



## Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados

### The frailty syndrome in institutionalized elderly persons

Marina Tadini Fluettti<sup>1</sup>  
Jack Roberto Silva Fhon<sup>2</sup>  
Ana Paula de Oliveira<sup>3</sup>  
Larissa Martins Ortega Chiquito<sup>1</sup>  
Sueli Marques<sup>4</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** analisar a relação entre o nível de fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Método:** estudo descritivo e transversal, com 56 idosos residentes em ILPI. A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2016. Utilizaram-se um questionário para o perfil sociodemográfico e de saúde, o Mini Exame do Estado Mental, o *Tilburg Frailty Indicator*, o Índice de Barthel e a *Geriatric Depression Scale* (GDS-15). Foram realizadas análises descritivas. Para as variáveis numéricas foi testada a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis numéricas tendo a fragilidade como variável dependente. **Resultado:** a maioria era do sexo feminino (57,1%); média de idade 77,77 anos; 35,7% viúvos. Quanto à avaliação de saúde, 55,4% tinham déficit cognitivo, 62,5% apresentavam sintomas de depressão e 75,0% foram classificados como frágeis; 42,9% tiveram quedas nos últimos 12 meses; a média de pontos no Índice de Barthel foi 68,30. Observou-se correlação positiva entre a pontuação da fragilidade e da GDS-15 ( $r=0,538$ ;  $p=0,00$ ) e negativa entre a fragilidade e o índice de Barthel ( $r=-0,302$ ;  $p=0,02$ ). **Conclusão:** o aumento da fragilidade está correlacionado com a presença de sintomas depressivos e a diminuição do desempenho para as atividades básicas da vida diária do idoso institucionalizado. Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento do cuidado ao idoso residente de ILPI, além de fomentar avaliações mais amplas desses idosos.

**Palavras-chave:** Idoso Fragilizado. Enfermagem Geriátrica. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

#### Abstract

**Objective:** to analyze the relationship between the level of frailty and sociodemographic and health characteristics among elderly residents of a long-term care facility (LTCF) in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Method:** this descriptive and cross-sectional study

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Instituição Sociedade Espirita Cinco de Setembro, Setor de Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

included 56 elderly persons living in a LTCF. Data were collected from April to June 2016. A questionnaire addressing sociodemographic and health profiles was used together with the Mini-Mental State Examination, the Tilburg Frailty Indicator, the Barthel Index, and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Descriptive statistics were applied. The normality of the continuous variables was tested using the Shapiro-Wilk test. Spearman's correlation was used for the continuous variables with frailty as the dependent variable. Result: Most elderly individuals were female (57.1%); the average age was 77.77; and 35.7% were widowed. In terms of health, 55.4% presented cognitive deficit; 62.5% had depression symptoms; 75.0% were considered frail; 42.9% had suffered falls in the last 12 months; and the individuals scored an average of 68.30 in the Barthel Index. A positive correlation between the frailty score and the GDS-15 ( $r=0.538$ ;  $p=0.00$ ) was observed, while a negative correlation was found between frailty and the Barthel Index ( $r=-0.302$ ;  $p=0.02$ ). *Conclusion:* increased frailty among institutionalized elderly persons is correlated with the presence of depressive symptoms and inferior performance of basic activities of daily living. The results of the present study can support the planning of care provided to elderly individuals living in LTCFs and encourage broader assessments of these individuals.

**Keywords:** Frail Elderly. Geriatric Nursing. Homes for the Aged.

## INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando um processo de envelhecimento populacional crescente. Estima-se que para 2020 o contingente de pessoas com 60 anos ou mais atingirá 13,8% da população total brasileira, passando para 33,7% em 2060<sup>1</sup>.

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e progressivo em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, socioeconômica, cultural e espiritual<sup>2</sup>, o que implica perda da reserva funcional tornando o indivíduo mais susceptível às doenças crônicas, o que pode contribuir para a diminuição da funcionalidade e o surgimento da síndrome da fragilidade<sup>3</sup>. A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde do idoso, sendo assim, pesquisas vêm sendo realizadas para a elaboração de um conceito sobre fragilidade, a fim de ser utilizada na prática dos serviços de saúde, mas devido a sua característica multidimensional, sua definição ainda representa um desafio a ser superado<sup>4</sup>.

