


Artigo Original

Diagnóstico de enfermagem síndrome da fragilidade do idoso: validação epidemiológica

Nursing diagnosis of elder frailty syndrome: epidemiological validation

Diagnóstico de enfermería de la síndrome de fragilidad en el adulto mayor: validación epidemiológica


Amanda Leal Santos

 <https://orcid.org/0009-0008-6716-0822>


Samantha Kelly Batista Souza

 <https://orcid.org/0000-0002-3709-208X>


Giulia Magalhães Mendonça Reis Ribeiro

 <https://orcid.org/0000-0002-4476-6927>

Maria Juliane Vieira de Sousa


 <https://orcid.org/0009-0007-5867-9369>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes

 <https://orcid.org/0000-0001-5867-8023>

Rosimere Ferreira Santana

rfsantana@id.uff.br

 <https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online vol. 18 14389 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Recepción: 27/11/25
Aprobación: 13 Marzo 2026

Resumo: Objetivo: identificar, avaliar e comparar a composição dos indicadores do diagnóstico de síndrome da fragilidade do idoso em diferentes cenários de atenção gerontológica. **Método:** estudo com 250 idosos, sendo 91 residentes de instituições de longa permanência, 59 internados em unidade hospitalar e 100 atendidos na atenção primária à saúde. Os dados foram coletados por meio de instrumento baseado nos indicadores diagnósticos da NANDA-I associados a escalas geriátricas. **Resultados:** a prevalência do diagnóstico foi de 42,9% no hospital, 26,7% na atenção primária e 49,3% nas instituições de longa permanência. Na atenção primária observaram-se mais resultados negativos para presença de diagnósticos, enquanto hospital e instituições apresentaram maior concentração de indicadores. Nestes cenários predominou a presença simultânea de quatro a seis diagnósticos, caracterizando a síndrome. **Conclusão:** a caracterização epidemiológica nos diferentes níveis de atenção contribuiu para o planejamento de ações de prevenção e manejo da fragilidade.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem, Enfermagem gerontológica, Estudo de validação, Fragilidade.

Abstract: Objective: to identify, evaluate, and compare the composition of diagnostic indicators of Frail Elderly Syndrome in different gerontological care settings. **Method:** study conducted with 250 older adults, including 91 residents of long-term care institutions, 59 hospitalized patients, and 100 individuals attended in primary health care. Data were collected using an instrument based on NANDA-I diagnostic indicators associated with geriatric scales. **Results:** the prevalence of the diagnosis was 42.9% in hospitals, 26.7% in primary care, and 49.3% in long-term care institutions. In primary care, more negative results for the presence of

diagnoses were observed, while hospitals and institutions showed greater concentration of indicators. In these settings, the simultaneous presence of four to six diagnoses predominated, characterizing the syndrome. **Conclusion:** epidemiological characterization across care levels contributes to planning prevention and management actions for frailty.

Keywords: Nursing diagnosis, Gerontological nursing, Validation study, Frailty.

Resumen: **Objetivo:** identificar, evaluar y comparar la composición de los indicadores diagnósticos del síndrome de fragilidad del adulto mayor en diferentes escenarios de atención gerontológica. **Método:** estudio con 250 adultos mayores, de los cuales 91 residían en instituciones de larga estancia, 59 estaban hospitalizados y 100 eran atendidos en atención primaria de salud. Los datos se recolectaron mediante un instrumento basado en los indicadores diagnósticos de la NANDA-I asociados a escalas geriátricas. **Resultados:** la prevalencia del diagnóstico fue de 42,9% en hospitales, 26,7% en atención primaria y 49,3% en instituciones de larga estancia. En atención primaria se observaron más resultados negativos para la presencia de diagnósticos, mientras que hospitales e instituciones presentaron mayor concentración de indicadores. **Conclusión:** la caracterización epidemiológica en los distintos niveles de atención contribuye a la planificación de acciones de prevención y manejo de la fragilidad.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería, Enfermería gerontológica, Estudio de validación, Fragilidad.

PREVIEW VERSION

INTRODUÇÃO

No mundo o envelhecimento populacional em Países desenvolvidos espera alcançar um estágio avançado de envelhecimento populacional, com a proporção de idosos ultrapassando de 28% em 2050. Essa proporção também aumentará nos países subdesenvolvidos, de 9% para 17%.¹ O preparo da enfermagem para esse desafio é prioridade da Organização Mundial de Saúde (OMS), que declarou a década de 2020 como a década do envelhecimento.² Dentre os desafios do envelhecimento populacional a nível global, está a identificação precoce, classificação, intervenções comunitárias e clínicas na prevenção e tratamento da Síndrome da fragilidade.

