

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: Revisão de Literatura

Valérya Maria de Almeida França de Souza, Sílvia Maria de Sá Basílio Lins, Polyana Caroline Lima Bezerra, Rosimere Ferreira Santana, Patrícia Rezende do Prado, Rosane Barreto Cardoso

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4432>

Submetido em: 2022-07-14

Postado em: 2022-07-18 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil: Revisão de literatura
Nursing diagnosis Frail Elderly Syndrome: Literature review

Valérya Maria de Almeida França de Souza

Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio Branco, AC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7145-2747>

Sílvia Maria Sá Basílio Lins

Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6717-9223>

Polyana Caroline Lima Bezerra

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0491-4515>

Rosimere Ferreira Santana

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>

Patrícia Rezende do Prado

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3563-6602>

Rosane Barreto Cardoso

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8052-8697>

RESUMO

Objetivo: identificar, na literatura, as características definidoras e os fatores relacionados ao Diagnóstico de Enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. **Método:** Revisão Integrativa da Literatura, por meio do portal de periódicos da CAPES, nas bases de dados LILACS, SCOPUS, *BDENF*, CINAHL MEDLINE, PubMed, *Web Of Sciences* e SciELO. Além da utilização de literatura cinzenta no *Google Scholar e Open Grey*. **Resultados:** Foram incluídos oito artigos e uma dissertação. Todas as publicações eram brasileiras, com a predominância de estudos do tipo transversal. As características definidoras mais frequentes foram: Mobilidade física prejudicada; Tolerância à atividade diminuída; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais e Deambulação prejudicada. Três novas características foram identificadas: Incontinência Urinária; Processos familiares disfuncionais e Distúrbio no padrão de sono. Sobre os fatores relacionados, os mais frequentes foram: Força muscular diminuída; Disfunção cognitiva e Equilíbrio postural prejudicado. **Conclusão:** diante dos resultados encontrados, sugere-se a inclusão da característica definidora Incontinência Urinária, para o diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil. **Contribuições para prática:** o estudo disponibiliza ao enfermeiro um aprofundamento no referido diagnóstico, subsidiando o raciocínio clínico.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Idoso Fragilizado; Sinais e Sintomas; Fatores de Risco; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Objective: to identify, in the literature, the defining characteristics and factors related to the Frail Elderly Syndrome Nursing Diagnosis. **Method:** Integrative Literature Review, through the CAPES journal portal, in the LILACS, SCOPUS, *BDENF*, CINAHL MEDLINE, PubMed, *Web Of Sciences* and SciELO databases. In addition to the use of gray literature in *Google Scholar* and *Open Grey*. **Results:** Eight articles and one dissertation were included. All publications were Brazilian, with a predominance of cross-sectional studies. The most frequent defining characteristics were: Impaired physical mobility; Decreased activity tolerance; Imbalanced nutrition: less than body needs and impaired ambulation. Three new features were identified: Urinary Incontinence; Dysfunctional family processes and sleep pattern disturbance. Regarding related factors, the most frequent were: Decreased muscle strength; Cognitive dysfunction and impaired postural balance. **Conclusion:** given the results found, we suggest the inclusion of the defining characteristic Urinary Incontinence, for the nursing diagnosis Frail

Elderly Syndrome. **Contributions to practice:** the study provides nurses with a deeper understanding of the aforementioned diagnosis, supporting clinical reasoning.

Descriptors: Nursing Diagnosis; Frail elderly; Signs and symptoms; Risk factors; Patient Assistance Team.

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 idosos⁽¹⁻²⁾. Essa transição vem sendo ocasionada pela queda da natalidade, associada à diminuição da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, que hoje alcança 74 anos^(1,3).

Projeções realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que em 2050 a população idosa possa alcançar um número de 2 bilhões de pessoas⁽³⁾ e que no Brasil essa população corresponda há 53 milhões, menor apenas que a da Índia, China, Estados Unidos e Indonésia, constituindo a quinta maior população em número de idosos⁽²⁾.

O envelhecimento populacional em países em desenvolvimento, como o Brasil, vem ocorrendo 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 lugar de destaque entre os profissionais de saúde e entre a própria população senil 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 maior vulnerabilidade e está associada ao risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como o declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e aumento da mortalidade⁽⁵⁻⁹⁾.

Devido a magnitude e complexidade da fragilidade, o enfermeiro desempenha um papel crucial na identificação e cuidado dos idosos frágeis. Portanto, torna-se necessário que estejam capacitados a fim de oferecerem um atendimento especializado e contínuo em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, possuem o processo de enfermagem, em ambientes hospitalares, ou a consulta de enfermagem, em ambulatórios, como método científico e, a partir do raciocínio clínico, diagnosticarem tal fragilidade⁽¹⁰⁾.

O diagnóstico de enfermagem (DE) é uma ação privativa do enfermeiro e consiste em um julgamento clínico das necessidades humanas básicas afetadas ou das respostas humanas apresentadas pelo paciente, família ou comunidade, para que seja elaborado um plano de cuidados individualizado para direcionar as intervenções de enfermagem e oferecer um cuidado baseado no conhecimento técnico-científico⁽¹⁰⁾.

