









Síndrome do idoso frágil em idosos com doenças crônicas na Atenção Primária

Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care

Síndrome del anciano frágil en personas mayores con enfermedades crónicas en la Atención Primaria

Como citar este artigo:

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;53:e03449. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>

-  Ingrid Alves Ribeiro¹
-  Luciano Ramos de Lima¹
-  Cris Renata Grou Volpe¹
-  Silvana Scherz Funghetto¹
-  Tânia Cristina Maria Santa Barbara Rehem¹
-  Marina Morato Stival¹

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, DF, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Frailty Syndrome in the Elderly nursing diagnosis in elderly with chronic diseases of a health district of the Federal District. **Method:** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with elderly patients served at the Basic Health Units, who presented arterial hypertension and/or diabetes mellitus. The following were used: a sociodemographic questionnaire, the Mini-Mental State Examination, anthropometric data, evaluation of sarcopenia (measured by body composition), muscle strength and functional capacity, and the identification of NANDA-I nursing diagnosis. A statistical software was used for data analysis. **Results:** Participation of 78 elderly people, of which 93.6% of had Impaired memory, 93.6% had Impaired physical mobility, 82.1% had Fatigue, 76.9% had Impaired ambulation, 53.8% had Dressing self-care deficit, 43.6% had Activity Intolerance, 35.9% had Social Isolation, 30.8% had Hopelessness, 29.5% had Feeding self-care deficit, 29.5% had Bathing self-care deficit, 12.8% had Toileting self-care deficit, and 10.3% had Decreased cardiac output. **Conclusion:** The nursing diagnosis Frailty Syndrome in the Elderly allows a multidimensional view of the elderly. Since one factor can cause health problems in several health fields, nurses must intervene early, plan and implement actions in the short and long term.

DESCRIPTORS

Aged; Frail Elderly; Nursing Diagnosis; Nursing Process; Geriatric Nursing; Chronic Disease.

Autor correspondente:

Marina Morato Stival
Faculdade de Ceilândia, Centro
Metropolitano, Conjunto A, Lote 01
CEP 72220-275 – Brasília, DF, Brasil
marinamorato@unb.br

Recebido: 01/02/2018
Aprovado: 24/09/2018

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural da vida no qual ocorrem alterações físicas, psíquicas e sociais, as quais são vivenciadas de maneira distinta por cada indivíduo, dependendo do contexto social, político e econômico em que o idoso está inserido⁽¹⁾.

No Brasil, o crescente aumento no contingente de pessoas idosas⁽²⁻³⁾ ocorreu concomitantemente com o aumento da incidência das doenças crônicas, destacando-se o Diabetes *Mellitus* (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)⁽⁴⁻⁶⁾. DM é definido como um grupo de distúrbios metabólicos, caracterizado por quadro de hiperglicemia⁽⁶⁾ e HAS consiste em uma doença cardiovascular caracterizada pela elevação e sustentação dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg⁽⁵⁾. Ambas estão associadas aos maus hábitos alimentares e ao sedentarismo, os quais consequentemente aumentaram a prevalência de obesidade, por isso, essas doenças são consideradas os principais fatores de risco para consequências incapacitantes, como acidentes vasculares encefálicos, insuficiência renal, cegueira e amputação⁽⁴⁻⁶⁾.

Neste contexto, o enfermeiro se destaca com um papel essencial na prestação de cuidados aos idosos. Para realizar tal cuidado de maneira efetiva, esse profissional lança mão do processo de enfermagem (PE), “uma ferramenta metodológica de cuidado específica desta profissão, que organiza a abordagem clínica através das etapas sequenciais: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação”⁽⁷⁾. O PE instrumentaliza os profissionais envolvidos na assistência, além de facilitar a pesquisa e o ensino.

Nesse processo destaca-se o diagnóstico de enfermagem (DE), definido como “o julgamento clínico realizado pelo enfermeiro acerca de um fenômeno da prática profissional, que proporciona a base para a seleção de intervenções para atingir os resultados esperados pelos quais a enfermagem é responsável”⁽⁸⁾.

Considerando o contexto do envelhecimento, os DE retratam uma estratégia para prestar cuidados ao paciente idoso, pois as intervenções ocorrem de maneira sistematizada e de forma mais eficiente. Dentre eles, salienta-se a Síndrome do Idoso Frágil (SIF), um diagnóstico multidimensional que avalia os campos físicos, funcionais, psicológicos e sociais, permitindo a identificação das fragilidades do idoso. A SIF é definida como “Estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde e leva a aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade”⁽⁸⁾.

A SIF foi incluída na versão da NANDA-I de 2015-2017 a partir de resultados de pesquisas no âmbito hospitalar e comunitário no contexto do cuidado ao idoso⁽⁹⁻¹¹⁾ uma proposta de um grupo de pesquisadores da Universidad de Castilla La Mancha, na Espanha⁽⁹⁾. Considera-se, portanto que a SIF é um diagnóstico novo, pouco explorado e carece de pesquisas na realidade brasileira. Um estudo realizado na Bahia identificou os principais DE de idosos com DM, evidenciando 60% dos idosos com SIF⁽¹⁰⁾. Outro estudo realizado com idosos na atenção primária evidenciou DE

que são relacionados à SIF⁽¹¹⁾, fato que reforça ainda mais a necessidade de elucidá-la neste contexto.

