue e geniturinário), o que configura o diagnóstico de enfermagem “Risco para SFI”.

Descritores: Idoso Fragilizado, Diagnóstico de Enfermagem, Enfermagem Geriátrica.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo perfil sócio-demográfico e morbidades preexistentes.....	24
Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo e os níveis de SFI.....	26
Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo e os níveis de SFI.....	26
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo e os níveis de SFI.....	27
Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo a situação conjugal e os níveis de SFI.....	28
Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo a religião e os níveis de SFI.....	28
Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo a escolaridade e os níveis de SFI.....	29
Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal e os níveis de SFI.....	30
Tabela 9 - Distribuição das morbidades preexistentes segundo e os níveis de SFI.....	30
Tabela 10 – Distribuição das categorias de morbidades preexistentes segundo os níveis da SFI.....	32
Tabela 11 – Distribuição das morbidades motivos de internação segundo e os níveis de SFI.....	33
Figura 1 – Fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso.....	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Campo de Estudo	21
4.3 População e Amostra	22
4.4 Coleta de Dados	22
4.5 Análise dos Dados	23
4.6 Aspectos Éticos	23
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	24
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
7 CONCLUSÕES.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO A.....	46
ANEXO B.....	49
ANEXO C.....	50
ANEXO D.....	51
APENDICE A.....	52

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os dados do censo demográfico revelam o crescimento da população idosa sendo que os indivíduos com idade de 60 anos ou mais, são hoje, 10,8% da população. Destes 10,70 milhões habitam no Estado do Rio Grande do Sul- RS, que se consolida como o estado brasileiro que possui o maior número de idosos. Salienta-se que, da população total do estado do RS, 13,6% da população têm 60 ou mais anos de idade (IBGE, 2010).

Destaca-se ainda, que os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como permanência hospitalar mais prolongada. Com relação aos gastos de saúde, os dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que são proporcionalmente mais altos entre a população idosa do que entre a população de zero a 14 anos (BERLEZI *et al*, 2011).

Diante desta mudança na pirâmide etária brasileira, constata-se o aumento da prevalência das enfermidades crônicas não transmissíveis e dos riscos para complicações específicas do idoso, as quais podem potencializar a ocorrência de incapacidade em idoso e propiciar o surgimento das chamadas síndromes geriátricas (ALVES *et al*. 2007), destacando-se a Fragilidade (FRIED, *et al*. 2001).

Gobbens *et al*. (2010), definem a fragilidade como uma síndrome dinâmica que gera prejuízo nos domínios do organismo humano, físico, psicológico e social, sendo desencadeada por uma diversidade de determinantes, aumentando o risco de quedas, hospitalizações e mortalidade.

Partindo do princípio que a fragilidade no idoso pode ser entendida como uma síndrome multifatorial, com potencial para prevenção e tratamento das complicações que ela desencadeia, Bandeira (2010), buscaram identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI). Os resultados apontam para os fatores biológicos contribuintes da Fragilidade, como: (1) a sarcopenia, que é a perda de força e massa muscular (caracterizando a perda de peso), contribuindo para: fraqueza, deambulação lenta, baixa atividade física, comprometimento da mobilidade e quedas; (2) as morbidades crônicas, como a diabete melittus do tipo II, alterações do sistema imune, doença cardíaca, doença de Parkinson, demência, hipertensão arterial sistêmica, câncer, acidente vascular cerebral; (3) diminuição da acuidade

visual; (4) diminuição da audição. O acometimento por doenças pode levar o idoso a ser hospitalizado, ou realizar internações prolongadas e até mesmo sucessivas, o que caracteriza outro fator de risco para que este venha desenvolver a Fragilidade.

Autores com Bandeira (2010), Puts *et al.* (2009) e Gobbens *et al.* (2010), citam como fatores sociais de risco para a SFI: sexo feminino, idade e condições sociodemográficas desfavoráveis. Identificam o sexo feminino, pelo fato de que as mulheres possuem baixo nível corporal de massa magra, menos hemoglobina no sangue e alterações hormonais próprias do envelhecimento o que favorece a utilização de um número maior de medicações. Justifica-se a idade acima de 80 anos, por ser quando o idoso fica mais vulnerável a algum nível de dependência funcional ou cognitiva que podem estar relacionadas a diversas patologias e com o uso de várias medicações; baixa rede de apoio social (parentes, vizinhos), viver só (relação com a perda do cônjuge), pouca participação em atividades voluntárias. No que se refere as condições socioeconômicas, apontam a baixa escolaridade e desfavorecimento econômico enquanto fatores de risco para a SFI.

Os fatores psicológicos como os distúrbios do humor, ou seja, a ansiedade, depressão, o medo referente à vários aspectos como: medo de cair, de se contundir e de ser assaltado, como contribuintes para a Fragilidade (BANDEIRA, 2010). O fato de sentir e acreditar estar com a saúde debilitada pode-se caracterizar como fator de risco para a Fragilidade no idoso (LANG; MICHEL; ZEKRY, 2009).

Como fator de risco ambiental destaca-se o fator espaço de vida, que se refere ao tamanho da área espacial no qual uma pessoa se move propositadamente na sua vida diária. Se este espaço fica reduzido aumenta o risco para a síndrome da Fragilidade e o de morrer (BANDEIRA, 2010).

No contexto da assistência hospitalar ao idoso, verifica-se a presença da SFI e de seus fatores de risco, condições verificadas nos estudos que tinham como objetivo mensurar a ocorrência de Fragilidade, por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton, sendo identificada em 26,2% idosos internados em unidades clínicas e 62,4% em cirúrgicas (CROSSETTI *et al.*, 2012; SOUTO, 2011).

Os resultados quanto à identificação dos fatores de risco para SFI, desvelaram-se as variáveis sócio demográficas como sexo feminino, morar sozinho, baixa renda, idade entre 60 e 69 anos, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação relacionadas as doenças circulatórias, respiratórias, urinárias, digestivas, endócrinas, nutricionais e metabólicas,

depressão, neoplasias, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (CROSSETTI *et al.*, 2012; SOUTO, 2011). Dados estes, que se assemelham aos resultados de outros estudos sobre Fragilidade (LANDI; CORSONELLO; CHERUBINI, 2010; VAN KAN *et al.*, 2010; GOBBENS *et al.*, 2010).

Os resultados destes estudos evidenciam que, no que se refere ao perfil sócio-demográfico, morbidades preexistentes e de motivos de internação, há fatores que podem configurar condições que possibilitem caracterizar o Diagnóstico de Enfermagem (DE) de Risco para a SFI. Sendo assim, para a elaboração de diagnósticos de enfermagem voltados a Fragilidade, torna-se necessário conhecer as especificidades e necessidades dessa população, e, principalmente os fatores de risco para esta síndrome (CROSSETTI *et al.*, 2012; SOUTO, 2011).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem desvela-se, neste contexto, como uma metodologia de assistência a qual o enfermeiro diagnostica, intervém e busca resultados de cuidado de modo acurado (CROSSETTI, 2008). Desse modo, o enfermeiro ao aplicar a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I, 2010) no contexto do cuidado ao idoso, orientará sua tomada de decisão clínica pautada nos aspectos multidimensionais das necessidades desta população, qualificando, assim, o cuidado de enfermagem e contribuindo para a produção no que se refere a implementação de intervenções preventivas ou terapêuticas e subsidiar programas e políticas de saúde voltadas para a população idosa em promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Nesse sentido, a enfermagem, por estar presente no contexto de cuidado à estes indivíduos em todos os níveis de atenção a saúde, torna-se responsável pela avaliação multidimensional da condição clínica do idoso, identificando os fatores de risco relacionados.

Com base no exposto, justifica-se analisar os fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade, visando subsidiar a elaboração do diagnóstico de enfermagem “Risco para SFI” e propor sua inclusão a NANDA-I, uma vez que, acredita-se que esta condição clínica pode ser prevenida e/ou tratada a partir da implantação e implementação de programas de educação em saúde com idosos, familiares e profissionais da saúde.

A relevância social do estudo reside no fato de que o idoso fragilizado está mais propenso a internações repetidas, a redução progressiva da capacidade funcional, exigindo, por isso, maior demanda dos serviços de saúde nos diversos níveis (ALVES *et al.*, 2007). Com isso, a SFI

precisa ser considerada prioridade de políticas públicas de saúde, pois a população idosa necessita de cuidados de saúde especializados, voltados ao suporte e cuidados específicos.

A motivação para a realização do estudo consiste no fato de ser bolsista de iniciação científica de um projeto de pesquisa o qual tem como temática de estudo a identificação da Síndrome da Fragilidade em idosos, visando a busca de evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para Síndrome da Fragilidade no idoso” e “Síndrome da Fragilidade no idoso”, desenvolvido no Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de enfermagem da UFRGS (NECE). O NECE tem como um dos seus eixos de pesquisa as tecnologias de cuidado no adulto e ao idoso focada na taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA –I (2010).

Neste contexto, acredita-se na importância de intervenções preventivas ao idoso que apresenta contribuintes para a SFI, o que justifica a necessidade de analisarmos os fatores de risco para esta síndrome apresentadas por esta população e assim, contribuir para o desenvolvimento e propor o diagnóstico de enfermagem “Risco para SFI”.