O DE Síndrome do Idoso Frágil surgiu da necessidade da criação de um diagnóstico, que fosse operável e que contribuísse com a identificação das necessidades de cuidado dos idosos

frágeis. Portanto, a fragilidade foi instituída na *NANDA-International* (NANDA-I) em 2013 e incluída na classificação de diagnósticos na versão de 2015- 2017, com o título “Síndrome do Idoso Frágil”. Possui um 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 deterioração em um ou mais domínios de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva ao aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, à incapacidade”⁽¹¹⁾.

Trata-se de um diagnóstico sindrômico cujas Características Definidoras (CD) são formadas por outros diagnósticos da mesma taxonomia, que são: Deambulação prejudicada (00088); Desesperança (00124); Débito cardíaco diminuído (00029); Déficit no autocuidado para 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 (FR) desse DE 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⁾.

A partir da compreensão do aumento populacional dos idosos, da definição conceitual latente de fragilidade na literatura e do DE Síndrome do Idoso Frágil ser recente na taxonomia NANDA-I, o presente estudo fundamentou-se na seguinte questão norteadora: “Quais as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil na literatura?”. Desse modo, objetiva-se identificar as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil.

MÉTODO

Revisão Integrativa da Literatura (RIL) desenvolvida em seis etapas: identificação do tema; questão de revisão; definição dos critérios de inclusão e exclusão; escolha das informações extraídas dos estudos; avaliação dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento⁽¹²⁾.

Para a elaboração da questão de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICO, em que P, *population*/população, refere-se às pessoas idosas; I, *intervention*/intervenção, é a presença do DE SIF; C, *control*/controle, consiste na comparação entre os idosos com e sem este diagnóstico

de enfermagem e O, *outcomes*/resultados, são as características definidoras e os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil na literatura. Assim, a questão da pesquisa foi: “Quais as características definidoras e os fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil na literatura?”.

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *United States National Library of Medicine* (PubMed); *SciVerse Scopus* (SCOPUS); *Web Of Science*; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados em Enfermagem – Bibliografia Brasileira (BDENF) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Além disso, foi realizada a revisão na literatura cinzenta no *Google Scholar* e *Open Grey*.

Foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH): Diagnóstico de Enfermagem, idoso fragilizado e os termos correlatos em inglês (*frail elderly; aged e nursing*) e em espanhol (*anciano frágil, anciano e enfermería*) com a utilização dos operadores *booleanos AND e OR* para cruzamento. A estratégia de busca foi: *Nursing diagnosis AND Frail Elderly OR Frail Elders OR Functionally-Impaired Elderly OR Frail Older Adult*.

A busca bibliográfica ocorreu no período de julho a outubro de 2021. Os critérios de inclusão foram: publicações que abordassem as características definidoras e os fatores relacionados do DE Síndrome do Idoso Frágil; estudos publicados a partir de 2013, data em que este diagnóstico foi instituído pela NANDA-I. Além disso, o artigo deveria estar disponível eletronicamente e na íntegra.

Os critérios de exclusão foram: editoriais, cartas ao editor, duplicatas, relatórios de congressos e resumos de congressos. O procedimento de seleção dos estudos foi executado por dois pesquisadores, de forma independente, garantindo a revisão duplo-cega e o rigor metodológico requerido. Para a seleção dos estudos, foram seguidas as recomendações *do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹³⁾.

Inicialmente, foram lidos os títulos e resumos dos artigos para determinar se atendiam aos critérios de inclusão. Em caso de dúvida, os artigos foram lidos na íntegra. A extração dos dados foi realizada por meio de um roteiro semiestruturado com as seguintes informações: título do artigo; autores; ano de publicação; idioma; periódico de publicação; objetivo; metodologia; população e cenário do estudo; resultados e conclusões.

A qualidade metodológica foi avaliada pela Escala *Newcastle-Ottawa*⁽¹⁴⁾. Este estudo não envolve participantes, entretanto, em respeito à propriedade intelectual dos autores dos artigos que constituíram a amostra, foi executada a citação completa e rigorosa dos trabalhos. A análise

dos resultados foi realizada de forma descritiva, apresentando uma síntese narrativa dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Localizou-se um total de 2.994 artigos nas sete bases de dados pesquisadas, no entanto, 675 artigos foram excluídos por duplicidade. Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos na qual foram excluídos 2.268 artigos, resultando em 51 estudos para leitura minuciosa, na íntegra. Ao final, oito artigos e uma tese foram incluídos no estudo (Figura 1).

No que se refere ao ano de publicação, notou-se que 11,11% (n=1) foram publicados em 2021; 22,22% (n=2), em 2020; 22,22% (n=2), em 2019; 22,22% (n=2), em 2018; 11,11% (n=1), em 2015 e 11,11% (n=1), em 2014. Os artigos selecionados foram publicados em sete periódicos, todos (100%) brasileiros. Em relação à abordagem/tipo dos estudos, 66,66% (n=6) eram transversais, 22,22% (n=2), metodológicos e 11,11% (n=1), sobre análise de conceito.

