







Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: revisão integrativa

Nursing Diagnosis Frail Elderly Syndrome: an integrative review

Como citar este artigo:

Souza VMAF, Lins SMSB, Bezerra PCL, Santana RF, Prado PR, Cardoso RB. Nursing Diagnosis Frail Elderly Syndrome: an integrative review. Rev Rene. 2023;24:e81342. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232481342>

-  Valérya Maria de Almeida França de Souza¹
 Sílvia Maria Sá Basílio Lins¹
 Polyana Caroline Lima Bezerra²
 Rosimere Ferreira Santana³
 Patrícia Rezende do Prado²
 Rosane Barreto Cardoso⁴

¹Universidade Federal Fluminense.
Rio Branco, AC, Brasil.

²Universidade Federal do Acre.
Rio Branco, AC, Brasil.

³Universidade Federal Fluminense.
Niterói, RJ, Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente:

Valérya Maria de Almeida França de Souza
Alameda Piara, 970. Residencial Portal da Amazônia 3
Bl 04, apto 14. CEP: 69915-678.
Rio Branco, AC, Brasil.
E-mail: valerya_souza@id.uff.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Suellen Cristina Dias Emidio

RESUMO

Objetivo: identificar as características definidoras e os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. **Métodos:** revisão integrativa desenvolvida em sete bases de dados, além da utilização de literatura cinzenta no *Google Scholar* e no *Open Grey*. A estratégia Problema, Conceito e Contexto foi utilizada para elaborar a questão norteadora e selecionar os descritores. Foram incluídos oito artigos e uma tese na amostragem final. **Resultados:** três novas características foram identificadas: Incontinência Urinária; Processos Familiares Disfuncionais e Distúrbio no Padrão de Sono. As características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil mais frequentes foram: Mobilidade física prejudicada; Tolerância à atividade diminuída; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais e Deambulação prejudicada. Sobre os fatores relacionados, os mais presentes foram: Força muscular diminuída; Disfunção cognitiva e Equilíbrio postural prejudicado. **Conclusão:** verificou-se que as três características definidoras que não estão presentes na NANDA-I precisam ser mais bem investigadas, a fim de serem incluídas ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. **Contribuições para prática:** o estudo disponibiliza, ao enfermeiro, um aprofundamento no referido diagnóstico, subsidiando e fortalecendo o raciocínio clínico necessário à tomada de decisão para atribuir, corretamente, o diagnóstico ao paciente.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Idoso Fragilizado; Sinais e Sintomas; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to identify the defining characteristics and factors related to the Nursing diagnosis is Frail Elderly Syndrome. **Methods:** integrative review developed in seven databases, besides the use of Grey literature in Google Scholar and Open Grey. The Problem, Concept, and Context strategies were used to develop the guiding question and select the descriptors. Eight articles and one thesis were included in the final sampling. **Results:** three new characteristics were identified: Urinary Incontinence; Dysfunctional Family Processes and Sleep Pattern Disorder. The most frequent defining characteristics of the Frail Elderly Syndrome Nursing Diagnosis were: impaired physical mobility; decreased activity tolerance; unbalanced nutrition: less than the body needs and impaired ambulation. Among the related factors, the most present was: impaired muscle strength; cognitive dysfunction, and impaired postural balance. **Conclusion:** it was found that the three defining characteristics that are not present in NANDA-I need to be further investigated to be included in the Nursing Diagnosis Frail Elderly Syndrome. **Contributions to practice:** the study provides nurses with a deeper understanding of this diagnosis, supporting and strengthening the clinical reasoning necessary for decision-making to correctly assign the diagnosis to the patient.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Frail Elderly; Signs and Symptoms; Risk Factors.

Introdução

O envelhecimento populacional teve seu início no final do século XIX, na Europa, e ampliou-se, nas últimas décadas, por diversos países, incluindo o Brasil. Neste, desde a década de 70, vem ocorrendo uma transição demográfica e, gradativamente, deixando de possuir uma população predominantemente jovem, para contar com um contingente cada vez maior de pessoas idosas^(1,2). Essa transição é ocasionada pela queda da natalidade, associada à diminuição da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, que hoje alcança 74 anos^(1,3).

As projeções realizadas pela Organização Mundial da Saúde estimam que, em 2050, a população idosa possa alcançar um número de dois bilhões de pessoas e, no Brasil, essa população corresponderá a 53 milhões, menor apenas que a da Índia, da China, dos Estados Unidos e da Indonésia, constituindo a quinta maior população em número de idosos⁽³⁾.

O envelhecimento populacional em países em desenvolvimento, como o Brasil, ocorre de forma acelerada e desordenada, gerando uma sequência de mudanças nas relações familiares, no setor econômico e nos serviços de saúde⁽³⁾. Assim, temas como a fragilidade no processo de envelhecimento, passam a ocupar um lugar de destaque entre os profissionais de saúde e entre a própria população senescente^(2,4).

Apesar de não haver uma definição consensual, a fragilidade pode ser compreendida como uma síndrome multidimensional, que envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta interação culmina em uma maior vulnerabilidade, e está associada ao risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como o declínio funcional, as quedas, a hospitalização, a institucionalização e o aumento da mortalidade⁽⁵⁻⁹⁾.

