



Revista Brasileira de Enfermagem

E-ISSN: 1984-0446

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasil

Lenardt, Maria Helena; Hammerschmidt Kolb Carneiro, Nathalia; Binotto, Maria Angélica;

Hautsch Willig, Mariluci; Lourenço, Tânia Maria; Albino, Jéssica

Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde

Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 69, núm. 3, mayo-junio, 2016, pp. 478-483

Associação Brasileira de Enfermagem

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267046071009>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde

Frailty and quality of life in elderly primary health care users

Fragilidad y calidad de vida de ancianos usuarios de la atención básica de salud

**Maria Helena Lenardt^I, Nathalia Hammerschmidt Kolb Carneiro^I, Maria Angélica Binotto^I,
Mariluci Hautsch Willig^I, Tânia Maria Lourenço^{II}, Jéssica Albino^{III}**

^IUniversidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba-PR, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Setor de Ciências da Saúde. Curitiba-PR, Brasil.

^{III}Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Comunitária. Curitiba-PR, Brasil.

Como citar este artigo:

Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):448-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>

Submissão: 13-04-2015 **Aprovação:** 01-12-2015

RESUMO

Objetivo: investigar a associação entre fragilidade física e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde da capital paranaense. **Método:** estudo quantitativo transversal realizado com 203 idosos. Os dados foram coletados mediante questionários de nível de atividade física, perda de peso, fadiga/exaustão, qualidade de vida e realização de testes de velocidade da marcha e força de preensão manual. **Resultados:** dos 203 idosos, 115 eram pré-frágeis, 49 não frágeis, 39 frágeis, havendo em todos os grupos associação significativa para a dimensão capacidade funcional da qualidade de vida. As dimensões limitações por aspectos físicos, dor e vitalidade foram associadas aos não frágeis. **Conclusão:** no presente estudo, a síndrome da fragilidade se mostrou inversamente proporcional à qualidade de vida e associada significativamente à capacidade funcional dos idosos. Entende-se que a fragilidade física é uma condição gerenciável e pode ser alvejada por meio de intervenções da enfermagem gerontológica.

Descritores: Idoso; Idoso Fragilizado; Qualidade de Vida; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to investigate the association between physical frailty and quality of life in elderly users of primary health care in the capital of the state of Paraná. **Method:** a cross-sectional, quantitative study with 203 elders. Data collected included: physical activity questionnaires, weight loss, fatigue/exhaustion, quality of life, performance of gait speed tests, and handgrip strength. **Results:** of the 203 older adults, 115 were pre-frail, 49 were non-frail, and 39 were frail, with a significant association with functional capacity and quality of life in all groups. The dimensions resulting from physical aspects, pain, and vitality were associated with those that were non-frail. **Conclusion:** in this study, frailty syndrome was inversely proportional to the quality of life, and significantly associated with functional capacity of older adults. Physical frailty is a manageable condition which can be targeted through geriatric nursing interventions.

Descriptors: Aged; Frail Elderly; Quality of Life; Primary Health Care; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: investigar la relación entre fragilidad física y calidad de vida de ancianos usuarios de la atención primaria de salud en la capital del estado. **Método:** estudio cuantitativo transversal con 203 ancianos. Los datos se recolectaron a través de cuestionarios de actividad física, pérdida de peso, fatiga/agotamiento, calidad de vida y pruebas de velocidad de marcha y fuerza de prensión. **Resultados:** de los 203 ancianos, 115 eran pre-frágiles, 49 no frágiles, 39 frágiles, con asociación significativa de la dimensión capacidad funcional de la calidad de vida en todos los grupos. Las dimensiones limitaciones por "aspectos físicos", "dolor" y "vitalidad" se asociaron con aquellos no frágiles. **Conclusión:** en este estudio, el síndrome de fragilidad era inversamente proporcional a la calidad de vida y significativamente asociada con la capacidad funcional de los ancianos. Se entiende que la fragilidad física es una condición manejable y puede ser impactada a través de intervenciones de enfermería geriátrica.