Em relação às bases de dados consultadas e aos estudos incluídos na revisão, houve predominância da CINAHL, com 44,44% (n=4), seguida pela SciELO, com 22,22% (n=2); BDNF, LILACS e busca manual no *Google Scholar* teve um estudo (11,11%; n=1) cada. Não foram identificados artigos na *Web of Science* e na PubMed.

É importante destacar que três estudos foram desenvolvidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e um, em hospital, comunidade e na Atenção Primária à Saúde (APS) cada. A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) foi a mais utilizada, estando presente em cinco artigos.

No quadro 1 e na tabela 1 estão ilustrados os aspectos pertinentes a cada estudo incluído nesta revisão.

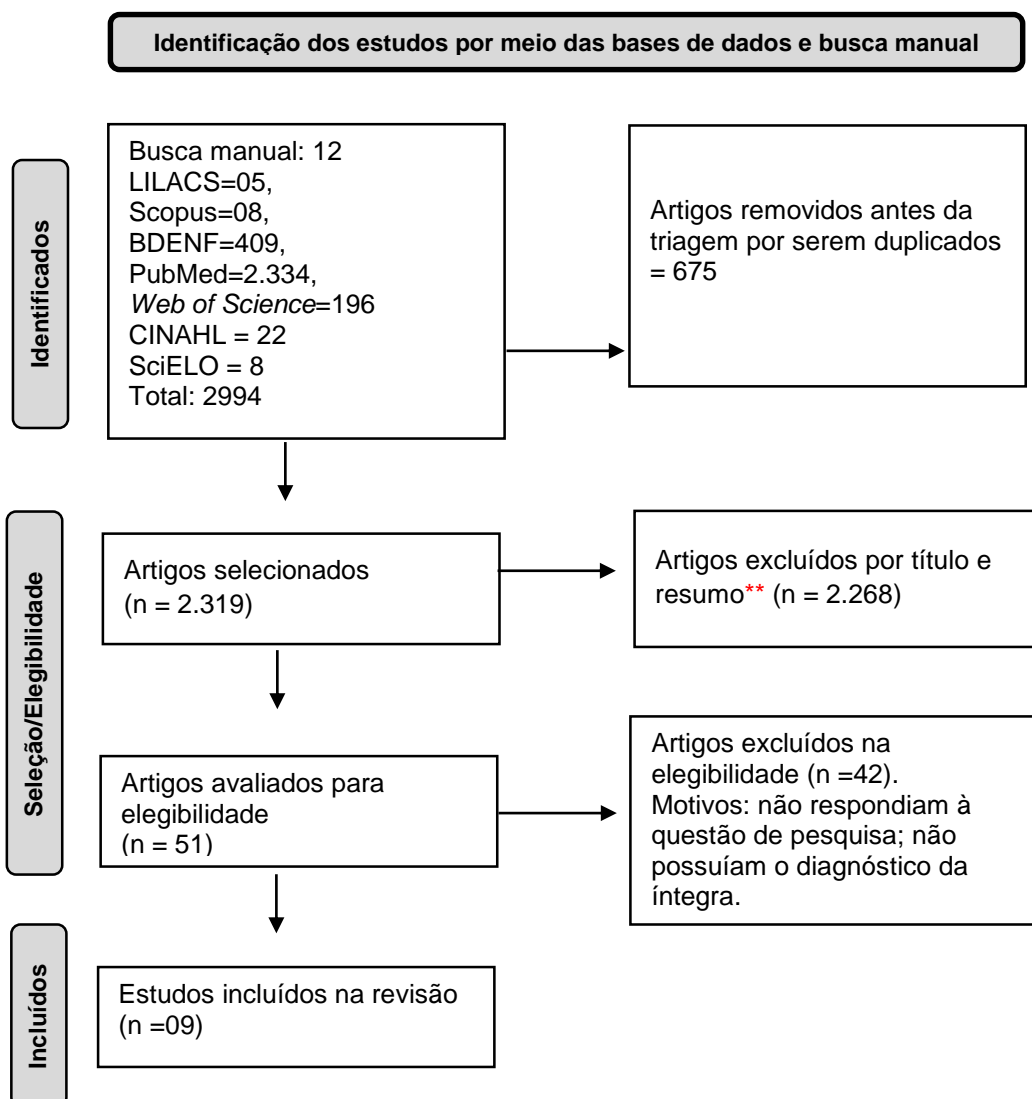


Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as características definidoras e fatores relacionados do DE Síndrome do Idoso Frágil. Rio Branco, AC, 2021. Fonte: Adaptado de PRISMA⁽¹³⁾.

Tabela 1. Características e qualidade metodológica dos estudos incluídos na RIL segundo a Escala *Newcastle-Ottawa*⁽¹³⁾. Rio Branco, AC, 2021.