Diante disso, e considerando a especificidade desta etapa da vida, além do aumento das doenças crônicas, se torna necessária a produção de estudos científicos nesta temática, para que os profissionais de enfermagem possam desenvolver capacidades e habilidades de prestar serviços aos idosos, pois são escassas as pesquisas que abordam o DE Síndrome do Idoso Frágil na atenção primária. Além disto, o DE SIF, por ser multidimensional, permite ao enfermeiro identificar precocemente sinais e sintomas e implementar intervenções que possibilitem a prevenção de agravos, aumente a qualidade de vida e promova um envelhecimento saudável.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar o diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil em idosos com doenças crônicas de uma regional de saúde do Distrito Federal.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

CENÁRIO

Realizado com 78 idosos com doença crônica de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ceilândia, regional administrativa do Distrito Federal – DF.

Nas UBS são realizados atendimentos de enfermagem voltados à atenção primária à saúde, incluindo pacientes com doenças crônicas, como o DM e a HAS. A população de estudo foi composta de pacientes idosos registrados no livro de cadastro dos Grupos de Hipertensos e Diabéticos das UBS. Havia cadastrados nas duas UBS um total de 1.000 pacientes.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter idade mínima de 60 anos e ter o diagnóstico médico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes *Mellitus* no mínimo há 6 meses. O critério de exclusão adotado foi para pacientes que não apresentavam condições físicas e mentais para se comunicarem verbalmente e realizarem as avaliações.

AMOSTRA

A amostra foi calculada considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 50%, resultando em 100 idosos. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória (sorteio), e o número do prontuário de cada idoso cadastrado nas duas UBS foi utilizado para o sorteio de 50% da amostra (n=50) em cada UBS. O sorteio dos idosos foi realizado de maneira convencional, em envelope de cor parda, considerando o número de cadastro no livro dos Grupos de Hipertensos e Diabéticos das UBS. Durante o estudo, houve perda de 22 idosos – 12 não participaram do segundo momento da coleta de dados, cinco não completaram as avaliações (três não realizaram a avaliação da sarcopenia

e dois participaram apenas da consulta de enfermagem), e cinco recusaram participar do estudo. Acredita-se que a perda amostral de 22 idosos não comprometeu os resultados obtidos, pois perdas são inerentes a qualquer pesquisa e, além disso, as que ocorrem ao acaso não produzem efeitos negativos nos resultados do estudo.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2017. Os idosos sorteados foram convidados a participar da pesquisa no momento da reunião do grupo na UBS. Depois do convite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram agendados para o primeiro momento da coleta de dados realizada na UBS.

Para a coleta de dados, adotou-se o DE SIF, da NANDA-I 2015-2017⁽⁸⁾, e foi construído um instrumento com *checklist* das características definidoras e fatores relacionados.

Para a identificação das características definidoras, foram avaliados 13 DE: Mobilidade Física Prejudicada, Memória Prejudicada, Fadiga, Intolerância à Atividade, Deambulação Prejudicada, Desesperança, Isolamento social, Débito Cardíaco Diminuído, Nutrição Desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, *Deficit* no autocuidado para vestir-se, *Deficit* no autocuidado para banho, *Deficit* no autocuidado para higiene íntima e *Deficit* no autocuidado para alimentação. Em relação aos fatores relacionados, foram investigados: Doença crônica, História de quedas, Estilo de vida sedentário, Alteração na função cognitiva, Hospitalização prolongada, Morar sozinho, Sarcopenia, Transtorno psiquiátrico, Obesidade sarcopênica e Desnutrição⁽⁸⁾.

Nesse sentido foi realizada a consulta de enfermagem, individualmente e em sala privativa na UBS, uma anamnese com abordagem direcionada aos problemas do diagnóstico de SIF, seguida do exame físico. Durante a consulta o instrumento de *checklist* foi preenchido pelos examinadores previamente treinados. A consulta durou em média 60 minutos.

Foi aplicado o Questionário sociodemográfico para avaliação de sexo, idade, estado civil e escolaridade, realizada a Avaliação antropométrica para aferir peso e estatura, obtidos com fita métrica e balança e calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) por meio da fórmula ($\text{peso}/\text{altura}^2$). As medições foram obtidas por avaliadores treinados previamente a partir da aplicação das técnicas de Lohman: para a mensuração do peso, empregou-se balança calibrada, digital, com capacidade máxima de 150 quilogramas, com divisões de 100 gramas. O idoso foi pesado no centro da balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, e foi pedido que a bexiga estivesse vazia. A mensuração da estatura foi realizada utilizando o estadiômetro portátil, com total de dois metros. O idoso ficou em pé, descalço, com o peso igualmente distribuído entre os pés e com o corpo erguido em extensão máxima. Foram considerados os seguintes valores de referência do IMC: normal ($22,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ a $27,0 \text{ kg}/\text{m}^2$) e sobrepeso ($>27 \text{ kg}/\text{m}^2$)⁽¹²⁾.

A “Alteração da função cognitiva” foi avaliada pelo Minixame do Estado Mental (MEEM), por meio de

testes que possuem duas sessões. A primeira relacionada à orientação, memória e atenção, e a segunda, a habilidades específicas, como nomear, obedecer a um comando verbal e escrito, linguagem, capacidade construtiva (desenhar pentágonos). O teste tem escore máximo de 30 pontos, e foram considerados os seguintes pontos de corte para a classificação de *deficit* cognitivo: 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para idosos com escolaridade de 1 a 4 anos, 26,5 para 5 a 8 anos, 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos⁽¹³⁾.

Ao final da consulta o idoso foi agendado para comparecer à Universidade de Brasília para o segundo momento da coleta de dados.