Devido à magnitude e à complexidade da fragilidade, o enfermeiro desempenha um papel na identificação e no cuidado dos idosos frágeis. Portanto, torna-se necessário que ele esteja capacitado para oferecer atendimento especializado e contínuo em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, o en-

fermeiro dispõe do processo de Enfermagem como método científico e, a partir do raciocínio clínico, faz o Diagnóstico de Enfermagem⁽¹⁰⁾, sendo este uma ação privativa do enfermeiro, que consiste em julgamento clínico das respostas humanas apresentadas pelo paciente, pela família ou pela comunidade. A partir deste diagnóstico, elabora-se um plano de cuidados individualizado com as intervenções de Enfermagem baseadas em evidências e em conhecimentos científicos⁽¹⁰⁾.

O diagnóstico Síndrome do Idoso Frágil surgiu da necessidade de identificação da fragilidade apresentada por alguns idosos. Foi instituído na *NANDA-International* (NANDA-I) em 2013 e incluído na classificação de diagnósticos na versão de 2015-2017 com o título "Síndrome do Idoso Frágil". Possui nível de evidência 2.1, com característica de validação de conteúdo, sendo definido como "estado dinâmico de equilíbrio instável, que afeta o idoso que vivencia a deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social), e leva ao aumento da suscetibilidade aos efeitos de saúde adversos, em particular, à incapacidade"^(11:177).

Trata-se de um diagnóstico sindrômico cujas as características definidoras são formadas por outros diagnósticos da mesma taxonomia, que são: Deambulação prejudicada (00088); Desesperança (00124); Débito cardíaco diminuído (00029); Déficit no autocuidado para a alimentação (00102); Déficit no autocuidado para banho (00108); Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110); Déficit no autocuidado para vestir-se (00109); Fadiga (00093); Isolamento social (00053); Memória prejudicada (00131); Mobilidade física prejudicada (00085); Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002) e Tolerância à atividade diminuída (00298)⁽¹¹⁾.

Os fatores relacionados desse diagnóstico são: ansiedade; apoio social inadequado; conhecimento inadequado sobre os fatores modificáveis; desnutrição; disfunção cognitiva; energia diminuída; equilíbrio postural prejudicado; estilo de vida sedentário; exaustão; força muscular diminuída; manifestações neurocomportamentais; medo de quedas; obesidade e tristeza⁽¹¹⁾.

O conceito de fragilidade, ainda hoje, não é consensual na literatura e sua inclusão na NANDA-I data de 2015. Passados sete anos, e dada a propulsão das pesquisas relativas ao tema e seus consequentes refinamento e evolução, tornou-se necessário revisar as características definidoras e os fatores relacionados, que compõem o diagnóstico, uma vez que as novas características e os novos fatores possam ter sido identificados a partir das pesquisas desenvolvidas nesse período.

Este estudo teve como objetivo identificar as características definidoras e os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil.

Métodos

Revisão Integrativa desenvolvida em seis etapas distintas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹²⁾.

Para a elaboração da questão de pesquisa, foi utilizado o acrônimo População, Conceito, Contexto (PCC). Atribuíram-se ao P: idosos; ao C: características definidoras e fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil; ao C: atenção primária à saúde, hospital e instituição de longa permanência para idosos. No desenvolvimento dessa estratégia, considerou-se a seguinte pergunta: Quais características definidoras e fatores relacionados são encontrados nos estudos que abordam o Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil?

Foram incluídas publicações em qualquer idioma com a disponibilização integral e por meio eletrônico. O recorte temporal foi a partir de 2013, data em que este Diagnóstico de Enfermagem foi instituído pela NANDA-I. Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, duplicatas, relatórios de congressos e resumos de congressos.

A busca na literatura ocorreu entre os meses de janeiro e abril de 2022, a partir do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), via acesso remoto intitulado Comunidade Acadêmica Federal (CAFe), nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); PubMed Central; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Scopus Elsevier e Web of Science. Além disso, foi realizada a revisão na literatura cinzenta no *Google Scholar* e no *Open Grey*.

Foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): Diagnóstico de Enfermagem, idoso fragilizado, atenção primária à saúde, hospital e instituição de longa permanência e os termos correlatos em inglês. As combinações foram realizadas em inglês e português, sendo eles: “Diagnóstico de Enfermagem AND Fragilidade AND (Atenção Primária à Saúde OR Hospital OR Instituição de Longa Permanência)”, “Diagnóstico de Enfermagem AND Síndrome da Fragilidade”, “*Nursing Diagnosis AND (Frail Elders OR Functionally-Impaired Elderly OR Frail Older Adults) AND (Hospitals OR Nurses, Public Health OR Homes for the Aged)*”. Cada base de dados possui suas particularidades, e as estratégias de busca foram adaptadas de acordo com a base, mantendo as combinações propostas.

Com o objetivo de reduzir os prováveis erros ou vieses de aferição dos estudos, a seleção foi desenvolvida em duas etapas por dois pesquisadores, de forma independente, garantindo a revisão duplo-cega e o rigor metodológico requerido. Na primeira, realizou-se a leitura de título e de resumo e, na segunda, fez-se a leitura completa dos artigos. Nos casos de discordância entre os dois revisores, houve discussão para se chegar a um consenso. A seleção foi estruturada por meio das recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾.

