

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE RISCO PARA SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL

Jamily Otoni Martins¹
Barbara Rodrigues da Silva²
Maria Madalena Borges³
Selma Rodrigues Alves Montefusco⁴
Ângela Cristina Bueno Vieira⁵
Luciana Caetano Fernandes⁶
Zelcimar Lemos Salvador⁷
Eder Cardoso Guimarães⁸

RESUMO

Este trabalho objetivou traçar o perfil de fragilidade do idoso de acordo com o Diagnóstico de Enfermagem de Risco para Síndrome do idoso frágil, conforme a Nanda (2018-2020) e descrever a frequência dos fatores de risco, população associada e condição associada. Métodos: Trata-se de um recorte de pesquisa exploratória institucionalizada, na Universidade Evangélica de Anápolis-GO. Participaram do estudo 162 idosos avaliados de acordo com a característica de fragilidade, que é constituído pelos indicadores: perda não intencional de peso corporal, exaustão avaliada por auto relato de fadiga, declínio de força de preensão palmar (FPP) baixo nível de atividade física e lentidão para deambulação. Resultados: Os dados sócios demográficos quanto ao sexo, estado civil e grau de instrução, destaca-se que, 38,9% da população encontra-se na faixa etária ≥ 70 anos, (88,27%) representados pelo sexo feminino, o estado civil contou com maioria divorciado (41,97%) e 32,1% possuíam de um a quatro anos de estudo. 37,66% moram sozinhos. Conclusão: A sistematização de cuidados na assistência ao idoso é algo favorável para controle de agravos no Diagnóstico de Risco de síndrome do idoso frágil.

¹ Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

² Discente do curso de enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

³ Enfermeira, especialista em administração hospitalar e Pública e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁴ Enfermeira Especialista em Enfermagem, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁵ Enfermeira, Doutora em psicologia e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁶ Bióloga, Mestre em Imunologia e Genética e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁷ Farmacêutico, Mestre em Biologia Geral, Auditor Fiscal de Saúde Pública e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

⁸ Biomédico, Mestre em Ciências Ambientais e Saúde, Especialista em Docência Universitária e Docente da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Campus Goiânia.

Plavras-chave: fragilidade, idoso, diagnósticos de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento não só é o resultado da mortalidade, mas também do declínio da fecundidade. Nesse processo são favoráveis, a melhoria na qualidade de vida e o impacto na expectativa de vida. No Brasil esse fenômeno vem sendo observado nos últimos 30 anos, resultando em uma transição epidemiológica, em relação ao perfil de doenças da população, mudanças de um país jovem, onde doenças tem causa infecto/contagiosas, para doenças crônicas, que levam a disfunção, dependência, fragilidade e riscos associados (GUARNIERE, 2008; NASRI, 2008).

Considera-se pessoa idosa aquela a partir dos 60 anos (BRASIL, 2003). Classifica-se o envelhecimento como a fragilidade e a incapacidade funcional. A fragilidade é o resultado de modificações fisiológicas relacionada a idade, decorrência do envelhecimento associadas a diferentes doenças crônicas, definindo assim uma síndrome que pode ser observada através dos marcadores clínicos, funcionais, comportamentais e biológicos (FRIED *et al.*, 2004).

Incapacidade funcional está relacionada a definições do desempenho de funções básicas ou pela impossibilidade de exercê-las no cotidiano. A comorbidade é um fator significativo à incapacidade funcional, em consequência dela a dependência (ROSA, 2003).

A diminuição da força muscular, equilíbrio, mobilidade e da tolerância ao exercício são prevalentes em idosos com síndrome de fragilidade e leva à diminuição da capacidade das atividades diárias e conseqüentemente ao aumento da dependência. Os fatores biológicos, psicológicos e sociais são correlacionados a fragilidade ao longo do curso da vida que podem ser identificadas para que intervenções e condutas precoces sejam realizadas (MACEDO, GAZZOLA, NAJAS, 2008).

Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico de respostas e experiências atuais do indivíduo, família ou comunidade frente aos problemas base para a seleção de intervenções de enfermagem (HERDMAN, KAMITSURU, 2018-2020).