No segundo momento foi avaliado o fator relacionado “Sarcopenia”, no qual foram consideradas a composição corporal (para avaliar a massa livre de gordura apendicular relativa – MLGA), a força muscular e o desempenho funcional⁽¹⁴⁾. De acordo com os critérios sugeridos pelo *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP)⁽¹⁴⁾, para o idoso ser considerado sarcopênico, ele precisa ter diminuição de, no mínimo, dois desses três parâmetros avaliados (MLGA relativa, força muscular e capacidade funcional). A composição corporal foi avaliada pelo exame de absorciometria de raio-X de dupla energia (DEXA). O exame foi realizado no Laboratório de Biofísica da UnB e compreendeu em uma varredura completa do corpo dos pacientes, em posição de decúbito dorsal, com duração de aproximadamente 17 minutos, estando o aparelho sempre regulado e operacionalizado por profissional tecnicamente treinado. Para o cálculo da MLGA relativa, foi considerada a soma da massa livre de gordura dos membros superiores e inferiores dividida pela estatura em metros ao quadrado. A MLGA relativa foi classificada como reduzida em mulheres que apresentaram $<5,67 \text{ kg}/\text{m}^2$ e nos homens com MLGA $<7,25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ⁽¹⁴⁾.

O desempenho funcional foi avaliado pelo teste *Timed Up and Go* (TUG). O idoso realizou o teste uma vez como treinamento. O tempo de seu desempenho foi avaliado em segundos, e a cronometragem foi iniciada logo após a sinalização com a palavra “vá”, enquanto o idoso ainda estava sentado, e terminou imediatamente quando se sentou novamente. Foi fixada uma marca colorida para demarcar os 3 metros de caminhada. Considerou-se idoso com capacidade funcional prejudicada aquele que desempenhou o teste em mais de 12,47 segundos⁽¹⁵⁾.

Por fim, a força muscular foi aferida por meio do dinamômetro hidráulico JAMAR® calibrado. Cada participante realizou três séries de 5 segundos de contração isométrica máxima, no intervalo de 30 segundos entre elas, respeitando-se os procedimentos recomendados pela Sociedade Americana de Terapeutas da Mão (ASHT). O maior valor alcançado entre as séries foi considerado para análise. Foram considerados como redução de força valores inferiores a 20 quilogramas para mulheres e 30 quilogramas para homens^(14,16). Finalizadas as avaliações, os idosos foram classificados nas seguintes categorias: normal, sarcopenia (alteração de dois dos três parâmetros avaliados) e sarcopenia severa (alteração dos três parâmetros avaliados)⁽¹⁴⁾.

Para a determinação da obesidade sarcopênica (OS), foi considerado o método que calcula valores residuais de uma equação de regressão que prediz a MLGA com base na estatura (m) e na massa de gordura (MG) em kg, avaliados na DEXA. A equação para a predição da MLGA em idosos foi: $MLGA \text{ predita} = -14,529 + (17,989 * \text{estatura em metros}) + (0,1307 * MG \text{ total em kg})$. A MLGA medida foi avaliada pelo somatório da massa livre de gordura (MLG) dos membros superiores e membros inferiores. Os valores residuais (MLGA medida – MLGA predita) foram utilizados na classificação da OS; o valor de corte foi um residual menor ou igual -3,4, ou seja, idosos com um valor residual menor ou igual a -3,4 foram classificados como obesos sarcopênicos⁽¹⁷⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, de modo que se realizaram cálculos de média, desvio-padrão e frequência absoluta e relativa, apresentados posteriormente em forma de tabelas.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), com parecer favorável de n. 1.355.211/15. Seguiu todas as recomendações da Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa faz parte do projeto “Abordagem das condições crônicas não transmissíveis na Atenção Primária”, do Grupo de Pesquisa “Saúde, Cuidado e Envelhecimento”, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB).

RESULTADOS

Foram avaliados 78 idosos, a maioria era do sexo feminino (80,8%) e com idade média de $68,8 \pm 6,0$ anos (Mínima = 60 anos; Máxima = 85 anos). Observou-se que 34,6% tinham idade entre 66 e 70 anos, 33,4% de 60 a 65 anos, 19,2% entre 71 a 75 anos, 7,7% de 76 a 80 anos, e apenas 5,1% tinham mais de 80 anos. Em relação ao estado civil, 50,0% eram casados, 20,5% viúvos, 19,2% solteiros e 10,3% divorciados. A maioria dos idosos tinha ensino fundamental (75,6%), 18,0% ensino médio, 5,1% eram analfabetos e 1,3% com ensino superior.

Em relação às comorbidades, observou-se que a maioria dos idosos apresentou HAS e DM associados (53,9%). Na avaliação nutricional, 80,8% dos idosos estavam com sobrepeso, de acordo com o IMC (Tabela 1).

Os resultados da avaliação do estado mental revelaram que 44,9% apresentam *deficit* cognitivo. De acordo com a avaliação dos critérios de sarcopenia, foi observado que 7,7% dos idosos apresentavam sarcopenia, e 3,8% sarcopenia severa (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição das comorbidades, avaliação nutricional e mental dos idosos com doenças crônicas – Brasília, DF, Brasil, 2017.