Para a extração dos dados, realizou-se uma avaliação criteriosa, com leitura exploratória dos estudos e preenchimento do instrumento semiestruturado

elaborado pelos autores. Ele continha: título do artigo; autores; ano de publicação; periódico de publicação; objetivo; metodologia; população; cenário do estudo; critério de avaliação da fragilidade e resultados e conclusões. Posteriormente, foi elaborada uma síntese da temática com os dados analisados descritivamente.

Os estudos selecionados foram classificados segundo o nível de evidência em que se consideraram sete níveis: 1) evidências apresentadas em revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; 2) evidências de um ensaio clínico randomizado controlado; 3) evidências de ensaios clínicos sem randomização; 4) evidências de estudos de coorte e de caso-controle; 5) evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) evidências de único estudo descritivo ou qualitativo;

7) evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁴⁾.

Este estudo não envolveu participantes, entretanto, em respeito à propriedade intelectual dos autores dos artigos que constituíram a amostra, foi executada a citação completa e rigorosa dos trabalhos.

Resultados

A busca resultou em 2.994 produções em que 675 foram excluídos por duplicidade. Primeiramente, 2.319 foram selecionados para a leitura de título e de resumo. Com a utilização dos critérios de inclusão, 2.268 foram excluídos nesta etapa. Obteve-se um total de 51 estudos elegíveis para a leitura na íntegra, dos quais, 42 produções não responderam à questão norteadora da revisão, resultando, ao final, em um total de oito artigos e uma tese (Figura 1).

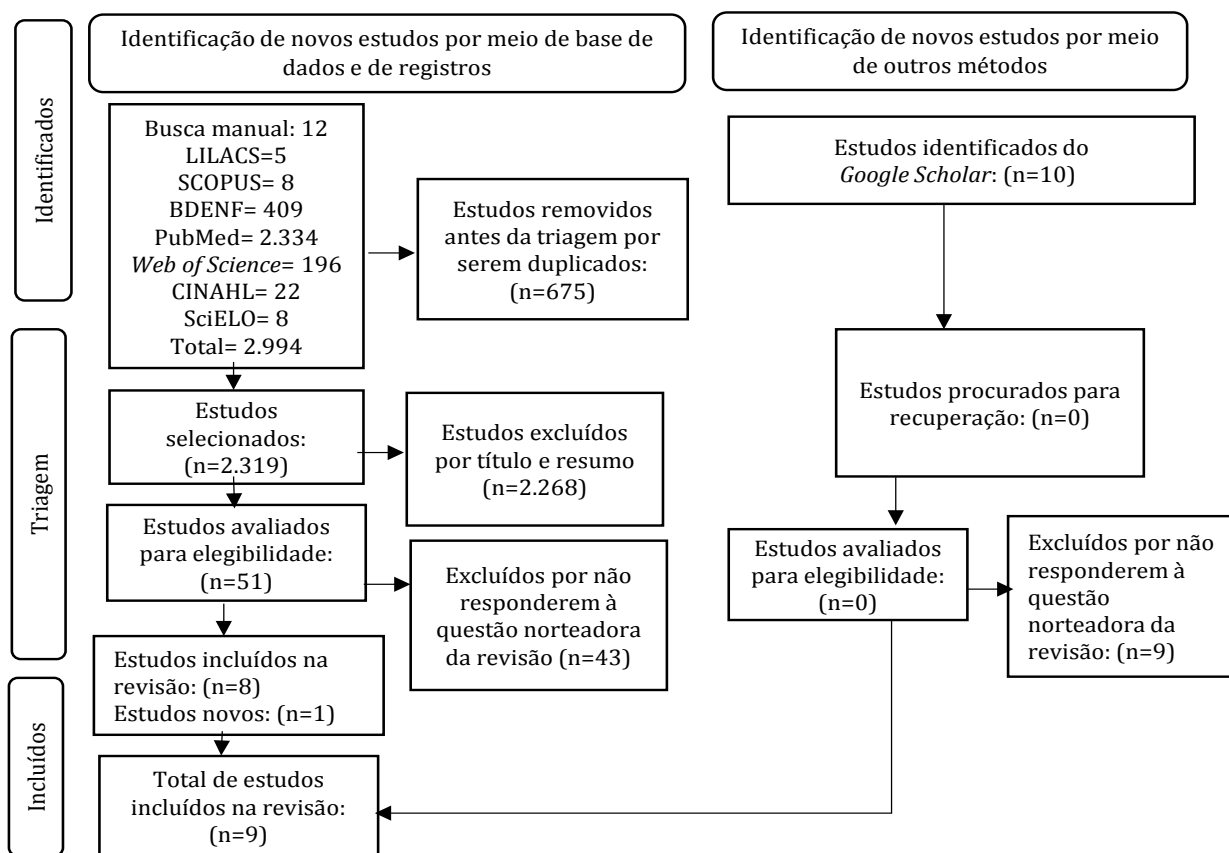


Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*. Rio Branco, AC, Brasil, 2022

O tipo de estudo predominante foi o de nível de evidência 6, localizado em seis produções. Todas as pesquisas eram brasileiras. Em relação ao período de publicação dos estudos, não houve destaque relacionado aos últimos anos. No que concerne à abordagem/tipo dos estudos, seis eram transversais, dois, sobre análise de conceito e um, metodológico (Figura 2).

