*Anais do Congresso Brasileiro de Iniciação Científica*
(https://periodicos.unisanta.br/COB)

ISSN 2317-1316

# PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA DA UNISANTA

# PREVALENCE OF FRAILTY SYNDROME IN OLDER ADULTS ATTENDING THE UNISANTA PHYSIOTHERAPY CLINIC

Catarina Queiroz de Lima, Gabriel Ciasca Lopes, Sheila de Melo Borges

Universidade Santa Cecília, Faculdade de Fisioterapia, Curso de Fisioterapia
E-mail para contato: sheila@unisanta.br

*RESUMO – Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência da síndrome da fragilidade em pessoas idosas atendidas no ambulatório de fisioterapia da UNISANTA. Tratou-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, vinculado ao projeto temático intitulado "Síndrome da fragilidade: identificação e sua relação com as condições de saúde em pessoas idosas atendidas na clínica-escola de fisioterapia da Universidade Santa Cecília (UNISANTA)". Foi aplicado um questionário de caracterização da amostra e a Edmonton Frail Scale para avaliação da fragilidade em 27 pessoas idosas, com idades entre 65 e 80 anos. Os dados categóricos foram expressos em frequência absoluta e relativa. Os resultados demonstraram que 40,7% (n=11) da amostra foi classificada com algum grau de fragilidade, enquanto 26% (n=7) mostrou-se como vulnerável. Os achados evidenciaram alta prevalência da síndrome da fragilidade entre as pessoas idosas avaliadas, com diferentes níveis de comprometimento identificados.*

**Palavras-chave:** Fragilidade; Pessoas idosas; Fisioterapia.

*ABSTRACT – This study aimed to determine the prevalence of frailty syndrome among elderly individuals treated at the UNISANTA physiotherapy outpatient clinic. It was a descriptive, observational, cross-sectional study linked to the thematic project titled "Frailty syndrome: identification and its relationship with health conditions in elderly individuals treated at the Santa Cecília University (UNISANTA) physiotherapy teaching clinic." A sample characterization questionnaire and the Edmonton Frail Scale were used to assess frailty in 27 elderly individuals aged 65 to 80. Categorical data were expressed as absolute and relative frequencies. The results showed that 40.7% (n=11) of the sample were classified as having some degree of frailty, while 26% (n=7) were classified as vulnerable. The findings revealed a high prevalence of frailty syndrome among the elderly individuals assessed, with varying levels of impairment identified.*

**Keywords:** Frailty; Older Adults; Physiotherapy.

ISSN 2317-1316

# 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e gradual, que envolve alterações estruturais, funcionais e químicas e não ocorre de forma igual para todos, pois depende de fatores como estilo de vida, alimentação e ambiente (dos Santos *et al.*, 2009). Nesse contexto, surgem condições que comprometem o envelhecimento saudável, como a síndrome da fragilidade, caracterizada por dificuldade nas atividades instrumentais da vida diária, associada a internações, acidentes vasculares encefálicos, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo e amputações de membros (Ministério da Saúde, 2006). Com o aumento de comorbidades, há redução do condicionamento físico e da independência, o que eleva a chance de coexistência da síndrome (dos Santos *et al.*, 2009; Jędrzejczyk *et al.*, 2020; Pivetta *et al.*, 2020) O risco de progressão para incapacidades maiores é identificado por critérios como perda de força muscular, redução da velocidade da marcha, perda de peso não intencional, exaustão e baixo nível de atividade física (Pivetta et al., 2020)

De acordo com Cesari *et al.* (2014), a intervenção precoce com programas de exercício físico adaptados melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos frágeis. Na prevenção e no tratamento, a fisioterapia tem papel fundamental ao promover fortalecimento muscular, equilíbrio e mobilidade (Apóstolo *et al.*, 2018). Isso é relevante porque, quanto maior o índice de fragilidade, maiores as taxas de quedas, hospitalizações e morte (Giné-Garriga *et al.*, 2014; Allison *et al.*, 2021).[7,8] Destaca-se, assim, o rastreamento em populações de alto risco: quanto mais precoce o diagnóstico, maior a chance de a intervenção retardar ou reverter o quadro e a suscetibilidade ao óbito (Shamlyian *et al.*, 2013) e a outros desfechos negativos (Mantovani e Lunardi, 2020).