As duas definições mais utilizadas de fragilidade são a “fragilidade fenotípica” proposta por Linda Fried et al., que define a fragilidade como uma síndrome clínica que deve atender a três ou mais critérios, sendo eles: “perda de peso não intencional (4,5 kg ou 10lbs no último ano), exaustão auto reportada, força de preensão palmar diminuída, baixa velocidade de caminhada e baixa atividade física”.³ O segundo, conhecido como índice de fragilidade “modelo de acúmulo de déficits” que resume a “presença de múltiplas doenças clinicamente identificadas, suas manifestações clínicas e laboratoriais, suas consequências e fatores de risco” em um índice que classifica a fragilidade do indivíduo a partir da razão entre o número de déficits presentes no indivíduo e o total de déficits avaliados.⁴

Essas duas conceitualizações distintas compartilham a mesma nomenclatura e ambas preveem alto risco de mortalidade e institucionalização. No entanto, representam teorias, etiologias, medidas e processos diferentes. Além de identificarem populações consideravelmente distintas e recomendarem diferentes alvos de intervenção.⁵ Embora, essas definições amparem o raciocínio médico, são restritos para a atuação no diagnóstico de enfermagem “Síndrome da fragilidade do idoso”. Isso exige uma visão multidimensional do envelhecimento, uma vez que um único fator é capaz de causar interferir em outras dimensões. Portanto, uma abordagem ampliada possibilita intervenções precoces e implementação de ações em cuidados de curta e longa permanência.⁶ Logo, é mister estabelecer as diferenças dos perfis de fragilidade nos principais cenários de atenção gerontológica, como a proposta nesse estudo: atenção primária, hospitalar e Instituições de longa permanência para idosos.

Em 2024, foi atualizado na classificação NANDA-I o diagnóstico de “Síndrome do Idoso Frágil” para “Síndrome da fragilidade do idoso”, mas nesse estudo os dados coletados tratam da versão 2021-2023 e, estes se transportam para compor a validação da nova versão. Os indicadores clínicos que compõem o diagnóstico são divididos em características definidoras que são na verdade

diagnósticos de enfermagem que ocorrem em conjunto. A identificação dos indicadores é identificada a partir da consulta de enfermagem, durante a avaliação dos dados objetivos e subjetivos provenientes do paciente. Essas informações auxiliam o profissional a diagnosticar, planejar e intervir, de forma a elaborar um cuidado integral, em diferentes cenários de atenção, ao paciente fragilizado.

Outrossim, é necessária uma análise aprofundada em relação a precisão e acurácia do diagnóstico de síndrome da fragilidade no idoso, uma vez que é possível identificar idosos fisicamente robustos, porém cognitivamente fragilizados, e vice-versa.⁵ Assim como, há estadiamento ou graus diferenciados do diagnóstico conforme o cenário de atendimento ao idoso.

Deste modo, é necessária uma avaliação abrangente, multidimensional, dos domínios de saúde, para que seja tomada a decisão do diagnóstico de fragilidade, principalmente considerando os diferentes níveis de atenção em saúde. Desse modo espera-se que uma diferença clínica, física, social e demográfica entre os pacientes de cada cenário seja considerada. De modo a colaborar com a prática dos profissionais de saúde direcionando perfis diagnósticos distintos em cada população, e que auxilie no acompanhamento do profissional na linha do cuidado de saúde da pessoa idosa.

Um estudo transversal, realizado no Brasil, com uma amostra final de 323 pessoas, buscou descrever a relação entre a síndrome da fragilidade e a qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas. Foi identificado que a maioria das pessoas idosas com síndrome da fragilidade do idoso no ambiente hospitalar apresentam baixa qualidade de vida. Verificou-se, ainda, que a fragilidade possui correlação positiva com a idade, ou seja, quanto mais avançada é a idade, mais fragilizado o indivíduo se encontra. Conclui-se que à medida que a fragilidade aumenta, a qualidade de vida tende a diminuir, e vice-versa.⁹

Diante do exposto, percebe-se que a descrição dos indicadores de síndrome da fragilidade do idoso, entre cenários de atenção gerontológica, na literatura atual, é escassa. Em virtude disso, pode-se afirmar que o presente estudo, além de contribuir com a validação do diagnóstico em diferentes cenários de cuidado, na atenção primária em saúde, no cuidado hospitalar e nas instituições de longa permanência para idosos. Possibilita a abordagem das particularidades do idoso em diferentes situações de moradia, renda e complexidade. Ratificando a importância do diagnóstico na área gerontológica. Como também pode servir de base para a definição de especificidades em linhas de cuidado, em que contemplem a individualidade de cada indivíduo, em diferentes níveis de atenção, fundamentando uma prática de enfermagem baseada em evidências científicas.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de validação, de abordagem quantitativa, utilizou-se o *Strengthening the reporting of Observational studies in epidemiology* (STROBE).

Contexto e Participantes

A população do estudo é composta por idosos, que atendessem aos seguintes critérios de elegibilidade: ter idade igual ou superior a 60 anos, inscritos nos cenários de estudo formalmente há um período de 3 meses. Foram excluídos: idosos com queixa cognitiva ou comportamental que impossibilitasse a entrevista e ou não possuísse acompanhante; e possuísse informações insuficientes no prontuário foram excluídos da pesquisa.