Diante do exposto, definiu-se como questão do estudo: Como se caracterizam os fatores de risco para a SFI em idosos hospitalizados?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade em idosos hospitalizados visando subsidiar a elaboração do diagnóstico de enfermagem “Risco para SFI”.

2.2 Objetivos específicos:

a) Caracterizar os perfis sócio-demográficos, morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação de idosos hospitalizados;

b) Identificar os fatores contribuintes considerados de risco para a Síndrome da Fragilidade apresentados pelos idosos hospitalizados a partir dos perfis sócio-demográficos, de morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação com os níveis de fragilidade identificados por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE);

c) Verificar a associação entre os níveis de fragilidade e os dados do perfil sócio-demográfico, morbidades preexistentes e de morbidades motivos de internação de idosos hospitalizados.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O processo de envelhecimento pode ser entendido como um conjunto de modificações biológicas, psicológicas e sociais. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas pelo aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista (SANTOS, 2010).

O conjunto de alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas pelos idosos culmina com a crescente dependência, que se traduz por uma necessidade de ajuda, indispensável para a realização das atividades elementares da vida. Todavia, esta dependência, não é um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, na qual a evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver identificação e assistência adequada (FERREIRA *et al.*, 2010).

Logo, na avaliação das condições de saúde e doença do idoso no processo de envelhecimento, é necessário conhecer os riscos para complicações específicas os quais aumentam à prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que são as maiores responsáveis pela ocorrência de incapacidade funcional com conseqüentes implicações para o indivíduo, a família, a comunidade e para o sistema de saúde. Estas incapacidades podem ser de caráter crônico e progressivo associadas a morbidades severas, morbidades e fragilidade ou podem desenvolver-se de modo agudo associados a eventos clínicos como fraturas originadas por quedas e Acidente Vascular Encefálico (ALVES *et al.*, 2007; FRIED *et al.*, 2004).

Neste sentido, estas complicações e perda das funções que não permitem o idoso realizarem as atividades de vida diárias (AVDs), resultam nas grandes síndromes geriátricas, tais como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa, sendo estas, as principais responsáveis pela perda da sua autonomia e independência (MORAES, MARINO, SANTOS, 2010). Composto o quadro das síndromes geriátricas, tem-se a fragilidade (FRIED *et al.*, 2001).

A fragilidade pode ser definida como a presença de cinco fenótipos, quais sejam: perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha. Desta forma o indivíduo que apresentar três ou mais componentes do fenótipo enquadra-se em idosos frágeis e aqueles com um ou dois componentes seriam indicativos de alto risco de desenvolver a síndrome (FRIED *et al.*, 2001).

Esta definição de fragilidade foi elaborada pelos pesquisadores da Hopkins University, Estados Unidos da America (EUA), cujas pesquisas que vem sendo desenvolvidas, subsidiaram a elaboração de uma definição própria de fragilidade, utilizando-se critérios objetivos e mensuráveis para a fragilidade em idosos definindo-a como uma síndrome clínica que forma um fenótipo de fragilidade (FRIED *et al.*, 2001).

Para Fried, Tangen e Walston (2001), Fried e Walston (2003), a ocorrência de SFI pode estar relacionada com a sarcopenia, desnutrição, diminuição da taxa do metabolismo basal e diminuição do gasto de energia total. Para estes autores, pode estar associado a senescência, a alterações neuroendócrinas e imunes, sugerindo a existência de um ciclo de fragilidade, que leva ao desenvolvimento de sintomas característicos como a fraqueza, a sensação de cansaço, anorexia, perda de peso, desnutrição, falta de atividade física e anormalidades na marcha e no equilíbrio.

Para Bergman *et al.* (2007), a fragilidade é compreendida não só pela interação de fatores biológicos, mas também é decorrente dos psicológicos, cognitivos e sociais ao longo da vida, tendo pois, um potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas. Esta assertiva é proveniente de estudos realizados que tem estudado a SFI nos países como Europa, Israel e Japão (BERGMAN *et al.*, 2004).

O autor Karunanathan *et al.* (2009), um destaca a relevância que o reconhecimento das definições de Síndrome da Fragilidade promove à saúde do paciente, ao passo que subsidia, ao profissional de saúde, promover a prevenção, reabilitação e intervenções focados nas necessidades do paciente.

O grupo canadense, da Divisão de Medicina Geriátrica da Universidade de Alberta, na cidade de Edmonton, que desenvolve estudos acerca da Síndrome da Fragilidade, elaborou e validou a Edmonton Frail Scale (EFS) com o objetivo de criar um instrumento para a mensuração da SFI. Esta escala, é dividida em nove domínios representados por onze itens. Possui uma pontuação que varia entre zero a 17 pontos, avaliando aspectos referentes a cognição, estado de

saúde geral, independência funcional, suporte social, medicamentos, nutrição, continência urinária e desempenho funcional (ROLFSON *et al.*, 2006).

No que se refere a prevalência da fragilidade, estudos constataram que a fragilidade esta presente em 6,9% em uma população de idosos na comunidade (FRIED *et al.*, 2001). Ao passo que, no contexto norte americano, trazem que a estimativa de que 10 e 25% dos idosos com 65 anos ou mais sejam frágeis, aumentando com a idade chegando a 40% nos 11 idosos com mais de 80 anos, sendo que ha uma tendência a elevação destes índices com o aumento da idade (FRIED; WALSTON, 2003).

Constata-se na última década, no Brasil, um movimento dos pesquisadores da área da saúde entorno da questão da fragilidade no idoso, em diferentes perspectivas.

Os autores Macedo, Gazzola e Najas (2008) consideram a fragilidade como uma síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, cognitivos, e sociais, ao longo do curso da vida que poderia ser identificada precocemente para que intervenções e condutas, também precoces, fossem realizadas.

Teixeira (2008) realizou um estudo investigando dentre profissionais da saúde sobre as percepções de SFI a partir de duas definições, sendo elas, a unidimensional de Fried *et al.* (2001) e a multidimensional de Bergman *et al.* (2004). Neste estudo, os participantes concordaram que a Síndrome da Fragilidade caracteriza-se como multifatorial e multidimensional. Entretanto, vê se presente a dificuldades dos profissionais de saúde para descrever a Síndrome da Fragilidade.

Neste contexto, Lourenço (2008) ressalta que nos ultimos 20 anos, geriatras e gerontólogos vem utilizando o termo Síndrome da Fragilidade no contexto do diagnóstico e do tratamento das manifestações de velhice patológica, mais especificamente para caracterizar os idosos mais debilitados e vulneráveis. Destaca, ainda, que até o momento, não existem exames laboratoriais específicos para o diagnostico de Síndrome da Fragilidade.

Quanto a mensuração da SFI, ano de 2008, a EFS foi adaptada transculturalmente e validada no Brasil por Fabricio-Wehbe (2008), possibilitando compreender esta síndrome de forma operacional na prática clínica, identificando-a na população idosa. A pontuação da escala avalia o perfil de fragilidade em categorias: (1) entre 0 a 4, indicando que não há presença de SFI, (2) entre 5 a 6, aparentemente vulnerável para SFI, (3) entre 7 a 8, fragilidade leve, (4) entre 9 a 10, fragilidade moderada (5) 11 ou mais, fragilidade severa.

Estudos desenvolvidos no contexto hospitalar e que objetivaram mensurar os perfis de fragilidade, por meio da EFE, identificaram que 73,8% dos pacientes idosos em unidades clínicas e 37,6% da cirúrgicas, não apresentam a SFI, mas sim, o Risco para a SFI (CROSSETTI *et al*, 2012; SOUTO, 2011). Nestes estudos, o ponto de corte na EFE utilizado para categorizar o idosos como em “Risco para SFI” foi obterem escore de 0 a 8, justificado pelo fato de que em ambos os estudos, o tamanho da amostra não permitiu a divisão em outras categorias do perfil de fragilidade.

Os resultados quanto à identificação dos fatores de risco para SFI, desvelou-se as variáveis sócio demográficas como sexo feminino, morar sozinho, baixa renda, idade entre 60 e 69 anos, as morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação relacionadas as doenças circulatórias, respiratórias, urinárias, digestivas, endócrinas, nutricionais e metabólicas, depressão, neoplasias, doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (CROSSETTI *et al*, 2012; SOUTO, 2011).

Estes estudos evidenciam que, no que se refere ao perfil sócio-demográfico, morbidades preexistentes e de motivos de internação, há fatores que podem configurar condições que possibilitem caracterizar o Diagnóstico de Enfermagem (DE) de Risco para a SFI. Sendo assim, para a elaboração de diagnósticos de enfermagem voltados a fragilidade, torna-se necessário conhecer as especificidades e necessidades dessa população, e, principalmente os fatores de risco para esta síndrome (CROSSETTI *et al*, 2012; SOUTO, 2011).

Entende-se que a síndrome da fragilidade como uma condição que pode ser prevenida por meio do conhecimento de seus fatores de risco e da avaliação multidimensional do idoso, evitando assim o declínio ou a piora da condição de saúde do paciente (AMICI *et al.*, 2008; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008; GOBBENS *et al.*, 2010). Tendo em vista a necessidade de melhorar a qualidade de vida dos idosos e prevenir a ocorrência da síndrome da fragilidade, vê-se a necessidade de que enfermeiros utilizem métodos de trabalho que auxiliem na avaliação do idoso e na identificação precoce de problemas de saúde.