Diante da vulnerabilidade das pessoas idosas, o olhar gerontológico nas diversas áreas da fisioterapia pode contribuir para evitar complicações de saúde, sobretudo nos ambulatórios com maior risco de fragilização. Assim, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência da síndrome da fragilidade em pessoas idosas atendidas na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Santa Cecília (UNISANTA).

# 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, realizado com 27 pessoas idosas com idades entre 65 e 80 anos, de ambos os sexos, atendidas na Clínica de

ISSN 2317-1316

Fisioterapia da UNISANTA. Foram incluídos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e excluídos aqueles que desistiram da pesquisa ou apresentaram preenchimento incompleto dos instrumentos. O estudo integra o projeto temático "Síndrome da fragilidade: identificação e sua relação com as condições de saúde em pessoas idosas atendidas na clínica escola de fisioterapia da UNISANTA", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santa Cecília (parecer nº 7.248.577; CAAE nº 84765824.0.0000.5513), conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do TCLE pelos participantes ou cuidadores (quando necessário), as avaliações foram realizadas antes do início do tratamento, por estudantes de Fisioterapia e Nutrição, em duplas ou equipes, sob supervisão dos pesquisadores. A coleta ocorreu em dois momentos (dias) diferentes, a fim de minimizar a fadiga. No primeiro, foram realizados os esclarecimentos, assinatura do TCLE e preenchimento dos dados iniciais; no segundo, foram aplicados os instrumentos de avaliação da fragilidade, cognição, aspectos emocionais e desempenho físico-funcional. Participantes com comprometimento cognitivo puderam ser acompanhados por seus cuidadores para confirmação de informações.

Para atender aos objetivos do presente estudo, foram analisados os dados de caracterização da amostra, dados de saúde e a escala de fragilidade por meio da *Edmonton Frail Scale* (EFS), detalhados nos *Instrumentos de pesquisa* do presente projeto.

**Instrumentos de pesquisa**

Foram analisados dados sociodemográficos, hábitos de vida e condições de saúde, além da fragilidade, avaliada pela EFS, instrumento validado para a população brasileira (Fabricio-Wehbe, 2009), composto por 11 questões distribuídas em nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, apoio social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. Este último é avaliado pelo *Test Timed Up and Go* (TUG), subitem da EFS, que mensura o tempo necessário para levantar-se de uma cadeira, caminhar três metros, retornar e sentar-se novamente (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009). O tempo inferior a 10 segundos é considerado normal para adultos saudáveis; entre 10,01 e 20 segundos é normal para idosos frágeis ou com deficiência (os quais tendem a ser independentes na maioria das

ISSN 2317-1316

atividades de vida diária) e o tempo final superior a 20,01 segundos é indicativo de risco aumentado de quedas e de dependência funcional (Podsiadlo *et al.*, 1991).

A EFS possui pontuação de 0 a 17, sendo classificadas como: ausência de fragilidade (0–4), aparentemente vulnerável (5–6), fragilidade leve (7–8), moderada (9–10) e grave (≥11). No presente estudo, além da classificação por níveis, foi apresentada a porcentagem total de participantes classificados como frágeis (Fabricio-Wehbe *et al.*, 2009).

A análise estatística foi realizada no programa SPSS, e os dados numéricos foram apresentados com média e desvio padrão (DP), enquanto os dados categóricos foram expressos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 indica uma amostra composta majoritariamente por mulheres (n=17; 63%), com uma média de idade de 70,26 (DP=6,82) anos, e a maioria (n=16; 59,3%) dos participantes se declarou casado.