Foram selecionados 250 idosos, de cinco localidades: Hospital Universitário (59), Instituição de longa permanência I (18) privada; Instituição de longa permanência II (58) filantrópica; Instituição de longa permanência III (15) privada; e Atenção Primária à Saúde (100).

Coleta de dados

Os dados foram obtidos através de anamnese, exame físico e prontuários, a partir de um instrumento de coleta validado a partir dos indicadores diagnósticos estabelecidos pela NANDA-I para síndrome da fragilidade do idoso, avaliando as seguintes escalas: escala de avaliação das atividades básicas de vida diária (KATZ), mini-exame do estado mental (MEEM), escala de depressão geriátrica (EDG), mini avaliação nutricional (MAN) e Ves-13.¹⁰

O instrumento de coleta foi aplicado nos idosos que atenderam aos critérios de inclusão por bolsistas de iniciação científica treinados em acompanhamento da orientadora especialista na área da gerontologia, durante os meses de janeiro de 2022 a agosto de 2024. Os dados obtidos foram dispostos em planilhas do *Google Sheets* e foram compartilhados pelo Google Drive.

Variáveis

As variáveis do diagnóstico de síndrome da fragilidade do idoso foram avaliadas a partir dos indicadores diagnósticos estabelecidos na NANDA-I, conforme apresenta-se no Quadro 1.

Quadro 1

Variáveis de medida dos indicadores da síndrome da fragilidade do idoso. Niterói, RJ, Brasil, 2025

Variável	indicadores avaliados
Fadiga (00477)	Apatia, atenção diminuída, cansaço, letargia, padrão de sono prejudicado, incapacidade de manter atividades físicas e rotineiras habituais
Isolamento Social (00383)	Autonegligência, comportamento social incoerente com as normas culturais, contato visual diminuído, níveis baixos de atividades sociais, insegurança, solidão
Déficit no autocuidado alimentação (00328); Déficit no autocuidado banhar-se (00326); Déficit no autocuidado vestir-se (00327)	Avaliação da escala de KATZ
Habilidade de deambulação prejudicada (00329)	Teste de velocidade de marcha, dificuldades de deambulação, dificuldade em subir e descer escadas
Nutrição desequilibrada menor que as necessidades (00297)	Presença de sinais e sintomas gastrointestinais, score da mini avaliação nutricional
Memória prejudicada (00131)	Avaliação do mini-exame do estado mental (MEEM)
Mobilidade física prejudicada (00085)	Amplitude de movimentos, desconforto com o movimento, dificuldade em virar-se, habilidades motoras finas diminuídas, habilidades motoras grossas diminuídas, alteração na marcha, instabilidade postural, movimentos espásticos, movimentos lentos, tempo de resposta prolongado, tremor induzido pelo movimento
Intolerância a atividade (00298)	Dispneia, desconforto ao esforço, fraqueza generalizada, aumento ou diminuição da pressão arterial ou frequência cardíaca á atividade

Análise dos dados

Os dados foram tabulados utilizando o software Microsoft Excel 2016. Em seguida, foram importados para o software estatístico IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24, para tratamento analítico. Fez-se uso de estatísticas descritivas dispostas em forma de Tabela, onde foram contabilizados as frequências e porcentagens das variáveis em estudo. Após avaliações iniciais dos dados aplicou-se métodos estatísticos para verificar associações e

correlações entre as variáveis. Para avaliar o comportamento entre duas variáveis categóricas fez-se uso do Teste Estatístico de Fisher (Teste de Associação). Para as comparações quantitativas calculou-se a média, seguido do intervalo de confiança de 95%. Para avaliar as diferenças entre as médias fez-se Teste de Kruskal-Wallis. Adotou-se 5% como nível de significância.

Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, localizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, seguindo as Recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado com o número do parecer: 5.390.737. A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu de forma voluntária, assegurando-lhes a preservação de sua identidade e garantindo-lhes a liberdade de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem oferecer prejuízo e/ou inferência à assistência prestada, conforme termos descritos no TCLE.

RESULTADOS

A partir da coleta de dados, obteve-se que 42,49% residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), sendo 1 pública e 2 privadas; 29,30% estavam hospitalizados; e 46,24% são usuários da atenção primária em saúde. Na Tabela 1 apresentam-se as comparações das características sociodemográficas dos participantes da amostra em relação aos três locais investigados: hospital, Atenção Básica e ILPI.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e Homogeneidade da amostra. Niterói, RJ, Brasil, 2022-2024