Descriptores: Anciano; Anciano Frágil; Calidad de Vida; Atención Primaria de Salud; Enfermería Geriátrica

INTRODUÇÃO

Quando se considera o envelhecimento e a longevidade, muitas são as preocupações acerca das mudanças nos aspectos sociais e epidemiológicos e dos impactos sobre a qualidade de vida das pessoas.

O termo qualidade de vida possui várias definições em razão da sua natureza subjetiva, não havendo consenso sobre o seu significado. Dessa maneira, existem várias correntes de pensamento que abordam o assunto qualidade de vida e que são complementares. Para este estudo, foi empregada a definição da Organização Mundial de Saúde que enuncia qualidade de vida como a “percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽¹⁾.

Estudo realizado com 260 indivíduos de 65 anos ou mais, cujo objetivo foi avaliar a percepção dos idosos acerca de sua qualidade de vida, apontou que a maioria dos idosos considera “ter saúde” e “não ter incapacidades” como as principais definições para o termo⁽²⁾. Nesse sentido, o conceito de fragilidade física é intrínseco à qualidade de vida, uma vez que se trata de “síndrome médica com múltiplas causas e contributos, que se caracteriza por diminuição de força, resistência e reduzida função fisiológica, o que condiciona o indivíduo à vulnerabilidade, maior dependência e/ou morte”⁽³⁾.

Embora as relações entre envelhecimento, fragilidade física e qualidade de vida tenham sido pouco exploradas, recente número de estudos internacionais liga a síndrome da fragilidade a pior qualidade de vida⁽⁴⁻⁷⁾. Entretanto, ainda não há um consenso estabelecido de que a síndrome da fragilidade influencia de maneira negativa na qualidade de vida dos indivíduos, sendo necessários mais estudos que abordem essa temática.

A presença da síndrome da fragilidade física aliada à baixa pontuação nos domínios de qualidade de vida poderá gerar alto número de consultas médicas e hospitalizações⁽⁶⁾. Isso sugere a possibilidade dessa população apresentar quadro prévio de incapacidade funcional, limitações na independência, alterações no padrão psicológico e, consequentemente, aumento na demanda de cuidados gerontológicos de enfermagem. Ainda em razão das incapacidades funcionais derivadas da síndrome, há possibilidades de apresentar um envelhecimento distante do proposto pela Organização Mundial de Saúde.

Considera-se que a análise do nível de fragilidade física dos idosos e sua associação à qualidade de vida traz subsídios para propostas de intervenções de enfermagem, quando o intuito é promover o rastreamento e a gestão da fragilidade e incentivar a satisfação com a vida dos idosos frágeis e pré-frágeis. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo foi investigar a associação entre fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde da capital paranaense.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde.

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo quantitativo transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Curitiba (PR). A população alvo foi composta por idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, no período de janeiro a abril de 2013.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

O tamanho da amostra foi determinado com base na estimativa da proporção populacional. A UBS possui uma população de aproximadamente 1050 idosos cadastrados. Foram considerados grau de confiança de 95% ($\alpha=0,05$) e erro amostral fixado em cinco pontos percentuais. Acrescentaram-se, ao tamanho da amostra, 10% pelas possibilidades de perdas e recusas, o que resultou em um plano amostral constituído por 203 idosos.

A amostra foi recrutada por conveniência. Os indivíduos foram convidados a participar do estudo na ordem de chegada à recepção da UBS. A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2013. Inicialmente, foi aplicado o teste do MEEM⁽⁸⁾ para avaliação cognitiva, sendo utilizados os seguintes pontos de corte: 13 pontos para baixa escolaridade, 18 pontos para média escolaridade e 26 para alta escolaridade⁽⁹⁾.

A população alvo foi composta por idosos que aguardavam consulta na UBS, selecionados por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) ter idade igual ou superior a 60 anos; b) estar cadastrado na Unidade Básica de Saúde de realização da pesquisa; c) apresentar capacidade cognitiva, ou seja, ser capaz de responder aos questionários do estudo, identificado por meio dos pontos de corte do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foi critério de exclusão do idoso: possuir doenças, problemas e sintomas físicos e mentais que, por qualquer motivo, impeçam a aplicação dos questionários e a realização dos testes.