A fragilidade é um estado de vulnerabilidade com uma pobre resolução da homeostase, após um evento estressor, aumentando o risco de resultados adversos, tais como debilidade muscular, fragilidade óssea, desnutrição, risco de quedas, vulnerabilidade ao traumatismo e infecções, além de pressão arterial instável e diminuição da capacidade funcional<sup>5</sup>. Para este estudo entende-se a fragilidade como um estado dinâmico que afeta o indivíduo que sofre perdas em

um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social), causada pela influência de uma série de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos<sup>6</sup>.

A população idosa apresenta peculiaridades distintas em relação às demais faixas etárias e sua avaliação de saúde requer investigação ampla e multidimensional, abrangendo avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, por meio de uma equipe multiprofissional a fim de garantir melhor avaliação e tratamento ao idoso e assim priorizar a sua autonomia e independência no meio em que vive<sup>7</sup>.

Deficit na capacidade funcional, cognitiva e psíquica são a maior causa de perda da independência<sup>8</sup>, levando o idoso a necessitar de maiores cuidados para a realização das atividades da vida diária. Sendo assim, as dificuldades encontradas pela família ou a impossibilidade de um cuidador, faz com que procure as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com a finalidade de suprir essas demandas<sup>9</sup>. A institucionalização não é uma prática comum no Brasil, pois apenas 0,8% da população idosa brasileira vivem em ILPI, mas acredita-se que haverá uma ascensão do crescimento para um futuro próximo<sup>10</sup>.

A descrição de fatores associados ao idoso frágil, principalmente em ILPIs é escassa na literatura brasileira. Ressalta-se que a presença da fragilidade, pode comprometer a qualidade de vida

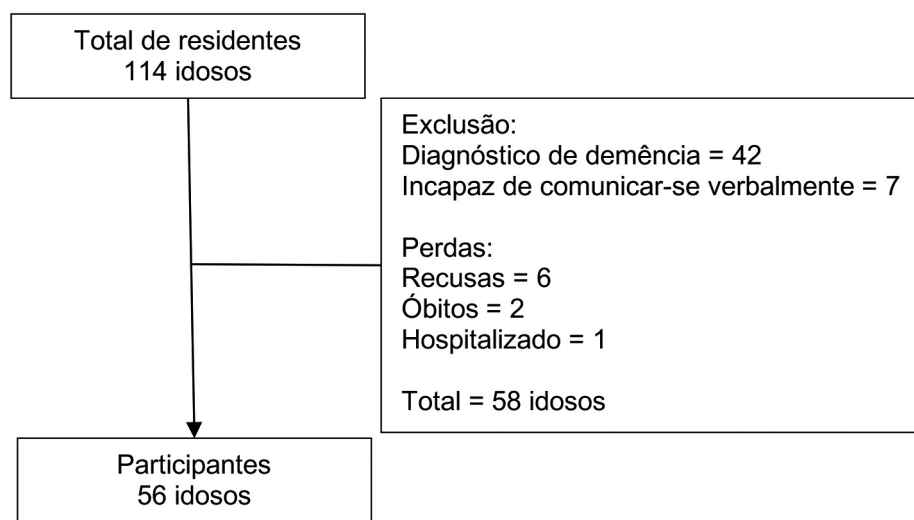
da população idosa. Diante do exposto, questiona-se: qual a relação entre a fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em uma instituição de longa permanência?

Com base nesse questionamento, os objetivos do estudo foram identificar a capacidade cognitiva, o grau de independência para as atividades básicas de vida diária, a presença de sintomas depressivos, o nível de fragilidade em idosos, residentes em uma ILPI, no município de Ribeirão Preto, SP e analisar a relação entre o nível de fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em uma ILPI na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. A população do estudo foi os idosos que residiam na ILPI, no período de abril a junho de 2016, que atenderam aos critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos e ser capaz de comunicar-se verbalmente e, de exclusão: ter diagnóstico médico de demência.

Assim, a população do estudo foi composta por 56 idosos conforme esquema apresentado na figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma da população de estudo, Ribeirão Preto, SP, 2016.