Característica	Hospital		APS		ILPI		Total		P-valor	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Masculino	26	44,07	46	46,00	29	31,87	101	40,40	0,111
	Feminino	33	55,93	54	54,00	62	68,13	149	59,60	
Escolaridade	Ensino Fundamental	35	59,32	62	62,00	32	35,16	129	51,60	<0,001
	Ensino Médio	20	33,90	11	11,00	31	34,07	62	24,80	
	Superior	3	5,08	1	1,00	24	26,37	28	11,20	
	Pós-graduação	1	1,69	3	3,00	1	1,10	5	2,00	
	Sem escolaridade	0	0,00	23	23,00	3	3,30	26	10,40	
Cor	Branca	26	44,07	50	52,08	71	78,02	147	59,76	<0,001
	Preta	15	25,42	9	9,38	6	6,59	30	12,20	
	Parda	13	22,03	37	38,54	14	15,38	64	26,02	
	Amarela	5	8,47	0	0,00	0	0,00	5	2,03	
Renda	Sem Renda	1	1,72	5	5,10	4	4,40	10	4,05	<0,001
	< 1 salário	4	6,90	6	6,12	8	8,79	18	7,29	
	1 a 2 salários	49	84,48	79	80,61	38	41,76	166	67,21	
	2 a 3 salários	4	6,90	5	5,10	27	29,67	36	14,57	
	3 a 4 salários	0	0,00	2	2,04	13	14,29	15	6,07	
	4 a 10 salários	0	0,00	0	0,00	1	1,10	1	0,40	
	> 10 salários	0	0,00	1	1,02	0	0,00	1	0,40	
Estado Civil	Solteiro	11	18,64	17	17,71	29	31,87	57	23,17	<0,001
	Casado / relação estável	25	42,37	50	52,08	12	13,19	87	35,37	
	Divorciado / separado	9	15,25	11	11,46	11	12,09	31	12,60	
	Viúvo	14	23,73	18	18,75	39	42,86	71	28,86	
Reside com	Sozinho	8	13,56	31	31,00	0	0,00	39	15,60	<0,001
	Família	51	86,44	68	68,00	0	0,00	119	47,60	
	Amigos / conhecidos	0	0,00	1	1,00	0	0,00	1	0,40	
	ILPI	0	0,00	0	0,00	91	100,00	91	36,40	

		Hospital		APS		ILPI		Total		P-valor	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1.	Tabagismo atual	Não	56	94,92	67	87,00	86	96,70	231	92,40	0,037
		Sim	3	5,08	13	13,00	3	3,30	19	7,60	
2.	Tabagismo anterior	Não	26	44,83	72	72,00	71	78,02	169	67,87	<0,001
		Sim	32	55,17	28	28,00	20	21,98	80	32,13	
3.	Etilismo	Não	42	71,19	89	89,00	88	96,70	219	87,60	<0,001
		Sim	17	28,81	11	11,00	3	3,30	31	12,40	
4.	Possui Cuidador	Não	53	89,83	91	91,00	0	0,00	144	57,60	<0,001
		Sim	6	10,17	9	9,00	91	100,00	106	42,40	
5.	Tipo de cuidador (Formal)	Não	57	96,61	99	99,00	0	0,00	156	62,40	<0,001
		Sim	2	3,39	1	1,00	91	100,00	94	37,60	
6.	Tipo de cuidador 1 (Informal)	Não	56	94,92	90	90,00	91	100,00	237	94,80	0,003
		Sim	3	5,08	10	10,00	0	0,00	13	5,20	
7.	Saneamento básico (Água)	Não	1	1,69	0	0,00	0	0,00	1	0,40	0,236
		Sim	58	98,31	100	100,00	91	100,00	249	99,60	
8.	Saneamento básico (Esgoto)	Não	4	6,78	3	3,00	0	0,00	7	2,80	0,041
		Sim	55	93,22	97	97,00	91	100,00	243	97,20	

Dados gerados pelo pesquisador

Verifica-se que não há distinção na distribuição percentual do sexo em relação aos locais (0,111), a maioria teve superioridade do feminino. Nota-se distinção quanto à escolaridade, sendo predominante analfabetismo na atenção básica, e superior na ILPI (0,001). Quanto à cor autodeclarada, pode-se observar a maioria Branca na ILPI (0,001). Quanto à renda, apesar da maioria ter 1 a 2 salários-mínimos, nos três cenários, os maiores salários apresentaram-

se nas ILPIs por suas características de fonte de receita, sendo uma pública e duas privadas (0,001). Observa-se que a distribuição do estado civil foi diferente para cada local, no Hospital e APS houve concentração dos dados nas categorias Casado/ relação estável e Viúvo, já na ILPI tivemos maior concentração nos Solteiros e Viúvos (0,001). E quanto a com quem reside, como esperado, houve maior dependência nos hospitalizados que moram com a família (0,001)

Destaca-se, ainda, a diferença significativa entre o tipo de cuidador formal (ILPI) e informal família (Hospital e APS) Etilismo e tabagismo foram superiores no Hospital.

Na Tabela 2 tem-se a média de distribuição dos testes de avaliação multidimensional do idoso, esse foram úteis para avaliar as Característica definidoras de Memória prejudicada Déficit no autocuidado alimentação (00328); Déficit no autocuidado banhar-se (00326); Déficit no autocuidado vestir-se (00327) ambos os maiores na ILPI, seguido do Hospital.

Tabela 2

Distribuição das médias das Escalas de avaliação Multidimensional do idoso. Niterói, RJ, Brasil, 2022- 2024.