*Tabela 1. Caracterização da amostra (n=27).*

| **Variáveis** | **Média (DP)** | **n (%)** |
|---|---|---|
| **Idade** (em anos) | 70,26 (6,82) | |
| **Sexo** | | |
| Feminino | | 17 (63%) |
| Masculino | | 10 (37%) |
| **Estado civil** | | |
| Casado | | 16 (59,3%) |
| Solteiro | | 3 (11,1%) |
| Viúvo | | 5 (18,5%) |
| Separado | | 3 (11,1%) |

**Legenda:** DP= desvio padrão; n= frequência absoluta; %= frequência relativa.

Quanto aos hábitos de vida, 48,1% (n=13) dos participantes relataram fumar atualmente ou já ter fumado, enquanto 55,5% (n=15) informaram não praticar exercícios físicos (Tabela 2). Em relação às condições de saúde, a Tabela 2 indica que 51,8% (n=14) dos participantes

ISSN 2317-1316

relataram de uma a três doenças e 44,4% (n=12) relataram quatro ou mais, sendo que a maioria (n=24; 88,9%) dos participantes indicou não necessitar de auxílio para os cuidados do dia a dia. Quanto ao setor de atendimento, houve maior frequência de participantes nos setores de Órtese e Prótese (n=9; 33,3%), Pneumofuncional (n=6; 22,2%) e Neurofuncional (n=5; 18,5%) (Tabela 2).

*Tabela 2. Hábitos de vida, saúde e setor de atendimento (n=27).*

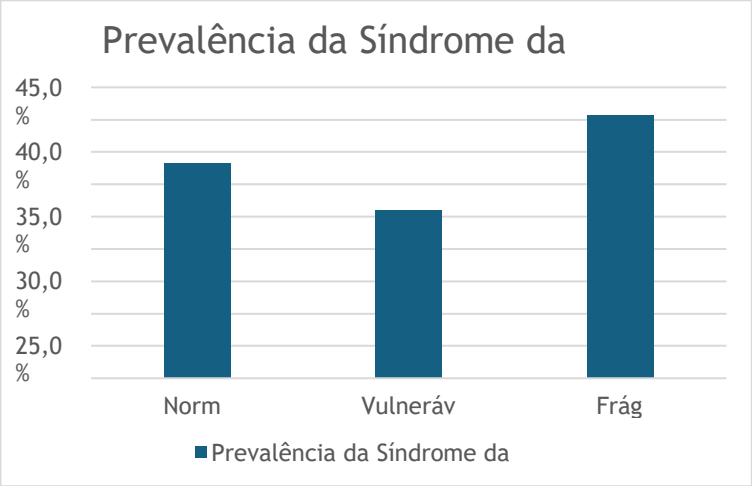
| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Fuma ou já fumou** | | |
| Sim | 13 | 48,1% |
| Não | 14 | 51,9% |
| **Exercício físico** | | |
| Sim | 12 | 44,4% |
| Não | 15 | 55,5% |
| **Quantidade de doenças** | | |
| Nenhuma | 1 | 3,7% |
| 1 – 3 | 14 | 51,8% |
| 4 ou mais | 12 | 44,4% |
| **Auxílio nos cuidados do dia a dia** | | |
| Sim | 3 | 11,1% |
| Não | 24 | 88,9% |
| **Setor de atendimento** | | |
| Prótese e Órtese | 9 | 33,3% |
| Pneumofuncional | 6 | 22,2% |
| Neurofuncional | 5 | 18,5% |
| Saúde da Mulher e do Homem | 3 | 11,1% |
| Oncologia | 2 | 7,4% |
| Medicina Tradicional Chinesa | 2 | 7,4% |

**Legenda:** n= frequência absoluta; %= frequência relativa.

ISSN 2317-1316

Conforme apresentado no Gráfico 1, houve uma prevalência de 40,7% (n=11) de indivíduos com algum grau de fragilidade, enquanto 26% (n=7) da amostra são classificados como vulneráveis.