A coleta de dados foi realizada no período supracitado, por meio de entrevista dirigida por um dos pesquisadores, utilizando-se os instrumentos:

a) questionário sociodemográfico e de saúde, contendo informações referentes ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda mensal; condição de saúde - diagnósticos médicos, número de medicamentos em uso (dados que foram coletados nos prontuários) e número de quedas nos últimos 12 meses;

b) Miniexame do Estado Mental, desenvolvido para avaliar a função cognitiva<sup>11</sup> e validado no Brasil<sup>12</sup>. Composto por questões agrupadas em

sete categorias, orientação temporal, orientação espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança (memória de evocação), linguagem e capacidade construtiva visual, permitindo variação de zero a 30 pontos. Reconhecendo a influência da escolaridade sobre o desempenho no instrumento, para este estudo utilizaram-se os escores de corte, 13 pontos para analfabetos; 18 para escolaridade de um a quatro anos; 26 para cinco a oito anos e 30 para nove anos ou mais<sup>12</sup>;

c) *Tilburg FrailtyIndicator* (TFI) criado com a finalidade de mensurar o nível de fragilidade de idosos e para o uso dos profissionais da saúde<sup>13</sup>. Foi adaptado transculturalmente e validado para o

Brasil<sup>14</sup>, a confiabilidade da consistência interna da versão brasileira foi considerada satisfatória com um alfa de Cronbach de 0,78. Contém 15 questões distribuídas em três domínios, físico (8 questões) relacionadas a saúde, perda de peso, dificuldade para caminhar, manter o equilíbrio, fraqueza, cansaço, visão e audição; psicológico (4 questões) que avaliam a cognição, presença de sintomas depressivos, ansiedade e enfrentamento e, social (3 questões) referentes a relações sociais e suporte social. A pontuação na escala varia de zero a 15 pontos, a maior pontuação indica maior nível de fragilidade, porém os autores ainda determinam o ponto de corte  $\geq 5$ , indicando fragilidade no indivíduo<sup>13</sup>;

d) Índice de Barthel para mensurar a execução das atividades básicas da vida diária (ABVD)<sup>15</sup>, traduzido e validado no Brasil, com uma sensibilidade de 92,7% e especificidade de 65,2%<sup>16</sup>. Avalia o desempenho para as atividades de alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinal e vesical, uso do vaso sanitário, transferência cadeira-cama, deambulação e subir e descer escadas. A pontuação varia de zero a 100 pontos, sendo que maior pontuação indica maior independência<sup>16</sup>.

e) *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) validada para o Brasil com teste-reteste ( $\rho=0,86$ ,  $p<0,001$ ), coeficiente Kappa de 0,64 e boa consistência interna com alfa de Cronbach de 0,81<sup>17</sup>. A GDS-15 é composta por 15 itens e avalia a satisfação com a vida, interrupção de atividades, aborrecimento, humor, isolamento, energia, alegria e problemas relacionados à memória. Possui pontuação de 0 a 15, em que zero representa ausência de sintomas depressivos e quinze indicará maior presença desses sintomas. Utilizou-se o ponto de corte  $\geq 5$  para categorizar os idosos com sintomas depressivos<sup>17</sup>.

As entrevistas foram realizadas na ILPI, onde os idosos eram abordados pela pesquisadora, que se identificava, realizava os esclarecimentos sobre a pesquisa, discutia o termo de consentimento livre e esclarecido e após a assinatura do mesmo pelo idoso, encaminhavam-se para um local (quarto ou sala) com o intuito de garantir a privacidade e evitar possíveis interrupções e ruídos. A duração média das entrevistas foi de 29 minutos.

Para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram realizados cálculos de frequência

simples, bem como tabelas de contingência e razão de prevalência. Para as variáveis quantitativas foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, apresentado no texto como  $\pm$ ; e amplitude). Para as variáveis numéricas testou-se a normalidade por meio do teste de Shapiro-wilk, verificando-se que os dados da escala de Barthel, número de doenças e quedas não seguem uma normalidade, sendo necessário usar testes não paramétricos. Utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis numéricas tendo a fragilidade como variável dependente.

A pesquisa foi autorizada pela direção da ILPI e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAE 51034615.0.0000.5393. Foram solicitadas autorizações para o uso de todas as escalas utilizadas neste estudo.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 56 idosos residentes na ILPI, verificou-se predomínio do sexo feminino (57,1%); média de idade 77,77 anos ( $\pm 9,27$ ), sendo a maior parte (46,4%) com 80 anos ou mais; 35,7% eram viúvos. A maioria (53,6%) estudou entre 1 e 4 anos e a média de anos de estudo foi 4,70 ( $\pm 3,58$ ). Dos idosos investigados, 82,1% informaram ser aposentados com renda mensal média de R\$1.136,96 ( $\pm R\$1.134,22$ ) (Tabela 1).