Variável	Instituição	Média	Desvio padrão	Mínimo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Máximo	P-valor
IDADE	Hospital	69,76	6,99	60,00	64,00	68,00	75,00	84,00	<0,001
	APS	70,63	8,30	60,00	64,00	69,00	76,00	94,00	
	ILPI	82,92	8,91	61,00	76,00	84,00	90,00	99,00	
Katz	Hospital	4,02	2,10	0,00	2,00	5,00	6,00	6,00	<0,001
	APS	5,51	1,28	0,00	6,00	6,00	6,00	6,00	
	ILPI	2,31	2,31	0,00	0,00	1,00	5,00	6,00	
MEEM	Hospital	21,59	4,31	10,00	19,00	23,00	25,00	28,00	<0,001
	APS	22,00	4,86	1,00	20,00	22,00	24,00	30,00	
	ILPI	10,64	8,83	0,00	3,00	9,00	18,00	30,00	
EDG	Hospital	3,69	2,74	0,00	2,00	3,00	5,00	13,00	0,642
	APS	4,17	2,94	0,00	2,00	4,00	5,00	14,00	
	ILPI	3,76	2,83	0,00	2,00	3,00	5,00	13,00	
MAN	Hospital	21,44	5,37	0,00	18,00	22,00	24,50	31,00	<0,001
	APS	26,18	2,56	17,00	25,00	26,00	28,00	30,00	
	ILPI	21,49	3,51	12,00	19,00	21,00	23,50	30,00	
VES-13	Hospital	4,83	3,02	0,00	2,00	6,00	7,00	10,00	<0,001
	APS	1,86	2,55	0,00	0,00	1,00	3,00	9,00	
	ILPI	7,08	1,68	0,00	6,00	7,00	8,00	11,00	

Dados gerados pelo pesquisador

Nota-se a diferença na idade maiores para os residentes na ILPI, isso influenciará nos maiores índices de Fragilidade como veremos a seguir (0,001). Seguido dos piores índices de KATZ de dependência na ILPI e Hospital como esperado (0,001). E no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi menor nas ILPI, isso corrobora com o principal motivo da institucionalização a perda cognitiva severa (0,001). A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) não foi diferente nos três cenários, o que pode ser mais preocupante para a APS (0,642). A Mini-Avaliação Nutricional (MAN) foi pior no Hospital (0,001). E o índice de vulnerabilidade foi maior na ILPI mas com uma

alta variabilidade para APS, ou seja, indivíduos que podem ter maior risco de fragilidade se encontram também nesse cenário (0,001).

Na Tabela 3, apresenta-se a comparação da presença do diagnóstico entre os idosos avaliado em cada instituição. Em todos, exceto Isolamento Social, o comportamento da presença foi distinto entre as instituições (p-valor < 0,05). Observa-se que na Atenção Primária teve-se mais resultados negativos de presença de diagnósticos quando comparados ao Hospital e à ILPI onde tem-se a presença dos diagnósticos de forma mais acentuada.

Tabela 3 - Comparação da presença dos diagnósticos de enfermagem componentes da Síndrome da Fragilidade entre as instituições. Niterói, RJ, Brasil, 2022-2024.

Tabela 3
Comparação da presença dos diagnósticos de enfermagem componentes da Síndrome da Fragilidade entre as instituições. Niterói, RJ, Brasil, 2022-2024.

Domínios		Hospital		APS		ILPI		Total		P-valor
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Deambulação Prejudicada	Não	14	23,73	61	61,00	2	2,20	77	30,80	<0,001
	Sim	45	76,27	39	39,00	89	97,80	173	69,20	
Mobilidade Física Prejudicada	Não	24	40,68	83	83,00	22	24,18	129	51,60	<0,001
	Sim	35	59,32	17	17,00	69	75,82	121	48,40	
Débito Cardíaco Diminuído	Não	0	0,00	36	36,00	16	17,58	52	20,80	<0,001
	Sim	59	100,00	64	64,00	75	82,42	198	79,20	
Nutrição desequilibrada	Não	19	32,20	91	91,00	74	81,32	184	73,60	<0,001
	Sim	40	67,80	9	9,00	17	18,68	66	26,40	
Fadiga	Não	9	15,25	80	80,00	12	13,19	101	40,40	<0,001
	Sim	50	84,75	20	20,00	79	86,81	149	59,60	
Intolerância à atividade	Não	22	37,29	79	79,00	49	53,85	150	60,00	<0,001
	Sim	37	62,71	21	21,00	42	46,15	100	40,00	
Desesperança	Não	48	81,36	76	76,00	57	62,64	181	72,40	0,025
	Sim	11	18,64	24	24,00	34	37,36	69	27,60	
Isolamento social	Não	35	59,32	68	68,00	54	59,34	157	62,80	0,375
	Sim	24	40,68	32	32,00	37	40,66	93	37,20	

A partir da análise da presença e ausência de cada diagnóstico proposto foi possível determinar a prevalência estimada do diagnóstico de Síndrome da Fragilidade do idoso de 42,9% no Hospital; de 26,7% na APS; e 49,3%.