*Gráfico 1. Prevalência da Síndrome da Fragilidade nas pessoas idosas avaliadas (n=27).*




**Legenda:** Frágil: pessoas idosas que possuem algum grau de fragilidade; Normal: pessoas idosas que não possuem nenhum grau de fragilidade; Vulnerável: apresenta indícios para o desenvolvimento da fragilidade.

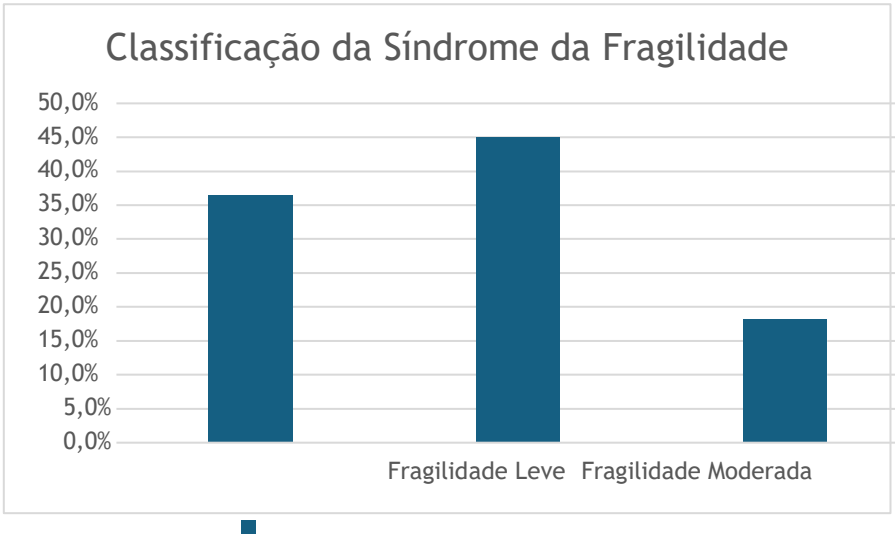
É possível observar, no Gráfico 2, que dos 11 participantes classificados como frágeis, 45,5% (n=5) foram classificados com fragilidade moderada, 36,4% (n=4) com fragilidade leve e 18,1% (n=2) com fragilidade grave.

Quanto aos componentes da EFS, a Tabela 3 indica que 44,4% (n=12) dos participantes foram reprovados com erros significativos no Teste do Relógio, e nos itens voltados à saúde, observa-se que 25,9% (n=7) dos idosos relataram ter sofrido de uma a duas internações nos últimos doze meses, e a maioria (n=21; 77,8%) dos participantes relataram o uso de cinco ou mais medicamentos.

Além disso, em relação à autoavaliação de saúde relatada pelos participantes, houve igual distribuição entre as categorias “boa” e “razoável”, ambas com 33% (n=9) (Tabela 3), e mais da metade (n=17; 63%) dos participantes indicaram necessitar de ajuda em até uma atividade de vida diária.

ISSN 2317-1316

*Gráfico 2 – Classificação do nível de fragilidade das pessoas idosas avaliadas segundo a EFS. (n=11).*




**Legenda:** Fragilidade grave: amplo prejuízo nos aspectos avaliados; Fragilidade leve: pequeno prejuízo nos aspectos avaliados; Fragilidade moderada: razoável prejuízo nos aspectos avaliados.

No que diz respeito ao humor, 29,6% (n=8) da amostra relataram se sentir triste ou deprimido com frequência, 37% (n=10) relataram perda de urina e 14,8% (n=4) relataram perda de peso recentemente. Por fim, no que diz respeito ao desempenho no TUG, 37% (n=10) dos indivíduos cumpriram o teste com a duração maior que 20 segundos (Tabela 3).