Na amostra final, no que se refere às bases de dados consultadas e aos estudos incluídos na revisão, houve predominância da CINAHL, com quatro acha-

dos, seguida pela SciELO, com dois; BDENF, LILACS e busca manual no *Google Scholar* tiveram um estudo cada. Não foram identificados artigos que abordassem o Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil na íntegra nas bases *Web of Science* e na PubMed. É importante destacar que três estudos foram desenvolvidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos, dois, em hospital e um, em comunidade e na Atenção Primária à Saúde cada. A Escala de Fragilidade de Edmonton foi a mais utilizada, estando presente em cinco artigos (Figura 2).

Autor/Ano/Periódico	Delineamento e Nível de evidência	Amostra	Instrumento de Avaliação da Fragilidade
Oliveira et al. 2021 Rev Bras Enferm ⁽¹⁵⁾	Estudo metodológico (5)	40 idosos hospitalizados	Escala de Fragilidade Edmonton
Oliveira et al. 2020 Rev Bras Enferm ⁽¹⁶⁾	Análise conceitual (5)	66 estudos	-
Silva et al. 2020 Saude Coletiva ⁽¹⁷⁾	Estudo transversal (6)	25 idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos	Escala de Fragilidade Edmonton
Fernandes et al. 2019 Rev Enferm UFPE on line ⁽¹⁸⁾	Estudo transversal (6)	53 idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos	Escala de Fragilidade Edmonton
Ribeiro et al. 2019 Rev Esc Enferm USP ⁽¹⁹⁾	Estudo transversal (6)	78 idosos da Atenção Primária à Saúde	Protocolo de Fried
Martins et al. 2018 Rev Eletr Trab Acad-Universo/Goiânia ⁽²⁰⁾	Estudo transversal (6)	162 idosos comunitários	Protocolo de Fried
Crossetti et al. 2018 Rev Gaúcha Enferm ⁽²¹⁾	Estudo transversal (6)	395 idosos hospitalizados	Escala de Fragilidade Edmonton
Linck 2015 Digit Repository ⁽²²⁾	Análise de conceito (5)	100 estudos	-
Maciel et al. 2014 Rev Enferm UFSM ⁽²³⁾	Estudo transversal (6)	24 idosos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos	Escala de Fragilidade Edmonton

Figura 2 – Características dos estudos quanto ao autor, ao ano de publicação, ao periódico, ao delineamento, ao nível de evidência, à amostra e ao instrumento de avaliação. Rio Branco, AC, Brasil, 2022

Nesta revisão, observou-se que todas as características definidoras que estão inseridas no Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil foram encontradas, sendo as mais frequentes: Mobilidade física prejudicada; Tolerância à atividade diminuída; Deambulação prejudicada e Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Além do mais, foram identificadas, nos artigos, situações clínicas que podem agrupar-se às novas características definidoras, a saber: Incontinência urinária; Proces-

so familiares disfuncionais e Distúrbio no padrão de sono. No diagnóstico de síndrome, as características definidoras são compostas por outros diagnósticos presentes na NANDA-I, portanto, essas três características definidoras encontradas estão presentes na NANDA-I, mas não estão inseridas no Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil (Figura 3).

O Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil possui 14 fatores relacionados. Destes, 10 foram identificados na revisão, a saber: força muscu-

lar diminuída; disfunção cognitiva; equilíbrio postural prejudicado; desnutrição; obesidade; tristeza; apoio social inadequado; exaustão; medo de quedas; estilo de vida sedentário, sendo os mais frequentes Força muscular diminuída; Disfunção cognitiva e Equilíbrio postural prejudicado (Figura 3).

Componentes do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil	Referências
Características definidoras	
Deambulação prejudicada	15, 16, 17, 18, 19
Débito cardíaco diminuído	15, 19
Desesperança	19
Déficit no autocuidado para o banho	15, 19
Déficit no autocuidado para a higiene íntima	15, 19
Déficit no autocuidado para vestir-se	15, 19
Fadiga	15, 19, 22
Isolamento social	19, 22
Intolerância à atividade	15, 16, 19, 20, 22, 23
Déficit no autocuidado para a alimentação	19
Memória prejudicada	17, 19, 23
Mobilidade Física Prejudicada	15, 16, 19, 20, 22, 23
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	15, 16, 17, 18, 22
Incontinência Urinária	17, 21, 22, 23
Processos Familiares Disfuncionais	16, 18
Insônia	18
Fatores relacionados	
Apoio social inadequado	17
Desnutrição	22
Disfunção cognitiva	16, 19, 22
Equilíbrio prejudicado	16, 17, 20
Estilo de vida sedentário	16, 19
Exaustão	20
Força muscular diminuída	16, 17, 18, 20, 22
Fraqueza muscular	16
Medo de quedas	16
Obesidade	20, 22
Tristeza	17, 18

Figura 3 – Componentes do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: características definidoras e fatores relacionados dos estudos quanto ao autor/referência. Rio Branco, AC, Brasil, 2022

Discussão

Apesar de não estarem inseridas no Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil, as três características definidoras, que foram encontradas nesta revisão, podem impactar, negativamente, a qualidade de vida do idoso frágil. Sugere-se, portanto, que devam ser investigadas com mais esmero para uma possível inserção à classificação.