Na Tabela 4 apresenta-se o número de diagnósticos por idosos em cada instituição, isso quer dizer que zero (0) diagnósticos foi o mais presente na APS juntamente com um diagnóstico, ou seja, idosos que não possuíam a Síndrome. No Hospital e na ILPI o mais presente foi

entre quatro a seis diagnósticos, caracterizando a confirmação da presença da Síndrome da Fragilidade do Idoso.

Tabela 4

Distribuição da presença de diagnósticos por idosos em cada instituição caracterizando a presença da Síndrome da Fragilidade do Idoso. Niterói, RJ, Brasil, 2022-2024.

Número de Diagnósticos Presentes	Hospital		APS		ILPI		Total		P-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0	0	0,00	23	23,00	0	0,00	23	9,20	<0,001
1	0	0,00	21	21,00	1	1,10	22	8,80	
2	5	8,47	20	20,00	5	5,49	30	12,00	
3	6	10,17	10	10,00	8	8,79	24	9,60	
4	9	15,25	6	6,00	24	26,37	39	15,60	
5	13	22,03	13	13,00	19	20,88	45	18,00	
6	14	23,73	5	5,00	24	26,37	43	17,20	
7	8	13,56	0	0,00	8	8,79	16	6,40	
8	4	6,78	2	2,00	2	2,20	8	3,20	

Dados gerados pelo pesquisador

Ressalta-se que em material suplementar encontram-se as Tabelas completas do estudo (3 a 14) de cada diagnóstico, fatores relacionados, populações em risco e condições associadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo confirma que diferentes cenários de atenção gerontológica indicam diferentes indicadores diagnósticos de síndrome da fragilidade do idoso, assim como prevalência aumentada de fragilidade em instituições de longa permanência para idosos quando comparado a unidades hospitalares e unidades de atenção primária, o que sugere a síndrome da fragilidade do idoso como característica clínica de residentes de ILPI. Ou seja, com base na análise do perfil sociodemográfico e clínico da amostra, idosos de sexo feminino, com baixa escolaridade, residentes de ILPI, com habilidade de deambulação prejudicada, mobilidade prejudicada, nutrição desequilibrada e desesperança, possuem capacidade preditiva e de associação a síndrome da fragilidade do idoso.

Importante notar a variabilidade entre as características definidoras em cada cenário. Como também a ocorrência de múltiplas características definidoras que confirmam a presença da Síndrome, ou seja, que dão acurácia ao diagnóstico. Pois, por definição, Diagnósticos de Enfermagem, que ocorrem em conjunto, em cluster, são de altíssima complexidade e, por isso, devem ser tratados, manejados em conjunto.

Logo, cada característica definidora é na verdade um diagnóstico real acontecendo em conjunto com outros diagnósticos na mesma pessoa idosa, e que se não vistos em conjunto, pode um ocasionar evento adverso no outro. Como por exemplo, mobilidade, fadiga e intolerância, um leva ao outro, em cadeia. E para intervir devem ser considerados um conjunto e, se não tratados, podem ocasionar a piora/evolução da fragilidade.

Nas instituições de longa permanência para idosos, observa-se, de forma linear, alta e prevalente diagnósticos relacionados a incapacidade física e motora. Ressaltam-se os diagnósticos de deambulação prejudicada e mobilidade física prejudicada. Os diagnósticos de fadiga e tolerância a atividade diminuída mostram prevalência expressiva em unidades hospitalares juntamente com ingestão nutricional inadequada. Esse padrão semelhante está relacionado à complexidade clínica dos pacientes, que pode estar relacionado a presença de sinais e sintomas gastrointestinais, incidentes nessa linha de cuidados.

Como em uma das ILPIs analisadas, filantrópica, em que foi possível observar prevalência significativamente maior de desesperança, em comparação às demais. O que sugere que fatores do ambiente em específico podem contribuir para maior sofrimento psíquico e emocional dos pacientes, principalmente fatores socioeconômicos. Em relação ao isolamento social, observa-se a prevalência tanto em instituições de longa permanência, quanto na unidade hospitalar.

Em contraponto, nota-se a baixa prevalência dos diagnósticos de enfermagem relacionados a fragilidade na Atenção Primária à Saúde, o que sugere que idosos institucionalizados e hospitalizados, tendem a possuir maiores níveis de dependência funcional. No entanto, a APS é a unidade de prevenção para fragilidade, que requer a maior intervenção da enfermeira para manutenção preservação dos idosos robustos.

As unidades Hospitalares devem instituir intervenções de promoção do envelhecimento saudável e manutenção do autocuidado, de modo a driblar a institucionalização, a fim de evitar piora da fragilização diante de um contexto clínico.