O tempo médio de institucionalização do idoso foi 36,34 meses ( $\pm 46,56$ ) e o principal motivo para estar residindo na ILPI foi a necessidade de cuidados (60,7%). A maioria (75,0%) referiu que compartilhava o quarto de dormir com outra(s) pessoa(s). Verificou-se que 89,2% dos idosos recebiam visitas da família ou amigos e 33,9% informaram sair da ILPI para visitar familiares.

Na avaliação de saúde, 55,4% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, 62,5% sintomas depressivos e 75,0% foram classificados como frágeis. No que se refere a quedas 42,8% relataram ter caído nos últimos 12 meses, a média de quedas por idoso foi 2,04 ( $\pm 1,96$ ). O número médio de doenças foi de 3,68 ( $\pm 1,85$ ), sendo que 44,6% possuíam de 3 a 4 doenças. O número médio de medicamentos, de

uso contínuo, foi de 8,89 ( $\pm 3,87$ ) e 42,9% tomavam entre 6 e 10 medicamentos. Quanto ao desempenho para realizar as atividades básicas da vida diária, a média de pontos na escala de Barthel foi 68,30 ( $\pm 2,78$ ) (Tabela 2).

Constatou-se correlação positiva entre a pontuação do Indicador de fragilidade e a GDS-15 ( $r=0,538$ ;  $p=0,00$ ) e negativa entre a fragilidade e o desempenho para as ABVD ( $r=-0,302$ ;  $p=0,02$ ) (Tabela 3).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sexo					
Feminino	32 (57,1)				
Masculino	24 (42,9)				
Idade (em anos)					
61 – 69	14 (25,0)	77,77	9,27	61	93
70 – 79	16 (28,6)				
80 ou mais	26 (46,4)				
Estado Civil					
Solteiro	18 (32,1)				
Casado	6 (10,7)				
Viúvo	20 (35,7)				
Separado/divorciado	12 (21,4)				
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	9 (16,1)	4,7	3,58	0	13
1 – 4	30 (53,6)				
5 – 8	6 (10,7)				
9 – 11	6 (10,7)				
12 ou mais	5 (8,9)				
Renda (em reais)					
Aposentadoria	46 (82,1)	1136,96	1134,22	0	6000
Aposentadoria e pensão	5 (8,9)				
Não tem	5 (8,9)				

Tabela elaborada pelos próprios autores

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, segundo variáveis de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Estado cognitivo					
Com deficit	31 (55,4)	16,52	6,04	6	28
Sem deficit	25 (44,6)	21,6	2,95	16	29
Sintomas Depressivos					
Com sintomas	35 (62,5)	5,82	3,16	0	13
Sem sintomas	21 (37,5)				
Fragilidade					
Não frágil	14 (25,0)	6,64	2,78	2	13
Frágil	42 (75,0)				

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Quedas nos últimos 12 meses		2,04	1,96	1	10
1	13 (23,2)				
2 – 3	9 (16,1)				
≥ 4	2 (3,6)				
Nenhuma	32 (57,2)				
Número de doenças		3,68	1,85	1	9
1 – 2	15 (26,8)				
3 – 4	25 (44,6)				
5	16 (28,6)				
Número de medicamentos		8,89	3,87	1	16
1 – 5	10 (17,9)				
6 – 10	24 (42,9)				
≥ 11	22 (39,3)				
Índice de Barthel		68,3	2,78	15	100

Tabela elaborada pelos próprios autores

**Tabela 3.** Coeficiente de correlação entre os escores de fragilidade e as variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	r	p- valor
Idade	0,08	0,55
Escolaridade	0,14	0,92
Renda	-0,78	0,6
Tempo reside ILPI	-0,08	0,51
Estado cognitivo	-0,23	0,08
Número de doenças	-0,09	0,42
Número de medicamentos	-0,01	0,9
Número de quedas	-0,03	0,88
Desempenho para as ABVD	-0,3	0,02
Sintomas depressivos	0,538	<0,001

Correlação de Spearman;  $p \leq 0,05$ ; Tabela elaborada pelos próprios autores

## DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se predomínio do sexo feminino, o que também foi constatado em outros estudos<sup>3,18</sup>, esse fato pode ser explicado pela maior longevidade da mulher. No Brasil, a expectativa de vida para os homens é de 70,5 anos e para as mulheres de 77,7<sup>1</sup>. A média de idade encontrada foi de 77,7 anos, sendo que a maior parte dos entrevistados possuía 80 anos ou mais. Em estudo realizado em Juiz de Fora, MG, verificou-se que 55,7% dos idosos institucionalizados tinham 80 anos ou mais, com média de 80,3 anos<sup>18</sup>.