Comorbidade	n	%
Diabetes Mellitus	3	3,8
Hipertensão Arterial Sistêmica	33	42,3
Ambas	42	53,9
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Normal (22,0kg/m ² a 27,0 kg/m ²)	15	19,2
Sobrepeso (>27,0kg/m ²)	63	80,8
Minixame do Estado Mental (MEEM)		
Cognição preservada	43	55,1
Deficit Cognitivo	35	44,9
Sarcopenia		
Normal	69	88,5
Sarcopenia	6	7,7
Sarcopenia Severa	3	3,8

FATORES RELACIONADOS

Foram evidenciados nove fatores relacionados (FR) do DE Síndrome do Idoso Frágil entre os idosos participantes deste estudo, conforme Tabela 2. Observou-se uma média de três fatores relacionados para cada idoso. O fator relacionado mais prevalente foi Doença crônica, pois todos os idosos do estudo apresentavam alguma doença crônica não transmissível (DCNT). Em seguida foi observado o FR História de quedas, em que 79,5% dos idosos relataram já terem sofrido quedas anteriores.

O FR Estilo de vida sedentário foi apresentado por 48,7% dos idosos, os quais afirmaram não realizar exercício físico. O FR Alteração na função cognitiva foi avaliado pelo MEEM, o qual evidenciou 44,9% dos idosos com *deficit* cognitivo leve ou moderado. A Hospitalização prolongada foi relatada por 24,4% dos idosos deste estudo. O FR Morar sozinho foi apresentado por 12,8% dos idosos.

O FR Sarcopenia foi evidenciado em 11,5% dos idosos, e 11,5% apresentavam transtorno psiquiátrico, principalmente depressão e ansiedade (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil de idosos com doenças crônicas – Brasília, DF, Brasil, 2017.

Fatores relacionados	n	%
Doença crônica	78	100
História de quedas	62	79,5
Estilo de vida sedentário	38	48,7
Alteração na função cognitiva	35	44,9
Hospitalização prolongada	19	24,4
Morar sozinho	10	12,8
Sarcopenia	9	11,5
Transtorno psiquiátrico	9	11,5
Obesidade sarcopênica	2	2,6
Desnutrição	0	0

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

As 13 características definidoras (CD) do DE Síndrome do Idoso Frágil representam DE presentes na NANDA⁽⁸⁾. A média foi de seis CD para cada idoso deste estudo.

As CD mais significativas foram Memória prejudicada e Mobilidade física prejudicada, ambas com 93,3% de prevalência (Tabela 3). No DE Memória prejudicada, foi evidenciado que os idosos apresentavam esquecimento, incapacidade de recordar eventos e incapacidade de recordar se uma ação foi efetuada ou não. No DE Mobilidade física prejudicada, os idosos apresentavam alterações na marcha, desconforto e movimentos lentos.

O DE Fadiga foi apresentado por 82,1% dos idosos, evidenciada por cansaço, aumento da necessidade de descanso e energia insuficiente. Capacidade prejudicada de subir escadas, de andar em aclive e em declive evidenciaram o DE Deambulação prejudicada em 76,9% dos idosos.

O *Deficit* no autocuidado para vestir-se foi observado em 53,8% dos idosos, evidenciado por capacidade prejudicada de calçar sapatos e de colocar roupas na parte inferior do corpo. Outros *Deficit* no autocuidado foram observados nesta população, tais como alimentação (29,5%), evidenciado por capacidade prejudicada de abrir recipientes e de manusear utensílios; banho (29,5%), pela capacidade prejudicada de lavar o corpo (pés); e higiene íntima (12,8%) pela capacidade prejudicada de levantar-se do vaso sanitário e de sentar-se no vaso sanitário.

O DE Intolerância à atividade foi uma CD presente em 43,6% dos idosos, evidenciado por desconforto aos esforços, dispnéia aos esforços e fadiga. A Desesperança foi apresentada por 30,8%, evidenciada por afeto diminuído, alterações no padrão de sono e indicadores verbais de desânimo, e Isolamento social evidenciado por afeto triste, doença e desejo de estar sozinho em 35,9% dos idosos.

Débito Cardíaco diminuído foi encontrado em 10,3% dos idosos, evidenciado por palpitações cardíacas, edema e alteração da pressão sanguínea.

Tabela 3 – Descrição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil de idosos com doenças crônicas – Brasília, DF, Brasil, 2017.

Características definidoras	n	%	MFR	MCD
Memória prejudicada	73	93,6	2	3
Mobilidade física prejudicada	73	93,6	5	4
Fadiga	64	82,1	2	3
Deambulação prejudicada	60	76,9	5	3
<i>Deficit</i> no autocuidado para vestir-se	42	53,8	3	2
Intolerância à atividade	34	43,6	1	3
Isolamento social	28	35,9	2	3
Desesperança	24	30,8	2	3
<i>Deficit</i> no autocuidado para alimentação	23	29,5	3	2
<i>Deficit</i> no autocuidado para banho	23	29,5	3	1
<i>Deficit</i> no autocuidado para higiene íntima	10	12,8	2	1
Débito cardíaco diminuído	8	10,3	2	3
Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais	0	0,0	0	0

MFR: média de fatores relacionados; MCD: média de características definidoras

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo identificaram idosos com riscos para desenvolverem incapacidades geriátricas. O PE permite elencar os principais problemas desta população específica, pois direciona o profissional para os pontos que necessitam de maior atenção, possibilitando a melhora do cuidado no âmbito individual.

O envelhecimento é um fenômeno progressivo, no qual ocorrem diferentes mudanças biopsicossociais e quando associado à comorbidades facilita ainda mais o aparecimento de síndromes geriátricas⁽¹⁸⁾. Nesse contexto, a taxonomia da NANDA-I define uma síndrome como um conjunto de dois ou mais DE. O DE Síndrome do Idoso Frágil (SIF) é considerado multidimensional⁽⁸⁾, e a disfunção de uma das dimensões acarreta prejuízo em outra, gerando assim efeitos somáticos em cascata, que potencializam o surgimento de efeitos adversos, como o aparecimento de quedas, hospitalizações e as incapacidades geriátricas⁽¹⁹⁾.