Essa avaliação deve englobar todos os aspectos da condição de saúde do idoso, devido ao caráter multidimensional da síndrome da fragilidade e às especificidades do envelhecimento. Para tanto, vê-se como fundamental o conhecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) na avaliação das necessidades do idoso como forma de manutenção do estado de saúde e para prevenir agravos.

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, o PE é uma variação do raciocínio científico que ajuda o enfermeiro a organizar, sistematizar e conceituar a prática de enfermagem e que organização é a seqüência de etapas ou componentes necessários para alcançar o objetivo. Este compreende, atualmente, na sua forma mais conhecida de cinco etapas inter-relacionadas: a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento, a implementação e a avaliação. Dentre estas etapas, destaca-se o diagnóstico de enfermagem como o resultado do pensamento crítico, pois compreende decisões acerca das situações de enfermagem, visando resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Logo, o diagnóstico de enfermagem é resultado 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).

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I, 2010), os DE quando precisos e válidos, determinam os resultados sensíveis à ação do enfermeiro, ou seja, eles orientam a escolha das intervenções com possibilidade de produzir os efeitos desejados do tratamento.

Os DE podem ser do tipo real, de risco, possível, de bem estar ou de síndrome e são compostos pelo título, característica definidora e fatores relacionados. As características definidoras são aquelas observadas no indivíduo/família, constituindo-se em um indício para o estabelecimento do diagnóstico, ou seja, são os sinais e sintomas. Os fatores relacionados compõem o contexto das características definidoras, sendo os contribuintes da modificação do estado de saúde, ou seja, os fatores que levaram ao diagnóstico. Os DE de risco são sustentados apenas pelos fatores de risco, que são aqueles que aumentam a vulnerabilidade para a ocorrência

de certos danos. Portanto não se pode incluir as características definidoras justamente por não haver o dano instalado (NANDA, 2010)

Em virtude da necessidade de evidenciar a associação existente entre os sinais e sintomas da fragilidade com as características definidoras dos DE prevalentes nos idosos, faz-se necessário apresentar a definição e os fatores de relacionados destes DE, visto o propósito de formulação do DE "Risco para Síndrome da Fragilidade".

Portanto, a utilização dos DE propicia a individualização do plano de cuidados de enfermagem possibilita ao profissional enfermeiro trabalhar de forma humanitária e os capacitada, podendo ser mais objetivo e efetivo, proporcionando atender o idoso no âmbito de suas necessidades biopsicossociais, oferecendo maiores condições de recuperação e reinserção desse idoso no contexto social.

Entretanto, estudos brasileiros acerca da SFI são, ainda, bastante incipientes sendo que, a preocupação com a temática, na maioria dos artigos, parte de profissionais da fisioterapia, medicina e enfermagem. O interesse dos pesquisadores em estudar a síndrome é focado em conhecer as definições e reconhecer os fatores de risco para a SFI.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, de abordagem quantitativa, utilizando-se dados secundários (POLIT; HUNGLER, 2004), aninhados a um projeto principal intitulado “Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “Risco para Fragilidade no Idoso” e “Síndrome da Fragilidade no Idoso”.

A análise de dados secundários compreende o uso de dados existentes para investigar questões de pesquisa diferente daquelas para os quais os dados foram originalmente coletados (HULLEY *et al*, 2008).

4.2 Campo de Estudo

Foi utilizado o banco de dados do campo do estudo primário que teve como campo de pesquisa as Unidades de Internação de Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

As 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.

As Unidades de Internação Cirúrgica são, na ala sul (3°Sul, 7°Sul, 8°Sul e 9°Sul) e na ala norte (3°Norte, 8°Norte e 9°Norte). Essas unidades são destinados a internação de pacientes adultos e idosos em pré ou em pós-operatório de diversas especialidades, tais como a ortopedia, os transplantes sólidos, entre outras.

4.3 População e Amostra

A população do estudo primário foram idosos internados nas unidades e do campo do estudo. A amostra definida estatisticamente pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA, foi de 395 pacientes. Em se tratando de um estudo de prevalência foi considerado uma ocorrência de 6,9% (FRIED *et al.*, 2001) e um erro de 2,5 pontos percentuais.

Os critérios de inclusão foram idosos internados nas unidades campo com idade igual ou superior a 60 anos; com capacidade para manter diálogo adequado aos questionamentos durante a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (FABRÍCIO-WEHBE, 2008) e em condições de deambulação com ou sem auxílio (bengala, pessoa).

Os critérios de exclusão foram idosos em pós-operatório imediato de cirurgia de colocação de prótese de quadril.

4.4 Coleta dos Dados

Os dados, do presente estudo, foram coletados a partir do banco de dados do projeto principal. O período em que os dados foram coletados no estudo principal foi de novembro de 2010 a novembro de 2011. Estes se referem às informações relacionadas ao perfil sócio-demográfico dos sujeitos do estudo, que foram registrados em um instrumento que contemplou os seguintes itens: a idade em anos completos, situação conjugal, sexo, religião, escolaridade, renda familiar em salário mínimo, cor da pele, morbidades preexistentes e motivos de internação (APÊNDICE A), perfil de fragilidade nos idosos identificados por meio da EFE (FABRÍCIO-WEHBE, 2008) (ANEXO A).

4.5 Análise dos Dados

Foi construído um banco de dados no programa estatístico Predictive Analytic SoftWare (PASW) versão 18. A análise dos dados foi realizada com base na estatística descritiva, e, posteriormente, aplicado o teste de X^2 (qui-quadrado) para verificar a associação entre as variáveis do perfil sociodemográfico, de morbidades preexistentes, motivos de internação e perfis de fragilidade no idoso. O intervalo de confiança foi de 95%, ou seja, $\alpha < 0,05$.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto está aninhado ao projeto principal intitulado “Fragilidade em idosos: evidências para o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem “risco para Fragilidade no idoso” e “síndrome da Fragilidade no idoso”, aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem, sob o nº 005/2010 (ANEXO B), e Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA nº100172 (ANEXO C).

Foi assinado um Termo de Compromisso para Utilização dos Dados do projeto principal, pelo pesquisador responsável e pelo participante do projeto (discente da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso–II) (ANEXO D).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tendo como objetivos deste estudo analisar os fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso, apresenta-se os dados referentes à caracterização da amostra.

Evidencia-se que 62% (245) idosos da amostra estavam internados em unidades de internação cirúrgica e 38% (150) em clínica. A seguir apresentam-se os dados no que se refere às variáveis do perfil sócio-demográfico e de morbididades preexistentes.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo o perfil sócio-demográfico e morbididades preexistentes (n=395)

Idade	Média	Desvio Padrão
	69,73	7,23
Sexo	Frequência	Porcentagem (%)
Feminino	147	37,2
Masculino	248	62,8
Cor		
Branco	327	82,8
Não-branco	68	17,2
Situação conjugal		
Com companheiro	247	62,5
Sem companheiro	148	37,5
Religião		
Possui	286	72,4
Não possui	106	26,8
Não referiram	03	0,8
Escolaridade		
Nenhuma	23	5,8
1 a 4 anos	137	34,7
5 a 8 anos	138	34,9
9 a 12 anos	56	14,2
Mais que 13 anos	40	10,1
Renda familiar mensal		
Menos que 1 salário	4	1,0
1 a 2 salários	247	62,5
3 a 4 salários	92	23,3
5 ou mais salários	50	12,7
Morbididades preexistentes		
Não	64	16,2
Sim	331	83,8

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Caracterizando-se a amostra na Tabela 1, apresenta-se a média de idade dos idosos entrevistados sendo de 69,73 anos, estacando-se a idade máxima de 94 anos de idade, com desvio padrão de 7,23 anos. A amostra dos sujeitos do sexo masculino foi de 62,8% (248) sendo maior do que a do sexo feminino, que foi de 37,2% (147) dos sujeitos do estudo. No que se refere ao perfil dos idosos quanto a cor da pele, constata-se que 82,8% (327) eram de cor branca e 17,2% (68) não-brancos. Quanto à situação conjugal dos idosos, verifica-se que 62,5% (247) vivem com companheiro e 37,5% (148) sem companheiro. Na variável religião, evidencia-se na tabela 1, que 72,4% (286) possuíam religião, 26,8% (106) não tinham religião e 0,8% (3) referiram não ter qualquer tipo de religião. O perfil relativo à escolaridade, constata-se que 5,8% não tinham escolaridade, 34,7% (137) tinham de 1 a 4 anos de estudo, 34,9% (138) estudaram de 5 a 8 anos, 14,2% (56) estudaram de 9 a 12 anos e 10,1% (40) tem mais de 13 anos de estudo. A variável sócio-demográfica renda familiar mensal informada pelos sujeitos do estudo destacou-se a de 1 a 2 salários mínimos, correspondendo a 62,5% (247) dos idosos, sendo que 23,3% (92) apresentam de 3 a 4 salários e 12,7% (50) apresentam renda maior que 5 salários mínimos e 1,0% (4) tem renda inferior a 1 salário mínimo. No que se refere aos dados do perfil de morbidades preexistentes, a Tabela 1 demonstra que do total da amostra 83,8% (331) apresentam pelo menos uma morbidade preexistente e 16,2% (64) não manifestaram qualquer morbidade crônica não transmissível.