Os resultados do estudo se mostraram similares a estudos prévios, que analisaram indicadores de baixa capacidade intrínseca e fragilidade em idosos, e que corroboram com o fato de que mulheres e pessoas com baixa escolaridade tendem a ser mais suscetíveis a baixa capacidade intrínseca, conseqüentemente a fragilidade, assim como residentes de ILPI.¹⁰⁻¹⁶ A baixa escolaridade entre as populações idosas encontra-se correlacionada aos resultados de idosos que apresentam maior fragilidade, indicando que indivíduos com níveis educacionais mais baixos estão mais suscetíveis a apresentar dificuldades substanciais na compreensão e na aplicação de informações de saúde, o que pode acarretar uma gestão de saúde

abaixo do ideal, resultando em uma maior vulnerabilidade a eventos adversos, agravos e condições patológicas.¹⁷

A característica definidora de deambulação prejudicada, apresentou prevalência estimada, de forma majoritária em ILPI, de maneira a ser discrepante quando comparada a unidades hospitalares e unidades de atenção básica, apesar de também demonstrarem dados expressivos e incidentes. Estudos demonstram que a incidência de dificuldade de locomoção entre residentes de ILPI é superior à esperada apenas com a demência.^{18,19} Em relação a hospitalização, estudos indicam que embora a incidência de dificuldade de locomoção seja relevante em idosos hospitalizados, é necessário considerar a tendência de superestimar este diagnóstico, devido à sobreposição de condições que afetem a mobilidade.²⁰ A característica definidora de fadiga se apresenta em números muito expressivos nas ILPI e na unidade hospitalar, de forma a apresentar discrepância em relação à unidade de atenção básica. Estudos apontam que a fadiga é prevalente entre idosos internados, mostrando uma associação significativa entre o risco nutricional e a fadiga nessa população, enfatizando a ligação entre as condições hospitalares e a fadiga, e seus agravos.²¹ Em relação aos idosos das ILPI, estudos demonstram que fatores como o isolamento social e a solidão contribuem significativamente para a fadiga entre os idosos que residem em instituições de longa permanência, onde a interação entre esses fatores pode levar a um ciclo de declínio do bem-estar, exacerbando ainda mais a sensação de fadiga, criando um ambiente desafiador para os residentes.^{22,23}

A síndrome da fragilidade do idoso prevaleceu em ILPI, o que indica um perfil clínico e sociodemográfico propenso a fragilidade nos idosos residentes dessas instituições. Um estudo transversal realizado no Brasil,²⁴ realizado entre residentes de ILPI, demonstrou uma prevalência de 83,33% de fragilidade na amostra. O que corrobora com os achados do presente estudo. Nas instituições hospitalares e na atenção básica em saúde, a Síndrome da fragilidade demonstra a necessidade de acompanhamento e medidas de prevenção da deterioração funcional da pessoa idosa. Demarcando o Diagnóstico em estudo como um marcador de atuação da enfermeira gerontológica independente da linha de cuidado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que entender a caracterização epidemiológica dos diferentes níveis de complexidade de atendimento, auxilia no gerenciamento de saúde, nesse caso, aponta os aspectos mais propensos e concomitantes a síndrome da fragilidade do idoso. Com os dados desse estudo, pode-se identificar ações a serem implementadas nos diferentes níveis, de modo a propor intervenções precisas e eficientes que otimizem o cuidado gerontológico de enfermagem e direcionem a busca por os indicadores sensíveis a

prática de enfermagem em cada nível de atenção. O estudo ainda contribuir para determinar a acurácia diagnóstica da síndrome da fragilidade do idoso e o domínio da enfermagem na definição da linha de cuidados especializados em Saúde do Idoso, que considera a multidimensionalidade em seus recortes físicos, funcionais, psicológicos, sociais, familiares, econômicos, espirituais e culturais de cada Pessoa idosa atendida nessas instituições.

PREVIEW VERSION

REFERÊNCIAS

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2023: challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries. [Internet]. New York: United Nations; 2023 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-ageing-2023>.
2. World Health Organization. Decade of healthy ageing 2020–2030. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2025 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet]. 2001 [cited 2025 May 22];56(3). Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.
4. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *ScientificWorldJournal*. [Internet]. 2001 [cited 2025 Jun 3];1. Available from: <https://doi.org/10.1100/tsw.2001.58>.
5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. The physical frailty syndrome as a transition from homeostatic symphony to cacophony. *Nat Aging*. [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 14];1(1). Available from: <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00017-z>.
6. Ribeiro IA, Oliveira BHD, Machado JC, Lopes CT, Nogueira DA, Nogueira IDB. Frailty syndrome in the elderly with chronic diseases in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 2];53:e03449. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, organizadores. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação: 2024–2026. Porto Alegre: Artmed; 2024.
8. Dong Q, Wang H, Li J, Zhang X, Li Y, Liu Y, et al. Profiles of physical frailty, social frailty, and cognitive impairment among older adults in rural areas of China: a latent profile analysis. *Front Public Health*. [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 9];12:1424791. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1424791>.
9. Santana ET, Silva RAR, Souza TA, Oliveira SHS, Silva CC, Pereira FGF, et al. Diagnósticos de enfermagem da taxonomia NANDA-I para idosos em instituição de longa permanência. *Esc Anna Nery*.