Na literatura brasileira<sup>18</sup> no que se refere ao estado civil, idosos institucionalizados solteiros e viúvos tem sido apontados como mais prevalentes, assim como observado neste estudo. Ressalta-se que a ausência de um companheiro e o apoio social e familiar enfraquecido, são fatores que levam a institucionalização do idoso<sup>19</sup>.

A média de escolaridade encontrada foi considerada baixa. Geralmente, a baixa escolaridade é encontrada em pesquisa com população idosa, pois na infância desses indivíduos a educação não era prioridade, especialmente para o sexo feminino<sup>20</sup>.

Houve predomínio de aposentados, o que corrobora com dados do país que apontam que a fonte de renda da população idosa se dá por meio da aposentadoria ou pensão (66,2%), sendo de meio a um salário mínimo por mês (38,3%)<sup>1</sup>.

O tempo médio de institucionalização encontrado nesta pesquisa se assemelha ao encontrado em estudo que apresentou média de 37 meses<sup>21</sup>. O local onde se vive não é apenas um espaço físico, representa um refúgio, lugar para descanso, proteção e para guardar pertences, também significa um espaço de representações, histórias e lembranças que dizem respeito à vida dos seus moradores<sup>22</sup>. O principal motivo da institucionalização foi a necessidade de cuidado. Idosos que vivem em ILPI, geralmente, apesar de possuírem familiares, optam por viverem na instituição devido à solidão experimentada e o adoecimento decorrente da idade, que os levam a necessitar de cuidados e companhia<sup>23</sup>.

Quanto à avaliação de saúde dos idosos estudados, a maioria apresentou deficit cognitivo, embora não tenha sido encontrada correlação estaticamente significativa com a fragilidade. Na Polônia, pesquisa com 86 idosos institucionalizados, mostrou que 55,8% apresentaram prejuízo cognitivo severo e 26,7% prejuízo cognitivo moderado<sup>24</sup>. Sabe-se que fragilidade e deficit cognitivo estão diretamente relacionados, pois idosos com deficit cognitivo apresentam maior perda de força e massa muscular, fadiga, alteração de marcha e composição corporal que levam a situação de fragilidade<sup>25</sup>. Além disso, o declínio do estado cognitivo associado com a síndrome da fragilidade aumenta o risco de mortalidade no idoso<sup>5</sup>.

Outro aspecto avaliado nos participantes foi a presença de sintomas depressivos, que evidenciou predomínio de idosos com tais sintomas. Estudo com 205 idosos, utilizando a GDS, constatou que 65,0% deles apresentaram sintomas depressivos com média de 7,3 pontos ( $\pm 3,37$ )<sup>26</sup>. A depressão é uma síndrome psiquiátrica, caracterizada por mudanças comportamentais, sentimento de inutilidade, sofrimento emocional e de diminuição da qualidade de vida<sup>27</sup>. A depressão pode estar relacionada a questões sociais e afetivas, bem como à percepção do idoso sobre a institucionalização no que se refere a fatores como isolamento, falta de familiares,

diminuição de atividades, falta de disponibilidade financeira e o processo de adaptação.

Observou-se, nesta pesquisa, alta prevalência (75,0%) de idosos frágeis, com média de 6,64 pontos. Em uma revisão de literatura<sup>28</sup>, foi constatado que a prevalência de fragilidade em idosos da comunidade mostrou-se inferior quando comparada com idosos estudados em instituições hospitalares ou de longa permanência. Em estudo realizado na Holanda<sup>13</sup>, com idosos residentes na comunidade, utilizando o TFI, a prevalência da fragilidade foi de 47,0%, e no Brasil, com idosos institucionalizados foi de 52,0%, com média de 4,9 pontos<sup>29</sup>; já em pesquisa<sup>30</sup> com idosos hospitalizados, com uso da *Edmonton Frail Scale*, 95,2% foram considerados frágeis.

Possível explicação para esse achado foi o fato de que, idosos institucionalizados são acometidos por agravos a saúde o que os tornam mais suscetíveis à síndrome de fragilidade<sup>28</sup>.