Entendendo-se a SFI com potencial para prevenção e tratamento, optou-se, neste estudo, por definir os idosos em Risco para a SFI, àqueles que, após a aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton fossem categorizados nos níveis de “Ausência de fragilidade”, “Aparentemente vulnerável” e “Fragilidade leve”. A pontuação para cada nível de Fragilidade compreendem: (1) entre 0 a 4, indicando que não há presença de SFI, (2) entre 5 a 6, aparentemente vulnerável para SFI; (3) entre 7 a 8, fragilidade leve, (4) entre 9 a 10, fragilidade moderada; (5) 11 ou mais, fragilidade severa (FABRICIO-WEHBE, 2008).

Neste contexto, quanto a presença da condição clínica da Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI) evidencia-se os dados da Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Frequência	Porcentagem (%)
Ausência de fragilidade	114	28,9
Aparentemente vulnerável	104	26,3
Fragilidade leve	82	20,8
Fragilidade moderada	53	13,4
Fragilidade severa	42	10,6
Total	395	100,0

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Ao se analisar os dados da Tabela 2, percebe-se que 28,9% (114) dos sujeitos do estudo não apresentavam a SFI, 26,3% (104) estão aparentemente vulneráveis a SFI, 20,8% (82) tem fragilidade leve, 13,4% (53) apresentam fragilidade moderada e 10,6% (42) apresentam a síndrome em nível severo.

A seguir são apresentados os resultados quanto à ocorrência de fragilidade em idosos por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton com as relações das variáveis sócio-demográficas, morbidades preexistentes e motivos de internação.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Sexo		
	Feminino Fr (%)	Masculino Fr (%)	Total Fr (%)
Ausência de fragilidade	35 (30,7)	79 (69,3)	114 (28,9)
Aparentemente vulnerável	32 (30,8)	72 (69,2)	104 (26,3)
Fragilidade leve	34 (41,5)	48 (58,5)	82 (20,8)
Fragilidade moderada	28 (52,8)	25 (47,2)	53 (13,4)
Fragilidade severa	18 (42,9)	24 (57,1)	42 (10,6)
Total	147 (37,2)	248 (62,8)	395 (100,0)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Observa-se na Tabela 3 que, 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 69,3% (79) eram do sexo masculino e 30,7% (35) do sexo feminino. Os 26,3% (104) idosos que foram considerados “Aparentemente vulnerável”, 69,2% (72) eram

do sexo masculino e 30,8% (32) do sexo feminino. No que se refere a fragilidade leve, 20,8% (82) a apresentaram, destes, 58,5% (48) eram homens e 41,5% (34) mulheres. Constata-se que, apesar do sexo masculino ter maior frequência, verificou-se a associação entre o sexo feminino e o nível de Fragilidade moderada com $p=0,031$, após a aplicação do teste de Qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis.

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Cor		Total Fr (%)
	Cor branca Fr (%)	Cor não branca Fr (%)	
Ausência de fragilidade	104 (91,2)	10 (8,8)	114 (28,9)
Aparentemente vulnerável	84 (80,8)	20 (19,2)	104 (26,3)
Fragilidade leve	67 (83,8)	13 (16,3)	82 (20,8)
Fragilidade moderada	44 (83,0)	09 (17,0)	53 (13,4)
Fragilidade severa	28 (66,7)	14 (33,3)	42 (10,6)
Total	327 (100,0)	66 (100,0)	395 (100,0)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Na Tabela 4, observa-se os dados referentes a cor, em que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 91,2% (104) eram de cor branca e 8,8% (10) de cor não branca. Os 26,3% (104) idosos considerados “Aparentemente vulnerável”, 80,8% (84) eram de cor branca e 19,2% (20) eram de cor não branca. No que se refere a fragilidade leve, 20,8% (82) a apresentaram, e destes, 83,8% (67) eram brancos e 16,3% (13) eram não brancos. Após a aplicação do teste de Qui-quadrado, verificou-se associação entre as variáveis “Ausência de fragilidade” e cor branca, e de “Fragilidade severa” e não branca com $p=0,008$. Ou seja, pode-se afirmar que a cor não branca esta associada com a presença de fragilidade em seu nível mais grave.

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo a situação conjugal e os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Situação conjugal		Total Fr (%)
	Com companheiro Fr (%)	Sem companheiro Fr (%)	
Ausência de fragilidade	78 (68,4)	36 (31,6)	114 (28,9)
Aparentemente vulnerável	70 (67,3)	34 (32,7)	104 (26,3)
Fragilidade leve	54 (65,9)	28 (34,1)	82 (20,8)
Fragilidade moderada	26 (49,1)	27 (50,9)	53 (13,4)
Fragilidade severa	19 (45,2)	54,8 (23,0)	42 (10,6)
Total	247 (100,0)	148 (100,0)	395 (100,0)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

No que se refere a situação conjugal, observa-se, na Tabela 5, que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 68,4% (78) residiam com companheiro e 31,6% (36) moravam sozinhos. Os 26,3% (104) idosos que foram considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 67,3% (70) residiam com companheiro e 32,7% (34) sem companheiro. Quanto ao nível de fragilidade leve, 20,8% (82) a apresentaram, e destes, 65,9% (54) residiam com companheiro e 34,1% (28) residiam sozinhos. A aplicação do teste de Qui-quadrado, verificou associação entre as variáveis residir sem companheiro e os níveis de fragilidade moderada e severa com $p=0,014$. Portanto, pode-se afirmar que idosos que moram sozinhos estão mais suscetíveis às formas mais graves da SFI.

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo a religião e os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Religião		Total Fr (%)
	Possui religião Fr (%)	Sem religião Fr (%)	
Ausência de fragilidade	83 (33,6)	31 (20,9)	114 (28,9)
Aparentemente vulnerável	74 (29,9)	29 (19,5)	104 (26,3)
Fragilidade leve	62 (25,1)	18 (12,1)	82 (20,8)
Fragilidade moderada	38 (15,3)	15 (10,1)	53 (13,4)
Fragilidade severa	29 (11,7)	13(8,7)	42 (10,6)
Total	247 (100,0)	148 (100,0)	395 (100,0)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

A Tabela 6 evidencia a relação entre os níveis de SFI com a religião. Constata-se que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 33,6% (83) possuíam religião e 20,9% (31) não tem religião. Dos 26,3% (104) idosos que foram considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 29,9% (74) possuem religião e 19,5% (29) não referiram qualquer tipo de religião. No que se refere ao nível de fragilidade leve, 20,8% (82) idosos a apresentaram, e destes, 25,1% (62) tinham fé religiosa e 12,1% (18) não possuíam religião. Após a aplicação do teste de Qui-quadrado, não identificou-se relação significativa entre estas variáveis.

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo a escolaridade e os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Escolaridade				
	Nenhu ma Fr (%)	1 a 4 anos Fr (%)	5 a 8 anos Fr (%)	9 a 12 anos Fr (%)	Mais de 13 anos Fr (%)
Aparentemente vulnerável	9 (8,7)	40 (38,5)	30(28,8)	10 (9,6)	14 (13,5)
Fragilidade leve	4 (4,9)	33 (40,2)	28(34,1)	12 (14,6)	05 (6,1)
Fragilidade moderada	2 (3,8)	24 (45,3)	19(35,8)	06 (11,3)	02 (3,8)
Fragilidade severa	7 (16,7)	12 (28,6)	18(42,9)	05 (11,9)	00 (0,0)
Total	23 (5,8)	137(34,7)	138(34,9)	56 (14,2)	40 (10,1)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Quanto aos dados do perfil de escolaridade, a Tabela 7 evidencia que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes destaca-se que 37,7% (43) estudaram de 5 a 8 anos e que 24,6% (28) tem de 1 a 4 anos de instrução. Os idosos considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 38,5% (40) tem de 1 a 4 anos de estudo e 28,8% (30) tem de 5 a 8 anos. Quanto ao nível de fragilidade leve, 40,2% (33) tem de 1 a 4 anos de estudo e 34,1% (28) tem de 5 a 8 anos. Ressalta-se que a estatística foi significativa com $p=0,001$, para a associação das variáveis ausência de fragilidade e mais de 13 anos de estudo e, também, para o nível de fragilidade moderada e nenhum ano de estudo, evidenciando a relação que existe entre o elevado grau de instrução como fator de prevenção da SFI.

Tabela 8. Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal e os níveis de SFI
Renda mensal em salários mínimos

Níveis de Fragilidade	Nenhum Fr (%)	1 a 2 salários Fr (%)	3 a 4 salários Fr (%)	5 ou mais salários Fr (%)
Aparentemente vulnerável	2 (1,9)	68 (78,6)	24 (23,1)	10 (9,6)
Fragilidade leve	1 (1,2)	54 (66,7)	20 (24,7)	06 (7,4)
Fragilidade moderada	0 (0,0)	37 (65,4)	08 (15,1)	08 (15,1)
Fragilidade severa	0 (0,0)	33 (48,2)	05 (11,9)	04 (9,5)
Total	4 (1,0)	247 (62,7)	92 (23,4)	50 (12,7)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Na Tabela 8, observa-se os dados referentes a renda, em que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 30,7% (135) tinham renda de 3 a 4 salários mínimos. Os idosos com fragilidade severa, que foram 48,2% (33) recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Após a análise estatística, identificou-se associação entre estas variáveis com significância de $p=0,034$, evidenciando a relação entre a baixa renda e a presença de níveis maiores da SFI.

