

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH FRAILTY IN THE ELDERLY

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA FRAGILIDAD EN LOS ANCIANOS

Yanne Jannine Gomes Araújo Morais¹

Williane Venâncio Coelho¹

Keylla Talitha Fernandes Barbosa¹

Natália Pessoa da Rocha Leal¹

Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira¹

(<http://orcid.org/0000-0002-6855-8778>)

(<http://orcid.org/0000-0002-4619-108X>)

(<http://orcid.org/0000-0001-6399-002X>)

(<http://orcid.org/0000-0001-6404-5580>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5966-232X>)

Descritores

Assistência de enfermagem;
Fragilidade; Saúde do idoso;
Assistência ambulatorial

Descriptors

Nursing care; Fragility; Health of the
elderly; Ambulatory care

Descriptores

Atención de enfermería; Fragilidad;
Salud del anciano; Atención
ambulatoria

Submetido

8 de Agosto de 2020

Aceito

31 de Maio de 2021

Conflitos de Interesse:

nada a declarar.

Autor correspondente

Yanne Jannine Gomes Araújo
Morais

E-mail: jannine_yanne@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, com 100 idosos. Para tanto, utilizou-se um instrumento estruturado, contendo questões relacionadas às características sociodemográficas e clínicas; e a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS). A análise de dados foi realizada por meio da estatística descritiva, com análise de natureza univariada para todas as variáveis e testes Qui-quadrado e t de Student.

Resultados: Entre os idosos, 34% apresentaram fragilidade leve e 27% eram, aparentemente, vulneráveis. Evidenciou-se as relações entre fragilidade, polifarmácia, idade avançada e baixa escolaridade.

Conclusão: A maioria dos idosos apresentou fragilidade leve. Houve relação entre fragilidade leve e idade avançada, baixa escolaridade e polifarmácia.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with frailty in the elderly in outpatient care.

Methods: This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, involving 100 elderly people. For this, a structured instrument was used, containing questions related to sociodemographic and clinical characteristics; and the Edmonton Frailty Scale (EFS). Data analysis was performed using descriptive statistics, with univariate analysis for all variables and Chi-square and Student's t tests.

Results: Among the elderly, 34% had mild frailty and 27% were apparently vulnerable. The relationship between frailty, polypharmacy, advanced age and low education was evidenced.

Conclusion: The majority of the elderly had mild frailty. There was a relationship between mild frailty and advanced age, low education and polypharmacy.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la prevalencia y factores asociados a la fragilidad en ancianos en atención ambulatoria.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, que involucró a 100 personas mayores. Para ello, se utilizó un instrumento estructurado, que contiene preguntas relacionadas con características sociodemográficas y clínicas; y la Escala de fragilidad de Edmonton (EFS). El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, con análisis univariante para todas las variables y pruebas de Chi-cuadrado y t de Student.

Resultados: Entre los ancianos, el 34% tenía fragilidad leve y el 27% aparentemente vulnerable. Se evidenció la relación entre fragilidad, polifarmacia, edad avanzada y baja escolaridad.

Conclusión: La mayoría de los ancianos presentaba una leve fragilidad. Existió relación entre fragilidad leve y edad avanzada, bajo nivel educativo y polifarmacia.

¹Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil.

Como citar:

Morais YJ, Coelho WV, Barbosa KT, Leal NP, Oliveira FM. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos. *Enferm Foco*. 2021;12(5):860-5.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3752>

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional teve início no final do século XIX e se estendeu, de modo acelerado, nos últimos anos, sendo possível observar uma transformação na pirâmide etária, caracterizada pelo aumento significativo de pessoas idosas, vinculada ao avanço da expectativa de vida desta população.⁽¹⁾

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e progressivo em todas as suas dimensões, sejam elas biológica, psicológica, socioeconômica, cultural ou espiritual. Os idosos possuem características distintas quando comparados às demais faixas etárias, fazendo com que a sua avaliação de saúde seja mais ampla e multidisciplinar, pois abrange processos funcionais, cognitivos, psíquicos, nutricionais e sociais, aprimorando a assistência e, assim, valoriza-se a autonomia e independência no ambiente em que vivem.⁽²⁾

Nesse contexto, é inerente da senescência o surgimento de síndromes, as quais podem ser evidenciadas como resultado do declínio gradual do processo metabólico celular, interferindo em todos os sistemas orgânicos e que contribui para um decréscimo na capacidade de tolerar fatores estressores, aumentando o risco de ocorrência de desfechos variados. Assim, surge a fragilidade como uma síndrome clínica que gera um estado de vulnerabilidade ao idoso, relacionada à diminuição da força, da resistência e da função fisiológica, e aumentando o risco de sofrerem situações adversas como quedas, traumas, infecções, diminuição capacidade funcional, além de pressão arterial instável e do desenvolvimento de maior dependência.⁽³⁾