*Tabela 3. Componentes da escala de Fragilidade de Edmonton (n=27). Santos/SP, 2026.*

| **Variáveis** | **n** | **%** |
|---|---|---|
| **Teste do desenho do relógio** | | |
| Aprovado | 5 | 18,5% |
| Reprovado (erros mínimos) | 10 | 37% |
| Reprovado (erros significantes) | 12 | 44,4% |
| **Internações nos últimos 12 meses** | | |
| 0 | 20 | 74,1% |
| 1 – 2 | 7 | 25,9% |
| **Avaliação subjetiva da saúde** | | |
| Ruim | 5 | 18,5% |
| Razoável | 9 | 33,3% |
| Boa | 9 | 33,3% |
| Muito boa | 4 | 14,8% |
| **Quantidade de atividade necessita de ajuda** | | |

ISSN 2317-1316

| | | |
|---|---|---|
| 0 – 1 | 17 | 63% |
| 2 – 4 | 6 | 22,2% |
| 5 – 8 | 4 | 14,8% |
| **Quando pode contar com alguém que atenda às suas necessidades** | | |
| Sempre | 20 | 74,1% |
| Algumas vezes | 6 | 22,2% |
| Nunca | 1 | 3,7% |
| **Utiliza cinco ou mais medicamentos diferentes** | | |
| Sim | 21 | 77,8% |
| Não | 6 | 22,2% |
| **Esquece de tomar os remédios** | | |
| Sim | 11 | 40,7% |
| Não | 16 | 59,3% |
| **Recentemente perdeu peso** | | |
| Sim | 4 | 14,8% |
| Não | 23 | 85,2% |
| **Se sente triste ou deprimido frequentemente** | | |
| Sim | 8 | 29,6% |
| Não | 19 | 70,4% |
| **Perde urina sem querer** | | |
| Sim | 10 | 37% |
| Não | 17 | 63% |
| **Desempenho funcional (TUG)** | | |
| 0 – 10s | 9 | 33,4% |
| 11 – 20s | 8 | 29,6% |
| 20s ou mais | 10 | 37% |

**Legenda:** n= frequência absoluta; %= frequência relativa; TUG= *Timed up and Go.*

## DISCUSSÃO

No presente estudo, realizado em uma clínica escola de fisioterapia, foi identificada prevalência de 40,7% de algum grau de fragilidade entre as pessoas idosas avaliadas, enquanto 26% foram classificadas como vulneráveis segundo a EFS. Esse resultado é superior à prevalência de 24% encontrada em uma revisão sistemática (Melo *et al.*, 2020) que analisou estudos brasileiros, e à observada em estudo (Esteves *et al.*, 2021) realizado na Atenção Primária de Santos/SP, no qual 19,8% dos idosos foram classificados como frágeis e 26,2% como vulneráveis. Por outro lado, aproxima-se dos 36,3% encontrados em um serviço de atenção secundária em Geriatria e Gerontologia de Belo Horizonte (Cintra *et al.*, 2023), apontando fatores como idade avançada, comprometimento cognitivo e sintomatologia depressiva como condições associadas de forma independente à síndrome. Esses dados sugerem

ISSN 2317-1316

que a maior complexidade clínica dos serviços tende a concentrar pessoas idosas com maior grau de fragilização, o que pode explicar a elevada prevalência encontrada na presente pesquisa.

A composição da amostra também pode ter contribuído para esse resultado, com expressiva participação de idosos atendidos nos setores de Prótese e Órtese, Pneumofuncional e Neurofuncional, que assistem indivíduos com comprometimentos funcionais, redução da mobilidade e maior dependência. A perda de um membro, assim como a redução da capacidade funcional, está associada à fragilidade, caracterizada por um processo multifatorial de declínio de diferentes sistemas fisiológicos e maior vulnerabilidade a desfechos adversos (Cesari *et al.*, 2014; Shamliyan *et al.*, 2013). Adicionalmente, 37% dos participantes apresentaram tempo superior a 20 segundos no TUG, indicando maior risco de quedas e dependência funcional (Podsiadlo *et al.*, 1991), ao passo que 77,8% faziam uso de cinco ou mais medicamentos, condição associada à multimorbidade, a eventos adversos e ao declínio funcional (Ministério da Saúde, 2006; Wang, Hu e Wu, 2022), reforçando a necessidade de acompanhamento integrado e de um olhar gerontológico na assistência fisioterapêutica, dada a alta prevalência de fragilidade, especialmente os classificados com fragilidade moderada e o seu potencial risco de desfechos negativos associado a esse processo de fragilização.