Os profissionais de saúde encontram idosos com doenças crônicas e incapacidades com variáveis níveis de atenção a saúde, que muitas vezes são percebidos tardiamente, o que dificulta a aplicação de intervenções que possam reverter e minimizar os casos (OLIVEIRA, MENEZES, 2011).

A intervenção de enfermagem é definida como qualquer tratamento considerado pelo conhecimento clínico em que o enfermeiro coloque em prática para aumentar as chances de melhora dos resultados do paciente. Classifica-se em direta, quando o tratamento inclui ações fisiológicas e psicológicas realizada frente ao paciente e indireta, quando o tratamento é realizado a distância utilizando-se de ações voltadas ao ambiente em que o paciente se encontra (BULECHEK *et al.*, 2016 p.17).

O desenvolvimento de pesquisas e atividades para uma abordagem interdisciplinar dos profissionais de saúde, que trabalham com prevenção e tratamento de incapacidade funcional em idoso é fundamental por ser um desafio da atualidade acadêmica e profissional, principalmente no âmbito integral (BONARDI, SOUZA, MORAES, 2007).

A fragilidade afeta a qualidade de vida do idoso, levando à perda da autonomia, tornando-o mais dependente e, com isso, a assistência ao idoso se torna um desafio para os profissionais de saúde na atualidade, e os estudos nessa área que mostram essa realidade, podem favorecer na elaboração de políticas públicas voltadas à assistência integral dessa população (FHON *et al.*, 2012).

A demanda por assistência de saúde aos idosos com doenças crônicas é dispendiosa, com exigência de recurso humano qualificado, equipamentos e medicações. O sistema de saúde público brasileiro aponta a necessidade de redefinição de políticas que envolvem o idoso, visando a prevenção e a diminuição do desamparo (WONG, CARVALHO, 2006).

A busca do sentido do conhecimento na atuação do profissional junto ao idoso, objetiva-se não só o entendimento, mas também sua contextualização dentro da metodologia do envelhecimento e do fornecimento de serviços. Na atenção integral ao idoso é necessária a inclusão do trabalho em equipe interdisciplinar, com intercambio de conteúdos diversos (MOTTA, CALDAS, ASSIS, 2008).

A avaliação e os diagnósticos de enfermagem são ferramentas essenciais para a definição das intervenções visando melhora da qualidade de vida. Este

estudo procura encontrar resposta para a seguinte pergunta: Quais manifestações clínicas correlacionam essa população com o risco da síndrome do idoso frágil?

O estudo teve como objetivos: Traçar o perfil de fragilidade do idoso de acordo com o Diagnóstico de Enfermagem de Risco para Síndrome do idoso frágil, conforme a Nanda (2018-2020) e descrever a frequência dos fatores de risco, população associada e condição associada.

1 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um recorte da pesquisa de campo intitulada "Estudo da Fragilidade em Idosos de uma Universidade aberta à terceira idade" que foi desenvolvida na Universidade Evangélica de Anápolis-GO com uma amostra por conveniência envolvendo 162 idosos, no período de novembro de 2016 á julho de 2017 em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) protocolo 1.583.515 e autorizada pela direção do programa Universidade Aberta à Terceira idade (UNIATI). Este programa conta com duzentos e dez idosos matriculados e visa a inclusão destes no ensino, estimulando-os a participarem de oficinas de saúde e atividades físicas como a hidroginástica, com o apoio da UniEvangélica de Anápolis.

Para este recorte foram utilizados os dados da coleta realizada pelas pesquisadoras do estudo maior, incluindo dados sociodemográficos e identificação de fragilidade por meio dos instrumentos de avaliação clínica pelo Protocolo de Fried et al (2001) pela avaliação da perda não intencional de peso corporal, exaustão avaliada por auto relato de fadiga, declínio de força de preensão palmar (FPP), baixo nível de atividade física e lentidão para deambulação. Para avaliar a perda de peso não intencional, foi feita a seguinte pergunta ao idoso: "No último ano, o(a) senhor(a) perdeu mais do que 4,5 kg sem intenção (isto é, sem dieta ou exercício)?"