A identificação, avaliação e tratamento de pessoas idosas frágeis tendem a ser o foco da atenção em geriatria e gerontologia. Essa condição é altamente prevalente entre os idosos longevos, grupo que cresce mais rapidamente na população idosa. O cuidado voltado aos idosos e a prevenção da síndrome da fragilidade estão interligados com a formação de profissionais capacitados, reconhecendo que o cuidado dispensado a esse grupo requer habilidades especiais, além de maior tempo de intervenção.⁽³⁾

Diante desse contexto, o enfermeiro deve conhecer cada vez mais o processo de envelhecimento e buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através da prestação de um cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco para desenvolvê-la. Para isso, faz-se necessário utilizar ferramentas que avaliem o estado de saúde dessa população, subsidiando cuidados futuros.⁽⁴⁾

Assim, torna-se imprescindível investigar acerca da prevalência da fragilidade em idosos, bem como as

características sociodemográficas e clínicas daqueles que são frágeis, contribuindo com evidências que possam subsidiar as práticas de prevenção e promoção à saúde nessa faixa etária.

Para nortear esta pesquisa foram elaborados os seguintes questionamentos: qual a prevalência da fragilidade em idosos, em atendimento ambulatorial, no município de João Pessoa, Paraíba? Quais são as características sociodemográficas e clínicas dos idosos classificados como frágeis? Para responder tais questionamentos, foi elencado o seguinte objetivo para o estudo: Investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal com abordagem quantitativa, realizado no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, em uma policlínica de atenção integral a saúde do idoso, localizada no município de João Pessoa, Paraíba.

A população do estudo foi composta por idosos atendidos na policlínica. Foram incluídos no estudo pessoas de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos. Foram excluídos da pesquisa àqueles que tiveram dificuldades na comunicação, comprometendo a execução da entrevista ou idade inferior a 60 anos.

A determinação da amostra foi do tipo probabilística, por meio da técnica de amostragem simples. A seleção dos indivíduos foi pela verificação, junto ao serviço, do quantitativo de idosos atendidos nos últimos seis meses. Com isso, a amostra foi delimitada considerando a seguinte fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q = 1-P$; d = precisão desejada. Adotou-se $p = 50\%$, por se tratar de uma avaliação multidimensional, e parâmetro de erro amostral de 5%. Após aplicação de tais critérios, 100 idosos compuseram a amostra final.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista, subsidiada por um instrumento padronizado, contemplando questões referentes à caracterização sociodemográfica e clínica, e pela escala de fragilidade proposta por Rolfson,⁽⁵⁾ a *Edmonton Frail Scale* (EFS), validada para a realidade brasileira.

A EFS observa e avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. A pontuação máxima da escala é 17, a qual identifica o nível mais alto de fragilidade. Os escores são: 0-4 não apresenta fragilidade;

5-6 aparentemente vulnerável; 7-8 fragilidade leve; 9-10 fragilidade moderada; 11 ou mais fragilidade severa.⁽⁵⁾

A análise dos dados foi executada por meio de abordagem quantitativa, por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis, englobando medidas de posição, frequência e dispersão. Para equiparar as principais variáveis categóricas, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado e para comparação das médias com as demais variáveis, foi utilizado o teste T Student, de acordo com os objetivos do estudo. Para isto, foi necessário incluir os dados no sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 20.0.

Durante todo o processo de realização da pesquisa, foram adotados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos e o estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 23212919.0.0000.5176.

RESULTADOS

No presente estudo, prevaleceram idosos do sexo feminino (70,0%), com faixa etária entre 70 - 74 anos (31,0%), e média de 70,8 (DP ± 6,0). A maioria era casada ou tinha união estável (44,0%) e, em relação à raça, 38,0% autorreferiram cor preta; 92,0% frequentaram a escola, predominantemente por até cinco anos (32,0%). Ainda, 76,0% mencionaram receber um salário mínimo como renda mensal individual e 50,0% relataram renda familiar de dois salários mínimos; 84,0% moravam com familiares (Tabela 1).

De acordo com os aspectos relacionados à saúde, 89,0% relataram sentir-se satisfeito com sua saúde, e 94,0% mencionaram possuir pelo menos um diagnóstico médico, dentre os quais destacaram-se Hipertensão arterial (61,0%), Diabetes mellitus (35,0%) e Osteoporose (27,0%) (Tabela 2). No que se refere a quantidade de medicamentos utilizados diariamente, 52,0% utilizavam de 1-3; 24,0% de 3-5; 15,0% mais de cinco e 9,0% referiram não utilizar medicamentos todos os dias (dados não apresentados em tabela).