Diabetes *mellitus* e hipertensão arterial foram as doenças crônicas (DC) utilizadas como fator de inclusão neste estudo, então 100% dos idosos apresentaram o FR doença crônica. No Brasil, as doenças crônicas são as causas mais prevalentes de mortalidade em idosos. No cenário internacional vale ressaltar um estudo realizado em Estocolmo, na Suécia, que acompanhou 1.099 idosos por 11 anos para determinar o efeito das doenças crônicas na sua sobrevivência e funcionalidade, concluindo que uma em cada quatro mortes foram atribuídas a doenças cardiovasculares, além de apresentarem aproximadamente 5 anos de vida perdidos. Os pesquisadores concluíram ainda que a multimorbidade (≥ 2 DC) representou 69,3% do total de mortes, causando perda de 7,5 anos. As DC, além de requererem um cuidado em longo prazo, podem ser incapacitantes, predispondo os idosos à fragilidade⁽²⁰⁾.

O segundo FR mais prevalente foi a história de quedas, em que 79,5% da amostra relataram ter apresentando pelo menos um episódio de queda. Considera-se essa prevalência elevada ao compará-la com resultados de outros estudos nacionais. Cabe destacar um estudo transversal com idosos institucionalizados, que observou uma prevalência de quedas de 45%⁽²¹⁾. Já um estudo descritivo com idosos vinculados a uma Unidade Básica de Saúde em Goiás, a prevalência de quedas foi de 33%⁽²²⁾. Quedas de idosos repercutem na dinâmica familiar, social e econômica, pois aumentam o número hospitalizações devido às fraturas, podem gerar incapacidades e também levar à morte prematura. Existem diversos fatores para riscos de quedas identificados nos idosos deste estudo, como visão prejudicada, dor, alteração na marcha, falta de condicionamento físico, polifarmácia, comorbidades, equilíbrio prejudicado, prejuízo musculoesquelético, sarcopenia, pré-obesidade e obesidade, diminuição da função cognitiva e sedentarismo.

Outro FR prevalente foi o estilo de vida sedentário, relatado por 48,7% dos idosos. Tanto a atividade física, definida como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que gerem gastos energéticos⁽²³⁾, quanto o exercício físico, definido como uma atividade praticada de

forma contínua, com determinada intensidade e duração que mantém ou melhora a aptidão física⁽²⁴⁾, são utilizados como terapêutica para doenças crônicas, como o DM e a HAS, pois previnem o aparecimento de complicações e promovem a manutenção da saúde⁽²³⁾. Ademais, a prática de exercício físico proporciona outros benefícios, como fortalecimento musculoesquelético, redução da incidência de quedas, controle do peso corporal, diminuição dos medicamentos prescritos e prevenção da capacidade funcional e cognitiva.

A alteração na função cognitiva foi evidenciada em 44,9% da amostra, que pode ser entendida pelo predomínio da escolaridade Ensino Fundamental, um baixo nível de instrução que propicia um pior desempenho cognitivo. Com o envelhecimento, a capacidade de processamento de informações é mais lenta em idosos comparados com pessoas jovens⁽²⁵⁾. O declínio da cognição afeta a autonomia, a capacidade de tomar decisões, a independência, a possibilidade de realizar atividades de vida diária por conta própria sem auxílio de terceiros, repercutindo em alterações no ambiente familiar em que este idoso está inserido, e todos esses elementos são fatores de risco para o abandono. Outro estudo transversal encontrou prevalência semelhante a este estudo, de 42,1% de *deficit* cognitivo em idosos, associado significativamente à escolaridade, renda, estado civil e hipertensão arterial⁽²⁶⁾.

Dentre outros fatores relacionados encontrados neste estudo destaca-se a sarcopenia. Prevalências de sarcopenia variam de 8,4% a 27,6% na população idosa, e seu desfecho clínico está associado a deficiências físicas, limitações na mobilidade, aumento do risco de quedas, diminuição da qualidade de vida e até à mortalidade^(16-17,27). Além das mudanças na massa muscular, há também um aumento no percentual de gordura corporal durante o envelhecer, em função de mudanças no metabolismo relacionadas à idade. Isso inclui um aumento da massa gorda em geral e a infiltração do tecido adiposo no músculo esquelético. Além disso, cerca de 15% daqueles com sarcopenia também são obesos, fato também observado neste estudo. Por sua vez, a obesidade pode gerar efeitos desfavoráveis para a saúde, por exemplo, resistência à insulina, hipertensão arterial, diminuição do desempenho físico e redução ainda mais da qualidade de vida do idoso⁽²⁷⁾.

A característica definidora Memória Prejudicada do DE SIF foi evidente em 93,6% dos idosos deste estudo. Assim como o envelhecimento é natural, as capacidades cognitivas, como a memória, diminuem, variando de acordo com as características de vida de cada indivíduo. No entanto, o enfermeiro ou outros membros da equipe multidisciplinar devem dar sempre atenção a queixas de memória, pois estas podem estar associadas a patologias, como depressão e ansiedade, e também podem predizer o declínio cognitivo e o risco de demência. Um estudo transversal realizado no Ceará, Brasil, com o objetivo de “desenvolver um subconjunto de diagnósticos de enfermagem para idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde, com base em um banco de termos para a prática clínica de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)”⁽¹¹⁾, evidenciou 127 DE, entre eles o DE de Memória prejudicada, e os autores ressaltaram a

importância da diferenciação entre sinais do processo de envelhecimento ou indicativo de prejuízo cognitivo.