Tabela 9. Distribuição das morbidades preexistentes segundo os níveis de SFI

Níveis de Fragilidade	Presença de morbidades pré-existentes	
	Com morbidades Fr (%)	Sem morbidades Fr (%)
Aparentemente vulnerável	84 (80,8)	20 (19,2)
Fragilidade leve	71 (86,6)	11 (13,4)
Fragilidade moderada	48 (90,6)	05 (9,4)
Fragilidade severa	41 (97,6)	01 (2,4)
Total	331 (83,8)	64 (16,2)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Ao se analisar os dados da Tabela 9, percebe-se que 76,3% (87) idosos da amostra não tem a SFI e possuem morbidades. Ao passo que, em 97,6% (41) idosos tem morbidades e a SFI no nível severo. Dos que estão aparentemente vulneráveis a SFI, 80,8% (84) tem morbidades. Os idosos com fragilidade leve, 86,6% (71) apresentam algum tipo de doença. Aplicando-se a

estatística de Qui-quadrado, identificou-se a associação entre a presença de fragilidade severa em pacientes com morbidades, com $p=0,009$. Este dado, evidencia a relação de que a presença de uma ou mais doenças tornam o idoso mais vulnerável a SFI.

A seguir, apresentam-se os dados referentes as morbidades pré-existentes e morbidades motivos de internação categorizadas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Esta 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).

Deste modo, em decorrência do número elevado de morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação apresentadas pelos idosos sujeitos desse estudo, optou-se por utilizar o CID-10 e 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.

Desta forma, apresentam-se as tabelas 10 e 11 em que os dados se relacionam com as morbidades preexistentes e as morbidades que foram os motivos de internação dos idosos relacionando-as com os níveis da SFI. Considera-se que os sujeitos desse estudo manifestavam mais de uma morbidade preexistente e ou morbidade que foi motivo de internação, salienta-se

que o quantitativo destas variáveis apresenta-se em maior número do que o número de idosos da amostra do estudo.

Tabela 10. Distribuição das categorias de morbidades preexistentes segundo os níveis da SFI

Morbidade Preexistente	Ausência de fragilidade	Aparentemente vulnerável	Fragilidade leve	Fragilidade moderada	Fragilidade severa	Total
Doenças do aparelho circulatório	63 (55,3%)	48 (46,2%)	42 (51,2%)	30 (56,6%)	20 (47,6%)	203 (51,2%)
Doenças endócrinas, nutricionais	35 (30,7%)	43 (41,3%)	49 (59,8%)	29 (54,7%)	30 (71,4%)	186 (47,1%)
Neoplasias [tumores]	13 (11,4%)	8 (7,7%)	11 (13,4%)	8 (15,1%)	3 (7,1%)	43 (10,9%)
Doenças do aparelho geniturinário	13 (11,4%)	12 (11,5%)	9 (11,0%)	4 (7,5%)	4 (7,5%)	42 (10,6%)
Doenças do aparelho digestivo	14 (12,3%)	6 (5,8%)	4 (4,9%)	7 (13,2%)	2 (4,8%)	33 (8,4%)
Doenças do aparelho respiratório	4 (3,5%)	5 (4,8%)	7 (8,5%)	5 (9,4%)	9 (21,4%)	30 (7,6%)
Doenças do sistema osteomuscular	5 (4,4%)	5 (4,4%)	6 (7,3%)	7 (7,5%)	3 (7,1%)	23 (5,8%)
Transtornos mentais e comportamentais	3 (2,6%)	2 (1,9%)	5 (6,1%)	6 (11,3%)	3 (7,1%)	19 (4,8%)
Doenças do sangue	0 (0,0%)	2 (1,9%)	5 (6,1%)	1 (1,9%)	2 (4,8%)	10 (2,5%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1 (1,0%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	3 (7,1%)	6 (1,5%)
Doenças do sistema nervoso	3 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	6 (1,5%)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0 (0,0%)	2 (1,9%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (1,0%)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

À análise dos dados da Tabela 10, constata-se a prevalência de doenças do aparelho circulatório, em que 55,3% (63) dos idosos da amostra não tem a SFI. Destaca-se também os dados dos idosos com doenças endócrinas e nutricionais, no qual 59,8% (49) dos sujeitos tem a SFI em seu nível leve. No que se refere à prevalência das neoplasias e doenças do aparelho geniturinário, constata-se igual frequência, de 11,4% (13), entre os idosos sem a SFI. Foi realizada a associação estatística de Qui-quadrado, cujo $p=0,003$ para as variáveis fragilidade moderada e severa e doenças do aparelho respiratório. Assim como, a associação de

aparentemente vulnerável à SFI e doenças infecciosas e parasitárias, com o $p=0,040$, e a fragilidade leve com as doenças do sangue ($p=0,052$).

Tabela 11. Distribuição das morbidades motivos de internação segundo os níveis da SFI

Morbidade motivo de internação	Ausência de fragilidade	Aparentemente vulnerável	Fragilidade leve	Fragilidade moderada	Fragilidade de severa	Total
Neoplasias [tumores]	33 (28,9%)	42 (40,4%)	29 (35,4%)	16 (30,2%)	10 (23,8%)	130 (32,9%)
Doenças do aparelho circulatório	15 (13,2%)	21 (20,2%)	15 (18,3%)	9 (17,0%)	9 (17,0%)	69 (17,5%)
Doenças do aparelho geniturinário	26 (22,8%)	14 (13,5%)	8 (9,8%)	10 (18,9%)	2 (4,8%)	60 (15,2%)
Doenças do aparelho digestivo	18 (15,8%)	9 (9,8%)	8 (8,7%)	6 (11,3%)	3 (7,1%)	44 (11,1%)
Doenças do aparelho respiratório	8 (7,0%)	3 (2,9%)	5 (6,1%)	7 (13,2%)	13 (31,0%)	36 (9,1%)
Doenças endócrinas, nutricionais	3 (2,6%)	4 (3,8%)	5 (6,1%)	0 (0,0%)	4 (9,5%)	16 (4,1%)
Doenças do sistema osteomuscular	7 (6,1%)	5 (4,8%)	1 (1,2%)	3 (5,7%)	0 (0,0%)	16 (4,1%)
Doenças do sangue	0 (0,0%)	2 (1,9%)	5 (6,1%)	1 (1,9%)	2 (4,8%)	10 (2,5%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0 (0,0%)	5 (4,8%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	8 (2,0%)
Doenças do sistema nervoso	3 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	6 (1,5%)
Transtornos mentais e comportamentais	0 (0,0%)	2 (1,9%)	1 (1,2%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	4 (1,0%)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,4%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	3 (8%)

Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Os dados da Tabela 11, evidenciam a prevalência das neoplasias e doenças do aparelho circulatório nos idosos aparentemente vulneráveis à SFI, com a frequência de 40,4% (42) e 20,2% (21) nos idosos sujeitos do estudo. Destaca-se também, os dados das doenças do aparelho geniturinário e digestivo nos idosos sem a SFI, com prevalência de 22,8% (26) e 15,8% (18), respectivamente. No que se refere a associação de Qui-quadrado, identificou-se associação entre vulnerável a SFI e doenças do aparelho respiratório ($p=0,001$), assim como, ausência da SFI e doenças do aparelho geniturinário, com o $p=0,035$. Destaca-se também a associação entre fragilidade leve e as doenças do sangue, com associação de $p=0,035$.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir, tem-se a discussão dos resultados, conforme os objetivos do estudo.

No perfil sócio-demográfico relativo ao sexo, constata-se que o sexo masculino foi em frequência de 62,8% (248) idosos da amostra. Entretanto, identificou-se a associação da fragilidade moderada com o sexo feminino ($p=0,031$), o que vêm ao encontro de estudos que apontam que o sexo feminino é um fator de risco para a fragilidade devido à massa muscular reduzida e alterações hormonais (FRIED *et al.*, 2001). Em estudo realizado por Erichsen (2011), constatou-se que a Síndrome da Fragilidade no Idoso (SFI) é prevalente, 37% (17), em mulheres e que esta situação clínica tende a se agravar com o avanço da idade, corroborando com o estudo de Andrade *et al.* (2011), no qual identificou que a Fragilidade está presente 40% (174) idosos e que destes, 44,6% (99) são do sexo feminino.

Para Wua *et al.* (2010), o estado de fragilidade em mulheres tem como preditores as deficiências de hormônios anabólicos, incluindo a testosterona. Já para Espinoza e Waltson (2005), as 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. Neste sentido, os resultados indicam que o sexo feminino pode ser um fator de risco para a SFI nos idosos do sexo feminino.

Outro dado relevante ao se considerar, é a cor da pele dos idosos, em que os dados evidenciam frequência de 91,2% (104) idosos de cor branca. Segundo os dados do IBGE (2010), houve aumento no percentual das pessoas com 60 anos ou mais de idade na população brasileira, no qual passou de 9,1% para 11,3% indivíduos e dentre essas, 55,4% são de cor branca, no período de 1999 e 2009. Contudo, os dados deste estudo evidenciaram a associação estatística da cor não branca com a presença de fragilidade em seu nível severo ($p=0,008$), assemelhando-se aos dados do estudo de Fried *et al.* (2001), em que maior frequência de fragilidade foi identificada nos sujeitos de cor não branca.