A prevalência de quedas sofridas nos últimos 12 meses foi de 42,8%, com média de 2,04. De acordo com estudo realizado em Haven, Connecticut, EUA, a probabilidade de um idoso ser institucionalizado após uma internação hospitalar devido a fratura de quadril e lesões relacionadas à queda é maior do que após uma hospitalização sem estar associada a esse evento<sup>31</sup>. Outra pesquisa realizada com 744 pessoas institucionalizadas maiores de 65 anos, apontou média de queda de 2,4 por pessoa por ano e concluiu que idosos residentes em ILPI, geralmente apresentam mais de um fator de risco para quedas, tais como: maior prevalência de comorbidades, deficit cognitivo e funcional e polifarmácia<sup>32</sup>, levando o idoso a diminuição/perda da autonomia, capacidade funcional e piora da qualidade de vida<sup>28</sup>.

Os números médios de doenças diagnosticadas e medicamentos em uso observados nesta pesquisa foram superiores aos encontrados em outro estudo<sup>18</sup>. Sabe-se que idosos institucionalizados apresentam maior prejuízo de saúde do que idosos residentes na comunidade. Geralmente, o idoso que apresenta maior número de comorbidades faz uso concomitante de várias medicações, deste modo piores condições de saúde, podem levar a diminuição do desempenho funcional e aumentar o estado de vulnerabilidade do idoso<sup>19</sup>.

A diminuição da funcionalidade pode causar a perda da independência. A manutenção do autocuidado é fundamental para se viver bem e, portanto, a busca de conhecimentos e informações para a manutenção da saúde, a prática regular de atividade física, a adoção de hábitos saudáveis e o acompanhamento em serviços de saúde, são determinantes para manter um nível de funcionamento desejável, retardando, com isso, a incapacidade e proporcionando benefícios para a saúde biopsicossocial do idoso<sup>33</sup>.

Neste estudo verificou-se correlação negativa entre a fragilidade e o desempenho para as ABVD, ou seja, quanto maior a pontuação no TFI (maior fragilidade) menor a pontuação no Índice de Barthel (maior dependência). Outro estudo identificou que a diminuição da capacidade do idoso para realizar as suas atividades básicas e instrumentais estava relacionada com a presença da síndrome da fragilidade. Ambas são apontadas como importantes marcadores de saúde para o idoso, assim o profissional dessa área precisa atuar por meio de implementação de programas com a finalidade de minimizar a fragilidade e suas consequências<sup>34</sup>.

Observou-se também correlação positiva entre a fragilidade e a presença de sintomas depressivos, ou seja, quanto maior a pontuação no TFI (maior fragilidade) maior a pontuação na GDS-15 (maior presença de sintomas depressivos), no entanto ressalta-se que o TFI, no domínio psicológico, também avalia o estado de humor, o que pode ter influenciado neste resultado.

Embora o aparecimento de sintomas depressivos possa contribuir tanto para prejuízos no estado funcional quanto para a fragilidade, tornando-se um fator de risco para a síndrome da fragilidade, por outro lado esses sintomas também podem ser considerados sinais de manifestação precoce dessa síndrome, sendo que a causa entre fragilidade e depressão, ainda permanecem desconhecidas<sup>35</sup>.

Devido à alta prevalência de fragilidade e sabendo-se da gravidade que essa síndrome pode acarretar, é necessário identificar os fatores a ela

associados de forma ampla, para que assim possa ser planejado um cuidado ao idoso frágil pela equipe multiprofissional, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Quanto às limitações deste estudo, ressalta-se que os resultados apresentados são peculiares da população aqui estudada, assim generalizações devem ser vistas com cautela, para evitar equívocos. Além disso, por se tratar de um estudo de corte transversal, não pode ser determinada a causalidade da fragilidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa com idosos institucionalizados revelaram que a maioria era de mulheres, a maior parte com 80 anos ou mais de idade, com predomínio de idosos com deficit cognitivo, com sintomas depressivos e frágeis. Observou-se correlação entre aumento da fragilidade com a presença de sintomas depressivos e a diminuição do desempenho para as atividades básicas da vida diária.

Sabe-se que a fragilidade implica aspectos negativos para a qualidade de vida do idoso, levando-o a hospitalização, institucionalização e até mesmo à morte, sendo assim, idosos frágeis devem ser considerados um grupo prioritário nas políticas públicas de saúde, com enfoque na prevenção, tratamento e reabilitação.