Comprometimentos cognitivos variam de grau leve até síndromes demenciais, que se refletem diretamente na capacidade funcional do idoso e na sua qualidade de vida. Logo, promover atividades em que ocorra a estimulação cognitiva continuada torna-se de fundamental importância no processo de cuidar em enfermagem, pois capacidades mentais perdidas de maneira extrínseca, por falta de estimulação no cotidiano, podem ser recuperadas ou mantidas, prevenindo assim uma deterioração mental⁽²⁸⁾.

Outras características definidoras do DE SIF que foram prevalentes foi a Mobilidade física prejudicada (93,6%) e a Deambulação prejudicada (76,9%). Um estudo com idosos da comunidade encontrou uma prevalência de 71,4% de Mobilidade física prejudicada relacionada principalmente a desconfortos, dor e estilo de vida sedentário⁽²⁸⁾. No envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas no aparelho locomotor, como perda de massa muscular e óssea, rigidez articular, mudanças na postura e equilíbrio, modificação no comprimento dos passos, sarcopenia, alterações na marcha e bradicinesia⁽²⁹⁾. Essas condições associadas a doenças osteoarticulares podem acarretar dor, desconforto e risco de quedas, provocando limitações do movimento, como capacidade prejudicada de subir escadas, andar em alicive e declive, presentes nos idosos deste estudo. Por isto é essencial sempre estimular a prática de exercício físico, pois, além dos benefícios supracitados, ajuda a fortificar e melhorar as funções motoras, aumentando a segurança do idoso e, conseqüentemente, reduzindo o seu medo de cair.

A Mobilidade física prejudicada pode interferir progressivamente na funcionalidade do idoso, pois repercute no aumento da incidência de quedas, internações hospitalares e consumo de medicamentos. Outros fatores como inadequações ambientais, podem ser empecilhos para a deambulação do idoso, como, por exemplo, as escadas. Limitações motoras elevam o sedentarismo e o grau de dependência, promovem o isolamento e o desenvolvimento de doenças psiquiátricas⁽³⁰⁻³¹⁾.

Depois de questionados sobre atividades que requeriam esforços físicos e mentais, como leitura, crochê, conserto de objetos e atividades instrumentais de vida diárias, foi evidenciada através de sinais e sintomas a CD fadiga em 82,1% dos idosos, devido ao aumento da necessidade de descanso pela falta de energia. Outro estudo transversal encontrou sinais de fadiga em apenas 28,1% dos idosos avaliados⁽³¹⁾. A fadiga é subjetiva, varia de acordo com o indivíduo. A degradação física progressiva, própria do envelhecimento, as enfermidades e a inatividade física que podem produzir sintomas, como a exaustão/fadiga⁽³²⁾; no entanto, a fadiga pode ser desencadeada por fatores psicológicos e emocionais relacionados a algum transtorno mental⁽³³⁾. Saber diferenciar se a causa da fadiga é física ou mental é essencial para o planejamento dos cuidados de enfermagem.

Os *deficit* no autocuidado: vestir, comer, higiene íntima e banho se sobressaíram com os mesmos fatores relacionados: prejuízos musculoesqueléticos, desconforto, dor, fraqueza e fadiga correlacionados a patologias osteoarticulares, como artrite,

artrose, osteoporose e alterações na coluna. Desse modo, o tratamento das doenças de base com medidas farmacológicas, não farmacológicas e a readaptação do ambiente possibilita manter o autocuidado, preservando assim a capacidade funcional.

Sobre a CD Intolerância à Atividade, houve o percentual de 43,6% na população deste estudo. Vale ressaltar que 80,8% dos idosos apresentaram sobrepeso. A obesidade é uma doença que compõe o grupo das DCNT e potencializa o aparecimento de outras comorbidades, aumentando as chances de mortalidade. Ela está associada ao sedentarismo, maus hábitos alimentares, fatores genéticos, e com o envelhecimento ocorre diminuição do gasto energético, elevando o acúmulo de gordura no tecido adiposo. O excesso de peso provoca dores no aparelho musculoesquelético, e obesos com DM e HAS possuem maior resistência vascular periférica, o que dificulta a perfusão sanguínea e o retorno venoso, acrescentando o fato de que os idosos deste estudo possuem doenças osteoarticulares que causam limitações do movimento⁽³⁴⁾. Todos esses fatores podem explicar os sinais e sintomas que evidenciaram essa CD: desconforto, dispneia aos esforços e fadiga.

As CD Isolamento Social (35,9%) e Desesperança (30,8%) foram evidenciadas neste estudo. A velhice é a última fase da vida, e neste momento é comum a perda dos amigos, papel profissional e separação dos filhos, o que pode gerar diminuição do contato social e solidão. Os estigmas em relação às pessoas idosas podem afetar negativamente a sua autopercepção, produzindo sentimentos de inutilidade social, que podem suscitar pessimismo quanto ao futuro. Isolamento social e desesperança repercutem na saúde mental, pois estão associadas a distúrbios mentais, como depressão e ansiedade⁽³⁵⁾.

A participação social do idoso em esportes e lazer ajuda na criação de vínculos, o apoio familiar sem superproteção e menosprezo também é importante, por estimular o idoso a realizar atividades dentro das suas limitações, promovendo assim a saúde mental.