No que se refere a situação conjugal, constata-se que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 68,4% (78) residiam com companheiro e 31,6% (36) moravam sozinhos. Os 26,3% (104) idosos que foram considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 67,3% (70) residiam com companheiro e 32,7% (34) sem companheiro. Quanto ao nível de fragilidade leve, 20,8% (82) a apresentaram, e destes, 65,9% (54) residiam com companheiro e 34,1% (28) residiam sozinhos. Sendo os dados,

estatisticamente associado às variáveis “residir sem companheiro” e os níveis de “fragilidade moderada e severa” com $p=0,014$. Constata-se que os idosos que moram sozinhos tem mais Fragilidade.

Os dados deste estudo evidenciam a prevalência do número de idosos que residem sozinhos e que, confirmada Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2009), os idosos que vivem em domicílios com apenas um morador passaram de 10,04% em 2004 para 12% em 2009. E, no que se referem a Fragilidade, corroboram com o trabalho de Souto (2011), que identificou a SFI em 43% (40) dos idosos que vivem sozinhos, e com os dados de Gobbens *et al.* (2010) que cita a relação entre residir sem companheiro e a prevalência da Fragilidade.

Ressalta-se, ainda, a importância do suporte social ao idoso, tendo em vista que esta variável pode influenciar no desenvolvimento da fragilidade no idoso reduzindo os riscos de fragilidade (WOO *et al.*, 2005; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008). Segundo Puts *et al.* (2009), o aspecto social consiste em um fator importante na manifestação clínica da Fragilidade, tendo em vista que os idosos que se sentem sozinhos e tem poucos contatos sociais são mais frágeis.

Os dados do perfil sócio-demográfico quanto a religião, constata-se que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 33,6% (83) possuíam religião e 20,9% (31) não tem religião. Dos 26,3% (104) idosos que foram considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 29,9% (74) possuem religião e 19,5% (29) não preferiram qualquer tipo de religião. No que se refere ao nível de fragilidade leve, 20,8% (82) idosos a apresentaram, e destes, 25,1% (62) tinham fé religiosa e 12,1% (18) não possuíam religião. Isto vem ao encontro dos dados de Dendena (2011), em que a religião se apresenta como uma variável de grande importância no processo de envelhecimento bem-sucedido de idosos, visto que é concebida por eles como fonte de apoio no enfrentamento de crises e mudanças ocorrentes nesta fase do desenvolvimento, além de ser mediadora e favorecedora de convívio social. Para Woo *et al.* (2005), a prática de atividades religiosas reduz o risco de fragilidade. Deste modo, o fato de o idoso não ter religião configura-se como fator de risco para a SFI.

Quanto ao perfil de escolaridade, os dados evidenciam que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes destaca-se que 37,7% (43) estudaram de 5 a 8 anos e que 24,6% (28) tem de 1 a 4 anos de instrução. Os idosos considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 38,5% (40) tem de 1 a 4 anos de estudo e 28,8% (30) tem escolaridade de 5 a 8 anos. Quanto ao nível de fragilidade leve, 40,2% (33) tem de 1 a 4 anos

de estudo e 34,1% (28) tem de 5 a 8 anos. Ressalta-se que a estatística foi significativa com $p=0,001$, para a associação das variáveis ausência de fragilidade e mais de 13 anos de estudo e, também, para o nível de fragilidade moderada e nenhum ano de estudo. Estes dados assemelham-se aos dados de Erichsen (2011), nos quais identificou-se que quanto maior a escolaridade, menor a ocorrência de fragilidade. E, dentre estes idosos que referiram ter escolaridade acima de 13 anos, 89,5% (17) foram identificados sem a SFI, ao passo que 10,5% (02), tiveram a SFI. Confirmando os dados dos estudos de Fried *et al.* (2004) e Xue *et al.* (2011), que evidenciam menores níveis educacionais e de renda mensal, constituem-se em fatores de risco para a Fragilidade. Neste contexto, a baixa escolaridade foi identificado como fator de risco para o surgimento da SFI.

Os dados referentes a renda, em que 28,9 (114) dos idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, sendo que destes 30,7% (135) tinham renda de 3 a 4 salários mínimos. Os idosos com fragilidade severa, que foram 48,2% (33) recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Identificou-se associação estatística entre estas variáveis com significância de $p=0,034$, evidenciando a relação entre a baixa renda e a presença de níveis maiores da SFI, uma vez que, segundo Woo *et al.* (2005), a baixa renda estaria associada ao aumento do número de morbidades, configurando-se em fator que pode elevar à Fragilidade.

No que se refere aos dados do perfil sócio-demográfico de morbidades preexistentes, os resultados evidenciam a prevalência de doenças do aparelho circulatório, em que 55,3% (63) dos idosos da amostra não tem a SFI. Destaca-se também os dados dos idosos com doenças endócrinas e nutricionais, no qual 59,8% (49) dos sujeitos tem a SFI em seu nível leve. No que se refere à prevalência das neoplasias e doenças do aparelho geniturinário, constata-se igual frequência, de 11,4% (13), entre os idosos sem a SFI. Foi realizada a associação estatística de Qui-quadrado, cujo $p=0,003$ para as variáveis fragilidade moderada e severa e doenças do aparelho respiratório. Assim como, a associação de aparentemente vulnerável à SFI e doenças infecciosas e parasitárias, com o $p=0,040$, e a fragilidade leve com as doenças do sangue ($p=0,052$). Estes dados vem ao encontro dos dados do estudo de Fried *et al.* (2004), em que pior estado de saúde e a maior número de comorbidades crônicas e incapacidades aumenta os níveis de Fragilidade.

Segundo Perracini (2009), as comorbidades e incapacidades nem sempre determinam a SFI, no entanto, podem contribuir para o desfecho final do indivíduo em tornar-se frágil, assim

como outros comprometimentos clínicos. Bergmann *et al.* (2007) refere que a presença de doenças crônicas não-transmissíveis pode acelerar o aparecimento da fragilidade, tendo em vista que essas morbidades requerem que o organismo utilize recursos disponíveis, podendo levar à exaustão das reservas orgânicas. Citam, também, que o número de morbidades é proporcional aos níveis de fragilidade, isto é, que há uma tendência de que quanto maior o número de morbidades, maior a prevalência de Fragilidade.

O estudo de Fried *et al* (2004) revelou que os idosos não-frágeis apresentavam maior média de doenças acumuladas que os pré-frágeis, o que está de acordo com a evidência de que fragilidade e comorbidade são conceitos distintos e podem existir independentemente ou associados. Em outro estudo, Costa e Neri (2011), verificaram que a presença de Fragilidade foi significativamente associada a presença de três ou mais comorbidades. Desta forma, idosos acometidos por esses agravos na situação de saúde necessitam de acompanhamento sistemático e contínuo, pois tendem fortemente a serem classificados como frágeis (ANDRADE *et al.*, 2011).

Ainda em relação às morbidades, os autores Kanapuru e Ershler (2009), destacam insuficiência cardíaca, história de infarto, artrite, doenças vasculares, diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica e a depressão como prevalentes. Salienta-se ainda, as doenças menos frequentes que estão presentes como fatores de risco para a fragilidade, como a depressão e as doenças do sangue, como a anemia. Para Almeida *et al* (2008) há a prevalência de doenças relacionadas ao aparelho circulatório, as doenças neoplásicas e as doenças do aparelho respiratório, sendo essas comuns aos processos degenerativos do envelhecimento e que, estas situações clínicas caracterizam limitações desta faixa etária e os riscos impostos pela idade.

Os dados quanto às morbidades motivos de internação, evidenciam a prevalência das neoplasias e das doenças do aparelho circulatório nos idosos aparentemente vulneráveis à SFI, com a frequência de 40,4% (42) e 20,2% (21) nos idosos sujeitos do estudo, respectivamente. Destaca-se também, os dados das doenças do aparelho geniturinário e digestivo nos idosos sem a SFI, com prevalência de 22,8% (26) e 15,8% (18) pacientes. No que se refere a associação de Qui-quadrado, identificou-se associação entre vulnerável a SFI e doenças do aparelho respiratório ($p=0,001$), assim como, ausência da SFI e doenças do aparelho geniturinário ($p=0,035$). Destaca-se também a associação entre fragilidade leve e as doenças do sangue, com associação de $p=0,035$. Estes dados diferem, do estudo de Motta (2010), no qual identificou as morbidades que levaram à internação hospitalar de pessoas idosas, identificadas corresponderam a: 23% ($n=177$)