Autor, ano, local do estudo e periódico	Delineamento da pesquisa	Qualidade do estudo
Oliveira et al., 2021 João Pessoa (PB) Revista Brasileira de Enfermagem ⁽¹⁵⁾	Estudo metodológico	-
Oliveira, Barbosa, Rodrigues, Fernandes, 2020 João Pessoa (PB) Revista Brasileira de Enfermagem ⁽¹⁾	Análise de conceito	-
Silva, Carneiro, Nascimento, 2020 João Pessoa (PB) Saúde Coletiva ⁽¹⁶⁾	Estudo transversal	Bom (oito de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).
Fernandes, Clares, Borges, Nóbrega, Freitas, 2019 Fortaleza (CE) Revista de Enfermagem UFPE on line ⁽¹⁷⁾	Estudo transversal	Bom (sete de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).
Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem, Stival, 2019 Distrito Federal (DF), Revista da Escola de Enfermagem da USP ⁽¹⁸⁾	Estudo transversal	Bom (oito de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).
Martins et al., 2018, Anápolis (GO), Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos - Universo/Goiânia ⁽¹⁹⁾	Estudo transversal	Bom (seis de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).

Continuação da tabela 1

Autor, ano, local do estudo e periódico	Delineamento da pesquisa	Qualidade do estudo
Crossetti et al, 2018 Porto Alegre (RS) Revista Gaúcha de Enfermagem ⁽²⁰⁾	Estudo transversal	Bom (seis de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).
Link CL, 2015 Porto Alegre (RS) ⁽²¹⁾	Estudo metodológico	-
Maciel, Silva, Freitas, Menezes, 2014 Fortaleza (CE) Revista de Enfermagem UFSM ⁽²²⁾	Estudo transversal	Bom (oito de dez pontos na escala Newcastle-Ottawa para estudos transversais).

Tabela 2. Métodos de avaliação, cenário e resultados. Rio Branco, AC, 2021.

Autor e Ano	Método de Avaliação	Cenário	N	Resultados
Oliveira et al., 2021 ⁽¹⁵⁾	Escala de Fragilidade Edmonton	Hospital	40	<p>CD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deambulação prejudicada (95%); - Mobilidade física prejudicada (82,50%); - Tolerância à atividade diminuída (78,75%); - Fadiga (78,75%); - Déficit no autocuidado para vestir-se (63,75%); - Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (62,50%); - Déficit no autocuidado para banho (60%); - Déficit no autocuidado para higiene íntima (57,50%); - Débito cardíaco diminuído (53,75%); <p>FR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo de quedas (82,50%); - Força muscular diminuída (72,50%); - Equilíbrio prejudicado (53,75%).
Oliveira, Barbosa, Rodrigues, Fernandes, 2020 ⁽¹⁾	-	-	66	<p>CD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deambulação prejudicada; - Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais; - Mobilidade prejudicada; - Processos familiares disfuncionais; - Tolerância à atividade diminuída. <p>FR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Força muscular diminuída; - Equilíbrio postural prejudicado; - Disfunção cognitiva.

Continuação da tabela 2

Autor e Ano	Método de Avaliação	Cenário	n	Resultados
Silva, Carneiro, Nascimento, 2020 ⁽¹⁶⁾	Escala de Fragilidade Edmonton	ILPI	25	CD - Deambulação prejudicada (94,40%); - Memória prejudicada (94,40%); - Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (66,70%); - Eliminação urinária prejudicada (44,40%). FR - Tristeza (50%); - Apoio social inadequado (11,10%).
Fernandes, Clares, Borges, Nóbrega, Freitas, 2019 ⁽¹⁷⁾	Escala de Fragilidade Edmonton	ILPI	53	CD - Deambulação Prejudicada (37,70%); - Insônia (28,30%); - Distúrbio no padrão de sono (26,40%); - Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (22%); - Processos familiares disfuncionais (22%). FR - Tristeza (24,50%); - Força muscular diminuída (20,80%).
Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem, Stival, 2019 ⁽¹⁸⁾	Protocolo de Fried	APS	78	CD - Memória prejudicada (93,60%); - Mobilidade física prejudicada (93,60%); - Fadiga (82,10%); - Deambulação prejudicada (76,90%); - Déficit no autocuidado para vestir-se (53,80%);

Continuação da tabela 2

Autor e Ano	Método de Avaliação	Cenário	N	Resultados
Ribeiro, Lima, Volpe, Funghetto, Rehem, Stival, 2019 ⁽¹⁸⁾	Protocolo de Fried	APS	78	<p>CD</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tolerância à atividade diminuída (43,60%); - Isolamento social (35,90%); - Memória prejudicada (93,60%); -Mobilidade física prejudicada (93,60%); - Fadiga (82,10%); - Deambulação prejudicada (76,90%); - Déficit no autocuidado para vestir-se (53,80%); -Tolerância à atividade diminuída (43,60%); - Isolamento social (35,90%); - Desesperança (30,80%); -Déficit no autocuidado para alimentação (29,50%); - Déficit no autocuidado para banho (29,50%); -Déficit no autocuidado para higiene íntima (12,80%); - Débito cardíaco diminuído (10,30%). <p>FR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estilo de vida sedentário (48,70%); - Disfunção cognitiva (44,90%).
Martins et al., 2018 ⁽¹⁹⁾	Protocolo de Fried	Comunidade	162	<p>CD</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tolerância à atividade diminuída (38,27%); -Mobilidade física prejudicada (6,80%).