A característica definidora Incontinência Urinária foi identificada em três estudos. Ela está ligada aos sistemas fisiológicos do ser humano, e pode ser desencadeada devido ao enfraquecimento da musculatura pélvica e da uretra entre as mulheres e pelo aumento da próstata entre os homens, além de ser um dos maiores problemas enfrentados pela população idosa, com uma vasta repercussão na qualidade de vida, na independência e na autonomia. Além disso, muitos que possuem essa característica, por vergonha, deixam de realizar suas atividades diárias e sociais e ainda se isolam de amigos e parentes com medo de que estes percebam o seu problema⁽²⁴⁻²⁶⁾.

As evidências apontam que a incontinência urinária está presente na síndrome da fragilidade no idoso, além de estar associada ao risco aumentado de declínio funcional⁽²⁷⁾. Dos 54 pacientes frágeis atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia, 22 (40,7%) apresentavam a incontinência urinária⁽²⁴⁾, bem como das 300 pacientes atendidas em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Cairo, Egito, 130 eram frágeis e, destas, 104 (80%) possuíam o diagnóstico de incontinência urinária⁽²⁶⁾.

Outra característica definidora relevante e que não está inserida no Diagnóstico de Enfermagem em tela, mas que tem repercussão no processo de fragilidade são os Processos Familiares Disfuncionais. A família desempenha um papel importante na assistência ao idoso, sendo, frequentemente, a principal fonte de cuidados. Atua, ainda, no cuidado durante o processo de fragilidade e necessita estar mais próxima ao idoso para auxiliá-lo em suas dificuldades e em

seus anseios. Ser cuidado pela família traz bem-estar ao idoso e, em um amplo sentido, traz mais qualidade de vida⁽²⁸⁾.

A fragilidade consiste em uma síndrome que demanda vários cuidados por parte do familiar do idoso. Quando a família, principal provedora dessa assistência, não é capaz de adaptar-se a essa nova realidade, surgem conflitos de convivência entre os membros, acarretando tensões no processo de cuidado. Isso afeta o vínculo familiar e esse idoso pode receber menos conforto e companhia por parte da sua parentela, acarretando sensação de inutilidade e abandono⁽²⁹⁾.

Tal sensação costuma motivar o isolamento social, o sedentarismo e o aumento do nível de dependência, o que predispõe à fragilidade⁽²⁹⁾. Dentro desse contexto, a Enfermagem necessita conhecer o vínculo familiar do idoso e incentivar os elos com a família, fazendo com que esta entenda o seu papel como cuidadora do idoso frágil, responsabilizando-a e auxiliando-a no cuidado ao idoso⁽¹⁹⁾.

A característica definidora Distúrbio no Padrão de Sono é caracterizada por despertares com tempo limitado em razão de fatores externos⁽¹¹⁾. Configura-se como uma queixa recorrente, que pode gerar aumento de sonolência diurna, alterações comportamentais, além de potencializar as complicações oriundas da fragilidade. O distúrbio no padrão de sono gera fraqueza e fadiga, que são critérios que definem a fragilidade fisiológica em idosos, bem como risco de queda, falta de entusiasmo e oscilação de humor⁽³⁰⁾.

O distúrbio do padrão de sono ocasiona *déficit* de atenção, memória prejudicada, concentração diminuída e capacidade reduzida para realizar atividades diárias⁽¹⁸⁾. As proporções de participantes idosos com distúrbio no padrão do sono aumentaram com a gravidade da fragilidade (não fragilidade; pré-fragilidade/fragilidade: 48,31%; 65,25%, $p < 0,001$), sugerindo que o grupo pré-fragilidade/fragilidade apresentou maior prevalência de má qualidade do sono do que o grupo sem fragilidade⁽³¹⁾. É importante identificar o motivo que leva o idoso a apresentar o distúrbio de padrão

do sono, se é devido a levantares noturnos para ir ao banheiro, se é alguma interação medicamentosa, de modo que o enfermeiro possa intervir adequadamente.

Dentre as 13 características definidoras que estão inseridas na NANDA-I, quatro tiveram destaque e foram citadas em todos os estudos identificados na revisão. A característica definidora Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais está associada à ingestão inadequada de proteínas, que pode levar a uma falha na manutenção da massa e da função muscular. Os estudos observacionais sugeriram que a suplementação de proteína pode ajudar a desacelerar a fragilidade⁽³²⁾.

Esse desequilíbrio nutricional pode ser ocasionado por inúmeras variáveis que interferem na ingestão alimentar, como: anorexia fisiológica do envelhecimento; alterações sensoriais; perda de dentes; isolamento social; depressão e baixo nível socioeconômico. Estas condições afetam a autonomia dos indivíduos para selecionar e preparar os alimentos, limitando o repertório alimentar e o interesse pela comida, bem como a falta de apetite associada à monotonia alimentar⁽³³⁾. Há forte associação entre a síndrome da fragilidade e o estado nutricional alterado, e 36,3% dos participantes que apresentaram estado nutricional alterado eram frágeis, contra 0,9% de participantes não frágeis⁽³⁴⁾.