Após aplicação da Escala de Edmonton, observou-se predominância da fragilidade leve (34,0%), seguida de aparentemente frágeis (27,0%) e não frágeis (23,0%). Ainda, foram realizados os testes de associação Qui-quadrado de Pearson, no qual identificou relação estatisticamente significativa entre fragilidade leve e estarem na faixa etária entre 75 -79 anos ($p \leq 0,005$). Por conseguinte, ao comparar as médias através do teste T Student foi observado significância estatística entre a presença de fragilidade e as variáveis: polifarmácia (consumo de cinco ou mais

Tabela 1. Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas (n= 100)

Variáveis	n(%)
Sexo	
Feminino	70(70,0)
Masculino	30(30,0)
Idade	
60 a 64 anos	17(17,0)
65 a 69 anos	23(23,0)
70 a 74 anos	31(31,0)
75 a 79 anos	20(20,0)
>80 anos	9(9,0)
Estado civil	
Casado/União Estável	44(44,0)
Viúvo (a)	31(31,0)
Separado (a)	16(16,0)
Solteiro (a)	9(9,0)
Cor	
Preta	38(38,0)
Branca	31(31,0)
Parda	25(25,0)
Amarela	6(6,0)
Frequentou a escola	
Sim	92(92,0)
Não	8(8,0)
Escolaridade em anos de estudo	
Analfabeto	11(11,0)
Até 5 anos	32(32,0)
5 a 10 anos	30(30,0)
11 a 14 anos	5(5,0)
15 anos ou mais	22(22,0)
Renda do idoso*	
1 salário	76(76,0)
2 salários	19(19,0)
3 salários ou mais	4(4,0)
Não possui	1(1,0)
Renda da família*	
1 salário	35(35,0)
2 salários	50(50,0)
3 salários ou mais	15(15,0)
Moradia	
Com familiares	84(84,0)
Sozinho	13(13,0)
Não informado	3(3,0)

*Salário mínimo: R\$ 1.039,00

Tabela 2. Distribuição da amostra, segundo morbididades autorreferidas (n=100)

Doenças*	n(%)
Hipertensão arterial	61(61,0)
Diabetes mellitus	35(35,0)
Osteoporose	27(27,0)
Artrose/Artrite	24(24,0)
Hérnia de disco	10(10,0)
Hipercolesterolemia	7(7,0)
Catarata	6(6,0)
Glaucoma	5(5,0)
Alzheimer	5(5,0)
Depressão	4(4,0)

* Possibilidade de mais de uma resposta

medicamentos ao dia) ($p = 0,012$); baixa escolaridade (zero a cinco anos de estudo) ($p = 0,027$) e idade avançada (72,16, DP = 6,2; $p = 0,022$).

DISCUSSÃO

A primeira seção do estudo abordou características socio-demográficas e clínicas da população envolvida na pesquisa, tendo como resultado o predomínio de idosos do sexo feminino, semelhante aos achados de análise realizada com 394 idosos, em atendimento ambulatorial em Minas Gerais, que observou que 67% dos investigados eram mulheres.⁽¹⁾

Corroborando este resultado, uma revisão sistemática realizada na América do Norte, Europa, Ásia e Austrália, encontrou uma amostra com representatividade feminina que variou entre 51,8% e 85,4% dos entrevistados.⁽⁶⁾

Este predomínio de idosos do sexo feminino decorre do processo de feminilização do envelhecimento e pode ser explicado pelas diferenças entre os sexos, que influenciam diretamente nos perfis de morbimortalidade, uma vez que as mulheres estão menos expostas aos riscos ocupacionais, consomem menor quantidade de álcool e tabaco, buscam os serviços de saúde com maior frequência, participam mais ativamente de atividades sociais e possuem menor taxa de morte por causas externas, quando comparadas ao sexo masculino.⁽⁷⁾

No que se refere à faixa etária, os dados apresentados nesta investigação sugerem que o incremento da idade está associado estatisticamente com maiores níveis de fragilização. Estudo realizado com 52 idosos em atendimento ambulatorial, encontrou média de idade de 71,8 anos (DP = 4,903) naqueles considerados frágeis.⁽⁸⁾ A crescente expectativa de vida da população e o acelerado processo de envelhecimento populacional repercutem no aumento significativo de pessoas frágeis, e com isso, relaciona-se às modificações e ao declínio de múltiplos sistemas, que podem se refletir em danos acumulados à saúde e na funcionalidade do indivíduo idoso.⁽²⁾