Protocolo do estudo

A síndrome da fragilidade física foi avaliada por meio de cinco componentes físicos: força de preensão manual, velocidade da marcha, fadiga/exaustão, nível de atividade física e perda de peso não intencional⁽¹⁰⁾. Os idosos que apresentaram declínio em três ou mais desses componentes foram considerados frágeis. Aquele que apresentou declínio em uma ou duas dessas características foi considerado pré-frágil e o idoso sem declínio era não frágil⁽¹⁰⁾.

Com o objetivo de tornar efetiva a especificidade dos idosos brasileiros, foram realizadas duas alterações na avaliação das medidas do fenótipo de fragilidade. De acordo com pesquisadores norte-americanos⁽¹⁰⁾, para identificar o nível de atividade física é aplicado o *Minnesota Leisure Activity Questionnaire*, sendo que na avaliação do nível de energia utilizam duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D. No presente estudo, para o componente atividade física, foi aplicado o Questionário de Nível de Atividade Física para Idosos – CuritibAtiva⁽¹¹⁾. O nível de energia foi conhecido por uma questão da Escala de Depressão Geriátrica – GDS e por uma escala visual graduada, utilizando-se uma régua numerada⁽¹²⁾. Para o componente atividade física, os idosos que

obtiveram pontuação compatível com inativo ou pouco ativo foram considerados com declínio para esse componente. Quanto ao nível de energia, aqueles que responderam negativamente a questão “Você se sente cheio de energia?”, bem como apontaram número igual ou inferior a três na régua numerada, foram considerados com declínio para esse componente.

O componente perda de peso não intencional foi avaliado pelo autorrelato de perda de peso no último ano⁽¹⁰⁾. Os idosos que relataram perda de peso igual ou maior do que 4,5 kg no último ano, ou 5% do peso corporal, foram considerados em declínio para esse componente de fragilidade. A lentidão foi mensurada pelo teste de velocidade da marcha medida em segundos (distância de 4 m) e ajustada para gênero e altura⁽¹⁰⁾. A força de preensão manual foi medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e índice de massa corporal – IMC⁽¹⁰⁾. Para ambos os componentes de fragilidade, os idosos que obtiveram força de preensão manual e velocidade da marcha alocados no quartil mais baixo da amostra foram considerados em declínio para esses componentes.

Para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, foi utilizado o *Medical Outcomes Study – MOS, Short Form 36 – SF-36*. O instrumento é constituído de 36 questões, com uma de comparação entre a saúde atual e prévia e 35 classificadas em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. A pontuação final varia de zero a 100, sendo os escores mais altos indicadores de percepção positiva da saúde. O instrumento foi validado para a língua portuguesa e denomina-se “Brasil – SF-36”⁽¹³⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados no programa computacional Excel 2007, sob dupla checagem, para diminuir a possibilidade de erro. Na sequência, foram verificados por uma terceira pessoa, de forma a garantir a exatidão dos dados. As análises estatísticas foram realizadas no software *Epi Info* versão 6.04 e *Statistica* versão 8.0. Inicialmente, foi empregada estatística descritiva (distribuição de frequência absoluta e percentual,

média e desvio padrão). Para a associação entre a variável condição de fragilidade e as variáveis de qualidade de vida, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 203 idosos, dos quais 115 (56,7%) foram classificados como pré-frágeis, 49 (24,1%) eram idosos não frágeis e 39 (19,2%) frágeis.