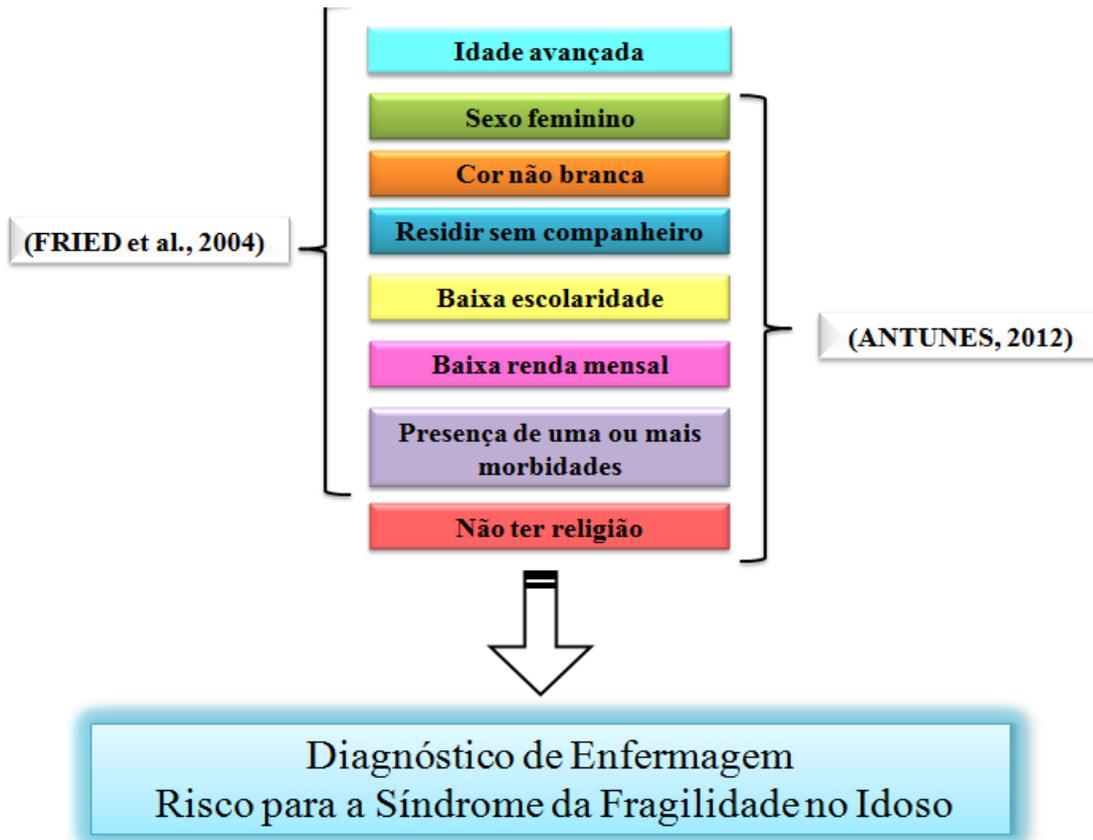
doenças do aparelho digestivo, 18% (n=138) doenças do aparelho circulatório e 11,9% (n=91) neoplasias. Andrade *et al.* (2011) cita que as patologias mais comuns entre os idosos considerados frágeis foram hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e osteoporose.

Autoras como Sousa *et al.* (2010) citam que os idosos estão sendo internados com os diagnósticos que caracterizam a presença de síndromes geriátricas, e que muitas vezes têm alta hospitalar apresentado os mesmos diagnósticos que possuíam quando internados, ou ainda, adquiridos durante o período de internação hospitalar. Ressalta-se ainda, que as síndromes favorecem o aparecimento da fragilidade nos idosos levando a debilitações que acarretem a dependência.

Dessa forma, a literatura reforça que altos índices de morbidades preexistentes são fatores que determinam a SFI nos idosos (AHMED *et al.*, 2007; KANAPURU, ERSHLER, 2009; MORLEY *et al.*, 2011). Destaca-se ainda, que as morbidades preexistentes não foram as mesmas que foram motivos de internação dos idosos, evidenciando que a presença de uma morbidade não é fator determinante para a hospitalização do idoso.

A guisa da discussão constata-se que os achados suportam a finalidade deste estudo, qual seja, a de analisar os Fatores de Risco para a SFI hospitalizados, visando a elaboração do DE “Risco para a SFI”. Os resultados têm semelhança ora com os fatores contribuintes, ora com as evidências de SFI citados por autores como Fried *et al.* (2001), Bergman *et al.* (2004) e Gobbens *et al.* (2010), dentre outros autores. Para melhor compreensão desta constatação, elaborou-se a Figura 1, em que se mostra os fatores de risco identificados nesta pesquisa e que são os mesmos citados por Fried *et al.* (2001) em seu estudo, ao caracterizar a SFI.

Figura 1. Fatores de risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso



Fonte: ANTUNES, Michele. **Fatores de risco para a fragilidade em idosos hospitalizados: contribuições para o diagnóstico de enfermagem “risco para a síndrome da fragilidade no idoso”**. Porto Alegre, 2012.

Acredita-se que estas condições estruturam, na prática clínica de enfermagem no cuidado ao idoso, o diagnóstico de enfermagem de “Risco para a Síndrome da Fragilidade no Idoso”.

7 CONCLUSÕES

A seguir, apresenta-se as conclusões acerca dos resultados desse estudo.

Os dados do perfil sócio demográfico caracterizam a média de idade dos idosos de 69,73 anos, destacando-se que a idade mínima apresentada foi 60 anos e a máxima, 94 anos de idade, com desvio padrão de 7,23 anos. Constata-se a prevalência de 62,8% (248) do sexo masculino, 82,8% (327) de cor branca, 62,5% (247) vivem com companheiro, 72,4% (286) possuíam religião, escolaridade 34,7% (137) tinham de 1 a 4 anos de estudo e 34,9% (138) estudaram de 5 a 8 anos, 62,5% (247) tinham renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos e 83,8% (331) apresentam pelo menos uma morbidade preexistente.

As morbidades pré-existentes mais frequentes nos idosos da amostra foram relacionadas ao aparelho circulatório seguidas das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e das neoplasias (tumores). No que se refere ao motivo de internação, a causa mais frequente foi relacionada à presença de neoplasias, doenças do aparelho circulatório e geniturinário. Destaca-se ainda, que as morbidades preexistentes não foram as mesmas identificadas como motivos de internação dos idosos.

No que se refere aos dados do perfil sócio-demográfico, das morbidades preexistentes e morbidades motivos de internação com a presença da SFI, verificou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis: sexo feminino e o nível de Fragilidade moderada ($p=0,031$); “Fragilidade severa” e cor não branca ($p=0,008$); residir sem companheiro e os níveis de “Fragilidade moderada” e “Fragilidade severa” ($p=0,014$); “Fragilidade moderada” e o nível de escolaridade nenhum ano de estudo, $p=0,001$; “Fragilidade severa” tinham renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, com $p=0,034$; “Fragilidade severa” com a presença de morbidades, com $p=0,009$.

Destaca-se que, embora a variável religião não tenha apresentado-se como estatisticamente significativa, ressalta-se esta, como fator de proteção para a SFI em nível moderados e severos. Desse modo, os dados evidenciam que dos 28,9% (114) idosos da amostra não possuem a síndrome da fragilidade, e que destes 33,6% (83) possuíam religião. Já dos 26,3% (104) indivíduos que foram considerados no nível de “Aparentemente vulnerável”, 29,9% (74) possuem religião. E, quanto aos 20,8% (82) idosos com nível de “Fragilidade leve”, 25,1% (62) tinham fé religiosa.

Quanto às morbidades preexistentes conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (BRASIL, 2010) associadas aos níveis de SFI, quais sejam: “Fragilidade moderada” e “Fragilidade severa” e as doenças do aparelho respiratório ($p=0,003$), “Aparentemente vulnerável à SFI” e doenças infecciosas e parasitárias ($p=0,040$) e “Fragilidade leve” com as doenças do sangue ($p=0,052$). Além disso, as morbidades que foram motivos de internação associadas aos níveis da SFI foram: “Vulnerável a SFI” e doenças do aparelho respiratório ($p=0,001$), “Ausência da SFI” e doenças do aparelho geniturinário ($p=0,035$) e “Fragilidade leve” e as doenças do sangue ($p=0,035$).

À partir dos resultados deste estudo, acredita-se que os fatores de risco para a SFI são: sexo feminino, cor não branca, residir sem companheiro, não ter religião, baixo nível de escolaridade, baixa renda (de 1 a 2 salários mínimos), presença de morbidades (doenças do aparelho respiratório, do sangue e algumas doenças infecciosas e parasitárias) e morbidades motivos de internação (doenças do aparelho respiratório, do sangue e geniturinário), o que configura o diagnóstico de enfermagem “Risco para SFI”.

Como estudo futuro, recomenda-se a Validação de Clínica deste DE Risco para a SFI, com o objetivo de validar as variáveis identificadas neste estudo que apresentam-se como fatores de risco para o DE “Risco para a SFI” na prática clínica de enfermagem no cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, W. *et al.* Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, América do Norte, 0, apr. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/111>. Acesso em: 17 Jun. 2012.
- AHMED, N. *et al.* Frailty: An Emerging Geriatric Syndrome. **The American Journal of Medicine**. Tucson, v.120, p.748-753, sep. 2007.
- ALFARO-LEFEVRE R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- ALVES, LC *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 23, p.1924-1930, ago. 2007.
- BANDEIRA, IC, CROSSETTI MGO. **Síndrome da Fragilidade em Idosos: uma revisão integrativa**. 2010. 47 f. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- BERGMAN H *et al.* Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. **Geront Soc** 2004 June;109:15-29.
- BERGMAN H *et al.* Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. **Journal Of Gerontology**, Montreal, v. 62, n. 7, p.731-737, 2007.
- BERLEZI, EM *et al.* Programa de atenção ao idoso: relato de um modelo assistencial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 368-370, 2011.
- COSTA TB; NERI, AL. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Junho 2012.
- CROSSETTI, MGO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: (3ªAula). **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, n. 45, v.[S.v.], p.38-43, 2008.
- CROSSETTI, MGO *et al.* Nursing diagnoses of those with frail elderly syndrome in surgical inpatient units. Anais da NANDA International 40th Anniversary Conference, 2012.
- 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.
- FABRÍCIO, SCC, RODRIGUES, RA. P. Revisão da literatura sobre 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.
- FABRÍCIO-WEHBE SCC. **Adaptação cultural e Validação da Edmont Frail Scale (ESF)-escala de Síndrome da fragilidade em idosos**. Tese [Doutorado em Enfermagem] Escola de Enfermagem (EE/EERP), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERREIRA, OGL *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 44, p.1065-1069, 2010.