Conseqüentemente, há predomínio de idosos casados ou em união estável e, associado a isto, maioria refere morar com familiares, semelhante ao estudo desenvolvido em Portugal, o qual avaliou a fragilidade em 339 idosos, dentre os quais 82% eram casados e residiam com familiares.⁽⁹⁾ Isto pode estar atrelado ao fato de ser um estudo realizado a nível ambulatorial, com predomínio de idosos sem fragilidade, além de serem indivíduos que viveram em épocas cujo número de divórcio era menor devido aos valores impostos pela sociedade.⁽¹⁰⁾

Neste estudo, um maior número de pessoas autodeclara raça negra, semelhante a uma pesquisa cujo objetivo foi associar a fragilidade com perfil de idosos, identificando associação significativa entre a síndrome e raça/etnia ($p = 0,0284$). A raça negra é indicador de baixo nível socioeconômico e de saúde deficiente, associada ao alto risco de

mortalidade, tornando-se fatores contribuintes para a instalação da síndrome de maneira direta ou indireta, além de haver uma suposição indicando que a raça negra possua marcador genético influente quanto ao surgimento da fragilidade.⁽¹¹⁾

Neste contexto, outro aspecto social relevante é a baixa escolaridade, comum na população idosa e destacou-se no presente estudo como variável estatisticamente relacionada à fragilidade. Outros estudos desenvolvidos a nível ambulatorial apontam resultados semelhantes, além de estar associada à baixa renda do idoso e da sua família, tanto na presente investigação quanto em outras que abordam a mesma temática, o que pode ser justificado pelo fato de que na época em que esses idosos podiam estudar, não havia a inserção da mulher no mercado de trabalho e ela era criada para ser do lar.^(2,4,12-14)

Sendo assim, tanto a raça negra, quanto a baixa escolaridade e a diminuição da renda são fatores que desvelam maior exclusão social resultando em aumento da vulnerabilidade para eventos adversos à saúde, a exemplo da fragilidade. Neste contexto, quanto menor a escolaridade e a renda (individual ou familiar) maior será o risco do idoso tornar-se frágil, reduzindo o acesso às informações de saúde para manter um comportamento saudável e a conscientização acerca de práticas que maximizam o risco para fragilidade.⁽¹¹⁾

No tocante à caracterização clínica dos idosos, maioria mencionou possuir pelo menos um diagnóstico médico, dentre os quais destacaram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Corroborando isso, estudo realizado com 822 idosos em atendimento ambulatorial, identificou que 70,36% eram hipertensos e 33,99% eram diabéticos.⁽⁵⁾

A HAS é uma condição clínica multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) que contribuem para o processo de fragilização do idoso. Já a relação da DM com a síndrome da fragilidade justifica-se pela sarcopenia devido à resistência à insulina, infiltração de tecido adiposo na musculatura, elevação dos níveis de citocinas pró-inflamatórias e diminuição de unidades motoras que, juntos, constroem um cenário fisiopatológico ideal para o desencadeamento da síndrome.⁽¹⁵⁾

Ainda, há significativa prevalência de osteoporose nos entrevistados, sugerindo que a saúde óssea prejudicada pode agir como fator de risco para a fragilidade. Investigação desenvolvida no estado do Rio Grande do

Norte, evidenciou que 63% dos 99 participantes tinham o mesmo diagnóstico.⁽¹⁴⁾ No Brasil, são responsáveis pela redução de desempenho físico e aumento do número de quedas e fraturas, contribuindo para perda da autonomia e maior dependência para as atividades e aumento da fragilidade.⁽⁶⁾

Houve relevância estatística significativa encontrada entre fragilidade e polifarmácia, definida como consumo de cinco ou mais medicamentos ao dia, corroborando com um estudo cujo objetivo foi estimar a prevalência de polifarmácia em idosos, no qual 18,4% da amostra evidenciaram tal condição. Isso pode ser decorrente do aumento das enfermidades crônicas degenerativas que favorecem a prescrição e o uso de múltiplos medicamentos. No contexto mundial, essa condição tem levado a tratamentos farmacológicos duradouros, implicando em interações medicamentosas e efeitos adversos amplamente associados ao processo de fragilização do idoso, como alterações nervosas e neuromusculares.^(14,17)

Por fim, de acordo com as categorias de fragilidade dispostas na EFS, nesta pesquisa, seguiu a seguinte ordem de mais prevalente para o menos prevalente: fragilidade leve, aparentemente frágeis e não frágeis. Da mesma forma, um estudo realizado com 395 idosos no sul do Brasil, no qual 20,8% apresentavam fragilidade leve, 26,3% eram aparentemente frágeis e 28,9% não frágeis.⁽¹⁷⁾