No quesito hábitos de vida, também foram observados fatores potencialmente relacionados ao processo de fragilização, onde mais da metade dos participantes (55,5%) não realizava atividade física, enquanto 48,1% relataram fumar ou já ter fumado, hábitos associados na literatura (Costa, Santana e Soares, 2020; Silva, 2017; Wang, Hu e Wu, 2022; Jiannan *et al.*, 2023) a maior risco de fragilidade. No domínio cognitivo, 44% apresentaram alterações no teste do desenho do relógio, achado relevante diante da relação descrita entre fragilidade e comprometimento cognitivo (Arenaza-Urquijo *et al.*, 2024). A predominância feminina e a idade média de 70 anos também merecem consideração, uma vez que a fragilidade e o declínio cognitivo tendem a apresentar maior ocorrência entre mulheres idosas (Kelaiditi *et al.*, 2013), em virtude da maior expectativa de vida das mulheres e pela maior prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais (Pivetta *et al.*, 2020). Sendo assim, é relevante realizar o rastreio da síndrome da fragilidade em mulheres, uma vez que esta síndrome tende a ser mais comum entre mulheres idosas, possivelmente em decorrência de fatores biológicos e sociais relacionados ao processo de envelhecimento (Zhang *et al.*, 2018).

Aspectos relacionados à percepção de saúde, saúde mental e funcionalidade também

ISSN 2317-1316

estiveram presentes: 51,8% dos participantes classificaram sua saúde como razoável ou ruim, 29,6% relataram sentir-se tristes ou deprimidos com frequência e 37% referiram perda urinária involuntária. Em contrapartida, 74,1% relataram possuir apoio social, fator importante para a manutenção da autonomia e do bem-estar. Esses achados reforçam o caráter multidimensional da fragilidade e a necessidade de considerar aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais na avaliação da pessoa idosa (Carmo e Guizardi, 2018; Apóstolo *et al.*, 2018). Nesse contexto, a fisioterapia pode atuar desde o rastreamento e a prevenção em indivíduos não frágeis até a intervenção precoce nos casos de vulnerabilidade e fragilidade leve e o manejo das limitações funcionais nos quadros moderados e graves, especialmente por meio de exercícios voltados à força muscular, equilíbrio e mobilidade (Apóstolo *et al.*, 2018/ Giné-Garriga *et al.*, 2014; Silva et al., 2024).

Apesar da elevada prevalência de fragilidade observada nos participantes do presente estudo, consistentes com a literatura e com a hipótese inicial estudos futuros, recomenda-se a realização de estudos futuros com amostras maiores e análise de fatores associados à fragilidade, a fim de ampliar a compreensão da síndrome desse fenômeno no contexto da assistência fisioterapêutica. Os resultados encontrados reforçam a importância do rastreamento da síndrome da fragilidade em pessoas idosas e da incorporação do olhar gerontológico à prática fisioterapêutica, contribuindo para o planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e intervenção voltadas à manutenção da funcionalidade e da qualidade de vida nessa população.

## 4 CONCLUSÃO

Houve alta prevalência da síndrome da fragilidade entre as pessoas idosas atendidas na clínica de fisioterapia da UNISANTA.

## 5 DECLARAÇÃO DE USO DE IA

Foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial para apoio à elaboração deste trabalho. A ferramenta Claude (Anthropic, modelo Sonnet 4.6) foi empregada para revisão gramatical e auxílio na escolha de palavras sinônimas, enquanto o ChatGPT (OpenAI, modelo GPT – 5.5) foi utilizado para auxílio na estruturação do texto. Todo o conteúdo foi revisado

ISSN 2317-1316

criticamente pelos autores, assumindo integral responsabilidade pelas informações apresentadas.