FRIED, LP *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal Of Gerontology, Baltimore**, v. 56, n. 3, p.146-156, 2001.

FRIED, L. P., WALSTON, 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; pp. 1487-502.

FRIED LP *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and a care. **Journal Gerontology Medical Science**, v. 59, n. 3, p. 255-63, mar. 2004.

GOBBENS, R *et al.* Determinants of Frailty. **The Journal of the American Medical Association**. Chicago, v. 11, n. 5, p. 356-364, jun, 2010.

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.

HULLEY, SB *et al.* **Delineando a pesquisa clinica uma abordagem epidemiologica**. 3 ed. Porto Alegre Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

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

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

KARUNANANTHAN S. *et al.* A multidisciplinary systematic literature review on frailty: Overview of the methodology used by the Canadian initiative on frailty and aging. **BioMed Central Medical Research Methodology**, p. 9-68, doi:10.1186/1471-2288-9-68, 2009.

LANG, PO; MICHEL, JP; ZEKRY, D. Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process. **Gerontology**, v. 55, n. 5, p. 539-549, 2009.

LOURENÇO RAA. Síndrome de Síndrome da Fragilidade no Idoso: Marcadores Clínicos e 26 Biológicos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ Ano 7, Janeiro /Junho de 2008.

MACEDO, C; GAZZOLA, J. M; NAJAS, M. Síndrome da Fragilidade do idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, p.177-184, 2008.

MORAES EM; MARINO MCA; SANTOS RR. Principais síndromes geriátricas. **Revista Medicina de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORLEY, John et.al. Frailty: Diagnosis and management. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v.15, n.8, 2011. Disponível em: <http://www.springerlink.com/content/334x203496130521/fulltext.pdf> Acesso em: 15 jun 2012

MOTTA CCR, HANSEL CG, SILVA J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v.12, n.3, p.471-7, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a08.htm>. Acesso em: 15 jun 2012

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

PERRACINI MR, FLÓ CM. **Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.

PICCINI RX, *et al.* Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 657-667, 2006.

POLIT, DF; HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

PUTS, M.T.E; SHEKARY, N; WIDDERSHOVEN, G; HELDENS, J; DEEG, D.J.H. The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. **Journal of Aging Studies**, Netherlands, v. 23, p. 258–266, 2009.

ROLFSON DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, RockwoodK. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing** 2006 June; 35:526-9.

SANTOS, SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.6, p. 1035-1039, nov./dez. 2010.

SOUTO, GD. **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”**. 2011. 60 f. Trabalho de Conclusão (Bacharel em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TEIXEIRA, INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de Síndrome da Síndrome da Fragilidade no Idoso. **Ciência Saúde Coletiva**, 13(4):1181-1188, 2008.

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

XUE QL *et al.* Prediction of risk of falling, physical disability, and frailty by rate of decline in grip strength: the women's health and aging study. [Arch Intern Med.](#) v.17, n.12, p.1119-21, 2011.

ANEXO A - Escala de Fragilidade de Edmonton

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): A

B

C

“Por favor, imagine que este círculo é um relógio. () Aprovado

() Reprovado () Reprovado com

Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros

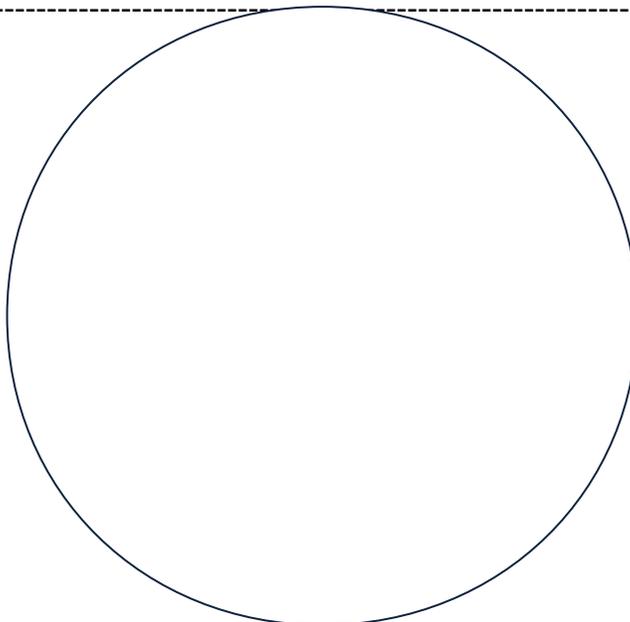
com erros erros significantes

de forma a indicar a hora ‘onze e dez’.” (veja o

mínimos

Método de Pontuação TDR)

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



B. Estado Geral de Saúde

a) No ano que passou, quantas vezes foi internado? A B C
 0 1-2 >2

b) De modo geral, como você descreveria sua saúde?

A B C
 Excelente Razoável Ruim
 Muito boa
 Boa

C. Independência Funcional

Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?

A B C
 0-1 2-4 5-8

- Preparar a refeição
- Transporte
- Cuidar da Casa
- Administrar o dinheiro
- Fazer compras
- Usar o telefone
- Lavar a Louça
- Tomar remédios

D. Suporte social

Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém disposto e capaz de atender as suas necessidades?

A B C
 Sempre Algumas vezes Nunca

E. Uso de Medicamentos

a) Você usa cinco ou mais remédios prescritos, de modo regular?

A B
 Não Sim

b) Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios prescritos?

Não Sim

F. Nutrição

Você tem perdido peso recentemente, de forma que suas roupas estão mais folgadas?

A B
 Não Sim

G. Humor

Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência?

A B
 Não Sim

H. Incontinência

Você tem problema de perder o controle da urina sem querer?

A B
 Não Sim

TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO:

A

B

C

“Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Depois, quando eu disser “Vá”, 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)

Desempenho Funcional: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se: o indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste. Para a realização do teste, o paciente necessita usar o cinto de segurança, andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.

Método de Pontuação TDR da EFE

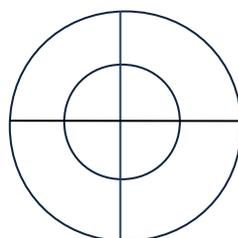
O escore do TDR na EFE seguirá as instruções de escore original. Os participantes recebem uma folha com um círculo desenhado padrão com 10 cm de diâmetro e as seguintes instruções são passadas: “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas 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 duplicidade.
- 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.
- C. Reprovado com erros significantes:**
 - a. Posicionamento dos ponteiros de hora e minuto está, significativamente, fora de curso.
 - b. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta escrever as horas à semelhança de um relógio digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
 - c. Os números estão agrupados em apenas um lado do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
 - d. Ocorrem outras distorções quanto à seqüência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros)

Reprovado com erros significantes sugere déficit cognitivo.

Transparência alvo: A transparência alvo é reproduzida como um círculo (10 cm de diâmetro) com duas linhas perpendiculares cruzando o ponto central do círculo, criando quatro quadrantes. Um círculo menor (5 cm de diâmetro) também é desenhado no interior do primeiro círculo, com o ponto central em comum. A transparência final deve Ter a seguinte aparência:



ANEXO B - Carta de Aprovação da COMPESQ – EEUFRGS do projeto principal



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto Docente: 005/2010
Versão Mês: 05/2010

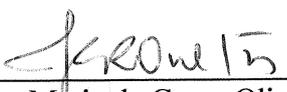
Pesquisadores:

Professores – Maria da Graça Oliveira Crossetti
Acadêmicos de Enfermagem – Greicy Kelly Bittencourt, Caroline de Leon Linck,
Carolina Giordani da Silva, Michele Antunes e Thaíla Tancini.

Título: FRAGILIDADE EM IDOSOS: EVIDÊNCIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM “RISCO PARA FRAGILIDADE NO IDOSO” E/OU “SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO”.

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 éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 03 de maio de 2010.



Prof^a Dra Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ EEEn-UFRGS

ANEXO C - 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

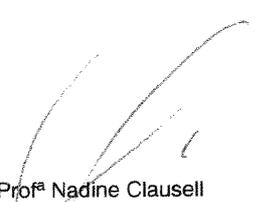
Pesquisadores:

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

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

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

----- **Para preenchimento do Entrevistador** -----

Motivos da internação (diagnóstico médico): _____

Acompanhado de Familiar? () Sim () Não

Há interferência espontânea do familiar? () Sim () Não

No que? _____

O idoso recorre ao familiar para auxiliar nas respostas? () Sim () Não