A prevalência de idosos com fragilidade leve ou vulneráveis à fragilidade, destacadas nestes estudos, podem ser justificadas pelo recrutamento da amostra em âmbito ambulatorial, tratando-se, assim, de idosos que possuem interação social e autonomia, que permanecem ativos, mas que já apresentam indícios do início do processo de fragilização e que pode interferir diretamente na diminuição da autonomia e no aumento da dependência. Por outro lado, idosos que apresentam um nível mais significativo de fragilidade devem possuir prioridade nos atendimentos especializados em saúde para sua reabilitação contínua, no intuito de diminuir as repercussões da fragilidade em sua qualidade de vida.^(4,10,13-14,18)

Dessa forma, o enfermeiro deve ser capaz de conhecer os fatores associados aos componentes da fragilidade, a fim realizar uma avaliação direcionada a essas problemáticas e para buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através do cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco de desenvolvê-la.

Destaca-se como limitações desta investigação o desenho transversal, que não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis e o fato de estudo ter sido realizado em apenas um local, não permitindo generalização dos resultados.

Os dados desse estudo contribuem para o avanço do conhecimento da área de Geriatria, no que se refere à síndrome da fragilidade e suas principais relações, além de fornecer subsídios para o planejamento e implementação de cuidados relacionados a essa condição.

CONCLUSÃO

O estudo alcançou o objetivo proposto de investigar a prevalência e os fatores associados à fragilidade, assim como a sua prevalência em idosos em atendimento ambulatorial, e constatou que a maioria dos entrevistados apresentaram fragilidade leve. Observou-se, ainda, relação significativa entre fragilidade leve e idade avançada, baixa escolaridade e polifarmácia. Nesta perspectiva, e considerando a natureza processual da síndrome da fragilidade, sugere-se a realização de novos estudos sobre a temática, especialmente aqueles que utilizam metodologia prospectiva, para um melhor esclarecimento deste fenômeno.

Contribuições

Yanne Jannine Gomes Araújo Moraes; Williane Venâncio Coelho; Keylla Talitha Fernandes Barbosa; Natália Pessoa da Rocha Leal; Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

REFERÊNCIAS

1. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev Saúde Pública*. 2019;53:32.
2. Llano PM, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(5):520-30.
3. Duarte YA, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TR, Santos JL, et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: Prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(SUPPL 2):E180021.SUPL.2.
4. Maciel GM, Santos RS, Santos TM, Menezes RM, Vitor AF, Lira AL. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. *R Enferm Cent O Min*. 2016;6(3):2430-8.

5. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood KL. Validity and reliability of Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9.
6. Fhon JR, Rodrigues RA, Neira WF, Huayta VM, Robazzi ML. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):1005-13.
7. Grden CR, Barreto MF, Sousa JA, Chuertniek JA, Reche PM, Borges PK. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. *Rev Rene*. 2015;16(3):391-7.
8. Silva AB, Silva IK, Meira GR, Araújo AJ, Garcia AN, Santos CO. Avaliação ambulatorial de idosos quanto à síndrome da fragilidade, aspectos nutricionais e funcionalidade familiar. *Rev Kairós*. 2018;21(3):317-30.
9. Duarte M, Paúl C. Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. *Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):871-80.
10. Nascimento PP, Batistoni SS, Neri AL. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study - UNICAMP. *Psicol Reflex Crit*. 2016;29(16):1-11.
11. Rodrigues RA, Fhon JR, Pontes ML, Silva AO, Haas VJ, Santos JL. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018;26:e3100.
12. Lenardt MH, Moraes DC, Setlik CM, Setoguchi LS, Mello BH, Frohlich GM. Physical frailty and urinary incontinence of elderly in ambulatory care. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e67077.
13. Marques PP, Assumpção D, Rezende R, Neri AL, Francisco PM. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(5):1-13.
14. Melo EM, Marques AP, Leal MC, Melo HM. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. *Saúde Debate*. 2018;42(117):468-80.
15. Silva AP, Pureza YD, Landre CB. Síndrome da fragilidade em pacientes idosos com diabetes *mellitus* tipo 2. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(6):503-9.
16. Fagundes IV, Oliveira LP, Barros WC, Magalhães AG, Medeiros MR, Pereira DO. Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2020;19:e50072.
17. Alves NM, Ceballos AG. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. *J Health Biol Sci*. 2018;6(4):412-8.
18. Rissardo LK, Kantoriski LP, Carreira L. Avaliação da dinâmica do cuidado ao idoso em unidade de pronto atendimento. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):169-76.