A característica definidora Mobilidade Física Prejudicada caracteriza-se como uma manifestação comum da fragilidade, sendo um marcador sensível de doença aguda e um dos principais componentes da gênese da fragilidade⁽¹⁶⁾. É definida como a limitação do movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades,⁽¹¹⁾ e está associada à perda de força e/ou de função que caracteriza a sarcopenia. Aproximadamente um terço até a metade dos indivíduos com 65 anos ou mais relatam dificuldades relacionadas ao caminhar ou ao subir escadas⁽³⁵⁾.

Um estudo realizado com 1.085 idosos hospitalizados demonstrou que 73,3% apresentaram risco de incapacidade relacionada à mobilidade prejudica-

da⁽³⁶⁾. A velocidade de marcha é um bom preditor de incapacidade nas atividades de vida diária e no comprometimento da mobilidade. Além disso, o declínio da velocidade de caminhada relacionado à idade tem sido associado ao aumento do risco de quedas, menor qualidade de vida, declínio cognitivo, demência e mortalidade precoce⁽³⁵⁾.

A Tolerância à Atividade Diminuída, também encontrada em todos os estudos, representa um indicador chave da fragilidade, sendo compreendida como uma diminuição do nível de atividade física que acarreta a queda na regulação dos sistemas orgânicos, o declínio nas reservas cardiovasculares e musculoesqueléticas⁽⁹⁾. Também está relacionada à obesidade, pois idosos obesos são propensos à lentidão e apresentam dificuldade para realizar as atividades físicas⁽³⁷⁾.

Outra característica definidora importante é a Deambulação Prejudicada, a qual é influenciada pelo processo de envelhecimento devido às modificações fisiológicas que podem diminuir a capacidade de locomoção do idoso⁽³⁸⁾. Estas três características – Mobilidade Física Prejudicada, Tolerância à Atividade Diminuída e Deambulação Prejudicada - em alguma medida, retroalimentam-se, pois costumam apresentar o fator relacionado, Força Muscular Diminuída como causa principal. A Força Muscular Diminuída constitui um dos fenótipos da fragilidade, surgindo desde a pré-fragilidade, o que pode servir como indicio do aumento da vulnerabilidade nos estágios iniciais da fragilidade⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a atividade física configura-se como um importante fator de proteção aos idosos, pois possui potencial para melhorar a condição de saúde dos idosos, além de melhorar o desempenho físico, ajudando na manutenção da massa muscular e na reposição óssea no decorrer do processo de envelhecimento e, dessa maneira, pode prevenir, retardar ou reverter o processo de fragilidade⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. A atividade física e a redução do comportamento sedentário podem desempenhar um papel importante na prevenção e na diminuição do quadro de sarcopenia e fragilida-

de, retardando a dependência funcional e melhorando o funcionamento físico em idosos⁽⁴¹⁾.

Outro fator relacionado bastante citado na revisão foi a disfunção cognitiva. Com o envelhecimento, a capacidade de processamento de informações torna-se mais lenta, afetando a autonomia, a capacidade de tomar decisões e a independência⁽¹⁸⁾. Foi observado em um grupo de 1.399 idosos, que 8,5% desses idosos eram frágeis e, destes, 38,9% apresentavam declínio cognitivo⁽²⁴⁾. Para manter os idosos em bom estado cognitivo, é importante a manutenção geral da saúde e do bem-estar destes. O estímulo aos idosos mostra-se eficiente para a manutenção da saúde mental do idoso e/ou a prevenção de seu declínio, sendo o estímulo, a prática de atividades, como os jogos de tabuleiro, o dominó, as atividades manuais e a prática de atividades físicas, uma excelente estratégia de cuidado para evitar o declínio cognitivo.

O fator relacionado ao equilíbrio postural prejudicado é ocasionado pelo próprio processo de envelhecimento, sendo um dos principais fatores que limitam a independência funcional dos idosos^(1,15). Em 80% dos casos, a causa é inespecífica, mas, geralmente, está associada à diminuição do nível de atividade física, ocasionando o declínio no sistema musculoesquelético, a fraqueza muscular e, conseqüentemente, interferindo no equilíbrio do idoso, podendo gerar quedas seguidas ou não de fraturas, deixando o idoso acamado por dias ou meses, e sendo estas responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos⁽⁴²⁾.

Para evitar esse quadro, são recomendados os exercícios de equilíbrio como: posturas progressivamente difíceis que reduzam, gradualmente, a base de suporte; movimentos que perturbem o centro de gravidade, como também a realização de exercícios de ganho de força muscular, ocasionando maior segurança e independência ao caminhar, melhorando o equilíbrio corporal⁽⁴²⁾.

Nesta revisão, a Escala de Fragilidade de Edmonton foi a mais utilizada entre os instrumentos de avaliação da fragilidade. Tal fato pode ser compreen-

dido por essa escala ser considerada um instrumento robusto devido à capacidade de avaliar o idoso de forma multidimensional, sendo abordados nove domínios (cognição, estado de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicação, nutrição, humor, continência urinária e desempenho funcional). Além disso, é de fácil manuseio, sendo utilizada por profissionais de saúde para determinar os fatores de risco e o nível de fragilidade do idoso, bem como os principais domínios que necessitam de intervenção⁽⁶⁻⁷⁾.