Continuação da tabela 2

Autor e Ano	Método de Avaliação	Cenário	n	Resultados
Martins et al., 2018 ⁽¹⁹⁾	Protocolo de Fried	Comunidade	162	FR - Exaustão (40,12%); - Força muscular diminuída (32%); - Obesidade (21,60%); - Equilíbrio postural prejudicado (6,80%).
Crossetti et al., 2018 ⁽²⁰⁾	Escala de Fragilidade Edmonton	Hospital	395	CD - Incontinência Urinária (60%).
Link CL, 2015 ⁽²¹⁾	-	-	100	CD - Fadiga (45,70%); - Tolerância à atividade diminuída (34,30%); - Mobilidade física prejudicada (18,60%); - Isolamento social (9,80%); - Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (5,70%); - Incontinência Urinária (1,40%). FR - Força muscular diminuída (28,60%); - Disfunção cognitiva (27,10%); - Desnutrição (13,70%); - Obesidade (5,70%).

Continuação da tabela 2

Autor e Ano	Método de Avaliação	Cenário	N	Resultados
Maciel, Silva, Freitas, Menezes, 2014 ⁽²²⁾	Escala de ILPI Fragilidade Edmonton		24	CD -Tolerância à atividade diminuída; - Memória prejudicada; - Mobilidade física prejudicada; - Eliminação urinária alterada.

Nesta RIL, observa-se que todas as CD que estão inseridas DE Síndrome do Idoso Frágil foram encontradas. Além do mais, foram identificadas três novas CD que são importantes para o idoso: Incontinência Urinária; Processos familiares disfuncionais e Distúrbio no padrão de sono (Tabela 3).

Tabela 3. Síntese comparativa das características definidoras do DE Síndrome do Idoso Frágil encontradas na RIL e NANDA-I. Rio Branco, AC, 2021.

Características Definidoras	n	NANDA-I (2021)
Mobilidade física prejudicada (00085)	06	✓
Tolerância à atividade diminuída (00298)	06	✓
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (00002)	06	✓
Deambulação prejudicada (00088)	05	✓
Fadiga (00093)	03	✓
Memória prejudicada (00131)	03	✓
Isolamento social (00053)	02	✓
Débito cardíaco diminuído (00029)	02	✓
Déficit no autocuidado para banho (00108)	01	✓
Déficit no autocuidado para vestir-se (00109)	01	✓
Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110)	01	✓

Continuação Tabela 3

Características Definidoras	n	NANDA-I (2021)
Déficit no autocuidado para alimentação (00102)	01	✓
Desesperança (00124)	01	✓
Incontinência Urinária	03	-
Processos familiares disfuncionais	02	-
Distúrbio no padrão de sono	01	-

O DE Síndrome do Idoso Frágil possui 14 FR; destes, dez foram identificados na revisão (Tabela 4).

Tabela 4. Síntese comparativa dos fatores relacionados do DE Síndrome do Idoso Frágil encontrados na RIL e NANDA-I. Rio Branco, AC, 2021.

Fatores Relacionados	n	NANDA-I (2021)
Força muscular diminuída	05	✓
Disfunção cognitiva	03	✓
Equilíbrio postural prejudicado	03	✓
Desnutrição	01	✓
Obesidade	02	✓
Tristeza	02	✓
Apoio social inadequado	01	✓
Exaustão	01	✓
Medo de quedas	01	✓
Estilo de vida sedentário	01	✓
Conhecimento inadequado de fatores modificáveis	-	✓
Manifestações neurocomportamentais	-	✓
Energia diminuída	-	✓
Ansiedade	-	✓

DISCUSSÃO

As CD mais frequentes encontradas foram: Mobilidade física prejudicada; Tolerância à atividade diminuída; Deambulação prejudicada e Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais. Também se identificaram três novas CD, a saber: Incontinência Urinária; Processos familiares disfuncionais e Distúrbio no padrão de sono. Em relação aos FR, os mais frequentes foram: Força muscular diminuída; Disfunção cognitiva e Equilíbrio postural prejudicado.

A CD *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⁽¹⁾. Um estudo de coorte longitudinal realizado com 1.085 idosos do Hospital Universitário, em Limoges, França, demonstrou que 73,3% apresentaram risco de incapacidade relacionada à mobilidade prejudicada⁽²³⁾.

Outra CD identificada foi *tolerância à atividade diminuída*, esta representa um indicador chave da fragilidade, sendo compreendida como uma diminuição do nível de atividade física, acarretando queda na regulação dos sistemas orgânicos, declínio nas reservas cardiovasculares e musculoesqueléticas⁽⁹⁾. Essa desregulação dos sistemas ocasiona uma diminuição de oxigênio, dificultando a realização de tarefas, diminuição da força e massa muscular, promovendo restrição das atividades físicas e desencadeando a síndrome da fragilidade⁽¹⁾.