O critério exaustão do fenótipo proposto por Fried et al., (2001), foi avaliado através da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* (CES-D), pelos itens 7 (sete) ("Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais") e 20 (vinte) ("Não consegui levar adiante minhas coisas"). A CES-D é composta por 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em escala Likert (nunca ou

raramente = 0, às vezes = 1, frequentemente = 2, sempre = 3); e o score final varia de 0 (zero) a 60 (sessenta) pontos. Os idosos que obtiveram escore 2 ou 3 em qualquer uma das duas questões, preencheram o critério de fragilidade para este item.

A força de preensão palmar foi avaliada através do dinamômetro do tipo JAMAR, um instrumento padrão para medir força de preensão palmar tanto na prática clínica quanto em pesquisa, onde foi feita a média após 3 (três) medições da mão dominante de cada idoso.

A lentidão para deambulação foi calculada através do tempo de marcha (em segundos), gasto para percorrer uma distância de 4,6 metros. Foi proposto uma distância de 8,6 metros, sendo os 2 (dois) metros iniciais e os 2 (dois) metros finais desconsiderados para cálculo do tempo gasto na marcha, pois a literatura recomenda desconsiderar o período de aceleração e desaceleração para o cálculo da velocidade de marcha. Serão realizadas 3 (três) medidas apresentadas, apresentadas em segundos, e foi considerado o valor médio das 3 (três) médias. Foram adotados os pontos de corte proposto por Friedet al., (2001):

Homens:

- Altura < 173 cm - Tempo > 7 segundos
- Altura > 173 cm – Tempo > 6 segundos.

Mulheres:

- Altura < 159 cm – Tempo > 7 segundos;
- Altura > 159 cm – Tempo > 6 segundos.

Para a análise de equilíbrio dinâmico, foram utilizados os protocolos de TimedupandGo (TUG). O teste de TUG avalia o equilíbrio dinâmico no qual o indivíduo tem que executar um determinado percurso. O tempo de execução é cronometrado e quanto menor o tempo, melhor o desempenho (PEDRO, AMORIM, 2008). O teste de apoio unipodal bilateral foi empregado na avaliação do equilíbrio estático. Segundo Pereira et al. (2008) neste teste, há uma relação inversa entre tempo e equilíbrio. Quanto menor o tempo, maior é o déficit do equilíbrio diagnosticado. O nível de atividade física foi verificado através do MINNESSOTA (TAYLOR *et al*, 1978). Também foram determinados o peso, a altura e o IMC (Índice de Massa Corporal) dos idosos, assim como foi aferida a pressão arterial com esfigmomanômetro Becton Dickinson e estetoscópio BD clássico.

Para alcançar o propósito deste estudo, visando a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem de Síndrome do idoso frágil e Risco de síndrome do idoso frágil, os dados foram plotados em uma planilha Excel versão 2017 e confrontados com os critérios da NANDA 2018-2020, constando de fatores relacionados, características definidoras, fatores de risco, população de risco e condições associadas. Usamos tradução livre, enquanto aguardamos tradução oficial. Os resultados estão apresentados nas tabelas 1, 2, 3 e 4.

2 RESULTADOS

Todos os 162 idosos foram diagnosticados com Risco de Síndrome do idoso frágil definido como “Suscetibilidade para um estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o indivíduo idoso em um ou mais domínios de saúde: físico, funcional, psicológico ou social” (HERDMAN, KAMITSURU 2018-2020).

Os elementos do diagnóstico estão discriminados nas tabelas 2,3 e 4 por frequência absoluta e relativa de ocorrência.

O Diagnóstico de Síndrome do idoso frágil não foi confirmado após as fases de análise e síntese do raciocínio clínico do Diagnóstico de Enfermagem. Para definição deste diagnóstico é necessário um conjunto de diagnósticos, relacionados à fragilidade, que constitui o corpo de características definidoras, e os dados disponíveis apresentam limitações para esta afirmação.