No Brasil, atualmente, o *Vulnerable Elders Survey-13* é utilizado para avaliar e rastrear a vulnerabilidade dos idosos na Atenção Primária à Saúde e encontra-se disponível na Caderneta de Saúde do Idoso, que constitui um instrumento estratégico de gestão, permitindo a identificação de pessoas idosas com maior vulnerabilidade ou em processo de fragilização para que sejam direcionadas às ações de recuperação, de promoção e de atenção à saúde. O *Vulnerable Elders Survey-13* deve ser aplicado em todos os idosos das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, a fim de subsidiar as ações da equipe de Enfermagem, para melhorar o planejamento dos cuidados aos idosos com diagnóstico de fragilidade⁽⁴³⁾.

Pode-se observar, neste estudo, que, diante da magnitude da Síndrome da Fragilidade no Idoso, o enfermeiro torna-se um profissional importante nesse contexto, pois possui autonomia para rastrear/identificar o idoso frágil em sua comunidade e, junto com a equipe multiprofissional, utilizar as ferramentas e as estratégias tais como: interconsulta e projeto terapêutico singular para traçar planos de cuidados para cada idoso, dependendo da realidade em que ele se encontra.

Limitações do estudo

As limitações desta revisão estão relacionadas ao baixo nível de evidência dos estudos selecionados e ao número reduzido de estudos que tratem, exclusivamente, das características definidoras e dos fatores re-

lacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. Apesar de muitos artigos contemplarem a temática de síndrome de fragilidade no idoso, todavia, não se referiam ao Diagnóstico de Enfermagem em sua totalidade.

Contribuições para a prática

Este estudo disponibiliza, ao enfermeiro, um aprofundamento no Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil, subsidiando e fortalecendo o raciocínio clínico necessário à tomada de decisão para atribuir, corretamente, o diagnóstico ao paciente que, de fato, apresenta a fragilidade.

Conclusão

Verificou-se que as três características definidoras que não estão presentes no NANDA-I precisam ser mais bem investigadas, a fim de serem incluídas ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. Questões relacionadas à deambulação, à nutrição, à atividade física e à força muscular estão, intimamente, ligadas ao processo de fragilidade, sendo consideradas um indício da síndrome e, conseqüentemente, do Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. Sugere-se, ainda, a realização de estudos mais robustos, que possibilitem avaliar a prevalência de idosos frágeis em diversos contextos.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem pela concessão da bolsa de estudos a mestranda Valérya Maria de Almeida França de Souza.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; concordância em

ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do manuscrito sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Souza VMAF.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e a aprovação final da versão a ser publicada: Lins SMSB.

Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Bezerra PCL.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Santana RF.

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Prado PR, Cardoso RB.

Referências

1. Silva AS, Fassarella BPA, Faria BS, Nabbout TGME, Nabbout HGME, Avila JC. Population aging: current reality and challenges. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(Sup.3):e188. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>
2. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia* [Internet]. 2019 [cited Jul 20, 2022];15(32):69-7. Available from: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>
3. Silva WDM, Silva RH, Siqueira LP. Analysis of the population aging profile versus polymedicamentous elderly patients. *Braz J Dev*. 2020;6(12):94941-55 doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-107>
4. Myrrha LJD, Turra CM, Wajnman S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Rev Latino-Am Poblaciós* [Internet]. 2017 [cited Nov 10, 2022];11(20):37-54. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3238/323852456003/html/>
5. Rockwood K, Howlett SE, MacKnight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, et al. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(12):1310-7. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310>
6. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/59.12.1310>
7. Fabrício-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>
8. Morley JE, Vellas B, Kan GAV, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(6):392-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
10. Cusato TV, Mejía JVC, Vitorino PGS, Gomes DM, Ribeiro DV, Hernandez LO, et al. Most used nursing diagnoses in confirmed cases of covid-19 in Brazil. *RSD* [Internet]. 2021 [cited Apr 8, 2022];10(8):e4010816878. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16878>
11. NANDA International. NANDA-I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Porto Alegre: Artmed; 2021.
12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
15. Oliveira FMRL, Leal NPR, Medeiros FAL, Oliveira JS, Nóbrega MML, Leadebal ODCP, et al. Clinical valida-