Quanto aos componentes da síndrome de fragilidade, a maior distribuição de frequência foi para o componente força de preensão manual, seguido por nível de atividade física, velocidade da marcha, perda de peso não intencional e fadiga/exaustão (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da frequência dos componentes da fragilidade nos idosos por sexo, Curitiba, Paraná, Brasil, 2013

Componentes da fragilidade	Total n (%)	Homem n (%)	Mulher n (%)
Fadiga/exaustão	11 (5,3)	3 (1,4)	8 (3,9)
Perda de peso não intencional	40 (19,7)	16 (7,8)	24 (11,9)
Velocidade da marcha	52 (25,6)	21 (10,3)	31 (15,2)
Nível de atividade física	90 (44,3)	41 (20,1)	49 (24,2)
Força de preensão manual	99 (48,7)	13 (6,4)	86 (42,3)

Observa-se, na Tabela 2, que os idosos frágeis obtiveram menor média em todas as dimensões da qualidade de vida. Já as maiores médias foram obtidas pelos idosos não frágeis.

Na Tabela 3, verifica-se a comparação das variáveis da qualidade de vida, que mostraram associação estatística entre os três grupos de idosos. A dimensão capacidade funcional foi significativa para os idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis, sendo que as dimensões limitações por aspectos físicos, dor e vitalidade se associaram, significativamente, aos não frágeis.

Tabela 2 – Qualidade de vida dos idosos por dimensão e nível de fragilidade, Curitiba, Paraná, Brasil, 2013

Dimensões da qualidade de vida	Idoso frágil		Idosos pré-frágil		Idoso não frágil		Valor de p^*
	Média (DP)	Variação observada	Média (DP)	Variação observada	Média (DP)	Variação observada	
Capacidade Funcional	61,1 (27,9)	0 – 100	73,2 (24,5)	40 – 100	87,7 (16,9)	0 – 100	<0,001 [†]
Limitações por aspectos físicos	71,1 (41,1)	0 – 100	80,4 (36,2)	0 – 100	96,4 (16,1)	0 – 100	0,001 [†]
Dor	60,4 (30,7)	0 – 100	62,5 (31,8)	10 – 100	78,9 (24,6)	0 – 100	0,002 [†]
Estado geral de saúde	71,4 (17)	32 – 97	73 (22,7)	20 – 100	76 (22,5)	10 – 100	0,245

Continua

Tabela 2 (conclusão)

Dimensões da qualidade de vida	Idoso frágil		Idoso pré-frágil		Idoso não frágil		Valor de <i>p</i> *
	Média (DP)	Varição observada	Média (DP)	Varição observada	Média (DP)	Varição observada	
Vitalidade	75 (24,4)	15 – 100	75,9 (22,4)	30 – 100	85,8 (17,2)	0 – 100	0,011[†]
Aspectos sociais	85,6 (25,6)	0 – 100	88,6 (25,3)	0 – 100	89,9 (24,6)	0 – 100	0,386
Aspectos emocionais	81,1 (36,5)	0 – 100	87,9 (31,1)	0 – 100	89,5 (30,8)	0 – 100	0,204
Saúde mental	76,4 (23,4)	20 – 100	77,9 (23,2)	16 – 100	85,3 (16,7)	4 – 100	0,168

Notas: * = Teste de Kruskal-Wallis, *p*<0,05; †Variáveis significativas; DP = Desvio padrão.

Tabela 3 – Comparação das variáveis da qualidade de vida significativa aos grupos frágeis, pré-frágeis e não frágeis, Curitiba, Paraná, Brasil, 2013

Grupos comparados	Capacidade funcional	Limitações por aspectos físicos	Dor	Vitalidade
Frágil x pré-frágil	0,010*	0,110	0,583	0,833
Frágil x não frágil	0,00000003*	0,0003*	0,003*	0,031*
Pré-frágil x não frágil	0,00002*	0,005*	0,001*	0,003*

Notas: * = Teste de Kruskal-Wallis; *p*<0,05.

DISCUSSÃO

No presente estudo, os resultados sobre qualidade de vida de idosos frágeis se assemelham aos internacionais⁽⁶⁻⁷⁾, quando estes apontam os idosos frágeis com menor qualidade de vida. Do mesmo modo, as dimensões da qualidade de vida - capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral da saúde - estão entre as dimensões mais prejudicadas nos idosos frágeis.