Lourenço (2008) em estudo de revisão, pontua que danos isolados em um aparelho, sistema ou parte do corpo, pode produzir incapacidades, mas não necessariamente comprometimento multissistêmico e não provoca risco elevado de complicações, como na fragilidade instalada. É necessária avaliação mais apurada para definição diagnóstica consistente e distinção entre os dois diagnósticos.

A tabela 1 apresenta a caracterização do perfil sócio demográfico quanto ao gênero, estado civil, escolaridade, composição familiar e idade. Destaca-se que, 38,9% da população encontra-se na faixa etária ≥ 70 anos; 88,27% representados pelo sexo feminino, o estado civil contou com maioria divorciado 41,97% e 32,1% possuíam de um a quatro anos de estudo. 37,66% moram sozinhos.

Tabela 1. Caracterização do Perfil sociodemográfico dos idosos de acordo com a amostragem Anápolis-GO, 2017.

	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Estado civil		
Solteiro	16	16/162 = 0,0987= 9,87%
Casado	57	57/162=0,3518= 35,18%
Divorciado	68	68/162= 0,4197= 41,97%
Viúvo	20	20/162= 0,1234= 12,34%
Desquitado	01	01/162=0,0064= 0,64%
Mora com		
Cônjuge	46	46/162= 0,284=28,4%
Cônjuge e outros	19	19/162= 0,1173=11,73%
Filhos	20	20/162= 0,1234= 12,34%
Outros familiares	16	16/162=0,987= 9,87%
Sozinho	61	61/162= 0,3765= 37,66%
Outros	00	0
Escolaridade		
Não letrado	12	12/162= 0,074= 7,4%
1- 4 anos	52	52/162= 0,321 = 32,1%
5- 8 anos	39	39/162= 0,2407=24,07%
9-11 anos	30	30/162= 0,185= 18,5%
>12 anos	29	29/162= 0,1793= 17,93%
Gênero		
Feminino	143	143/162= 0,8827= 88,27%
Masculino	19	19/162= 0,1173= 11,73%
Idade		
60 -70	99	99/162= 0,611= 61,1%
≥70	63	63/162=0,389= 38,9%
Cor da pele referida		
Branco	75	75/162=0,463 =46,3%
Preto	14	14/162=0,0864= 8,64%
Pardo	65	65/162=0,4012= 40,12%
Amarelo	8	8/162=0,0494= 4,94%
Indígena	0	0

--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa

As diferenças de gênero e de idade são importantes para descrever as pessoas idosas no Brasil. Como tem ocorrido em todo o mundo, o número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens (PARAYBA, VERAS, MELZER, 2005).

Este estudo confirma essa tendência, no entanto, como se trata de amostra em um grupo específico, a predominância de 88,27% de mulheres em relação aos homens não representa equivalência percentual com estudos que avaliam a população geral. Contudo, possa sinalizar o maior interesse das mulheres em participar de grupos que visam a promoção da saúde.

O diagnóstico de Risco de síndrome do idoso frágil compõe-se de três elementos: fatores de risco, população de risco e condição associada, com os dados discriminados nas tabelas 2, 3 e 4 respectivamente. Foi quantificado as vezes que cada elemento apareceu na amostra total.

Foram encontrados os fatores de risco, depressão com 19,13%, exaustão 40,12%, obesidade 21,6%, intolerância a atividade 38,27%, para equilíbrio e mobilidade 6,8%, a redução de força muscular 32.

Tabela 2. Apresentação dos fatores de risco para DE de Risco de Síndrome do Idoso Frágil – Anápolis-Go 2017.