A *deambulação prejudicada* é outra CD importante, sendo influenciada pelo processo de envelhecimento, devido às modificações fisiológicas que podem diminuir a capacidade de locomoção do idoso⁽²⁴⁾. Quanto mais precoce a deambulação prejudicada for identificada, mais chances o idoso terá de reverter o problema.

Outra importante CD é a *nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais*, essa CD pode estar relacionada a inúmeras variáveis que interferem na ingestão alimentar e no estado nutricional, como: anorexia fisiológica do envelhecimento, alterações sensoriais, perda de dentes, isolamento social, depressão e baixo nível socioeconômico são condições que 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⁽²⁵⁾. Estudo realizado com 408 idosos na Astúrias, Espanha, demonstrou uma forte associação entre a síndrome da fragilidade e estado nutricional alterado, 36,3% dos participantes frágeis vs. 0,9% de participantes não frágeis⁽²⁶⁾.

Todas estas CD podem interferir progressivamente na funcionalidade do idoso e em sua qualidade de vida, pois quando associadas às condições patológicas, podem gerar dor, desconforto, risco de quedas, internações hospitalares, imobilidade, isolamento social, dependência para realização das atividades de vida diária e necessidade de um cuidador^(17,24).

O FR *força muscular diminuída* representa um sintoma comum nos idosos. Constitui um dos fenótipos da fragilidade, sendo o primeiro sinal que se manifesta, surgindo desde a pré-fragilidade, o que pode servir como indício do aumento da vulnerabilidade nos estágios iniciais da fragilidade⁽⁹⁾. Está intimamente interligada com as CD citadas acima, pois ambos estão relacionados à redução da atividade física⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a atividade física configura-se como um importante fator de proteção para a fragilidade, pois melhora o desempenho físico, ajudando na manutenção da massa muscular e reposição óssea no decorrer do processo de envelhecimento, e, dessa maneira, pode prevenir, retardar ou reverter o processo de fragilidade⁽²⁷⁻²⁸⁾. Além disso, potencializa as condições físicas e o padrão de marcha dos indivíduos, promovendo sensação de bem-estar e melhora da qualidade de vida⁽²⁹⁾, retardando a dependência funcional e melhorando o funcionamento físico em idosos.

O cuidado às pessoas idosas requer abordagem integral, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde destes e a importância do ambiente no qual está inserido. Uma alternativa seria criar grupos de convivência (em parceria com profissional de Educação Física, tomando aqui, como exemplo, o “Programa Academia de Saúde”) e realizar treinos supervisionados para o fortalecimento e ganho de massa muscular nos idosos, estimulando e incentivando a prática dessas atividades⁽³⁰⁻³²⁾.

Um FR estreitamente associado à SIF é 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⁾. Um estudo realizado no município de São Paulo, com 1.399 idosos, identificou que 8,5% desses idosos eram frágeis e, destes, 38,9% apresentavam declínio cognitivo⁽³³⁾. A realização de grupos de idosos que os estimulem cognitivamente através de jogos de tabuleiro, dominó, ouvir música, atividades manuais e prática de atividades físicas é uma excelente estratégia de cuidado.

O FR *equilíbrio postural prejudicado* é ocasionado pelo próprio processo de envelhecimento, sendo um dos principais fatores que imita 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,

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 responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos⁽³⁴⁾.

Para evitar esse quadro é recomendado 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⁽³⁴⁾.

Apesar de não estar inserida no DE Síndrome do Idoso Frágil, a CD *Incontinência Urinária* foi identificada em três estudos. Essa CD 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 importante problema de saúde geriátrica e estar ligada a síndrome da fragilidade⁽³⁵⁻³⁶⁾.

A Incontinência Urinária (IU) apresenta grande repercussão na qualidade de vida, independência e autonomia⁽³⁷⁾, pois pode ocasionar isolamento social e dependência física/emocional⁽³⁴⁾. Evidências apontam a IU como um sinal precursor de fragilidade no idoso, além de estar associada ao risco aumentado de declínio funcional⁽³⁷⁾. Em um estudo realizado em Campinas (SP), pesquisadores verificaram a ocorrência de IU e suas características em idosos pré-frágeis e frágeis atendidos em um ambulatório de Geriatria. Dos 100 idosos da amostra, 65 apresentaram a CD⁽³⁵⁾. No estudo realizado no Cairo, Egito, foram incluídas 130 idosas frágeis, destas 104 (80%) pacientes apresentaram a CD⁽³⁶⁾.

Outra CD de suma importância, que não está inserida no DE Síndrome do Idosos Frágil, mas tem repercussão no processo de fragilidade, são os *Processos familiares disfuncionais*, definidos como o funcionamento familiar que falha em sustentar o bem-estar de seus membros⁽¹¹⁾. A família tem papel central no processo da Síndrome da Fragilidade no Idoso e necessita estar mais próxima do idoso para auxiliá-lo em suas dificuldades e anseios.