Essa síndrome abrange fatores biológicos, psicológicos, sociais e cognitivos, deste modo, é necessária a avaliação integral do idoso, realizada por uma equipe multiprofissional, por meio de instrumentos que possibilitem avaliar todas essas dimensões, com a finalidade de obter subsídios para o planejamento do cuidado à pessoa idosa, identificando a fragilidade precocemente, com possibilidade de minimizar suas consequências e agravos.

Desta forma, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento do cuidado ao idoso residente nessa instituição, além de fomentar avaliações mais amplas desses idosos.



## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 19 nov. 2016]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2014/SIS\\_2014.Pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.Pdf)
2. Willig MH, Lenardt MH, Caldas CP. Longevity according to life histories of the oldest-old. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):697-704.
3. Linhares JC, Oliveira EN, Eloia SC, Freitas CASL, Shinkai H, Lira TQ. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela Atenção Primária de Sobral-CE. *Rev RENE.* 2011;12(Esp):922-9.
4. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(6):1069-70.
5. Fried LP, Tangem CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-56.
6. Gobbens RJJ, Van Assen MALM. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(2):369-79.
7. Torres SVS. A valorização da queixa do idoso no cuidado em vários contextos. *Rev Kairós.* 2015;18(Esp. 19):9-23.
8. Borges CL, Freitas MC, Guedes MVC, Silva MJ, Leite SFP. Prática clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso fragilizado: estudo de reflexão. *Rev Enferm UFPE online.* 2016;10(Supl. 2):914-8.
9. Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira MEC. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):63-8.
10. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enferm Foco.* 2012;3(1):22-4.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
12. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
13. Gobbens RJJ, Van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometrics properties. *J Am Med Dir Assoc.* 2010;11(5):344-55.
14. Santiago LM, Luz LL, Gobbens RJJ. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1795-1801.
15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
16. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23.
17. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(10):858-65.
18. Fochat RC, Horsth RBO, Vianna CLC, Raposo NRB, Vieira RCPA, Chicourel EL. Perfil sociodemográfico de idosos frágeis institucionalizados em Juiz de Fora - Minas Gerais. *Rev APS.* 2012;15(2):178-84.
19. Santiago LM, Luz LL, Silva JFS, Oliveira PH, Carmo CN, Mattos IE. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. *Geriatr Gerontol Aging.* 2016;10(2):86-92.
20. Alves-Silva JD, Scrosolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit.* 2013;6(4):820-30.
21. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):482-8.
22. Avelar MCM. O envelhecimento e a moradia: análise empírica em uma instituição de longa permanência e a perspectiva do residente idoso. *Rev Kairos.* 2010;13(8):61-77.
23. Vieira FP, Leston NIM, Ulguim MDFM, Silva JRS, Siqueira HCH. Caminhos que levam o idoso a conviver em instituições de longa permanência para idosos. *Vitalle.* 2012;24(1):47-52.
24. Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(1):22-4.
25. Buchman AS, Bennett DA. Cognitive Frailty. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(9):738-9.
26. Kowalska J, Rymaszewska J, Szczepanska-Gieracha J. Ocurrence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in a nursing home facility. *Adv Clin Exp Med.* 2003;22(1):111-7.

27. Batistone SST. Depressão. In: Guariento ME, Neri AL. Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas: Alinea; 2010. p. 235-42.
28. Pinto Junior EP, Marques CG, Silva AVS, Guimarães MAP, Pedreira RBS, Silva MGC. Prevalência e fatores associados ao fenótipo da fragilidade em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. *Rev Kairós*. 2015;18(3):353-66.
29. Santiago LM, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):327-37.
30. Storti L B, Fabricio-Whebe CC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto & Contexto Enferm*. 2013;22(2):452-9. [HYPERLINK "https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022"](https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022) \h [HYPERLINK "https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022"](https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022) \h
31. Hausdorff JM, Rios DA, Edelberg HK. Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(8):1050-6.
32. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, Pedro-Cuesta J. Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatr*. 2013;13(6):1-9.
33. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*. 2010;16(4):1024-32.
34. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):589-94.
35. Pegorari MS, Tavares DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(5):874-82.

Recebido: 05/07/2017

Revisado: 10/11/2017

Aprovado: 26/12/2017