	Frequência absoluta	Frequência Relativa %
Depressão	31	31/162=0,1913=19,13%
Exaustão	65	65/162=0,4012=40,12%
Obesidade	35	35/162=0,216=21,6%
Intolerância a atividade	62	62/162=0,3827=38,27%
Equilíbrio prejudicado (TUG)	11	11/162=0,068=6,8%
≤ 10	151	151/162=0,932=93,2%
11 -20	10	10/162=0,0617=6,17%
>20	01	01/162=0,006=0,6%
Mobilidade prejudicada (TUG)	11	11/162=0,068=6,8%
≤ 10	151	151/162=0,932=93,2%
11-20	10	10/162=0,0617=6,17%
>20	01	01/162=0,006=0,6%
Redução de força muscular	52	52/162=0,321=32,1%

Fontes:dados da pesquisa

Deve-se destacar que foi predominante em fatores de risco à exaustão, obesidade, intolerância a atividade e redução de força, concluindo uma relação significativa entre estado físico e funcional.

Observa-se os resultados obtidos para população de risco com 34,5% idade >70 anos, 47,53% possuíam desvantagem econômica, 88,27% são do gênero feminino e 37,65% moram sozinhos (tabela 3).

Tabela 3. Apresentação da **população de risco** para DE de Risco de Síndrome do Idoso Frágil - Anápolis-GO, 2017.

	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Idade >70 anos	56	$56/162=0,345= 34,5\%$
Desvantagem econômica	77	$77/162= 0,4753= 47,53\%$
Gênero feminino	143	$143/162= 0,8827= 88,27\%$
Mora sozinho	61	$61/162= 0,3765= 37,65\%$
Baixo nível educacional	64	$64/162=0,395= 39,5\%$

Fonte: Dados da pesquisa.

Houve predomínio do gênero feminino com 88,27%, Idade > 70 anos contribuiu com 34,5% da população estudada, 39,5% dessa população possui baixo nível educacional e 47,53% com até um salário mínimo de renda pessoal. O estudo de Parahyba; Veras; Melzer (2005) mostra que além dos fatores individuais, o status socioeconômico guarda estreita relação com a limitação entre os idosos.

Quanto ao elemento: condição associada, a doença crônica apareceu em 100% e estão discriminadas em: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 61,7%, seguido de Diabetes com 24,7% e 17,28% com Doença cardíaca. Foram considerados com disfunção regulatória endócrina aqueles que tinham diabetes (24,7%). Para perda de peso não intencional foram 17,28% sarcopenia 32, 1%, obesidade sarcopênica (24,1%), conforme a tabela 4.

Tabela 4- DE de Risco de Síndrome do Idoso Frágil e condição associada Anápolis-GO, 2017.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Doença crônica	162	$162/162=1 =100\%$

HAS	100	100/162= 0,617= 61,7%
Diabetes	40	40/162= 0,247= 24,7%
Doença cardíaca	28	28/162= 0,1728= 17,28%
Disfunção regulatória endócrina	40	40/162= 0,247= 24,7%
Perda não intencional do peso > 4.5kg em um ano	28	28/162= 0,1728= 17,28%
Sarcopenia	52	52/162= 0,321= 32,1%
Obesidade sarcopênica	39	39/162= 0,241= 24,1%

Fonte: Dados da pesquisa.

No estudo de Mendes; Moraes; Gomes (2014) foi possível observar a prevalência de HAS em idosos do sexo feminino como algo significativamente maior que no sexo masculino.

3 DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, o diagnóstico ficou assim descrito: Risco para Síndrome do idoso frágil por fatores de risco: depressão, exaustão, obesidade, Intolerância a atividade, Equilíbrio prejudicado, mobilidade prejudicada, redução de força muscular; população de risco: por Idade >70 anos, desvantagem econômica ,gênero feminino, morar sozinho, baixo nível educacional; condições associadas a doença crônica, disfunção regulatória endócrina, perda não intencional do peso >4.5kg em um ano, sarcopenia e obesidade sarcopênica (NANDA, 2018-2020).

Fatores importantes na fragilidade são a sarcopenia e a obesidade sarcopênica, porque influenciam na redução da força muscular e mobilidade, na intolerância à atividade, resultando no declínio da capacidade para atividades diárias, contribuindo para a disautonomia e aumento da dependência (FRIED, WALSRON, 2000).

A definição da fragilidade do adulto atualmente tem como finalidade principal a preservação da autonomia e da independência do idoso. Para o alcance desta meta, a enfermagem precisa utilizar uma forma organizada, sistemática, fundamentada no método científico.