## 6 REFERÊNCIAS

Allison II R; Assadzandi S, Adelman M. Frailty: Evaluation and Management. American Family Physician. 2021; 103(4):219-226.

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(1):140-232.

Carmo ME, Guizardi FL. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in Health and social welfare. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug 03];34(3):1-14

Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. Age Ageing. 2014; 43(1):10-2.
Cintra MTG, Bento BMA, Branco BVC, Sousa ADM, Moraes EN, Bicalho MAC. Preditores clínicos de fragilidade em usuários de serviço de Atenção Secundária em Geriatria e Gerontologia. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2023; 25(2):e220150.

Costa DM, Santana ILO, Soares SM. Fragilidade em pessoas idosas atendidas na atenção secundária: fatores associados. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2020;23(5):e200243.

dos Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. Psicologia em Estudo, Maringá. 2009; 14: 3-10.

Esteves IR, Lira DB, Ferreira ISS, Pouza MB, Borges SM. Comparison of the Occurrence of Hospitalization Between Frail, Vulnerable and Non-Frail Older Adults Attended by Primary Health Care Units. OAJ Gerontol Geriatric Med. 2021; 6(1): 555680.

Fabrício-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the 'Edmonton Frail Scale - EFS' in a Brazilian elderly sample. Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(6):1043-9.

Giné-Garriga M, Roqué-Fíguls M, Coll-Planas L, Sitjà-Rabert M, Salvà A. Physical exercise interventions for improving performance-based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2014; 95(4):753-769.

Jędrzejczyk M, Foryś W, Czapla M, Uchmanowicz I. Relação entre Multimorbidade e Incapacidade em Pacientes Idosos com Síndrome de Fragilidade Coexistente. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(11):e00241619.

ISSN 2317-1316

Jiannan LV, Lianghua W, Sun S, Yu H, Shen Z, Xu J et al. Smoking, alcohol consumption, and frailty: A Mendelian randomization study. Sec. Genética Comportamental e Psiquiátrica. 2023; 14:1092410.

Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Kan GAV, Ousset PJ, Gillette-Guyonnet S et al. Cognitive frailty: rational and definition. J Nutr Health Aging. 2013; 17(9):726-34.

Mantovani CML, Lunardi GV. Síndrome da fragilidade: qual é a importância na prática? Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2020;22(1):40.

Melo RC, Cipolli GC, Buarque GLA, Yassuda MS, Cesari M, Oude Voshaar RC et al. Prevalence of Frailty in Brazilian Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2020;24(7):708-716.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Internet). Brasília: Ministério da saúde, 2006. Acesso em 27 de maio de 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

Pivetta NRS, Marincolo JCS, Neri AL, Aprahamian I, Yassuda MS, Borim FSA. Multimorbidity, frailty and functional disability in octogenarians: A structural equation analysis of relationship. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2020;86:103931.

Podsiadlo D, Richardson S. The Timed Up & Go: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.

Shamliyan T, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. Ageing Res Rev. 2013; 12(2):719-36.

Silva LGC, Silva SLA, Freire JCG, Nascimento ES, Andrade PR, Pereira DS et al. Exercise-based physiotherapeutic interventions in frailty syndrome: A systematic review and meta-analysis. Physiotherapy Research International. 2024; e209.

Silva SCB. Associação entre tabagismo e a síndrome da fragilidade. 2017;1-90.

Wang X, Hu J, Wu D. Fatores de risco para fragilidade em adultos mais velhos. Medicina (Baltimore). 2022; 101(34):e30169.

Zhang Q, Guo H, Gu H, Zhao X. Fatores associados ao gênero para fragilidade e seu impacto na hospitalização e mortalidade entre idosos que vivem na comunidade: um estudo populacional transversal. PeerJ. 2018; 6:e4326.