Estudo realizado com 1.008 idosos estadunidenses de ascendência mexicana e idade ≥ 74 anos, com o objetivo de relacionar a síndrome de fragilidade à qualidade de vida, concluiu que os idosos frágeis obtiveram menores médias no aspecto capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde⁽⁶⁾.

Outro estudo⁽⁷⁾, que objetivou identificar a incidência da fragilidade e a relação entre qualidade de vida dos idosos, com 374 participantes chineses na faixa etária ≥ 65 anos, mostrou resultados semelhantes. As dimensões menos pontuadas pelos idosos frágeis foram as limitações por aspectos físicos, estado geral da saúde e capacidade funcional.

A dimensão dor foi a mais prejudicada da qualidade de vida. Estudo⁽¹⁴⁾ cujo objetivo foi identificar a associação entre dor, fragilidade e comorbidade corrobora ao presente resultado, uma vez que as variáveis dor e fragilidade mostraram forte associação em uma amostra de 1.705 idosos australianos. Pesquisadores⁽¹⁵⁾ confirmam essa significância ao mostrar que a dor no envelhecimento está relacionada a sintomas que são precursores do declínio da saúde e, se identificada precocemente, pode ser um fator importante na prevenção da fragilidade.

É preciso destacar que o quadro de dor é regido por códigos culturais, ou seja, seus modos de expressão variam entre

lugares e regiões, podendo estar relacionada à prevalência dos componentes de fragilidade. Os idosos frágeis e pré-frágeis apresentaram com maior frequência os componentes diminuição da força de preensão manual, baixo nível de atividade física e lentidão. O declínio desses componentes leva o idoso à fragilidade, declínio da saúde e aumento da dor.

A dimensão capacidade funcional se mostrou diretamente proporcional ao nível de fragilidade, ou seja, quanto maior o quadro de fragilidade, maior é o prejuízo da capacidade funcional dos idosos. Estudo realizado com 391 idosos brasileiros, que possuíam idade ≥ 65 anos, investigou as características, a prevalência e os fatores associados à fragilidade⁽¹⁶⁾. Como resultado, obteve 16,4% do total de idosos dependentes para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e 64,5% de dependentes para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Ambas, ABVD e AIVD, se associaram à fragilidade com níveis de significância *p*=0,010 e *p*=0,003, respectivamente.

Apesar dos conceitos de fragilidade e capacidade funcional serem distintos, é necessário entender a relação entre essas duas variáveis⁽¹⁷⁾. Estudos indicam que fatores intrinsecamente ligados à fragilidade, como baixo nível de atividade física, fadiga, velocidade da marcha e força muscular diminuída, podem ser preditores de incapacidade funcional⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Na presente investigação, a capacidade funcional obteve resultados significativos nos três grupos (*p*<0,001), o que sugere a importância da manutenção da capacidade funcional não somente nos idosos pré-frágeis e frágeis, mas também nos idosos não frágeis.

Os idosos com capacidade funcional diminuída possuem limitações por aspectos físicos. Além disso, quanto maior o nível de fragilidade, maior é a limitação apresentada por esses idosos. Esse resultado está associado ao próprio caráter biológico da

síndrome, uma vez que no ciclo da fragilidade os problemas físicos, como a sarcopenia, as múltiplas doenças, o uso excessivo de medicamentos e as desregulações neuroendócrinas, possuem relação direta com a fragilidade e, consequentemente, interfazem na qualidade de vida desses indivíduos. Pesquisadores⁽¹⁹⁾ afirmam que as deficiências na saúde física inerentes à fragilidade estão associadas à redução na qualidade de vida dos idosos.

As dimensões dor e limitação por aspectos físicos se associaram significativamente ao grupo dos idosos não frágeis. O achado sugere a necessidade de atenção a essas dimensões da qualidade de vida principalmente nos idosos não frágeis, pois, a partir do momento em que o idoso inicia o processo de fragilidade, essas dimensões tendem a se tornar prejudicadas, com menor potencial para intervenção.

As dimensões que mostraram maior pontuação no questionário de qualidade de vida respondido pelos idosos frágeis são aquelas relacionadas à dimensão psicossocial: vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Muitos idosos, apesar de apresentarem sinais de fragilidade, mostram-se ativos, participativos na sociedade e satisfeitos com a vida⁽²⁰⁾, o que justifica melhor pontuação nessas dimensões.

A dimensão vitalidade, nos idosos frágeis, apresentou menor pontuação. Pesquisadores norte-americanos afirmam que há influência da diminuição da velocidade da marcha na vitalidade dos idosos, pois sua execução, controle de movimento e apoio estão relacionados ao funcionamento de múltiplos órgãos, como coração e pulmão, sistema circulatório, nervoso e músculo esquelético⁽²¹⁾. A diminuição da velocidade da marcha pode ser um reflexo de dano em algum desses sistemas ou componentes, sendo considerado, portanto, um indicador de resumo simples e acessível de vitalidade⁽²¹⁾.

A dimensão vitalidade se apresentou significativa ao grupo não frágil, indicando que essa dimensão da qualidade de vida merece atenção e intervenção quando ainda não há o desenvolvimento de fragilidade no idoso. Observa-se que, após o estabelecimento do quadro, independente de ser fragilidade ou pré-fragilidade, a tendência é que as ações se tornem menos eficientes.

Um dos motivos pelo qual a dimensão saúde mental se manteve menos prejudicada foi o baixo índice de idosos que autorreferiram possuir fadiga e exaustão. Segundo estudo sobre fadiga/exaustão em idosos, aqueles que apresentaram pré-fragilidade para esse componente possuem mecanismos psiconeuroimunológicos aumentados, o que eleva a produção de citocinas e, consequentemente, contribui para transtornos depressivos e baixa pontuação dessa dimensão na qualidade de vida⁽⁴⁾. Baixos índices de fadiga/exaustão resultaram em

maior pontuação da dimensão saúde mental no grupo frágil.

As dimensões aspectos emocionais e aspectos sociais apresentaram leve melhora ao comparar suas posições no grupo dos idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis, mesmo mostrando menor pontuação nos idosos frágeis. Ou seja, apesar de se apresentarem com médias compatíveis a boa qualidade de vida nos idosos não frágeis, nos pré-frágeis e frágeis, essas dimensões se apresentaram como melhores avaliadas pelos idosos. Estudo de revisão da literatura⁽²²⁾, cujo objetivo foi sintetizar as pesquisas que apresentam relação entre depressão e fragilidade em idosos, mostrou que dos 39 estudos avaliados, todos (16 estudos transversais e 23 estudos de coorte) afirmam que a fragilidade, seus componentes e o comprometimento funcional são fatores de risco para a depressão.

A limitação do estudo está relacionada ao desenho transversal que não permite o melhor entendimento de algumas relações de causa e efeito entre variáveis. Sugere-se a realização de estudos longitudinais e de coorte que possam explorar melhor essas relações, bem como os efeitos a longo prazo da fragilidade na qualidade de vida dos idosos.

Os resultados do presente estudo poderão orientar cuidados de enfermagem em gerontologia com o idoso frágil, pré-frágil e não frágil. As investigações sobre a síndrome da fragilidade física e qualidade de vida dos idosos subsidiarão o estabelecimento de cuidados para combater a fragilidade e, consequentemente, resultar na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

CONCLUSÃO

A fragilidade está associada à qualidade de vida dos idosos, pois quanto maior é o nível de fragilidade, menor é a qualidade de vida desses indivíduos. Nos frágeis, as dimensões físicas da qualidade de vida foram as mais prejudicadas, enquanto que as dimensões psicossociais foram mais bem avaliadas.

A condição de fragilidade física do idoso não significa desfecho para pior qualidade de vida e tampouco envelhecimento e fragilidade são sinônimos. Entende-se que a fragilidade física é uma condição gerenciável, podendo ser alvejada por meio de intervenções da enfermagem gerontológica. Essas intervenções se concretizam por meio do controle do declínio físico com estímulo à realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, suporte calórico e proteico adequado, cuidados na administração da vitamina D e redução da polifarmácia. Para tanto, são imprescindíveis e urgentes os programas de rastreamento e gestão da fragilidade nos ambientes de atendimento à saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med [Internet]*. 1995[cited 2015 Apr 13];41(10):1403-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>
2. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Elders' perception of quality of life. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2010[cited 2015 Apr 13];23(1):101-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en_16.pdf
3. Morley JE, Vellas B, Kan AV, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A call to action. *JAMDA [Internet]*. 2013[cited 2014 Jan 20];14(6):392-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23764209>

4. Fillit H, Butler RN. The frailty identity crisis. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2009[cited 2015 Apr 13];57(2):348-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19207150>
5. Bilotta C, Bowling A, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, et al. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2010[cited 2014 Jan 20];8:56. Available from: <http://www.hqlo.com/content/8/1/56>
6. Masel MC, Graham JE, Reistetter TA, Markides KS, Ottenbacher KJ. Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2009[cited 2014 Jan 20];23(7):70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724500/>
7. Chang YW, Chen WL, Lin FG, Fang WH, Yen MY, Hsieh CC, et al. Frailty and its impact on health-related quality of life: a cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users. *Plos One* [Internet]. 2012[cited 2013 Jan 18];7(5):1-5. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0038079>
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Res* [Internet]. 1975[cited 2015 Apr 13];12(3):189-98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
9. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1994[cited 2015 Apr 13];52(1):1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8002795>
10. Fried L, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001[cited 2015 Apr 13];56A(3):146-56. Available from: <https://rds185.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/83/2012/02/15/Lecture/readings/fried%20frailty%202001.pdf>
11. Rauchbach R, Wendling NM. Evolução da construção de um instrumento de avaliação do nível de atividade física para idosos curitibativa. *FIEP Bull* [Internet]. 2009[cited 2013 Apr 10];79(N Espec):543-7. Available from: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/3405>
12. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 1999[cited 2014 Jan 20];57(2B):421-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>
13. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos WS, Meinão IM, Quaresma MR. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. *Rev Bras de Reumatol* [Internet]. 1999[cited 2014 Jan 20];39(3):143-50. Available from: http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qualidade.pdf
14. Blyth FM, Rochat S, Cumming RG, Creasey H, Handelsman DJ, Le Couteur DG, et al. Pain, frailty and comorbidity in older men: The CHAMP study. *Pain* [Internet]. 2008 [cited 2015 Apr 13];140(1):224-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18835100>
15. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2010[cited 2014 Jan 21];50(sup):43-7. Available from: <http://ntur.lib.ntu.edu.tw/bitstream/246246/233081/1/The+prevalence+of+subjective+frailty+and+factors+associated+with+frailty+in+Taiwan.pdf>
16. Sousa ACPA, Dias RC, Maciel ACC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012[cited 2015 Apr 13];54(2):95-101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21930311>
17. Avlund K. Fatigue in older adults: an early indicator of the aging process? *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 13];22(2):100-15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20440097>
18. Huang WNW, Perera S, Studenski S. Performance measures predict onset of activity of daily living difficulty in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2010[cited 2013 Jan 22];58(5):844-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909370/>
19. Lin CC, Li CK, Liu CS, Lin CH, Meng NH, Lee YD, et al. Reduced health-related quality of life in elders with frailty: a cross-sectional study of community-dwelling elders in Taiwan. *Plos One* [Internet]. 2011[cited 2013 Jan 22];6(7):218-41. Available from: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0021841>
20. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 13];29(4):778-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>
21. Studenski S, Perera S, Patel K, Rosano C, Faulkner K, Inzitari M, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA* [Internet]. 2011[cited 2014 Jan 20];305(1):50-8. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=644554>
22. Briana M, Lauren E, Matt L, Moon C, Kate L. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2012[cited 2014 Jan 03];27(9):879-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276735/pdf/nihms-331088.pdf>