Por fim, ressalta-se que a CD Débito Cardíaco Diminuído (DCD) é difícil de ser diagnosticada em nível de atenção primária, onde a verificação de débito é imprecisa, por não usar recursos invasivos como o Cateter de Artéria Pulmonar, e os exames laboratoriais são de rápida prontidão. Tal CD foi evidenciada por palpitações cardíacas, edema e alteração da pressão sanguínea, e os idosos autorrelataram presença de arritmias, história de infartos e insuficiência cardíaca. Essas disfunções cardíacas podem reduzir o débito cardíaco e ocasionar hipoperfusão tecidual⁽³⁶⁾. Em adição, foram detectados vários fatores de risco para doenças cardiovasculares, como ser ex-tabagista, o DM, a HAS, a dislipidemia, o sedentarismo e o excesso de peso, apresentados pela maioria. As doenças do aparelho cardiovascular aumentam as chances de incapacidade funcional e mortalidade.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil em idosos com doenças crônicas de uma regional de saúde do Distrito Federal. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com idosos que apresentavam hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* atendidos Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se de Questionário sociodemográfico, Miniexame do Estado Mental, dados antropométricos, avaliação da sarcopenia (medida pela composição corporal), força muscular e capacidade funcional e identificação do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I. Os dados foram analisados em *software* estatístico. **Resultados:** Participaram 78 idosos. Foram identificados 93,6% idosos com Memória prejudicada, 93,6% com Mobilidade física prejudicada, 82,1% com Fadiga, 76,9% com

A identificação do DE SIF em idosos na atenção primária mostrou-se relevante ao demonstrar uma abordagem holística deste idoso com doença crônica. A investigação da SIF é essencial na população inserida nesse contexto, diante das elevadas prevalências, principalmente de DE relacionados à mobilidade e cognição. Ao utilizar o PE, o enfermeiro deve estar atento para a diversidade de sinais e sintomas envolvidos na SIF, uma vez que estes podem interferir na acurácia diagnóstica, e os problemas serem julgados isoladamente, e não na abordagem de uma síndrome. Nesse sentido, ao evidenciar a SIF, o enfermeiro aperfeiçoará o cuidado de enfermagem, já que serão reveladas especificidades que serão observadas na escolha das intervenções de enfermagem, implicando, portanto, um cuidado individualizado e sistematizado ao idoso frágil.

Na realização desta pesquisa aponta-se como limitação a avaliação do sedentarismo, por meio de autorrelato, as perdas ocorridas no segundo momento de coleta de dados, o tipo de estudo, transversal, e o *deficit* cognitivo que pode ter causado viés de resposta nas questões autorrelatadas. Recomenda-se que em estudos futuros sejam adotados instrumentos de mensuração do grau de atividade física do paciente.

CONCLUSÃO

Na avaliação do DE SIF em idosos com DM e/ou HAS atendidos na atenção primária foram identificados os DE que compõem suas características definidoras, os principais deles são: Memória prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Fadiga, Deambulação prejudicada, *Deficit* no autocuidado para vestir-se, Intolerância à atividade e Isolamento Social.

Diante desses resultados, torna-se, portanto, essencial ao enfermeiro intervir precocemente, planejar e implementar ações em curto e longo prazo, para prevenir incapacidades, limitações físicas e promover a autonomia e independência deste grupo etário. Tais ações podem ser voltadas para a minimização de problemas relacionados à fragilidade do idoso, como a diminuição do sedentarismo por meio do incentivo à realização de exercício físico, utilização de oficinas ou grupos operacionais de trabalho para abordar a estimulação cognitiva e atividades que envolvam os idosos em grupos sociais na comunidade.

Considerando as projeções do aumento exponencial do quantitativo de idosos, e que esta população com comprometimentos na saúde podem gerar gastos e modificar o contexto familiar e social em que estão inseridos, é imprescindível a realização de estudos nesta temática, tanto para o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção a saúde do idoso quanto para nortear e aperfeiçoar a assistência de enfermagem, por meio de estudos que envolvam instrumentos validados para a avaliação do idoso, conferindo qualidade e cientificidade no planejamento do cuidado.

Deambulação prejudicada, 53,8% com *Deficit* no autocuidado para vestir-se, 43,6% com Intolerância à atividade, 35,9% com Isolamento Social, 30,8% com Desesperança, 29,5% com *Deficit* no autocuidado para alimentação, 29,5% com *Deficit* para banho, 12,8% com *Deficit* para higiene íntima, e 10,3% com Débito cardíaco diminuído. **Conclusão:** O diagnóstico de enfermagem Síndrome do Idoso Frágil permite ter uma visão multidimensional do idoso. Considerando que um fator pode acarretar agravos a vários campos da saúde, torna-se essencial que o enfermeiro intervenha precocemente, planeje e implemente ações em curto e em longo prazo.

DESCRITORES

Idoso; Idoso Fragilizado; Diagnóstico de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Enfermagem Geriátrica; Doença Crônica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el diagnóstico enfermero Síndrome del Anciano Frágil en personas mayores con enfermedades crónicas de un centro regional de salud del Distrito Federal. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, llevado a cabo con ancianos que presentaban hipertensión arterial y/o *diabetes mellitus* atendidos en Unidades Básicas de Salud. Se utilizó un Cuestionario sociodemográfico, Miniexamen del Estado Mental, datos antropométricos, evaluación de la sarcopenia (medida por la composición corporal), fuerza muscular y capacidad funcional e identificación de diagnóstico de enfermería de la NANDA-I. Los datos fueron analizados en *software* estadístico. **Resultados:** Participaron 78 personas mayores. Fueron identificados el 93% de ancianos con Memoria perjudicada, el 93,6% con Movilidad física perjudicada, el 82,1% con Fatiga, el 76,9% con Deambulación perjudicada, el 53,8% con Déficit en el autocuidado para vestirse, el 43,6% con Intolerancia a la actividad, el 35,9% con Aislamiento Social, el 30,8% con Desesperanza, el 29,5% con Déficit en el autocuidado para alimentación, el 29,5% con Déficit para baño, el 12,8% con Déficit para higiene íntima, el 10,3% con Gasto cardíaco disminuido. **Conclusión:** El diagnóstico enfermero Síndrome del Anciano Frágil permite tener una visión multidimensional de la persona mayor. Considerándose que un factor puede traer agravamientos a distintos campos de la salud, se hace esencial que el enfermeiro intervenga precocemente, planifique e implante acciones a corto y largo plazo.