Fator de risco, população de risco e condição associada, são referenciais utilizados pelo enfermeiro na elaboração do diagnóstico. Embora a idade seja o principal fator de risco para um número grande de doenças, boa parte da população

idosa ser portadora de mais de um problema de saúde, vários estudos populacionais têm mostrado consistentemente que a maioria dos idosos vive de maneira autônoma, independente e se declaram produtivos e realizados (LORENÇO, 2008).

Horta (1974) ao desenvolver seus pressupostos teóricos, definiu como um de seus princípios, que todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação. A NANDA disponibiliza uma Taxonomia para unificar a linguagem diagnóstica, com foco nas respostas da pessoa, família ou coletividade. Nesse sentido, ao definir o diagnóstico de Síndrome do Idoso Frágil, o enfermeiro focaliza sua atenção no homem, não na doença, não em suas limitações, mas em suas possibilidades para a capacidade funcional, visando a manutenção do equilíbrio e a prevenção do desequilíbrio. Hoje é julgado como ponto de vista fundamental na preservação da autonomia e independência, o estado clínico (FHON et al; 2012).

Os resultados evidenciam que as condições relacionadas à fragilidade são passíveis de intervenção, o que é fundamental para a prevenção e promoção de saúde de idosos, evitando desfechos clínicos adversos, principalmente no que se refere aos aspectos da fragilidade.

Estudos apontam que a população idosa saudável, dentro do ponto de vista funcional e cognitivo, totaliza 80%, que por suas condições específicas necessitam de um olhar clínico sobre sua saúde, não apenas para cuidados de suas comorbidades, mas principalmente para cuidados preventivos.

Um instrumento importante que a Enfermagem possui é o Processo de Enfermagem, para saber a realidade do idoso quanto ao Risco de síndrome do idoso frágil, ele trabalha na assistência, se necessário com acompanhamento contínuo, mas sempre estimulando o autocuidado. Segundo Potter e Perry (2006), o processo de enfermagem é uma ferramenta metodológica utilizada para tornar a assistência de enfermagem, de forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantado junto ao paciente.

A enfermagem deve levar como conceito do olhar crítico no atendimento das necessidades básicas de um idoso, com ênfase a prevenção de comorbidades que elevam a Síndrome do idoso frágil, sempre levando em consideração a independência e a autonomia do idoso.

CONCLUSÃO

A representação significativa do diagnóstico de Risco de Síndrome do Idoso frágil, pela descrição das alterações identificadas nos três componentes descritos na NANDA, confirmam a importância desse diagnóstico para o enfermeiro, visando a preservação da autonomia como, capacidade de tomar decisões e executar as tarefas de autocuidado bem como aquelas associadas à vida de relação com a sociedade. Muito mais que a simples presença de morbidades, estes são elementos essenciais que permitem ao idoso manter uma vida com qualidade.

O conhecimento dos fatores associados à fragilidade em idosos permite que ações de saúde destinadas a esse grupo possam ser desenvolvidas. A aplicação individual também deve ser considerada

A sistematização de cuidados na assistência ao idoso é algo favorável para controle de agravos no Diagnóstico de Risco de síndrome do idoso frágil. A preservação a autonomia e independência é importante e faz-se necessário que o enfermeiro esteja atento ao idoso que sofre alterações físicas e psicológicas que estão correlacionadas a essa síndrome, para uma análise crítica e intervenções de enfermagem para resultado ótimo.

Conclui-se que esse diagnóstico constitui, na atualidade, um problema para os profissionais da área da saúde, não apenas do enfermeiro, e é necessário destacar a importância da atualização de estudos desses profissionais para uma melhor atuação e implementação, a fim de conter a progressão de um problema de risco como este, mantendo e promovendo a colaboração multiprofissional da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C.J. et al. Fragilidade em idosos: prevalências e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.4, p747-52, 2017.

BERGMAN, H. et al. Développement D'unCadre de TravailPourComprendre et ÉtudierlaFragilité. **GérontologieetSociété**, v. 27, 2004.

BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A; MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741. Pérola Melissa Vianna Braga, 2003.

BULECHEK, G.M. et al. **NIC: Classificações das Intervenções de Enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro, 2004.

CARMO, L.V.; DRUMMOND, L.P.; ARANTES, P.M.M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-22, jan/mar. 2011.

DEVLIN, T. M. **Textbook of Biochemistry With Clinical Correlations**. Sixth Edition. Nova Jérsea, Wiley-Blackwell:2006.

FHON, J.R.S. et al. Síndrome de Fragilidade Relacionada á Incapacidade Funcional no Idoso. **Acta Paul Enferm**, Ribeirão Preto- São Paulo: 2012.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. **Journals of Gerontology**. Series a-Biological Sciences and Medical Sciences. v. 56, n. 3, p. M146–M156, 2001.

_____. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **The Journals of Gerontology**, v.59, 2004.

GUARNIERI, A.P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, 2008.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Textbook of Medical Physiology**. 11ª Edição. Filadélfia, Saunders-ElsevierLtda, 2006.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **NANDA: Nursing Diagnoses: Definitions e Classifications**. 2018-2020.

HORTA, W.A. - Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processo. **Rev. Esc. Enferm USP**, 5(1) 7-15, 1974.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População**. 2016.

LANA, L.D.; SCHNEIDER, R.H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, Â.M.M; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Comunicação saúde educação**. São Paulo, v.12, n.27, out/dez. 2008.

LOURENÇO, R. A. A Síndrome de Fragilidade no Idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Envelhecimento Humano**. Rio de Janeiro, vol.7, N.1 Jan/Jun-2008

MACEDO, C.; GAZZOLA, J.M.; NAJAS, M. Síndrome da Fragilidade no Idoso: importância da fisioterapia. **Arq Bras Ciênc Saúde**, v. 33, 2008.

MENDES, S.G; MORAES, F.C; GOMES, L. Prevalencia de hiertensão em idosos no brasil entre 2006 e 2010. Rev. Bra. MedFamComunidade,Rio de Janeiro,2014.

MORLEY, J.E.; PERRY, H.M.; MILLER, D.K. Editorial: SomethingAboutFrailty. **Journal of Gerontology: Medical Sciences In the Public Domain**, v. 57A, n. 11, 2002.

MOTTA, L.B.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A Formação de Profissionais Para a Atenção Integral á Saúde do Idoso: A experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. **Revista científicas de América Latina**, Rio de janeiro, 2008.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. São Paulo: Einstein, 2008.

Organizacion Mundial de la Salud. **Planificacion y organizacion de los servicios geriatricos**. Ginebra, n. 548, 1974.

OLIVEIRA, L.P.A.; MENEZES, R.M.P. Representações de Fragilidade para Idosos no Contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis-Santa Catarina: 2011.

PEDRO, E.M.; AMORIM, D.B.A. Análise comparativa da massa e força musculare do equilíbrio entre indivíduos idosos praticantes e não praticantes de musculação. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 6, ed. especial, p. 174-183, jul. 2008.

PEREIRA, et al. Efeitos doTai Chi Chuan na força dos músculos extensores dos joelhos e no equilíbrio em idosas. **Ver Bras Fisioter**, São Carlos, v. 12, n. 2, p. 121-6, mar./abr. 2008.

NOGUEIRA, S.L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.14, n.4, 2010.

ROSA, T.E.C. et al, Fatores Determinantes da Capacidade Funcional Entre Idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2003.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico- filosóficas sobre o envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Grande- RS, Ensaio., 2003.

TAYLOR, Henry L et al. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. **Journal of Chronic Diseases**, v. 31, 1978.

WEINHEIMER, E.M.; SANDS L.P., CAMPBELL W.W. **A systematic review of the separate and combined effects of energy restriction and exercise on fat-free mass in middle-aged and older adults: implications for sarcopenic obesity**. NutrRev, 2010

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. bras. Est. Pop.**,

São Paulo, v.23, n.1, jan/jun. 2006.