- [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 7];25(1):e20200104. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0104>.
10. Cheong CY, Yap P, Nyunt MSZ, Qi G, Gwee X, Wee SL, et al. Functional health index of intrinsic capacity: multi-domain operationalisation and validation in the Singapore Longitudinal Ageing Study (SLAS2). *Age Ageing*. [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 11];51(3):afac011. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac011>.
 11. Chang YH, Chen YC, Ku LE, Chou YT, Chen HY, Su HC, et al. Association between sleep health and intrinsic capacity among older adults in Taiwan. *Sleep Med*. [Internet]. 2023 [cited 2025 Jul 19];109. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.06.016>.
 12. Yu R, Lai D, Leung G, Woo J. Trajectories of intrinsic capacity: determinants and associations with disability. *J Nutr Health Aging*. [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 4];27(3). Available from: <https://doi.org/10.1007/s12603-023-1881-5>.
 13. Aliberti MJR, Bertola L, Szejf C, Oliveira DB, Piovezan RD, Cesari M, et al. Validating intrinsic capacity to measure healthy aging in an upper middle-income country: findings from the ELSI-Brazil. *Lancet Reg Health Am*. [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 1];12:100284. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100284>.
 14. Gutiérrez-Robledo LM, García-Chanes RE, Pérez-Zepeda MU. Allostatic load as a biological substrate to intrinsic capacity: a secondary analysis of CRELES. *J Nutr Health Aging*. [Internet]. 2019 [cited 2025 Feb 6];23(9). Available from: <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1251-5>.
 15. Stolz E, Mayerl H, Freidl W, Roller-Wirnsberger R, Gill TM. Intrinsic capacity predicts negative health outcomes in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 28];77(1). Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/glab279>.
 16. Charles A, Buckinx F, Locquet M, Reginster JY, Petermans J, Gruslin B, et al. Prediction of adverse outcomes in nursing home residents according to intrinsic capacity proposed by the World Health Organization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 30];75(8). Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/glz218>.
 17. Mokhtari N, Nezafati A, Sheikholeslami F, Kazemnejad LE. Survey of the relationship between health literacy level and health status among elderly people referring to retirement centers in Rasht city. *JGBFNM*. [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 3];16:170. Available from: <https://doi.org/10.29252/JGBFNM.16170>.

18. Slaughter SE, Eliasziw M, Morgan D, Drummond N. Incidence and predictors of excess disability in walking among nursing home residents with middle-stage dementia: a prospective cohort study. *Int Psychogeriatr.* [Internet]. 2011 [cited 2025 Feb 18];23(1). Available from: <https://doi.org/10.1017/S1041610210000116>.
19. Arstanbekova MA. Impairment of stability and gait in elderly patients of a social inpatient institution of the Kyrgyz Republic. *J Clin Pract Res.* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jul 9];6(3). Available from: <https://doi.org/10.35693/2500-1388-2021-6-3-25-28>.
20. Giacomino K, Hilfiker R, Beckwée D, Taeymans J, Sattelmayer KM. Assessment tools and incidence of hospital-associated disability in older adults: a rapid systematic review. *PeerJ.* [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 22];11:e16036. Available from: <https://doi.org/10.7717/peerj.16036>.
21. Chen LR, Liu C, Deng A, Zhang A, Zhu M, Hu X. Association between nutritional risk and fatigue in frailty conditions for older adult patients: a multicentre cross-sectional survey study. *BMJ Open.* [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 14];14(2):e079139. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079139>.
22. Gurrapu R, Antony S, Thirumoorthy A. Social care services for addressing loneliness among inmates of old age homes. *Int J Community Med Public Health.* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 27];10(7). Available from: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20233140>.
23. Stojanović G, Vlasisavljević Z, Terzić N, Maričić M, Stojanović D, Paunović V. Social isolation and loneliness among the elderly. *Ann Nurs.* [Internet]. 2023 [cited 2025 May 6];5(2). Available from: <https://doi.org/10.58424/annnurs.krv.o5t.mo2>.
24. Silva DF, Alves RA, Pesavento TFC, Vilarinho M, Lombardi Júnior I, Agner VFC. Síndrome de fragilidade: fatores determinantes em idosos institucionalizados. *Arch Health Invest.* [Internet]. 2021 [cited 2025 Feb 25];10(7). Available from: <https://doi.org/10.35693/2500-1388-2021-6-3-25-28>.

Notas de autor

rf santana@id.uff.br

Información adicional

redalyc-journal-id: 5057



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104065>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Amanda Leal Santos, Samantha Kelly Batista Souza,
Giulia Magalhães Mendonça Reis Ribeiro,
Maria Juliane Vieira de Sousa,
Marcos Venícios de Oliveira Lopes,
Rosimere Ferreira Santana

Diagnóstico de enfermagem síndrome da fragilidade do idoso: validação epidemiológica

Nursing diagnosis of elder frailty syndrome: epidemiological validation

Diagnóstico de enfermería de la síndrome de fragilidad en el adulto mayor: validación epidemiológica

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
vol. 18, 14389, 2026
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
rpcfo@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14389>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.