DESCRIPTORES

Anciano; Anciano Frágil; Diagnóstico de Enfermería; Proceso de Enfermería; Enfermería Geriátrica; Enfermedad Crónica.

REFERÊNCIAS

1. Valcareghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):618-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419i>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
3. Oliveira ATR, Oneill MMVC. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população: uso e ocupação do solo [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013 [citado 2018 jan. 28]. Disponível em: <http://books.scielo.org/>
4. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós Gerontol* [Internet] 2015 [citado 2018 jan. 28];18(1):325-39. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092/18731>
5. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 2018 jan. 28];107(3 Supl.3). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016 [Internet]. São Paulo: SBD; 2016 [citado 2018 jan. 28]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
7. Gutiérrez MGR, Morais SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(2):455-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
8. Nanda International. Nursing diagnoses: definitions and classification: 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2015.
9. Garrido-Abejar M, Serrano-Parra M D, Bartolomé-Gutiérrez R, Martínez Vizcaino V. Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en hombres y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo severo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(6):247-53. DOI: 10.1016/j.regg.2012.06.007
10. Lacerda NFRS, Lima PV. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas idosas com diabetes mellitus. *Rev Multidisc Psicol*. 2017;11(38):431-44. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v11i38.908>
11. Clares JWB, Guedes MVC, Silva LF, Nóbrega MML, Freitas MC. Subset of nursing diagnoses for the elderly in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):270-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200013>
12. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr*. 2003; 61(3B):777-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>
14. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on sarcopenia in older people. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
15. Alexandre TS, Meira DM, Rico NC, Mizuta SK. Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisiot*. 2012;16(5):381-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000041>
16. Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *J Appl Physiol*. 2003;95(5):1851-60. DOI: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00246.2003>
17. Oliveira RJ, Bottaro M, Junior JT, Farinatti PTV, Bezerra LA, Lima RM. Identification of sarcopenic obesity in postmenopausal women: a cutoff proposal. *Braz J Med Biol Res*. 2011;44(11):1171-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2011007500135>
18. Fachine BRA, Trompieri N. The aging process: the main changes that occur with the elderly over the years. *Inter Sci*. 2012;1(20):106-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

19. Andrade NA, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 jan. 28];21(4):748-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/04.pdf>
20. Rizzuto D, Melis RJF, Angleman S, Qiu C, Marengoni A. Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(5):1056-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14868>
21. Silva JS, Martuscelli ICS, Fernandes VLS, Rodrigues FF, Fernandes LC, Carvalho FA, et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos institucionalizados do Município de Anápolis. *Rev Educ Saúde* [Internet]. 2017 [citado 2018 jan. 28];5(1):66-74. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaomsaude/article/view/2384>
22. Guerra HS, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM, Sousa RA, Neves CM. Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade. *Rev Saúde Com* 2017;13(2):879-886. DOI: <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v13i2.434>
23. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica *Diabetes Mellitus*. Brasília; 2013.
24. Nogueira IC, Santos ZMS, Monte'Alverne DGB, Martins ABT, Magalhães CBA. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(3):587-601. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000300019>
25. Domiciano BR, Braga DKAP, Silva PN, Vasconcelos TB, Macena RHM. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Neurociênc*. 2014;22(3):330-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4181/RNC.2014.22.03.971.7p>
26. Zortea B, Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Ilha S, Cruz VD. Cognitive assessment of elderly people in outpatient care. *Rev Rene*. 2015;16(1):123-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100016>
27. Stoeber K, Heber A, Eichberg S, Brixius K. Sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in elderly men with and without obesity. *Gerontol Geriatr Med*. 2017;3:1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2333721417713637>
28. Moraes PCA, Mauricio TF, Moreira RP, Guedes NG, Rouberte ESC, Ferreira JDF, et al. Nursing diagnosis of Impaired Physical Mobility in elderly people at primary health care. *Int Arq Med*. 2017;10(35):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/2305>
29. Bianchi AB, Oliveira JM, Bertolini SMMG. Marcha no processo de envelhecimento: alterações, avaliação e treinamento. *Rev Uningá* [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 28];45(n.esp):52-55. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1232/854>
30. Santos MIP, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):753-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300021>
31. Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária: estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1353](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1353)
32. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(4):623-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670419>
33. Ventura J, Semedo DC, Paula SF, Silva MRS, Pelzer MT. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. *Rev Enfem* [Internet]. 2016 [citado 2018 jan. 28];12(12):101-13. Disponível em: <http://revistas.fv.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2260>
34. Agha M, Riaz MBBS. The rising prevalence of obesity: part A impact on public health. *Int J Surg Oncol*. 2017;2(7):e17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/IJ9.0000000000000017>
35. Andrade ABCA, Ferreira AA, Aguiar MJG. Conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas da depressão. *Saúde Redes*. 2016;2(2):157-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p157-166>
36. Ortolani FPB, Goulart RMM. Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento: produção científica sobre o tema. *Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 2018 jan. 28];2015;18(1):307-24. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26063>