- tion of nursing diagnosis fragile elderly syndrome. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 2):e20200628. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0628>
16. Oliveira FMRL, Barbosa KTF, Rodrigues MMP, Fernandes MGM. Frailty syndrome in the elderly: conceptual analysis according to Walker and Avant. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20190601. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0601>
 17. Silva VPO, Carneiro LV, Nascimento NM. Nursing diagnoses and interventions in frail elderly according to Henderson's conceptual model. *Saúde Coletiva.* 2020;10(55):3003-12. doi: <https://dx.doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i55p3003-3012>
 18. Fernandes BKC, Clares JWB, Borges CL, Nóbrega MML, Freitas MC. Nursing diagnoses for institutionalized frail elderly. *Rev Enferm UFPE online.* 2019;13(4):966-72. doi: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a237572p966-972-2019>
 19. Ribeiro IA, Lima LR, Volpe CRG, Funghetto SS, Rehem TCMSB, Stival MM. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;530:e03449. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>
 20. Martins JO, Silva BR, Borges MM, Montefusco SRA, Vieira ACB, Fernandes LC, et al. Diagnóstico de Enfermagem de Risco para Síndrome do Idoso Frágil. *Rev Eletr Trab Acad Universo/Goiânia [Internet].* 2018 [cited Jul 10, 2022]. Available from: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOI-ANIA4&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=6442&path%5B%5D=3431>
 21. Crossetti MGO, Antunes M, Waldman BF, Univcovsky MAR, Rosso LH, Lana LD. Factors that contribute to a NANDA nursing diagnosis of risk for frail elderly syndrome. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0233. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0233>
 22. Linck CL. Diagnóstico de enfermagem "síndrome da fragilidade no idoso": análise de conceito [Internet]. 2015 [cited July 10, 2022]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128946>
 23. Maciel GMC, Silva HC, Freitas MC, Menezes RMP. Fragilidade em idosas residentes de uma instituição de longa permanência. *Rev Enferm UFSM [Internet].* 2014 [cited July 10, 2022];4(3):635-44. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11328>
 24. Chong E, Chan M, Lim WS, Ding YY. Frailty predicts incident urinary incontinence among hospitalized older adults. A 1-year prospective cohort study. *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(5):422-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.103>
 25. Lenardt MH, Moraes DC, Setlik CM, Setoguchi LS, Mello BH de, Frohlich GMV. Physical frailty and urinary incontinence of elderly in ambulatory care. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e67077. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67077>
 26. AlyWW, SweedHS, MossadNA, TolbaMF. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in frail elderly females. *J Aging Res.* 2020;2020:2425945. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/2425945>
 27. Ma L, Zhang L, Sun F, Li Y, Tang Z. Cognitive function in Prefrail and frail community-dwelling older adults in China. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):53. doi: <http://doi.org/10.1186/s12877-019-1056-8>
 28. Setoguchi LS, Lenardt MH, Betiolli SE, Seima MD, Moraes DC, Mello BH. Family insufficiency and the condition and the physical frailty's components of elderly in ambulatorial care. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210375. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0375pt>
 29. Elias HC, Marzola TS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR, Tavares DMS. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(5):562-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>
 30. Nogueira JT, Lopes JLBO, Silva MCSS, Tier CG, Camargo MEB, Lana LD. Sleep quality and frailty in elderly people: an integrative review. *Rev Enferm Centro-Oeste Min.* 2020;10:e3835. doi: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3835>
 31. Shih AC, Chen LH, Tsai CC, Chen JY. Correlation between sleep quality and frailty status among middle-aged and older Taiwanese people: a community-based, cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(24):9457. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249457>

32. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, Nguyen AT, Cumming R, Hilmer S, et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatr*. 2017;17:216. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0609-y>
33. Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(4):1143-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016>
34. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalence and associated factors of frailty in adults over 70 years in the community. *Atenç Prim*. 2021;53(10):102128. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102128>
35. Billot M, Calvani R, Urtamo A, Sánchez-Sánchez JL, Ciccolari-Micaldi C, Chang M, et al. Preserving mobility in older adults with physical frailty and sarcopenia: opportunities, challenges, and recommendations for physical activity interventions. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1675-90. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S253535>
36. Boyer S, Trimouillas J, Cardinaud N, Gayot C, Laubarie-Mouret C, Dumoitier N, et al. Frailty and functional dependence in older population: lessons from the FREEDOM Limousin - nouvelle Aquitaine cohort study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):128. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02834-w>
37. Jiao J, Wang Y, Zhu C, Li F, Zhu M, Wen X, et al. Prevalence and associated factors for frailty among elder patients in China: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):100. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1496-1>
38. Marques-Vieira CMA, Souza DA, Santos ALS, Aguiar ACSA. Repercussions of chronic diseases on the mental health of elderly people. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(11):2923-32. doi: <https://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018>
39. Barbosa RL, Silva TDCS, Santos MF, Carvalho FR, Marques RVDA, Matos Junior EM. Sociodemographic and clinical profile of the elderly of a Companionship Center. *Rev Kairós-Gerontol*. 2018;21(2):357-73. doi: <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p357-373>
40. Liao YY, Chen IH, Wang RY. Effects of Kinect-based exergaming on frailty status and physical performance in prefrail and frail elderly: a randomized controlled trial. *Sci Rep*. 2019;9(1):9353. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-45767-y>
41. Ângulo J, El Assar M, Bustos AA, Rodríguez-Mañas L. Physical activity and exercise: strategies to manage frailty. *Redox Biol*. 2020;35(2020):101513. doi: <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513>
42. Bankoff ADP. Equilíbrio corporal, postura corporal no processo de envelhecimento e medidas de prevenção através do exercício físico: uma revisão. *Rev Saúde Meio Ambiente [Internet]*. 2019 [cited June 10, 2022];9(2):17-33. Available from: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/7792>
43. Lopes AD, Oliveira CV, Helton S, Kimie SC, Cruz SAN. The role of VES-13 to identify limited life expectancy in older adults in primary healthcare settings. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03743. doi: <http://doi.org/10.1590/s1980-220x2020003603743>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons