

Fragilidade física e a demanda de cuidados em pessoas idosas hospitalizadas: estudo transversal*

Rosane Kraus¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2587-5965>

Maria Helena Lenardt¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8309-4003>

Clovis Cechinel¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9981-3655>

João Alberto Martins Rodrigues¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5708-3148>

Daiane Maria da Silva Marques¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7168-4839>

José Baudilio Belzarez Guedez¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8042-0317>

Destaques: (1) Os níveis de cuidados de enfermagem variam entre as condições de fragilidade física. (2) Pessoas idosas frágeis demandam assistência de enfermagem superior aos não frágeis. (3) A necessidade de cuidados é proporcional à condição e aos marcadores de fragilidade. (4) Avaliação da condição de fragilidade física na admissão hospitalar é fundamental. (5) Deambulação, cuidado corporal e eliminações exigem maior cuidado entre os frágeis.

Objetivo: analisar a relação entre demanda de cuidados de enfermagem e a condição e os marcadores de fragilidade física em pessoas idosas hospitalizadas. **Método:** estudo transversal analítico com amostra de 400 pessoas idosas. Para coleta de dados, empregou-se questionário sociodemográfico, testes do fenótipo de fragilidade física e escala de avaliação de complexidade assistencial. Aplicou-se o teste exato de Fisher, Kruskal-Wallis e teste de Dunn, considerando-se significância estatística para $p \leq 0,05$. **Resultados:** houve predomínio dos pré-frágeis (48,7%), seguidos dos frágeis (35,8%) e não frágeis (15,5%). A maioria dos frágeis exigiu cuidados de alta dependência (44,8%). A demanda de cuidados mínimos foi de 80,6% para os não frágeis, 60,5% para os pré-frágeis e 14% para os frágeis. Os frágeis demandaram assistência superior aos não frágeis nas áreas: estado mental, oxigenação, motilidade, deambulação, eliminação e terapêutica ($p < 0,001$). Houve associação entre demanda de cuidado mínimo a intensivo e redução da força de preensão manual ($p < 0,001$), redução da velocidade da marcha ($p < 0,001$), fadiga/exaustão ($p < 0,001$), redução do nível de atividade física ($p < 0,001$) e perda de peso não intencional ($p < 0,019$). **Conclusão:** a maior demanda de cuidados de enfermagem associou-se à pior condição e aos marcadores de fragilidade física. A avaliação da fragilidade física é indispensável para identificar necessidades específicas e direcionar cuidados.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Fragilidade; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Idoso Fragilizado; Estudos Transversais.

Como citar este artigo

Kraus R, Lenardt MH, Cechinel C, Rodrigues JAM, Marques DMS, Guedez JBB. Frailty and nursing care demand in hospitalized older adults: a cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

2025;33:e4716 [cited   ]. Available from:  URL  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7747.4716>

Introdução

À medida que as pessoas envelhecem, verifica-se a ocorrência de multimorbidades, declínio funcional, sarcopenia, declínio cognitivo, desnutrição e fragilidade, fatores associados ao aumento das taxas de hospitalização⁽¹⁾.

A fragilidade física na pessoa idosa é um estado clínico, caracterizado por aumento da vulnerabilidade, além de ser um dos principais fatores associados ao declínio funcional e à mortalidade precoce quando expostos a um estressor⁽²⁾. Constitui fator preditivo de dependência funcional, decorrente da redução da força muscular, resistência e desempenho físico. O fenótipo da fragilidade permite classificar a condição de fragilidade como não frágil, pré-frágil e frágil, mediante os marcadores: redução da velocidade da marcha (VM), redução da força de preensão manual (FPM), perda de peso não intencional, redução do nível de atividade física e autorrelato de fadiga/exaustão⁽³⁾.

A avaliação dos marcadores do fenótipo da fragilidade torna-se imprescindível no contexto hospitalar, tendo em vista que os frágeis apresentam maior risco de complicações, não relacionadas ao motivo inicial da hospitalização⁽⁴⁾. Portanto, as intervenções de enfermagem devem ser planejadas conforme as demandas específicas decorrentes da condição de fragilidade.

A identificação das necessidades de cuidados constitui requisito essencial para o planejamento da assistência de enfermagem, sendo reconhecido que a demanda por cuidados em idosos hospitalizados é superior à observada em outras faixas etárias⁽⁵⁾. O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) elaborado por Fugulin⁽⁶⁾ é amplamente utilizado pela capacidade de analisar múltiplas dimensões do cuidado de enfermagem, oferecendo uma abordagem sistemática e abrangente para identificar necessidades específicas que norteiam a assistência de enfermagem⁽⁷⁾.

A relação entre a demanda de cuidado e a condição e os marcadores de fragilidade física em pessoas idosas hospitalizadas ainda é pouco explorada em estudos nacionais e internacionais. A crescente prevalência da fragilidade física com o processo de envelhecimento ressalta a necessidade de identificar as demandas e necessidades de cuidados desse segmento populacional hospitalizado. Essa investigação contribui para a elaboração e estruturação de intervenções direcionadas (mediante sistematização da assistência) e de planos de cuidados específicos.

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre a demanda de cuidados de enfermagem e a condição e os marcadores de fragilidade física em pessoas idosas hospitalizadas.

Método

Para a construção sistematizada do estudo, foi utilizada a ferramenta de orientação do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽⁸⁾.

Delineamento do estudo e local

Estudo de corte transversal e analítico, realizado com pessoas idosas em um hospital de média complexidade, referência para idosos, localizado na região Sul do Brasil.

População, participantes, critérios de inclusão e exclusão

Pessoas idosas hospitalizadas em enfermaria constituíram a população do estudo. Os critérios de inclusão foram: ter idade maior ou igual a 60 anos, estar hospitalizado em enfermarias clínicas ou cirúrgicas, ter a demanda de cuidado avaliada durante a hospitalização e apresentar capacidade cognitiva, rastreada pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾, considerando-se o nível de escolaridade para os pontos de corte⁽¹⁰⁾. Os critérios de exclusão foram: apresentar indicação de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e estar em precaução de gotículas. Os critérios de inclusão do acompanhante foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e acompanhar o idoso há pelo menos três meses; para os acompanhantes com idade maior ou igual a 60 anos, foi realizado rastreio cognitivo por meio do MEEM⁽⁹⁾, com pontos de corte adotados segundo a escolaridade⁽¹⁰⁾.

Cálculo da amostra e coleta de dados

Utilizou-se o cálculo amostral para população com idade ≥ 60 anos, representativa dos internamentos no ano de 2019 ($n=4.146$). Foram fixados o nível de confiança de 95% com erro amostral de 5%. Considerados os valores para cada parâmetro, obteve-se o tamanho amostral mínimo de 350 indivíduos. Neste estudo, adotou-se como tamanho da amostra 400 participantes, a fim de atingir um erro amostral inferior a 5%.

Previamente à coleta de dados, com o intuito de padronizar a execução e minimizar vieses de coleta, foram realizados treinamentos teóricos e práticos com a equipe de examinadores, membros do grupo de pesquisa. A equipe foi constituída por discentes de graduação e pós-graduação de uma instituição federal de ensino superior. Os dados foram obtidos a partir de março de 2022 até março de 2023. O tempo médio de aplicação dos instrumentos de coleta foi de aproximadamente 30 minutos.

Inicialmente, realizou-se o rastreio cognitivo mediante a aplicação do MEEM⁽⁹⁾, validado para o português do Brasil, e foram definidos os pontos de corte distintos conforme o nível de escolaridade dos participantes. Para indivíduos analfabetos, estabeleceu-se o ponto de corte em 13 pontos ou menos. Para aqueles com escolaridade entre um e oito anos incompletos, o ponto de corte adotado foi de 18 pontos ou menos. Já para os participantes com oito anos ou mais de escolaridade, o escore limite foi fixado em 26 pontos ou menos⁽¹⁰⁾. Foram excluídos os participantes cujos escores do MEEM ficaram abaixo dos pontos de corte específicos para o nível de escolaridade, por indicarem possível déficit cognitivo, com o objetivo de selecionar as pessoas idosas aptas para responder aos questionários do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quando a pessoa idosa apresentou alteração cognitiva, o acompanhante foi convidado a responder às questões na presença da pessoa idosa e assinar o TCLE. Nos casos em que o acompanhante, presente no momento da entrevista, não se sentisse seguro para responder às questões, a equipe aguardava a substituição pelo acompanhante principal, com quem o contato era retomado presencialmente em visita subsequente. Tal procedimento visava assegurar a fidedignidade dos dados. O TCLE era então assinado pelo acompanhante entrevistado.

A coleta consistiu na aplicação de questionário sociodemográfico que incluiu: sexo, idade, cor da pele, escolaridade e renda familiar. Os testes preconizados pelo fenótipo da fragilidade física foram aplicados aos seguintes componentes: FPM e VM, fadiga/exaustão, perda de peso não intencional e nível de atividade física. Seguindo os critérios de Fried, a pessoa idosa que apresentou três ou mais marcadores foi considerada frágil; um ou dois, pré-frágil; e nenhum, não frágil⁽³⁾.

A FPM aferiu-se por meio de dinamômetro hidráulico Jamar em quilograma/força (Kgf). A pessoa idosa foi orientada a permanecer sentada em uma cadeira com os pés apoiados no chão, cotovelo flexionado a 90 graus, com braço firme contra o tronco e punho em posição neutra. Ajustou-se a empunhadura da mão dominante ao dinamômetro, de modo que a segunda falange do segundo, terceiro e quarto dedos tocassem a curva da haste do dispositivo. Ao comando, o examinado realizou três preensões, intercaladas por um minuto para retorno da força, e considerou-se a média das três aferições. Os valores da FPM foram ajustados segundo o quartil do Índice de Massa Corpórea (IMC) e sexo, e aqueles que compreenderam o quintil mais baixo de força foram considerados frágeis para este marcador⁽³⁾.

Para a VM, a pessoa idosa foi orientada a caminhar, de maneira habitual, em superfície plana, sinalizada

por fita métrica de 6,6 metros. Os participantes que dependiam de dispositivos de auxílio à mobilidade ou à marcha realizaram o teste com o uso desses equipamentos. Quando a pessoa idosa estava acamada, foi atribuído o valor zero para este componente.

O marcador fadiga/exaustão foi identificado por autorrelato. As pessoas idosas foram questionadas quanto à frequência das seguintes situações na última semana: (A) sentiu que teve que fazer esforço para dar conta de suas tarefas de todos os dias e (B) sentiu que não conseguiu levar adiante suas coisas. As respostas foram categorizadas em 0 – raramente ou nenhuma parte do tempo (<1 dia); 1 – uma parte ou pequena parte do tempo (1-2 dias); 2 – quantidade moderada de tempo (3-4 dias); ou 3 – na maioria das vezes. Uma resposta “2” ou “3” para qualquer uma das perguntas categorizou o idoso como frágil para este componente⁽³⁾.

Para avaliação da perda de peso não intencional, foi utilizada uma balança digital do tipo plataforma e estadiômetro. Mensurou-se pelo IMC, calculado a partir de medidas antropométricas, associada ao autorrelato do idoso em resposta a duas questões: (A) “O senhor(a) perdeu peso nos últimos meses?” e (B) “Quantos quilos?”.

O nível de atividade física foi avaliado pelo *Minnesota Leisure Activity Questionnaire*, validado para idosos brasileiros⁽¹¹⁾. Realizaram-se perguntas relacionadas à frequência e ao tempo de atividades realizadas nas últimas duas semanas. Para o valor em quilocalorias, utilizou-se a multiplicação da intensidade de cada atividade em *Metabolic Equivalent Tasks* pela constante 0,0175 e o peso do indivíduo em quilogramas, e o valor total foi dividido por dois para se obter o gasto energético médio por semana. Seguindo o critério de Fried⁽³⁾, após ajuste para sexo, a pessoa idosa que apresentou valores no menor quintil foi classificada como frágil para este marcador.

A demanda de cuidados foi avaliada pela escala de Fugulin⁽⁶⁾, que analisa 12 dimensões do cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutaneomucosa/comprometimento tecidual, curativo, tempo utilizado na realização de curativo. Cada dimensão apresenta quatro indicadores, que recebem pontuação de um a quatro, de acordo com a dependência da assistência de enfermagem. A graduação final da escala de Fugulin varia de 12 a 48 pontos, sendo que, quanto maior o escore, maior é a necessidade de assistência e cuidados de enfermagem. Foram considerados cuidados mínimos os escores de 12 a 17 pontos, cuidados intermediários os escores de 18 a 22 pontos, cuidados de alta dependência de 23 a 28 pontos, cuidados semi-intensivos de 29 a 34 pontos e cuidados intensivos acima de 34 pontos⁽⁶⁾.

Análise e tratamento dos dados

Construiu-se um banco de dados em planilhas do software *Microsoft Excel* 2016. A digitação foi realizada com dupla checagem dos dados. Para a análise descritiva, utilizou-se médias, medianas, tabelas de frequência e proporções com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. As comparações entre os grupos de pessoas idosas frágil, pré-frágil e não frágil⁽³⁾ foram realizadas pelo teste exato de Fisher, para variáveis categóricas. Para variáveis numéricas e categóricas, a comparação foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn para comparações múltiplas. Nas análises estatísticas, considerou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da

Saúde da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, parecer nº 5.055.260. A assinatura do TCLE pela pessoa idosa e/ou acompanhante foi realizada previamente ao início da pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012. Da mesma forma, respeitou-se o sigilo e a confidencialidade dos dados, nos termos expressos nas Resoluções nº 510/2016, nº 580/2018 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde vigentes na data deste estudo.

Resultados

Na Tabela 1, apresentam-se os resultados relativos às características sociodemográficas dos 400 participantes do estudo. Destes, 55,8% (n=223) são do sexo feminino, 70,85% (n=283) se autodeclararam brancos, 36,5% (n=146) têm idade acima de 80 anos, 51,5% (n=206) não concluíram o Ensino Fundamental e 39,8% (n=159) recebem de 1 até 3 salários mínimos.

Tabela 1 – Distribuição de frequência das características sociodemográficas das pessoas idosas da amostra. Curitiba, PR, Brasil, 2024

Característica	n*=400	(IC [†] 95%)
Sexo		
Feminino	223	55,8% (50,7%-60,7%)
Masculino	177	44,3% (39,3%-49,3%)
Idade		
60 a 69 anos	118	29,5% (25,1%-34,3%)
70 a 79 anos	136	34% (29,4%-38,9%)
80 anos ou mais	146	36,5% (31,8%-41,5%)
Cor da pele		
Amarela	3	0,8% (0,19%-2,36%)
Branca	283	70,8% (66,0%-75,1%)
Parda	90	22,6% (18,4%-28,31%)
Preta	24	6% (3,96%-8,92%)
Escolaridade		
Analfabeto	72	18% (14,4%-22,2%)
Alfabetizado	38	9,5% (6,89%-12,9%)
Fundamental incompleto	206	51,5% (46,5%-56,5%)
Ensino Fundamental	22	5,5% (3,56%-8,33%)
Ensino Médio incompleto	12	3% (1,63%-5,33%)
Ensino Médio	28	7% (4,78%-10,1%)
Ensino Superior incompleto	4	1% (0,32%-2,72%)
Ensino Superior	18	4,5% (2,77%-7,15%)

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Característica	n*=400	(IC [†] 95%)
Renda familiar (SM [‡])		
Sem renda	22	5,5% (3,56%-8,33%)
0-1	135	33,8% (29,2%-38,6%)
1,1-3	159	39,8% (35%-44,7%)
3,1-5	55	13,8% (10,6%-17,6%)
5,1-10	5	1,3% (0,46%-3,6%)
Maior que 10	1	0,3% (0,01%-1,61%)
Não quer informar	23	5,8% (3,76%-8,63%)

*n = Número de participantes; [†]IC = Intervalo de confiança; [‡]SM = Salário-mínimo no ano de 2024: R\$ 1.412,00⁽¹²⁾

Observa-se na Tabela 2 o predomínio de pessoas idosas pré-frágeis, 48,7% (n=195); os frágeis atingiram 35,8% (n=143); e os não frágeis totalizaram 15,5% (n=62). Em relação à necessidade de cuidados de alta dependência, as porcentagens para as pessoas idosas frágeis, pré-frágeis e não frágeis foram as seguintes, respectivamente: 44,8% (n=64), 10,8% (n=21) e 3,2% (n=2), $p<0,001$. Houve uma diferença estatisticamente

significativa entre os grupos em relação à demanda por cuidados mínimos ($p<0,001$), indicando que a proporção de pessoas idosas que necessitam de cuidados mínimos varia de forma relevante conforme a condição de fragilidade física. A demanda por cuidados mínimos foi observada em 80,6% dos não frágeis, 60,5% dos pré-frágeis e 14% dos frágeis, sugerindo que a redução da fragilidade física está associada à menor demanda por cuidados mais complexos.

Tabela 2 – Associação entre condição de fragilidade física e demanda de cuidados das pessoas idosas da amostra. Curitiba, PR, Brasil, 2024

Categorização	n*=400	Classificação Fragilidade			Valor p [†]
		Não frágil n=62	Pré-frágil n=195	Frágil n=143	
Cuidados mínimos	188 47% (42%-52%)	80,6% (68,3%-89,2%)	60,5% (53,3%-67,4%)	14% (8,96%-21%)	<0,001
Cuidados intermediários	89 22,3% (18,3%-26,7%)	16,1% (8,41%-28,1%)	27,7% (21,7%-34,6%)	17,5% (11,8%-24,9%)	
Cuidados de alta dependência	87 21,6% (17,9%-26,2%)	3,2% (0,56%-12,2%)	10,8% (6,94%-16,2%)	44,8% (36,5%-53,3%)	
Cuidados semi-intensivos	29 7,3% (4,99%-10,4%)	0% (0%-7,27%)	1% (0,18%-4,05%)	18,8% (13%-26,5%)	
Cuidados intensivos	7 1,8% (0,77%-3,73%)	0% (0%-7,27%)	0% (0%-2,41%)	4,9% (2,16%-10,2%)	

*n = Número de participantes; [†]p = Probabilidade de significância pelo teste exato de Fisher

Visualiza-se na Tabela 3 a associação da pontuação de cada área do cuidado às diferentes condições de fragilidade. As pessoas idosas classificadas como frágeis (n=143) exigiram assistência de enfermagem superior aos não frágeis nas áreas de cuidado: estado mental, oxigenação, motilidade, deambulação, eliminação e terapêutica ($p<0,001$). Quando comparados aos pré-frágeis, os frágeis tiveram maior pontuação em todas as áreas do cuidado, comprometimento tecidual ($p=0,031$),

curativo ($p=0,004$) e tempo utilizado na realização dos curativos ($p<0,001$). Os pacientes pré-frágeis alcançaram pontuações maiores que os pacientes não frágeis nas áreas de deambulação ($p<0,001$), cuidado corporal ($p<0,001$) e eliminação ($p<0,001$). Quando comparadas as pontuações totais de Fugulin⁽⁶⁾, entre os três grupos de pacientes, todos os grupos foram diferentes entre si, e as pontuações médias foram maiores com o aumento da fragilidade ($p=0,001$).

Tabela 3 – Associação entre pontuação média das áreas de cuidado e fragilidade física das pessoas idosas da amostra. Curitiba, PR, Brasil, 2024

Área do cuidado	Classificação de Fried			Valor <i>p</i> †	Diferenças significativas‡
	Não frágil n*=62	Pré-frágil n*=195	Frágil n*=143		
Estado mental	1 (1-1,1)	1,1 (1,1-1,2)	1,8 (1,7-2)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil
Oxigenação	1,1 (1-1,2)	1,2 (1,2-1,3)	1,6 (1,5-1,8)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil
Sinais vitais	2	2	2	0,298	
Motilidade	1,2 (1,1-1,3)	1,4 (1,3-1,5)	2,4 (2,2-2,6)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil
Deambulação	1,1 (1-1,3)	1,6 (1,5-1,8)	3 (2,8-3,2)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil, Não Frágil – Pré-Frágil
Alimentação	1 (1-1)	1,1 (1-1,1)	1,6 (1,5-1,8)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil
Cuidado corporal	1,3 (1,1-1,4)	1,8 (1,6-2)	3,2 (3-3,4)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil, Não Frágil – Pré-Frágil
Eliminação	1,4 (1,2-1,6)	1,8 (1,6-1,9)	2,8 (2,7-3)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil, Não Frágil – Pré-Frágil
Terapêutica	2 (2-2)	2 (2-2)	2,1 (2-2,2)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil
Comprometimento tecidual	1,3 (1,1-1,4)	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,2-1,5)	0,031	Frágil – Pré-Frágil
Curativo	1,1 (1-1,2)	1,1 (1-1,1)	1,2 (1,1-1,3)	0,004	Frágil – Pré-Frágil
Tempo para realização dos curativos	1,1 (1-1,2)	1 (1-1,1)	1,2 (1,1-1,3)	<0,001	Frágil – Pré-Frágil
Pontuação total	15,6 (15,0-16,3)	17,3 (16,8-17,8)	24,4 (23,5-25,4)	<0,001	Frágil – Não Frágil, Frágil – Pré-Frágil, Não Frágil – Pré-Frágil

*n = Número de participantes; †*p* = Probabilidade de significância pelo teste de Kruskal-Wallis; ‡Teste de Dunn

Verifica-se que as pessoas idosas em cuidados intensivos apresentaram redução da FPM, da VM e autorrelato de fadiga/exaustão (100%), e 85,7% tiveram diminuição do nível de atividade física e perda de peso não intencional. Naquelas em cuidados mínimos, 7,4% foram identificadas com redução da FPM, 3,2% com redução da velocidade da marcha, 25,5%, tiveram diminuição do nível de atividade

física, 37,8% apresentaram perda de peso não intencional e 43,1% relataram fadiga/exaustão. Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a todos os marcadores do fenótipo de fragilidade, conforme indicado pelos valores de *p*, evidenciando associação entre maior necessidade de cuidados e pior desempenho nos marcadores de fragilidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre demanda de cuidados e os marcadores do fenótipo de fragilidade das pessoas idosas da amostra. Curitiba, PR, Brasil, 2024

Marcadores	n*=400	Nível de cuidados					Valor <i>p</i> †
		Mínimos n*=188	Intermediários n*=89	Alta dependência n*=87	Semi-intensivos n*=29	Intensivos n*=7	
Redução da força de preensão manual	23%	7,4% (4,29%-12,4%)	14,6% (8,31%-24%)	40,2% (30%-51,3%)	79,3% (59,7%-91,3%)	100% (56,1%-100%)	<0,001
Redução da velocidade da marcha	41%	3,2% (1,3%-7,14%)	41,6% (31,4%-52,5%)	96,6% (89,5%-99,1%)	100% (85,4%-100%)	100% (56,1%-100%)	<0,001
Diminuição do nível de atividade física	44%	25,5% (19,6%-32,5%)	41,6% (31,4%-52,5%)	71,3% (60,4%-80,2%)	82,8% (63,5%-93,5%)	85,7% (42%-99,2%)	<0,001
Perda de peso não intencional	55%	37,8% (30,9%-45,1%)	40,4% (30,3%-51,4%)	49,4% (38,6%-60,3%)	58,6% (39,1%-75,9%)	85,7% (42%-99,2%)	0,019
Autorrelato de fadiga/exaustão	43%	43,1% (36%-50,5%)	55,1% (44,2%-65,5%)	65,5% (54,5%-75,2%)	82,8% (63,5%-93,5%)	100% (56,1%-100%)	<0,001

*n = Número de participantes; †*p* = Probabilidade de significância pelo teste exato de Fisher

Discussão

Dos 400 participantes do estudo, houve predomínio de mulheres, cor da pele branca, com idade igual ou superior a 80 anos, ensino fundamental incompleto e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. O quantitativo de mulheres no cenário hospitalar reflete o processo de feminilização do envelhecimento, representando 51,5% da população idosa do país⁽¹³⁾.

Neste estudo, a representatividade de octogenários foi de 36,5%. Dado semelhante foi encontrado no estudo conduzido em São Paulo (Brasil), com 865 idosos hospitalizados, que identificou o sexo feminino em 53,9% e longevos 64,6%⁽¹⁴⁾. A maior parcela dos participantes apresentou baixa escolaridade (fundamental incompleto), notadamente 18% de analfabetos. Esse percentual é semelhante ao índice nacional registrado no Brasil (16%)⁽¹³⁾.

O predomínio de pré-frágeis (48,8%) seguido pelos frágeis (35,8%) contrasta com o identificado em revisão sistemática, a qual objetivou identificar a prevalência de fragilidade em 467.779 idosos hospitalizados, com idade maior ou igual a 65 anos. Os resultados apontaram 47% de frágeis e 26% de pré-frágeis. Entretanto, os autores indicam a imprecisão na definição operacional da fragilidade nas pesquisas como um ponto a ser discutido⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, aproximadamente 50% das pessoas idosas necessitavam de cuidados mínimos, e cerca de 20%, de cuidados intermediários e de alta dependência. Um estudo retrospectivo avaliou 161 prontuários de idosos em um hospital universitário do Maranhão (Brasil). Da amostra, 63,4% necessitavam de cuidados mínimos, 15% cuidados intermediários, 14,2% alta dependência, 5,6% cuidados semi-intensivos e 1,8% cuidados intensivos⁽⁷⁾.

Outro estudo nacional, conduzido na emergência de um hospital, objetivou classificar o grau de dependência dos admitidos. Dos 783 indivíduos avaliados, 40,8% apresentavam idade maior ou igual a 60 anos. Observou-se que 37% precisavam de cuidados mínimos, 31,7% exigiam suporte intermediário, 22,8% necessitavam de cuidados de alta dependência, 7,4% tinham necessidade de uma assistência semi-intensiva e 1,3% requeriam cuidados intensivos⁽¹⁶⁾. Esses resultados, quando comparados aos deste estudo, apresentam a mesma sequência de classificação, com diminuição de 10% em cuidados mínimos e aumento de 10% em cuidados intermediários. Essas diferenças podem ser atribuídas às variações no perfil das pessoas idosas, bem como às distintas características dos ambientes hospitalares.

O maior quantitativo por demanda de cuidados de enfermagem está associado à maior fragilidade. Dos frágeis, respectivamente, os resultados dos que apresentaram

cuidados de alta dependência, semi-intensivos e intensivos foram os seguintes: 44,8%, 18,9% e 4,9%. Dos pré-frágeis 60,5% apresentaram cuidados mínimos; 27,7%, cuidados intermediários; e 10,8, cuidados de alta dependência. Por sua vez, dos não frágeis, 80,6% demandavam cuidados mínimos e 16,1%, cuidados intermediários. Constatou-se expressiva lacuna de estudos na literatura nacional e internacional sobre a relação entre os níveis de cuidados de enfermagem e a condição de fragilidade física em pessoas idosas hospitalizadas. Sendo assim, destaca-se o estudo transversal que foi conduzido em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), na China. Os dados apontaram para associação entre fragilidade e as necessidades de cuidados (OR 3,06, IC 95%; 2,06-4,55, $p<0,01$). Para os pesquisadores, existe relação linear entre fragilidade e necessidades de cuidados. Conforme o crescente grau de fragilidade, as necessidades de cuidados de longa duração dos idosos aumentam drasticamente⁽¹⁷⁾.

Foram identificadas dessemelhanças entre as pessoas idosas nas condições não frágeis, pré-frágeis e frágeis em todas as áreas avaliadas. Pessoas idosas frágeis exigem maiores cuidados e intervenções de enfermagem quando comparados aos pré-frágeis, expressados nas áreas estado mental, oxigenação, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica e comprometimento tecidual. Nas pessoas idosas frágeis, destacaram-se as incapacidades de motilidade (movimentação com auxílio ou incapaz de se movimentar), deambulação (restritos ao leito ou acamados), cuidado corporal (banho no leito e higiene corporal realizados pela equipe de enfermagem), eliminação (uso de comadre ou eliminações no leito). Essas incapacidades foram consideradas como as mais limitantes e as que expressavam maior necessidade de cuidados da enfermagem ($p<0,001$). A fragilidade física pode ser considerada como fator pré-incapacitante⁽²⁾, que dificulta a realização de atividades básicas de vida diária, está associada ao comprometimento cognitivo, aumento da propensão a quedas⁽¹⁸⁾, além de elevar a susceptibilidade ao risco de a pessoa idosa sofrer violência⁽¹⁹⁾.

Em relação aos marcadores do fenótipo da fragilidade física, houve aumento na prevalência à medida que crescia a demanda de cuidados. Os marcadores redução VM e FPM, autorrelato de fadiga/exaustão foram identificados em 100% das pessoas idosas com necessidades de cuidados intensivos. Houve associação entre os cuidados requeridos por elas e os marcadores do fenótipo de fragilidade física.

A síndrome da fragilidade é um precursor fisiológico da incapacidade, caracterizada por fraqueza, diminuição da resistência e desempenho lento. Esses aspectos centrais da

fragilidade afetam, principalmente, as funções dependentes de energia e velocidade, como a mobilidade⁽³⁾. Um estudo com pessoas idosas hospitalizadas identificou a fragilidade como fator preditor de diminuição de mobilidade⁽²⁰⁾. Intervenções direcionadas podem interromper, desacelerar ou reverter esse declínio⁽²⁾. Os resultados deste estudo indicam que, com o aumento da necessidade de cuidados – de mínimos a intensivos –, observa-se um incremento proporcional na fraqueza muscular, evidenciado por maiores limitações funcionais.

O predomínio dos marcadores de fragilidade física, como a redução da VM, a redução da FPM e o autorrelato de fadiga/exaustão, nas pessoas idosas que demandaram cuidados intensivos, indica uma perda substancial de força muscular e resistência, identificada pelas áreas de necessidade de cuidados. Esses marcadores são indicativos de provável sarcopenia, que é a perda progressiva e generalizada de massa e força e/ou função muscular⁽²¹⁾. A sarcopenia e a fragilidade física são condições prevalentes em idosos hospitalizados⁽²²⁾.

O autorrelato de fadiga/exaustão foi o marcador mais prevalente entre as pessoas idosas em cuidados mínimos e intermediários. Desse modo, a referência pelas pessoas idosas desse marcador isolado antecipa nelas o surgimento da fragilidade física. Em estudos, frequentemente ele se mostra predominante, quando comparado aos outros marcadores. Dados de estudo transversal desenvolvido em um hospital do Irã apontaram o marcador exaustão presente em 83% dos idosos hospitalizados⁽²³⁾. Em outro estudo transversal, os idosos pré-frágeis sem sinais clínicos de exaustão experimentavam menor força de preensão, maior fadiga autopercebida e níveis mais baixos de vitalidade em comparação aos robustos ($p<0,001$)⁽²⁴⁾.

Outro marcador com percentuais expressivos foi a perda de peso não intencional, autorrelatada em 43% das pessoas idosas hospitalizadas. Estudos em fragilidade física aconselham os profissionais da área da saúde a identificarem as causas tratáveis de perda de peso⁽²⁾. Indivíduos com perda de peso não intencional ($\geq 4,5$ kg em um ano) e indivíduos com perda não intencional de 25% do peso corporal, ao longo de um ano, são considerados a população em risco do diagnóstico de enfermagem – “risco de” ou “síndrome da fragilidade do idoso”⁽²⁵⁾. No processo de perda de peso, ocorre não apenas a redução do tecido adiposo, mas também a diminuição acelerada da massa magra, sendo este um dos principais fatores para o desenvolvimento da sarcopenia⁽²¹⁾. Ressalta-se que esta variável corresponde a uma informação autorreferida, cuja acurácia depende da preservação das funções cognitivas e do nível de consciência das pessoas idosas.

A redução da VM atingiu 41% da amostra e foi observada em 96,6% dos indivíduos com necessidades de

cuidados de alta dependência e 100% naqueles em cuidados semi-intensivos e com percentual menos expressivo em cuidados mínimos (3,2%). A velocidade da marcha diminuída afeta as áreas de cuidado como: motilidade, deambulação, cuidado corporal e eliminação⁽²⁶⁾. Idosos frágeis apresentam piora na marcha e no desempenho de tarefas simultâneas (motoras e cognitivas)⁽²⁷⁾.

O marcador de fragilidade redução da FPM foi o que atingiu menor percentual (23%), no entanto, esteve presente na totalidade (100%) das pessoas idosas em cuidados intensivos. A manifestação deste marcador parece ter relação com o estímulo dado pelas atividades manuais que os idosos ainda realizam, até mesmo naqueles acamados. Corrobora o percentual aquele encontrado no estudo realizado na Espanha, que totalizou 20,4% de redução da FPM, e este marcador associou-se à menor probabilidade de recuperar a não fragilidade. Os autores acrescentam que tal marcador de fragilidade, frequentemente, é o último a se manifestar⁽²⁸⁾. O uso mais frequente dos membros superiores em atividades diárias mantém a força e resistência muscular desses membros em pessoas idosas.

A condição de fragilidade física identificada na amostra expressa necessidades de cuidados de enfermagem em adição aos cuidados das morbidades, as quais motivaram a hospitalização. Nesse acréscimo aos cuidados, destaca-se a importância da identificação precoce dos marcadores e a necessidade de incorporar a avaliação da fragilidade na admissão hospitalar⁽²⁹⁾. Alguns estudos identificaram a necessidade de aprimorar as habilidades dos enfermeiros no reconhecimento e manejo da condição de fragilidade⁽³⁰⁻³¹⁾, por serem os profissionais que estão em contato direto e frequente com a pessoa idosa hospitalizada⁽³²⁾.

Essa abordagem permite direcionar intervenções de enfermagem voltadas para a promoção do autocuidado, com ênfase no fortalecimento das habilidades funcionais, em vez de concentrar-se nas limitações dos indivíduos⁽³³⁾.

Este estudo demonstra que a fragilidade física compromete a mobilidade, a eliminação, o cuidado corporal e a adesão terapêutica. Ressalta-se a importância da identificação precoce dessa condição em idosos hospitalizados para subsidiar intervenções direcionadas, otimizar o dimensionamento da equipe e qualificar o plano de cuidados, visando desacelerar, interromper ou reverter a progressão da fragilidade no contexto hospitalar. A educação em saúde direcionada à pessoa idosa e à família, aliada ao fortalecimento do apoio familiar e à promoção do conhecimento sobre a condição clínica e adesão ao tratamento, configura-se como estratégia relevante no âmbito do cuidado de enfermagem⁽³⁴⁾.

Considera-se como um cuidado inicial, mas que fornece direção para os cuidados a serem estabelecidos,

com os objetivos de se evitar os efeitos negativos da transição da fragilidade para condições superiores, no período de hospitalização. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional elaborem planos de cuidados integrados, baseados na prática de exercícios físicos de força, resistência e aeróbicos, nutrição com suporte proteico e calórico, prescrições de suplementação de vitamina D e redução da polifarmácia⁽²⁾.

Este estudo contribui para a enfermagem geriátrica ao demonstrar a associação entre marcadores de fragilidade (redução da força de preensão manual, diminuição da velocidade da marcha e fadiga) e o aumento da dependência funcional durante a hospitalização. A identificação precoce desses marcadores pela equipe de enfermagem possibilita intervenções individualizadas, favorecendo a manutenção da funcionalidade e prevenindo desfechos adversos, como imobilidade, delirium, quedas e perda de autonomia.

Além disso, o estudo subsidia a prática clínica da enfermagem geriátrica ao propor a incorporação da avaliação da fragilidade física como ferramenta sistemática no momento da admissão hospitalar. Essa abordagem subsidia o planejamento do cuidado com base em evidências e contribui para o dimensionamento adequado da equipe, alocação racional de recursos e elaboração de planos terapêuticos mais efetivos. Ao reconhecer a fragilidade como uma condição potencialmente reversível, esta pesquisa também reforça a importância de estratégias de cuidado centradas na reabilitação funcional, educação em saúde e promoção da autonomia, alinhando-se aos princípios do envelhecimento ativo e da humanização do cuidado hospitalar à pessoa idosa.

Como limitação, destaca-se o uso do instrumento SCP, que requer avaliações mais abrangentes, incluindo aspectos sociais e psicológicos, além da escassez de estudos que relacionem fragilidade física e demanda de cuidados, o que restringiu a discussão dos resultados. A utilização de dados autorreferidos, como fadiga, exaustão e perda de peso, também constitui limitação, embora esse viés tenha sido minimizado por meio de rigor metodológico, treinamento dos entrevistadores, calibração dos instrumentos e apoio estatístico. O viés de observação foi reduzido com o desenvolvimento de um protocolo padronizado de coleta e análise. Como ponto positivo, destaca-se a representatividade da amostra, proveniente de hospital vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Conclusão

A condição de fragilidade física está associada ao aumento da demanda de cuidados de enfermagem em pessoas idosas hospitalizadas. Verificou-se que idosos

frágeis apresentaram maior necessidade de cuidados de alta dependência, enquanto os pré-frágeis e não frágeis demandaram predominantemente cuidados mínimos. As áreas de maior comprometimento entre os idosos frágeis hospitalizados incluíram deambulação, cuidado corporal e eliminação, evidenciando limitações funcionais que requerem intervenções específicas da equipe de enfermagem.

Nesse contexto, destaca-se a relevância da avaliação sistemática da fragilidade física na admissão hospitalar, com foco nos marcadores clínicos como a redução da velocidade da marcha e da força de preensão manual e o autorrelato de fadiga/exaustão. A identificação precoce desses indicadores pode subsidiar o planejamento individualizado da assistência, otimizar o dimensionamento da força de trabalho e favorecer a implementação de estratégias direcionadas à manutenção ou recuperação da funcionalidade, contribuindo para a qualificação do cuidado.

Referências

1. Theodorakis N, Nikolaou M, Hitas C, Anagnostou D, Kreouzi M, Kalantzi S, et al. Comprehensive peri-operative risk assessment and management of geriatric patients. *Diagnostics (Basel)*. 2024;14(19):2153. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14192153>
2. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771-87. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottsdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-57. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
4. Nowak W, Kowalik I, Nowicki M, Cichocki T, Stepinska J. The impact of frailty on in-hospital complications in elderly patients with acute coronary syndrome. *J Geriatr Cardiol*. 2023;20(3):174-84. <https://doi.org/10.26599/1671-5411.2023.03.003>
5. Brito FM, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Fernandes MGM, Santos KFO. Nursing diagnoses representative of the demand for care in hospitalized elderly people. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:912-8. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9636>
6. Santos FD, Rogenski NMB, Baptista CMC, Fugulin FMT. Patient classification system: a proposal to complement the instrument by Fugulin et al. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007;15(5):980-5. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500015>
7. Cantanhede LAO, Silva ACO, Lopes MLH, Rabelo PPC, Lima RA, Moreira AK. Level of assistance complexity of

- the elderly interned: Care profile in clinics a university hospital. *Nursing*. 2022;25(291):8288-303. <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i291p8288-8303>
8. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesthet*. 2019;13(5):S31-S34. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18
9. 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*. 1975;12(3):189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
10. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
11. Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC, Britto RR, Parentoni AN, Pereira LSM. Translation and cultural adaptation of the Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire in community-dwelling older people. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2011 [cited 2025 Apr 29];5(2):57-65. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n2a03.pdf>
12. Lei nº 14.663, de 28 de agosto de 2023. Define o valor do salário mínimo a partir de 1º de maio de 2023; estabelece a política de valorização permanente do salário mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2024; e altera os valores da tabela mensal do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física de que trata o art. 1º da Lei nº 11.482, de 31 de maio de 2007, e os valores de dedução previstos no art. 4º da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2023 Aug 28 [cited 2024 Oct 26];164A(Seção 1):1-3. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.663-de-28-de-agosto-de-2023-506043952>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Censo Brasileiro [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
14. Apolinario D, Yamaguti STF, Dutra AF, Lara EMS, Coli RCP, Weber B. Safe Hospital Program for the Elderly Person: an observational study on the impact in reducing functional decline. *Cad Saude Publica*. 2022;38(2):e00305620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00305620>
15. Doody P, Asamane EA, Aunger JA, Swales B, Lord JM, Greig CA, et al. The prevalence of frailty and pre-frailty among geriatric hospital inpatients and its association with economic prosperity and healthcare expenditure: A systematic review and meta-analysis of 467,779 geriatric hospital inpatients. *Ageing Res Rev*. 2022;80:101666. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101666>
16. Brandão MGSA, Brito OD, Mendes AMV, Fernandes CS, Barros LM. Classification of assistance complexity of adults served in an emergency unit. *Rev Enferm Atual Derme*. 2019;87(Suppl 2019):25. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.217>
17. Chen R, Zhao WB, Zhang XP, Liang H, Song NN, Liu ZY, et al. Relationship between frailty and long-term care needs in Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e051801. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051801>
18. Ji D, Guo H, Qiu S, Dong L, Shen Y, Shen Z, et al. Screening for frailty and its association with activities of daily living, cognitive impairment, and falls among community-dwelling older adults in China. *BMC Geriatrics*. 2024;24(1):576. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05173-0>
19. Santos AC, Brandão BMLS, Cunha HK, Reis IO, Castano AMH, Souto RQ. Risk of violence, self-reported diseases and frailty in hospitalized older adults. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE006231. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO006231>
20. Werner C, Bauknecht L, Heldmann P, Hummel S, Günther-Lange M, Bauer JM, et al. Mobility outcomes and associated factors of acute geriatric care in hospitalized older patients: Results from the PAGER study. *Eur Geriatr Med*. 2024;15(1):139-52. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00869-9>
21. Anagnostou D, Theodorakis N, Hitas C, Kreuzi M, Pantos I, Vamvakou G, et al. Sarcopenia and Cardiogeriatrics: The Links Between Skeletal Muscle Decline and Cardiovascular Aging. *Nutrients*. 2025;17(2):282. <https://doi.org/10.3390/nu17020282>
22. Daly RM, Iuliano S, Fyfe JJ, Scott D, Kirk B, Thompson MQ, et al. Screening, Diagnosis and Management of Sarcopenia and Frailty in Hospitalized Older Adults: Recommendations from the Australian and New Zealand Society for Sarcopenia and Frailty Research (ANZSSFR) Expert Working Group. *J Nutr Health Aging*. 2022;26(6):637-51. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1801-0>
23. Shohani M, Mohammadi I, Seidkhani H, Mohamadnejad S. The prevalence of frailty and its associated factors among Iranian hospitalized older adults. *Nurs Midwifery Stud*. 2022;11(3):215-20. https://doi.org/10.4103/NMS.NMS_102_21
24. Knoop V, Costenoble A, Debain A, Azzopardi RV, Vermeiren S, van Laere S, et al. The interrelationship between grip work, self-perceived fatigue and pre-frailty in community-dwelling octogenarians. *Exp Gerontol*. 2021;152:111440. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111440>
25. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I Definições e Classificação. 13. ed. Porto Alegre: Artmed; 2024. 672 p.
26. Oliveira FMRL, Leal NPR, Medeiros FAL, Oliveira JS, Nóbrega MML, Leadebal ODCP, et al. Clinical validation of nursing diagnosis Fragile Elderly Syndrome. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(Suppl 2):e20200628. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0628>

27. Casemiro FG, Carvalho LPN, Matiello FB, Resende MC, Rodrigues RAP. Influence of frailty and cognitive decline on dual task performance in older adults: an analytical cross-sectional study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2025;33:e4485. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7159.4485>
28. Rodríguez-Laso A, García-García FJ, Rodríguez-Mañas L. Predictors of Maintained Transitions Between Robustness and Prefrailty in Community-Dwelling Older Spaniards. *J Am Med Dir Assoc.* 2023;24(1):57-64. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.10.010>
29. Lenhardt MH, Cechinel C, Rodrigues JAM, Binotto MA, Luz KS, Antunes TFSS. Social participation and physical frailty in hospitalized older adults: cross-sectional study. *Esc Anna Nery.* 2024;28:e20240021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0021en>
30. Strømme T, Tjoflåt I, Aase K. A competence improvement programme for the systematic observation of frail older patients in homecare: qualitative outcome analysis. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:938. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08328-0>
31. Huang X, Zhou H, Feng Y, Li M, Wang R, Fang G, et al. Knowledge, attitude, and practice of frailty management among clinical nurses: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics.* 2025;25:174. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05776-1>
32. Gobbens RJJ, Uchmanowicz I. Frailty viewed from a nursing perspective. *SAGE Open Nurs.* 2023;9:1-7. <https://doi.org/10.1177/23779608221150598>
33. Flyum IR, Gjevjon ER, Eklund AJ. What do we know about nursing practice in relation to functional ability limitations, frailty and models of care among older people in home-and facility-based care: a scoping review. *BMC Nursing.* 2025;24:406. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02948-7>
34. Argenta C, Zanatta EA, Adamy EK, Lucena AF. Nursing outcomes and interventions associated with the nursing diagnoses: Risk for or actual frail elderly syndrome. *Int J Nurs Knowledge.* 2022;33(4):270-9. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12357>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas: Rosane Kraus, Maria Helena Lenhardt, Clovis Cechinel, João Alberto Martins Rodrigues, Daiane Maria da Silva Marques, José Baudilio Belzarez Guedez.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Maria Helena Lenhardt, Clovis Cechinel, João Alberto Martins Rodrigues. **Supervisão e gestão do projeto:** Rosane Kraus, Maria Helena Lenhardt, João Alberto Martins Rodrigues.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Os conjuntos de dados relacionados a este artigo estarão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente.

Recebido: 06.11.2024
Aceito: 23.06.2025

Editora Associada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.
Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Rosane Kraus

E-mail: rosanekraus@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2587-5965>