Quando o vínculo familiar está afetado, esse idoso receberá menos conforto e companhia por parte da sua parentela, acarretando sensação de inutilidade e abandono, podendo motivar o isolamento social, sedentarismo e aumentando o nível de dependência, o que o predispõe a fragilidade⁽³⁷⁾. Dentro desse contexto, a enfermagem necessita conhecer o vínculo familiar do idoso e incentivar os elos de ligações com a família, fazendo com que esta entenda o seu papel como cuidadora do idoso frágil, responsabilizando-se pelo cuidado¹⁸.

A CD *Distúrbio no padrão de sono* é caracterizada por despertares com tempo limitado em razão de fatores externos¹¹. Configura-se como uma queixa recorrente, podendo ocasionar

déficit de atenção, memória prejudicada, concentração diminuída e capacidade reduzida para realizar atividades diárias⁽¹⁷⁾. Estudo realizado em Taiwan mostrou que 236 (28,5%) dos 828 indivíduos, apresentavam status de pré-fragilidade ou fragilidade. As proporções de participantes com distúrbio no padrão do sono (pontuação CPSQI > 5) 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⁽³⁸⁾.

Nesta revisão a Escala de Fragilidade de Edmonton teve uma alta prevalência entre os instrumentos de avaliação da fragilidade. Tal fato pode ser compreendido por essa escala ser considerada um instrumento robusto devido à capacidade de avaliar o idoso de forma multidimensional, visto que são nove os domínios abordados (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 detectar fatores de risco para a fragilidade, determinar o nível de fragilidade do idoso e os principais domínios que necessitam de intervenção^(6,7).

No Brasil, atualmente, é disponibilizada a Caderneta de Saúde do Idoso na qual é implementado o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) como um instrumento de rastreio, que 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⁽³⁹⁾.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta revisão apresenta limitações inerentes ao método, tais como a escolha dos descritores, que pode ser responsável pela identificação da escassez de publicações na perspectiva do DE Síndrome do Idoso Frágil. Apesar de muitos artigos contemplarem a temática de síndrome de fragilidade no idoso, todavia, não se referiam ao DE em sua totalidade.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

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

CONCLUSÃO

Foi possível identificar as características definidoras e os fatores relacionados ao DE Síndrome do Idoso Frágil na literatura. Com esta revisão, verificou-se que 3 CD não estão presentes na NANDA-I, ficando aqui a sugestão para inclusão. Questões relacionadas à deambulação, nutrição, atividade física e força muscular estão intimamente ligadas ao processo de fragilidade, sendo consideradas um indício de fragilidade e, conseqüentemente do DE Síndrome do Idoso Frágil.

O enfermeiro é profissional chave nesse âmbito, possuindo autonomia para rastrear/identificar o idoso frágil em sua comunidade e, junto com a equipe multiprofissional, utilizar ferramentas e estratégias tais como interconsulta, clínica ampliada e projeto terapêutico singular para traçar planos de cuidados para cada idoso, dependendo da realidade em que ele se encontra.

REFERÊNCIAS

1. 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0601>
2. Ubaldine DD, Herick CG de O. Reflexos do envelhecimento populacional brasileiro nos custos assistenciais do setor de saúde suplementar: uma análise da projeção para 2060. *Refas-Revista Fatec Zona Sul* 7.2 (2020): 17-35. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>
3. Silva WDM, Silva RH, Siqueira LP. Análise do perfil de envelhecimento populacional versus pacientes idosos polimedicamentosos. *Braz. J. of Develop, Curitiba*, v. 6, n.12, p. 94941-94955 dec. 2020. DOI: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 Latinoamericana Poblaciós.* [Internet] 2017 [citado 2022 jan. 10];11(20):37–54. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319434034_A_contribuicao_dos_nascimentos_e_obitos_para_o_envelhecimento_populacional_no_Brasil_1950_a_2100
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. Disponível em: <http://dx.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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afl041>
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 Lat Am Enfermagem.* 2009;17(6):1043-9. Disponível em: <https://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. *JAMDA.* 2013; 14(6). Disponível em: <http://dx.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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
10. Cusato TV, Mejía JVC, Vitorino PG da S, Gomes DM, Ribeiro DV, Hernandez L de O, Lima TO de P, Chã NV, Flauzino VH de P, Cesário JM dos S. Most used nursing diagnoses in confirmed cases of covid-19 in Brazil. *RSD [Internet].* 2021Jul.4 [cited 2022Jan.8];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. 12. ed. Porto Alegre: Artmed; 2021.
12. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546–53 Disponível em: <http://doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
13. Page MJ, Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol* 2021;S0895-4356(21)00040-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.03.001>
14. Well GA, Shea B, O’Connell D, Petersen J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Canada: Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa; 2000. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
15. Oliveira FMRL, Leal NPR, Medeiros FAL, Oliveira JS, Nóbrega MML, Leadebal ODCP, et al. Clinical validation of nursing diagnosis Fragile Elderly Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2021, v. 74, n. Suppl 2, e20200628. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0628>
16. Silva VPO, Carneiro LV, Nascimento NM. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos frágeis segundo o modelo conceitual de henderson. *Saud Coletiva* 2020;10(55):3003-12. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i55p3003-3012>
17. Fernandes BKC, Clares JWB, Borges CL, Nóbrega MML, Freitas MC. Diagnósticos de enfermagem para institucionalização de idosos com base na teoria de Henderson. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03472. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018004103472>

18. Ribeiro IA, Lima LR de, Volpe CRG, Funghetto SS, Rehem TCMSB, Stival MM. Síndrome da fragilidade em idosos com doenças crônicas na Atenção Primária. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2019;530:e03449. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>.
19. Martins JO, Silva BR, Borges MM, Montefusco SRA, Vieira ACB, Fernandes LC, et al. Diagnóstico de Enfermagem de Risco para Síndrome do Idoso Frágil [Internet]. Goiânia: Rev Eletrônica Trabalhos Acadêmicos – Universo/Goiânia; 2018 [acesso em 10 jul. 2021]. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=6442&path%5B%5D=3431>
20. Crossetti MGO, Antunes M, Waldman BF, Unicovsky MAR, Rosso LH, Lana LD. Fatores que contribuem para o diagnóstico de enfermagem risco para a síndrome do idoso frágil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0233>.
21. Linck CL. Diagnóstico de enfermagem “síndrome da fragilidade no idoso”: análise de conceito. 139 f. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2015 [acesso em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/128946>
22. Maciel GMC, Silva HC da, Freitas MC de, Menezes RMP de. Fragilidade em idosas residentes de uma instituição de longa permanência. *Rev Enferm UFSM.* [Internet]. 2014 [citado 2022 jan. 10];4(3):635-44. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11328>
23. 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 Feb 14;22(1):128. doi: 10.1186/s12877-022-02834-w. PMID: 35164705; PMCID: PMC8845396.
24. Marques-Vieira CMA, Souza DA, Santos ALS, Aguiar ACSA. Repercussions of chronic diseases on the mental health of elderly people. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(11):2923-32. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018>
25. Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 4 [Acessado 8 jan 2022], pp. 1143-1150. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016> ISSN 1678-4561.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016>

26. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad [Prevalence and associated factors of frailty in adults over 70 years in the community]. *Aten Primaria*. 2021 Dec;53(10):102128. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102128. Epub 2021 Sep 21. PMID: 34560377; PMCID: PMC8473464.).
27. Barbosa RL, Silva TDCS, Santos MF, Carvalho FR, Marques RVDA, Matos Junior EM. Perfil sociodemográfico e clínico dos idosos de um Centro de Convivência. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2018; 21(2):357-373. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p357-373>
28. 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 Jun 27;9(1):9353. doi: 10.1038/s41598-019-45767-y. PMID: 31249332; PMCID: PMC6597702
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.192 p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (8 abr. 2011); Sec.1:52. 38.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília (8 nov. 2013); Sec.1:37-8.
32. Oliveira DV de, Franco MF, Antunes MD. A prática de atividade física como fator de promoção da saúde de idosos. *RIPS [Internet]*. 23º de agosto de 2019 [citado 1 de jan de 2022];2(1):70-7. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13334>.
33. 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). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.103>

34. Bankoff ADP. Equilíbrio corporal, postura corporal no processo de envelhecimento e medidas de prevenção através do exercício físico: uma revisão. *Rev Saúde e Meio Ambiente*[Internet] [citado 2022 jan. 10];2019;9(2):17-33.
35. Lenardt MH, Moraes DC, Setlik CM, Setoguchi LS, Mello BH de, Frohlich GMV. Fragilidade física e incontinência urinária de idosos em assistência ambulatorial. *Cogitare enferm.* 2020;25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67077>
36. Aly WW, Sweed HS, Mossad NA, Tolba MF. Prevalence and Risk Factors of Urinary Incontinence in Frail Elderly Females. *J Aging Res.* 2020 Apr 27;2020:2425945. doi: 10.1155/2020/2425945. PMID: 32399294; PMCID: PMC7201653.
37. Silva GO, Peixoto LCP, Souza DA, Santos ALS, Aguiar ACSA. Repercussions of chronic diseases on the mental health of elderly people. *Rev enferm UFPE.* 2018;12(11):2923-32. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234540p2923-2932-2018>
38. 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 Dec 17;17(24):9457. doi: 10.3390/ijerph17249457. PMID: 33348703; PMCID: PMC7766620.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.192 p.

Declaração de contribuição dos autores

Valérya Maria de Almeida França de Souza: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição

Sílvia Maria Sá Basílio Lins: Supervisão, Administração do projeto, Metodologia, Validação, Redação – revisão e edição,

Polyana Caroline Lima Bezerra: Supervisão, Metodologia, Validação, Redação – rascunho original,

Rosimere Ferreira Santana: Supervisão, Validação, Recursos

Patrícia Rezende do Prado: Análise formal, Metodologia, Visualização, Redação – rascunho original

Rosane Barreto Cardoso: Investigação, Visualização, Redação – rascunho original

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.